

PEDRO PAULO SCREMIN MARTINS

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: ATRIBUIÇÃO E
RESPONSABILIDADE DE QUEM?**

**UMA REFLEXÃO CRÍTICA A PARTIR DO SERVIÇO DO CORPO DE
BOMBEIROS E DAS POLÍTICAS DE SAÚDE “PARA” O BRASIL À LUZ
DA FILOSOFIA DA PRÁXIS.**

FLORIANÓPOLIS-SC

JUNHO DE 2004

PEDRO PAULO SCREMIN MARTINS

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: ATRIBUIÇÃO E
RESPONSABILIDADE DE QUEM?**

**UMA REFLEXÃO CRÍTICA A PARTIR DO SERVIÇO DO CORPO DE
BOMBEIROS E DAS POLÍTICAS DE SAÚDE “PARA” O BRASIL À LUZ DA
FILOSOFIA DA PRÁXIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora: Dra. Marta Lenise do Prado
Co-orientadora: Dra Kenya Schmidt Reibnitz**

**FLORIANÓPOLIS
JUNHO DE 2004**

M386a Martins, Pedro Paulo Scremin

Atendimento pré-hospitalar : atribuição e responsabilidade de quem? Uma reflexão crítica a partir do serviço do corpo de bombeiros e das políticas de saúde “para” o Brasil à luz da filosofia da práxis / Pedro Paulo Scremin Martins ; orientadora Marta Lenise do Prado. – Florianópolis, 2004.
264 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2004.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem – Emergências médicas. 2. Assistência em emergências.
3. Política de saúde – Brasil. 4. Praxis (Filosofia). 5. Corpo de bombeiros.
I. Prado, Marta Lenise do. II. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU: 616-083.98

Catálogo na fonte por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

PEDRO PAULO SCREMIN MARTINS

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: ATRIBUIÇÃO E
RESPONSABILIDADE DE QUEM?
UMA REFLEXÃO CRÍTICA A PARTIR DO SERVIÇO DO CORPO DE
BOMBEIROS E DAS POLÍTICAS DE SAÚDE “PARA” O BRASIL À LUZ DA
FILOSOFIA DA PRÁXIS**

Esta Dissertação foi aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem** – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Florianópolis, 28 de junho de 2004.

Dr^a. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Marta Lenise do Prado
Presidente

Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Membro

Dra. Grace Teresinha Marcon Dal Sasso
Membro

Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
Membro

Dda. Nazaré Otilia Nazário
Membro Extra em Formação

Dr. Antônio de Miranda Wosny
Suplente

Aos Praças Bombeiros Militares de Santa Catarina, por me permitirem refletir sobre as “nossas práticas”.

Ao Filósofo que, com sua “Filosofia da Práxis” e da utopia, alimentou minhas reflexões.

AGRADECIMENTOS

*E esse é o maior dos sofrimentos:
Não ter por quem sentir saudades,
Passar pela vida e não viver.
O maior dos sofrimentos
É nunca ter sofrido...*

Pablo Neruda

Agradeço a todos que, de alguma forma contribuíram com minha formação e para que eu desenvolvesse este trabalho. Em especial, gostaria de agradecer as professoras Vânia, Grace e Nazaré – que compuseram a banca examinadora – pelas valorosas contribuições e sugestões, desde a qualificação do projeto. A professora Kenya por me acolher e orientar na ausência de minha orientadora. A minha família e amigos por estarem comigo em todos os momentos e por terem compreendido minha (necessária) ausência neste período. Sobretudo, gostaria de agradecer a professora Marta, orientadora e amiga, por ensinar a voar...

AULA DE VÔO

O conhecimento
caminha lento feito lagarta.
Primeiro não sabe que sabe
e voraz contenta-se com cotidiano orvalho
deixando nas folhas vívidas das manhãs

**Depois pensa que sabe
e se fecha em si mesmo:
faz muralhas,
cava trincheiras,
ergue barricadas.
Defendendo o que pensa saber levanta certeza na forma de muro
orgulha-se de seu casulo.**

Até que maduro
explode em vôos
rindo do tempo que imaginava saber
ou guardava preso o que sabia.
Voa alto sua ousadia
reconhecendo o suor dos séculos
no orvalho de cada dia.

**Mesmo o vôo mais belo
descobre um dia não ser eterno.
É tempo de acasalar
voltar à terra com seus ovos
à espera de novas e prosaicas lagartas.**

O conhecimento é assim
ri de si mesmo
e de suas certezas.
É meta da forma
metamorfose
movimento
fluir do tempo
que tanto cria como arrasa
a nos mostrar que para o vôo
é preciso tanto o casulo
como a asa.

RESUMO

Atendimento Pré-Hospitalar: Atribuição E Responsabilidade De Quem? Uma Reflexão Crítica A Partir Do Serviço Do Corpo De Bombeiros E Das Políticas De Saúde “Para” O Brasil À Luz Da Filosofia Da Práxis.

Autor: Pedro Paulo Scremin Martins

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marta Lenise do Prado

Co-Orientadora: Prof^ª Dr^ª Kenya Schmidt Reibnitz

Este estudo teve como objetivo, realizar uma reflexão crítico-analítica da assistência à saúde em nível pré-hospitalar de urgência/emergência, a partir do serviço prestado pelo Corpo de Bombeiros Militar e das políticas de saúde “para” o Brasil. Aborda a evolução das políticas para a assistência pré-hospitalar de urgência/emergência no âmbito das políticas de saúde e sua relação com a crise neste setor, situando as especificidades das práxis de enfermagem e de bombeiros nos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar. Objetivou ainda, analisar as implicações da assistência prestada pelo Corpo de Bombeiros Militar – com base em protocolos articulados com as normas militares e com baixo nível de conhecimento científico em saúde – no exercício de uma práxis de saúde criativa, reflexiva e transformadora, bem como, refletir sobre a relação da práxis do Corpo de Bombeiros Militar com as práxis de saúde e o Sistema Único de Saúde. Em outras palavras, teve como objetivo principal, analisar de quem é, afinal, a atribuição e responsabilidade pela assistência pré-hospitalar de urgência/emergência haja vista que esses serviços até então estão sendo relegados ao segundo plano no âmbito público, estatal. Trata-se de um ensaio teórico sobre a modalidade de assistência pré-hospitalar de urgência/emergência – com ênfase na década de 90 aos dias atuais – e suas relações com as políticas de saúde. Com esta perspectiva, parti de reflexões resultantes de outro trabalho acadêmico, desenvolvido na Disciplina de Projetos Assistenciais de Enfermagem e Saúde do Curso de Mestrado em Enfermagem, realizado junto ao Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar. A realização do projeto de Prática Assistencial, nessa área, deu-se pelo vínculo que tinha com a referida Instituição, acrescida da minha vivência profissional bombeiro, até então na área. Por tratar-se de um tema bastante complexo, que pode abarcar as mais diversas abordagens e enfoques, foi necessário eleger alguns aspectos desse serviço e dessa modalidade assistencial de saúde – antes destacados no relatório da prática assistencial –, bem como, uma bibliografia que privilegie um enfoque crítico sobre o sistema de saúde, o processo saúde-doença, sobre a violência, a economia, a política, enfim, a sociedade e sua crise. Das observações realizadas no decorrer da participação na prática assistencial, dois problemas fundamentais chamaram a atenção e sobre eles centrei a reflexão, fundamentada na Filosofia da Práxis de Adolfo Sánchez Vázquez: 1º) a assistência pré-hospitalar previamente estabelecida através de protocolos de atendimento articulada com a organização militar do trabalho dos bombeiros; 2º) o baixo nível de conhecimento científico em saúde para a prestação da assistência pré-hospitalar pelos bombeiros. Sobre esses aspectos, levantei indícios de que o atendimento pré-hospitalar desenvolvido por bombeiros, se configura numa práxis reiterativa, imitativa e espontânea, dadas as condições concretas em que se realiza, com baixo nível de consciência prática (reduzido grau de conhecimento científico em saúde) e subordinada às normas rígidas, inflexíveis, tais como os protocolos de assistência articulados com os regulamentos disciplinares e legislações militares. O Atendimento Pré-Hospitalar no que se

refere ao tratamento e cuidado à saúde humana é uma práxis de saúde de responsabilidade do Estado e, enquanto serviço institucionalizado que visa atender à saúde de seres humanos é atribuição exclusiva dos profissionais da saúde que, por intermédio de suas práxis tem como finalidade, antes de tudo, garantir uma assistência com qualidade à saúde de pessoas em situações de urgência/emergência em qualquer lugar, inclusive fora do hospital. Esta atribuição primordial não pode estar subordinada a qualquer *fôrma* de assistência e/ou estrutura organizativa institucional que impeça a instauração de espaços de liberdade e autonomia, sem os quais não é possível o exercício de práxis elevada ao mais alto nível de criação e reflexão, ou seja, com maior capacidade de transformação de seu objeto, ou melhor, de atendimento de necessidades humanas tendo no horizonte a humanização dos serviços de saúde. É preciso ter claro as especificidades das práxis de Segurança e de Saúde que estão envoltas nessa área, a partir das necessidades humanas que atendem. Segurança é uma necessidade humana específica, diferente de saúde. Portanto o setor de Segurança Pública tem atribuições diferenciadas das instituições de saúde, seu objeto é específico. Por conseguinte, pode-se afirmar que práxis de bombeiros não é práxis de saúde, mas sim de Segurança, em que pese sua especificidade que a diferencia da prática policial e da justiça. Em outros termos, práxis de saúde e práxis de bombeiros não se confundem, são práticas específicas. No âmbito do atendimento pré-hospitalar estão profundamente imbricadas e se relacionam. Mas só se relacionam porque são diferentes, se não, tratar-se-ia da mesma práxis. Nenhuma dessas práticas pressupõe a estrutura militar, fator que soa como mero entrave às suas necessidades de se relacionarem, de atuarem de modo articulado, especialmente quando se trata de Atendimento Pré-Hospitalar, pela sua dinâmica. A fim de colocar estas práxis em seus devidos lugares, onde podem alimentar-se de consciência filosófica, teórico-científica, necessária ao reconhecimento dos seus limites e possibilidades é preciso refazer o caminho no sentido inverso, no qual diversos agentes e instituições têm parcelas de responsabilidades. Daí que a responsabilidade individual tem papel fundamental, sendo necessário que as instituições de saúde, o Sistema Único de Saúde, em conjunto com as instituições formadoras, re-direcionem suas práticas para que essa responsabilidade individual se transforme em coletiva. Os Corpos de Bombeiros Militares enquanto instituições de Segurança Pública têm papel fundamental ao atuarem de forma complementar nos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar realizando ações de Resgate e Segurança e, para que sua participação indireta no Sistema Único de Saúde se efetive, realmente, é urgente que essas instituições se desmilitarizem. Só assim será possível uma “verdadeira” inter-relação das instituições envolvidas nesta modalidade de assistência à saúde e o respeito mútuo entre as práticas, organizadas sobre estruturas que favoreçam a promoção de espaços de liberdade e democráticos.

Palavras-chave: Atendimento Pré-Hospitalar; Enfermagem; Urgência; Emergência; Políticas de Saúde; Filosofia da Práxis; Corpos de Bombeiros.

RESUMEN

Atención Pre-Hospitalaria: Una Atribución Y Responsabilidad De Quién? Una Reflexión Crítica A Partir Del Servicio Del Cuerpo De Bomberos Y De Las Políticas De Salud “Para” El Brasil Según La Filosofía De La Práxis.

Autor: Pedro Paulo Scremin Martins

Orientadora: Prof^ª Dr^a Marta Lenise do Prado

Co-Orientadora: Prof^ª Dr^a Kenya Schmidt Reibnitz

El presente estudio tuvo como objetivo, hacer una reflexión crítico-analítica sobre la asistencia de la salud a nivel pre-hospitalario de la urgencia y emergencia, a partir de los servicios brindados por el Cuerpo de Bomberos Militar y de las políticas de la salud “para” el Brasil. Aporta la evolución de las políticas para la asistencia pre-hospitalaria de urgencia y emergencia en el ámbito de las políticas de la salud, relacionados con la crisis que se atraviesa en este sector, ubicando las particularidades de la práxis de la enfermería y de los bomberos en los Servicios de la Atención Pre-hospitalaria. También, tuvo como objetivo, analizar cuales eran las implicaciones de la asistencia brindada por el Cuerpo de Bomberos Militar fundamentados en los protocolos articulados a las normas militares y, con un bajo nivel de conocimientos científicos en el área de la salud – para el ejercicio de una práxis de la salud creativa, reflexiva y transformadora, así como, reflexionar con relación a la práxis del Cuerpo de Bombero Militar sobre la práxis de la salud y del Sistema Único de la Salud. O sea, el objetivo principal del estudio fue: analizar finalmente de quién es la atribución y la responsabilidad de la asistencia pre-hospitalaria de urgencia y emergencia considerándose, que estos servicios hasta entonces están siendo designados a un segundo plano en el ámbito público, estatal. Se trata de un ensayo teórico sobre la modalidad de la asistencia pre-hospitalaria de urgencia y emergencia – enfatizándose desde la década del 90 hasta la actualidad – y sus relaciones con las políticas de la salud. Fue con esta perspectiva, que inicié de las reflexiones resultantes de otro trabajo académico, desenvuelto en la Disciplina de los Proyectos Asistenciales de Enfermería y la Salud del Curso de Maestrado en Enfermería, realizado junto al Servicio de Atendimento Pre-hospitalario del Cuerpo de Bomberos Militar. La realización del proyecto de la Práctica Asistencial, en esta área, se efectuó por que tenía un vínculo con la mencionada Institución, así como, de mi vivencia profesional bombero, hasta entonces en esta área. Tratándose de un tema de grande complejidad, pudiendo abarcar los más diversos abordajes y enfoques, fue necesario elegir algunos aspectos de este servicio y de esta modalidad asistencial de la salud – anteriormente destacados en la descripción de la práctica asistencial –, así como, una bibliografía que privilegia un enfoque crítico sobre el sistema de salud, en el proceso de la salud-enfermedad, la violencia, la economía, la política, y por último con relación a la sociedad y su crisis. De las observaciones realizadas en el transcurso de mi participación en la práctica asistencial, dos problemas fundamentales me llamaron la atención, siendo que sobre ellos centralizé la reflexión, con base en la Filosofía de la Práxis de Adolfo Sánchez Vázquez: 1º) la asistencia pre-hospitalaria previamente establecida a través de protocolos de atendimento articulado con la organización militar del trabajo de los bomberos; 2º) el bajo nivel de conocimiento científico en el área de la salud para prestación de los servicios de la asistencia pre-hospitalaria por los bomberos. Sobre estos aspectos, levanté indicios que la atención pre-hospitalaria desenvuelta por los bomberos, está configurada en una práxis reiterativa, imitativa y espontánea, por las condiciones concretas en que estas se realizan, con

bajo nivel de conciencia práctica (un reducido grado de conocimiento científico en la salud) y subordinado a las normas rígidas, inflexibles tales como, los protocolos de la asistencia articulados estos con los reglamentos disciplinarios y las legislaciones militares. El Atendimento Pre-hospitalario, en lo referente al tratamiento y al cuidado para la salud humana es una praxis de la salud bajo la responsabilidad del Estado y, en cuanto servicio institucionalizado apunta en atender la salud de los seres humanos como una atribución exclusiva de los profesionales de la salud la cual, por intermedio de sus praxis tiene como finalidad, antes que nada, garantizar una asistencia de calidad en la salud de las personas en situaciones de urgencia y emergencia en cualquier lugar, inclusive fuera del hospital. Esta principal atribución no puede estar subordinada a cualquier molde de asistencia y/o estructura organizativa institucional que impida la instauración de los espacios de libertad y autonomía, sin los cuales no es posible el ejercicio de una praxis elevada al más alto nivel de creación y reflexión, o sea, con una mayor capacidad de transformación de su objeto, o mejor, de lo atendimento de las necesidades humanas teniendo como horizonte la humanización de los servicios de la salud. Es necesario, tener claro las especificidades en la praxis de la Seguridad y de la Salud que están envueltas en esta área, a partir de las necesidades humanas que atienden. La seguridad es una necesidad humana específica, diferente al de la salud. No obstante, el sector de la Seguridad Pública tiene sus atribuciones diferenciadas de las instituciones de la salud, su objeto es específico. Por lo tanto, se puede afirmar que la praxis de los bomberos no es una praxis de la salud, sin embargo de Seguridad, en donde tiene peso su especificidad que la diferencia de la práctica policial y de la justicia. En otros términos, la praxis de la salud y la praxis de los bomberos no se confunden, son prácticas específicas y diferenciadas. En el ámbito del atendimento pre-hospitalario están profundamente sobrepuestas y se relacionan. Aunque, solamente estén relacionadas porque son diferentes, pues caso contrario se tratarían de la misma praxis. Ninguna de estas prácticas presupone la estructura militar, un factor que suena como una mera ligación a las necesidades de relacionarse y actuar de un modo articulado, especialmente cuando ésta se trata de un Atendimento Pre-hospitalario, por su dinámica. Con el fin de colocar ésta praxis en sus debidos lugares, donde pueden alimentarse de una conciencia filosófica, teórico-científica, necesaria para el reconocimiento de sus límites y posibilidades, es preciso rehacer el camino en el sentido contrario, en la cual los diversos agentes e instituciones tienen parte en las responsabilidades. De ahí, es que la responsabilidad individual tiene un papel fundamental, siendo prioritario que las instituciones de la salud y el Sistema Único de Salud, en conjunto con las instituciones formadoras, re-direccionen sus prácticas para que esta responsabilidad individual se transforme en colectiva. Los Cuerpos de Bomberos Militares en cuanto instituciones de Seguridad Pública tienen un papel fundamental al actuar de manera complementaria en los Servicios de Atendimento Pre-Hospitalario realizando acciones de Rescate y de Seguridad y, para que su participación indirecta en el Sistema Único de Salud se efective, realmente, es urgente que estas instituciones se desmilitarizen. Solamente, así será posible una “verdadera” interrelación de las instituciones envueltas en esta modalidad de asistencia en la salud y el respeto mutuo entre las prácticas, organizadas sobre las estructuras que favorezcan la promoción de los espacios de libertad y los espacios democráticos.

Palabras-clave: Atendimento Pre-hospitalario; Enfermería; Urgencia; Emergencia; Políticas de Salud; Filosofía de la Praxis; Cuerpo de Bomberos.

ABSTRACT

Pre-Hospital Attendance: Whose Attribution And Responsibility Is It? A Critical Reflection From The Fire Department Service And Health Policies "For" Brazil At The Light Of Praxes Philosophy.

By: Pedro Paulo Scremin Martins

Orientated by: Prof^a Dr^a Marta Lenise do Prado

Prof^a Dr^a Kenya Schmidt Reibnitz

This study aimed to make a critical-analytical reflection of health attendance at urgent/emergent pre-hospital level, from the service rendered by the Military Fire Department and of health policies "for" Brazil. It deals with the evolution of the policies for the urgent/emergent pre-hospital service in the field of health policies and its relation with the crisis in this sector. It presents nursing and firefighters' practices specifications in the Pre-Hospital Attendance. It still aimed to analyze the implications of the service rendered by the Military Fire Department – based on protocols articulated with the military rules. And with the low level of scientific knowledge on health – in the exercise of a creative health praxis, reflexive and transforming, as well as to ponder about the praxis relation exercise of the Military Fire Department with the health praxes and the Single Health System. In other words, it aimed to analyze mainly whose attribution and responsibility for the urgent/emergent pre-hospital assistance is, because these services have been put to second plan in the public, state field. It is a theoretical essay on the urgent/emergent pre-hospital assistance – emphasizing the period that goes from the 1990s to present time – and the relation with health policies. Under this perspective, I started from the resulting considerations taken from another academic work, which was developed in the subject of Assistant Projects of Nursing and Health of the Nursing Master Degree Course, taken next to the Pre-Hospital Attendance Service of the Military Fire Department. The performance of the Assistant Practice, in this area, was possible because of the link that I had with the mentioned Institution, added with my professional experience as a firefighter. Because it is a very much complex theme that can involve several approaches and focuses, it was necessary to choose some aspects of this service and of this health assistance modality – previously mentioned in the assistant practice report –, as well as a bibliography that emphasizes a critical focus on the health system, the process health-disease, violence, economy, politics, and above all, society and its crisis. Two fundamental problems called my attention during the participation in the assistant practice. On these two problems I focused my reflection based on the Praxis Philosophy of Adolfo Sanchez Vasquez: 1st) the previously pre-hospital assistance established through attendance protocols articulated with the military organization of the firefighters work; 2nd) the low level of health scientific knowledge of the firefighters to give pre-hospital assistance. I collected signs on these aspects that the pre-hospital attendance developed by the firefighters is a repetitive, imitative and spontaneous praxis, given to the concrete conditions where they are performed, with low level of practical consciousness (reduced level of health scientific knowledge) and subordinated to the strict, inflexible rules, such as the protocols of assistance articulated with disciplinary regulations and military legislation. The Pre-Hospital Attendance when it comes to human health care and treatment is State responsibility health praxis. In addition, as institutionalized service that aims to serve human health, it is an exclusively attribution of health professionals that by means of their praxes aim, more than

anything else, to assure quality assistance to people in urgent/emergent situations at any place outside the hospital. This prime attribution cannot be subordinated to any *mould* of assistance and/or institutional organized structure that prevent the establishment of autonomous and free spaces. Without these spaces, it is not possible the practice of high praxis at the highest level of creation and reflection, in other words, with larger capacity of transformation of its object, better said, of attendance of human needs foreseeing health services humanization. It is necessary to have the Health and Security praxes specifications that are involved in this area very clear, because of the human needs that they serve. Security is a human need different from health. Therefore, the attributions of the Public Security sector are different from the ones of Health institutions. Its target is specific. As a result, we can state that firefighters praxis is not health praxis, but of Security. We have to consider its particularity that makes it different from justice and police practices. In other terms, health praxis and firefighters praxis are not the same; they are specific practices. In the pre-hospital attendance field, they are deeply connected and are related. However, they are related only because they are different, otherwise, they would be the same praxis. None of these practices implies the military structure, factor that sounds like a mere hindrance to the needs that are related, to act in an articulated way, especially when it comes to its dynamics of Pre-Hospital Attendance. In order to put these praxes at their proper places, where they can be fed by philosophical, theoretical-scientific consciousness necessary to the recognition of their limits and possibilities, it is necessary to remake the reversed sense, in which several agents and institutions have parts of responsibility. It is there that individual responsibility has fundamental role. It is necessary that health institutions, the Single Health System, along with forming institutions re-direct their practices so that this individual responsibility turns into collective responsibility. The Military Fire Departments as Public Security institutions have as a fundamental role to act in a complementary way in the Pre-Hospital Attendance performing Rescue and Security actions. It is urgent that these institutions become non-military so that their indirect participation in Single Health System becomes real. Only this way it will be possible a "real" inter-relation of the institutions involved in this modality of health assistance and mutual respect among the practices, organized on structures that propitiate the promotion of democratic and free spaces.

Key Words: Pre-Hospital Attendance; Nursing; Urgency; Emergency; Health Policies; Praxis Philosophy; Fire Departments.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. A PRÁXIS DE SAÚDE PRÉ-HOSPITALAR X ECONOMIA E POLÍTICA: O DIREITO À SAÚDE NEGADO.....	23
2.1 A Saúde No Capitalismo Contemporâneo.....	23
2.2 Transição Política, Saúde E O Atendimento Pré-Hospitalar	28
2.3 Transição Epidemiológica E O Atendimento Pré-Hospitalar	36
2.4 Percalços De Uma Trajetória	46
2.4.1 O Que Parecia Fim... Era Apenas O Começo.....	55
2.5 Objetivos.....	57
2.5.1 Objetivo Geral.....	57
2.5.2 Objetivos Específicos	57
3. SURGIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA PRÁXIS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....	59
3.1 As Duas Grandes Escolas De Atendimento Pré-hospitalar	65
3.1.1 O Modelo Norte-Americano.....	66
3.1.2 O Modelo Francês	69
3.2 O Atendimento Pré-Hospitalar No Brasil.....	72
3.2.1 O Atendimento Pré-Hospitalar Do Corpo De Bombeiros De Santa Catarina... ..	79
3.3 Regulamentação Do Atendimento Pré-hospitalar No Brasil	85
3.4 Metodologias De Atendimento De Urgência/Emergência Ou Protocolos De Padronização Da Assistência?	97
3.4.1 Protocolos X Metodologias Da Assistência De Enfermagem: Considerações Para O Atendimento Pré-Hospitalar	101
4. PRÁXIS DE SAÚDE E PRÁXIS DE BOMBEIROS: CONTRIBUIÇÕES DA FILOSOFIA DA PRÁXIS	114
4.1 Sobre Adolfo Sánchez Vázquez E Sua Obra	114
4.2 A Consciência Comum Da Práxis	116
4.2.1 Da Consciência Comum À Consciência Filosófica Da Práxis	119
4.2.2 Alguns Marcos Da História Da Consciência Filosófica Da Práxis.....	122
4.3 “Fontes Filosóficas Fundamentais” Da Concepção Moderna De Práxis.....	124
4.4 O Significado Da Categoria Práxis Em Sánchez Vázquez.....	127
4.4.1 A Práxis E Seus Níveis	130
4.5 A Inter-Relação Da Filosofia Da Práxis	138
4.5.1 Enfermagem: Uma Forma Específica De Práxis?.....	142
5. O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DO CORPO DE BOMBEIROS – A PRÁTICA DA QUAL EMERGE A REFLEXÃO	158
5.1 Contextualização Da Prática Assistencial: As Características Do Campo.....	161
5.2 O Atendimento Pré-Hospitalar Na Organização Do Corpo De Bombeiros Militar.....	162
5.2.1 O Modelo De Atendimento Pré-Hospitalar Do Corpo De Bombeiros: Reflexões Durante A Prática Assistencial.....	170

6. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: ATRIBUIÇÃO E RESPONSABILIDADE DE QUEM?.....	183
6.1 Reflexões Acerca Da Prática Assistencial.....	187
6.2 Reflexões Acerca Dos Aspectos Ético-legais Do Atendimento Pré-Hospitalar Do Corpo De Bombeiros Militar	200
6.2.1 Atendimento Pré-Hospitalar: Atribuição Do Corpo De Bombeiros?	208
6.2.2 O Corpo De Bombeiros Na Emenda Constitucional Número 33 E A Desregulamentação Do Atendimento Pré-Hospitalar Em Santa Catarina.....	214
6.3 Atribuição Militar X Atribuição De Segurança Pública: Máscaras E Rostos Da Assistência Pré-Hospitalar Do Corpo De Bombeiros.....	217
6.4 Em Busca De Uma Síntese E Algumas Recomendações	231
6.4.1 Para Não Concluir: A Utopia Da Práxis.....	236
7. REFERÊNCIAS	243
8. APÊNDICE	262

1. INTRODUÇÃO

*O universo não é uma idéia minha
 A minha idéia do Universo é que é uma idéia minha
 A noite não anoitece pelos meus olhos
 A minha idéia da noite é que anoitece
 por meus olhos
 Fora de eu pensar e de haver quaisquer pensamentos
 A noite anoitece concretamente
 E o fulgor das estrelas existe como se
 tivesse peso*

Fernando Pessoa

Desde o início da década de noventa, a partir do lançamento pelo Ministério da Saúde do Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas – Projeto de Atendimento Pré-Hospitalar, expandiu-se e predomina em Santa Catarina e no Brasil, Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar prestado pelos Corpos de Bombeiros Militares (CBMM) Estaduais. Os profissionais Bombeiros, que na ocasião do programa ministerial eram capacitados a partir de um curso nacionalmente padronizado e denominados Agentes de Socorros Urgentes, hoje são comumente conhecidos como “socorristas”.

Em meio à crise do Sistema de Saúde, seu “desfinanciamento”, o sistema do Corpo de Bombeiros Militar (CBM) desenvolveu-se quantitativamente com escassos recursos do Ministério da Saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS). Qualitativamente, tentou afirmar como sendo sua, a atribuição de prestar assistência à saúde no ambiente extra-hospitalar, em situações de urgência/emergências.

Pelo fato de não ser uma instituição de Saúde, o Corpo de Bombeiros (CB), nessa trajetória, encontrou entraves relativos às limitações de responsabilidade moral, ética, penal, civil e, sobretudo de limitação de conhecimento científico. Mediante tais limitações, tornou-se inviável para esta instituição de Segurança Pública, assumir a atribuição de prestar assistência pré-hospitalar de saúde, de modo a oferecer aos seus usuários uma assistência de qualidade no mais moderno aparato tecnológico – conhecimento científico e outros instrumentos – em favor da manutenção e preservação da vida humana. Por isso, há quase duas décadas, o Corpo de Bombeiros presta apenas

um atendimento limitado, denominado de Suporte Básico de Vida (SBV) – com base em protocolos padronizadores da assistência –, consolidando-se como uma prática reiterativa ou imitativa.

Por outro lado, durante todo esse período o Estado eximiu-se de assumir, completamente, a responsabilidade constitucional de através do SÚS – como atribuição deste – prestar assistência à saúde em qualquer lugar, inclusive no ambiente pré-hospitalar nas situações de urgência/emergência, enquanto o CB se debate há mais de uma década no denominado SBV e se alastram os serviços privados – seletivos de clientes – de atendimento pré-hospitalar.

Descentralização, participação social e atendimento integral, saúde como direito de todos e dever do Estado, entre tantos outros preceitos constitucionais relativos à saúde – alicerces para a construção do SUS –, aos poucos estão se tornando letra morta no texto constitucional e perdendo seu significado (ELIAS, 2003). Entretanto, dada a crise social em que mergulha a humanidade, em geral, e a sociedade brasileira em particular, resgatar estes e tantos outros preceitos sociais é mais que urgente, é imperativo.

A crise que atravessa a sociedade é eivada dos mais diversos problemas sociais. No entanto, um deles – a violência – tem se tornado cada vez mais alarmante e, pelas suas causas e conseqüências está estreitamente vinculado às necessidades sociais não atendidas. Como afirma Prado (1998, p. 75), “a violência é determinante e é determinada pelos processos de desintegração da sociedade, entendidos como resultados automáticos das necessidades de massas que se tornaram incontrolláveis ou não atendidas.” Assim, cada vez mais, a violência vem se apresentando como o espelho da degradação social que, num círculo vicioso leva a mais desintegração. Ou seja, “na medida que aumenta a violência, aumentam os processos de desintegração da sociedade e vice-versa (PRADO, 1998, p. 75).

O aumento da violência, em todas suas formas, tem trazido conseqüências trágicas, prejuízos sociais incontáveis. Ou seja, o Sistema de Saúde, como mecanismo de preservação da sociedade através de serviços como, por exemplo, o atendimento pré-hospitalar, tem função importante no atendimento das necessidades de saúde

populacionais. No entanto, conforme Prado (1998, p. 109), “o Sistema de Saúde responde as demandas da sociedade, como mecanismo de preservação, na medida em que o Estado cumpre seu papel, ou seja, sua função social”. Como isso regularmente não ocorre, “o Sistema de Saúde, enquanto intermediador da violência surge, então, quando o Estado se fragiliza no uso dos mecanismos para a preservação da sociedade” (PRADO, 1998, p. 113). De acordo com a autora, “ao priorizar o atendimento às demandas decorrentes da violência o Serviço de Saúde age como um mecanismo de sua intermediação, enquanto que, ao priorizar investimentos para a evitabilidade das ocorrências, constitui-se num mecanismo de manutenção do poder, para a preservação da sociedade” (PRADO, 1998, p. 122).

Prado (1998), referindo-se à violência no trânsito, divide em dois eixos básicos os diferentes níveis e áreas de intervenção que permitem construir abordagens de enfrentamento da violência. No “**Eixo a, controle da exposição e redução do dano**”, estão agrupadas “medidas que tem por objetivo diminuir a possibilidade da ocorrência de eventos violentos no trânsito, bem como, as possibilidades de diminuição das seqüelas” (PRADO, 1998, p. 124 et, seq., grifo meu). O “**Eixo b, manejo pós-trauma**”, inclui as medidas que visam dar atendimentos às vítimas das ocorrências de trânsito, com o objetivo de garantir a vida e a minimização das repercussões dos danos” (PRADO, 1998, p. 127, grifo meu). Considerando estes eixos, em especial o eixo “b”, é possível perceber a importância dos serviços de atendimento pré-hospitalar estarem ligados às “ações e serviços públicos de saúde”, através de instituições de Saúde, tendo em vista que, “neste eixo [b], estão incluídas medidas de atenção às vítimas ligadas a serviços de atendimento pré-hospitalar, serviços de atendimento hospitalar emergencial e serviços de tratamento, reabilitação e reintegração social” (PRADO, 1998, p. 127).

Contanto, embora os serviços de atendimento pré-hospitalar tenham surgido numa época em que o Estado não consegue mais atender as necessidades sociais – entre outros motivos por assumir políticas neoliberais ditadas pelos organismos financeiros internacionais desencadeando processos de desintegração social com alarmante aumento da violência, sobretudo a violência no trânsito – inúmeros outros problemas que afetam

diretamente a vida humana se tornaram agravantes. Em outras palavras, passamos a conviver com doenças que refletem padrões epidemiológicos antigos, com outras doenças emergentes, podendo-se dizer que, “frente ao aumento exacerbado da violência, doenças cardiovasculares, respiratórias, metabólicas entre outras, responsáveis pelas ocorrências de urgência/emergência, cresce, também, a necessidade de atendimento imediato das vítimas no local da ocorrência, bem como, de transporte adequado para um serviço emergencial de atendimento definitivo” (PRADO, MARTINS, 2003, p, 71).

A necessidade de assistência à saúde, nestes casos e em tantos outros, é imperativa, inquestionável. O fato questionável é que, desde o seu surgimento, os precários serviços de atendimento pré-hospitalar do CB, por possibilitarem – mesmo que de forma limitada – intervenção precoce, reduzindo os índices de mortalidade e minimizando seqüelas, estão sendo usados num “desvio de suas finalidades” como um mecanismo de intermediação da violência e dos processos de desintegração social, enquanto deveriam ser serviços integrados ao Sistema de Saúde com maiores possibilidades de se integrarem nos mecanismos de preservação da sociedade.

Nesta perspectiva, aos serviços de Saúde, competem, também, a participação em ações de prevenção, promoção, educação e investigação, para contribuir, através das práxis de saúde, ao enfrentamento das problemáticas sociais que afligem a humanidade e ao atendimento das necessidades sociais de saúde que aumentam na mesma medida da desintegração da sociedade. Noutros termos, o direito a assistência de saúde de qualidade, o acesso ao mais moderno aparato tecnológico já produzido pela humanidade em prol da preservação e manutenção da vida, deve ser resgatado e resguardado.

Diante disso, a temática da presente dissertação é analisar sobre quem, afinal, recai a atribuição e responsabilidade pela assistência pré-hospitalar – considerando que estes serviços até então estão sendo relegados ao segundo plano. Em outras palavras, a realização deste ensaio teórico, tem como objetivo principal realizar uma reflexão crítico-analítica sobre os serviços de atendimento pré-hospitalar – com ênfase na década de 90 aos dias atuais – e suas relações com as políticas de saúde para o Brasil. Neste sentido, parti de reflexões resultadas de outro trabalho acadêmico, anterior, referente à Disciplina

de Projetos Assistenciais de Enfermagem e de Saúde do Curso de Mestrado em Enfermagem, ou seja, da avaliação do Relatório da Prática Assistencial realizada no Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (SvAPH) do CB de Santa Catarina (SC). Por outro lado, a realização do projeto de Prática Assistencial nesta área, deu-se pelo vínculo que tinha – na ocasião – com a referida Instituição, acrescida da minha vivência profissional Bombeiro, até então na área de Atendimento Pré-Hospitalar.

Por tratar-se de um tema bastante complexo, que pode abarcar as mais diversas abordagens e enfoques, foi necessário eleger alguns aspectos deste serviço ou modalidade assistencial de saúde – antes destacados no relatório da prática assistencial –, e também uma bibliografia que privilegia um enfoque crítico, sobre o Sistema de Saúde, o processo saúde-doença, sobre a violência, a economia, a política, enfim, da sociedade e sua crise. Em consequência disso, no capítulo 2 - A PRÁXIS DE SAÚDE PRÉ-HOSPITALAR X ECONOMIA E POLÍTICA: O DIREITO À SAÚDE NEGADO, procuro situar, em linhas gerais, a relação da temática específica com a crise do Sistema de Saúde brasileiro e a crise social e moral como decorrentes de uma crise econômica do modo de produção capitalista. Na ocasião, ao mesmo tempo em que exponho aspectos como as transições políticas e epidemiológicas no período e suas possíveis relações com os serviços de atendimento pré-hospitalar, apresento alguns elementos do referencial teórico, que sustentaram teoricamente minhas argumentações a respeito da problemática. Como justificativa de realizar o presente trabalho na área e desta forma, apresento o trajeto de minha vivência ou experiência profissional como bombeiros, até o ponto que culmina no trabalho acadêmico (Relato da Prática Assistencial) que deu origem ao presente trabalho. Apresento ainda, os objetivos propostos.

No capítulo 3 – SURGIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA PRÁXIS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR abordo, de forma crítico-analítica, o surgimento e alguns aspectos da trajetória histórica do Atendimento Pré-Hospitalar - enquanto práxis de saúde – , no mundo, no Brasil e em SC, os dois modelos de organização mais conhecidos (SEM-EUA e SAMU-França), as metodologias de atendimento mundialmente

reconhecidas e vigentes no APH, bem como, neste íterim, descrevo a evolução das políticas de saúde relativas à área.

Já no capítulo 4, intitulado, PRÁXIS DE SAÚDE E PRÁXIS DE BOMBEIROS: CONTRIBUIÇÕES DA FILOSOFIA DA PRÁXIS, optei por apresentar um referencial teórico que enfoca a práxis social e sua possibilidade de vir-a-ser – no âmbito do modo de produção capitalista – transformadora, humanizadora. Abordagem que, permitiu distinguir, no seio da práxis social, a práxis de Saúde e de Enfermagem da práxis de Bombeiros, enquanto práxis específicas, e apontar para a necessidade de se integrarem numa totalidade prático-social, de modo a atingir o mais elevado grau de consciência filosófica da práxis, no qual se encontram os níveis de práxis criativa, reflexiva e transformadora.

No capítulo 5, O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DO CORPO DE BOMBEIROS – A PRÁTICA DA QUAL EMERGE A REFLEXÃO, é o espaço em contextualizo as características do campo, tais como, o modo de organização do Corpo de Bombeiros Militar (CBM) e a conseqüente organização do SvAPH executado por esta instituição de Segurança Pública. Ou seja, situo a prática assistencial e destaco os problemas sobre os quais emergem as reflexões, isto é, que serão analisados daí em diante.

No capítulo 6, ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: ATRIBUIÇÃO E RESPONSABILIDADE DE QUEM?, realizo reflexões, com base nos aspectos apresentados nos capítulos anteriores e relativos aos problemas eleitos no interior da prática assistencial, quais sejam, a assistência realizada mediante protocolos, previamente determinada por outrem, e a limitação dos bombeiros no que se refere ao conhecimento científico em saúde. Em suma, realizo incursões teóricas – com base no referencial teórico – sobre a prática vivenciada no desenvolvimento do Projeto de Prática Assistencial, entre outras questões, a aproximação do modelo de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) do CB, com o modelo norte-americano, do qual copia-se a modalidade de supervisão médica indireta, mediante protocolos. Também refiro-me a alguns aspectos ético-legais decorrentes deste modelo organizativo e militar, assim como, questiono se tal

prática poderia algum dia ter sido atribuída ao CB, já que, as profissões de saúde, historicamente institucionalizadas e reconhecidas, são quem devem ter a atribuição de prestar assistência de saúde. Diante das reflexões empreendidas, deixo, no capítulo 7, EM BUSCA DE UMA SÍNTESE..., algumas recomendações fundadas na Utopia da Práxis.

Por último, saliento ao leitor que, embora escrevo na primeira pessoa do singular do presente indicativo – pelo fato de que sou o maior responsável pelo que fiz e aqui registro, bem como, pelo motivo de incluir minha trajetória pessoal anterior ao mestrado – , as orientadoras deste trabalho são partícipes diretas e co-responsáveis pelos possíveis êxitos ou insucessos que a partir das idéias – originadas sobre uma determinada prática – venham se concretizar ou não. Somente no apoio de orientações comprometidas e competentes, é que foi possível chegar até aqui.

2. A PRÁXIS DE SAÚDE PRÉ-HOSPITALAR X ECONOMIA E POLÍTICA: O DIREITO À SAÚDE NEGADO

2.1 A Saúde No Capitalismo Contemporâneo

Obcecado pelas árvores não consegue ver o bosque

Friedrich Engels

Adentramos o século XXI, novo milênio para a humanidade. Diferentemente de outros momentos históricos semelhantes, em que a crença, a fé e o misticismo predominavam, a modernidade apresenta como elemento fundamental o desenvolvimento da técnica e da ciência enquanto forças produtivas, num patamar nunca visto antes (MARTINS, 2000).

O desenvolvimento técnico e científico permite distinguirmos a contemporaneidade como uma nova fase para a humanidade, em que máquinas inundam o cotidiano facilitando o trabalho (MARTINS, 2000); os avanços nas ciências da saúde aumentam consideravelmente a qualidade de vida sendo capazes de deter doenças que afligem a humanidade desde sua origem.

Entretanto, a modernidade – fase da história das sociedades que surge com a consolidação do capitalismo – em sua fase contemporânea cuja característica fundamental é o desenvolvimento da técnica e da ciência, não é tão moderna assim; tampouco pós-moderna. Marx (1996), afirmou há mais de um século que o avanço das forças produtivas (que incluem a técnica e a ciência) – elemento fundamental para o desenvolvimento do capitalismo –, tem como conseqüência a produção de um *exército industrial de reserva*, em decorrência da composição orgânica do capital – desproporção entre o capital

constante (trabalho morto) e o capital variável (trabalho vivo). Ao contrário do que diversos autores¹ vêm afirmando de que o avanço técnico-científico instaura – sem ruptura como foi a transição feudal-capitalista – uma nova fase para a humanidade, a lei social fundamental do modo de produção capitalista descoberta por Marx (1996) no século XIX, ou seja, a produção de mais-valia através do trabalho ou de qualquer práxis subordinada a relação capitalista de produção, conforme Vázquez (1977) –, permanece mais atual que nunca, uma vez que existe concretamente enquanto houver capitalismo. O que mudou é que esta relação de produção subsiste a beira da suas últimas conseqüências, no auge de sua crise estrutural (MÉSZÁROS, 2003). Em outras palavras, a forma social contemporânea, apesar de apresentar alguns elementos novos como, por exemplo, a transformação de suas crises cíclicas em uma crise de caráter estrutural (MARTINS, 2001c); sem dúvida, está longe de indicar a sua superação.

De acordo com Martins (2001c, p. 11, grifo da autora), “as mudanças ocorridas no último quartel do século XX, longe de prenunciarem uma mudança de paradigmas ou o surgimento de uma sociedade pós-moderna, confirmam as ‘velhas’ manifestações das relações de produção capitalista”. Portanto, o desenvolvimento da técnica e da ciência, não existe no modo de produção capitalista com o propósito único de suprir as necessidades humanas – dentre elas a saúde – mas também para aumentar a “riqueza das sociedades”² sob a forma de capital; riqueza esta, concentrada sob propriedade privada dos capitalistas.

¹ Dentre os autores destaco Habermas (1968, p. 72) que defende - mediante as mudanças ocorridas na contemporaneidade, – a tese de que “a ciência e a técnica transformaram-se na primeira força produtiva e caem assim as condições de aplicação da teoria marxiana do valor-trabalho (...), pois, o progresso técnico e científico tornou-se fonte independente de mais-valia frente à fonte de mais-valia que é a única tomada em consideração por Marx: a força de trabalho dos produtores imediatos tem cada vez menos importância”. Outro autor, que segue Habermas, porém com menos consistência, é Offe (1994, p. 87, grifo do autor), que parte do pressuposto equivocado de que “as tradições sociológicas clássicas da sociologia burguesa, assim como as tradições marxistas compartilham do ponto de vista de que o trabalho é o fato social principal, e concebem a sociedade moderna e sua dinâmica central como uma *sociedade do trabalho*”. Na obra principal de Marx (1969), *O Capital*, as categorias trabalho são contextualizadas, por exemplo, trabalho abstrato, trabalho concreto, trabalho produtivo. Por isso a categoria trabalho (perdida na história como idealiza Offe) não pode ser “o fato social principal” e, não tenho dúvida, não é categoria central na obra de Marx e, nem tampouco a obra de Vázquez.

² Para Marx (1996, p. 165, grifo do autor), “a riqueza das sociedades em que domina o modo de produção capitalista aparece como uma *imensa coleção de mercadorias* e a mercadoria individual como sua forma elementar”. E começa sua investigação com a análise da mercadoria, que “é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa, a qual pelas suas propriedades satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie”. Para o autor, nessa análise, não importa “como a

Dentro desta lógica, tudo que promova lucro e aumento da produtividade do capital tem sido executado. O mercado passou a ser o *locus* da realização e da existência humana, onde tudo deve ter um resultado imediato, prático-utilitário, porque nele se realiza a mais valia. Indubitavelmente, se analisarmos o outro lado da moeda, é possível constatar que este formidável *aumento da riqueza do gênero humano* – em virtude do desenvolvimento técnico-científico enquanto potencializador do trabalho – é, a um só tempo, o *aumento* – inversamente proporcional – *da miséria do gênero humano em todos os sentidos* rumo à *barbárie*. Olhando por este prisma, o advento do moderno, traz no seu ventre, o germe do antigo, do obsoleto, do desumano. Em decorrência disso, se o desenvolvimento da técnica e da ciência, caracteriza-se como avanço para uma nova fase da humanidade, arrasta-a ao mesmo tempo, para a pré-história da humanidade.

A forma social do capital, responsável pela agudização desta contradição social, não respeita e não admite qualquer outra forma de organização social e modo de produção; por isso se globaliza. Da mesma forma que antes, o capital – ao expandir-se –, precisa ocupar territórios; invadir fronteiras destruindo nações, culturas, religiões e raças com a finalidade de suprir a sua insaciável tendência de acumular capital e formar impérios.

Para Mészáros (2003), é um engano pensar que a dominação política e militar foi substituída pela dominação econômica direta. A diferença é que, desde o advento da sociedade moderna, capitalista, a história do imperialismo e sua perspectiva hegemônica, mostram três fases distintas:

1. *o primeiro imperialismo colonial moderno construtor de impérios*, criado pela expansão de alguns países europeus em algumas partes facilmente penetráveis do mundo;
2. *Imperialismo ‘redistributivista’ antagonisticamente contestado pelas principais potências em favor de suas empresas quase-monopolistas*, chamado por Lênin de ‘estágio supremo do capitalismo’, que envolvia um pequeno número de

coisa satisfaz a necessidade humana, se imediatamente, como meio de subsistência, isto é, objeto de consumo, ou se indiretamente, como meio de produção”. Por isso afirmo que, técnica e ciência, como meios de produção, não têm como propósito único a satisfação das necessidades humanas, pois como revela Marx (1996), a mercadoria tem duplo aspecto, contraditório: o valor de uso (que sob o ponto de vista da qualidade tem como objetivo direto satisfazer necessidades humanas) e o valor de troca (que sob o ponto de vista da quantidade tem como objetivo direto a satisfação das necessidades do capitalista – a realização de mais-valia).

3. contendores, e alguns pequenos sobreviventes do passado, agarrados aos restos da antiga riqueza que chegou ao fim logo após o final da segunda Guerra Mundial; e *Imperialismo global hegemônico*, em que os Estados Unidos são a força dominante, prenunciado pela versão de Roosevelt da ‘Política de porta Aberta’, com sua fingida igualdade democrática, que se tornou bem pronunciada com a eclosão da crise estrutural do sistema do capital – apesar de ter se consolidado pouco depois do final da Segunda Guerra Mundial – que trouxe o imperativo de constituir uma estrutura de comando abrangente do capital sob um ‘governo global’ presidido pelo país globalmente dominante (MÉSZÁROS, 2003, p. 72, grifos do autor).

Segundo Mézáros (2003), o sonhado governo global sob a administração dos Estados Unidos, continua sendo um sonho propagandístico. Concretamente, o que vemos, é a ascensão da “...terceira fase, potencialmente a mais mortal, do imperialismo hegemônico global, que corresponde à profunda crise estrutural do sistema do capital no plano militar e político, [que] não nos deixa espaço para a tranqüilidade ou certeza” (MÉSZAROS, 2003, p. 109). Estamos na fase em que, a prepotência norte-americana parece não ter limites. Impõe sua política de dominação econômica através do seu poderio militar a qualquer país que desafie suas vazias palavras de ordem: *democracia e livre mercado*. No íterim da ofensividade, utiliza-se das táticas mais terroristas possíveis, por exemplo, ao

...se recusarem a pagar sua enorme dívida de contribuições atrasadas como membro das Nações Unidas, impondo ao mesmo tempo suas políticas à organização, inclusive os cortes de recursos para a cronicamente carente Organização Mundial de Saúde³ (MÉSZÁROS, 2003, p. 47).

O domínio monopolista – norte-americano – da técnica e da ciência, tanto militar quanto civil, facilita a prepotência, inclusive penetrando no íntimo da vida privada, pessoal. Atualmente,

numa área crucial – tecnologia de computadores, tanto no *hardware* quanto no *software* –, a situação é extremamente grave. Para mencionar apenas um caso, a Microsoft desfruta de uma posição de quase absoluto monopólio mundial, por

³ Não por acaso, os EUA tomam atitudes como essa, além da prioridade desses recursos ser direcionada a potencialização das suas forças beligerantes, foram a OMS e UNICEF (órgãos da ONU), responsáveis pela organização de diversos seminários que culminaram na Conferência de Alma-Ata, em 1978. Essa conferência, histórica, além de resultar na “...promulgação de recomendações que visavam atingir a meta ‘saúde para todos, no ano 2000’...” (BACKES, 1999, p. 114), declarou “...que o desarmamento mundial liberaria recursos que poderiam ser melhor empregados no desenvolvimento sócio-econômico e, em especial na atenção primária, resultando em benefício de todos os povos e, particularmente, daquelas populações que sofrem as conseqüências dos confrontos bélicos (REZENDE, 1986, p. 109).

meio da qual seus programas geram conseqüências pesadas também para a aquisição do equipamento mais adequado. Mas além dessa questão, descobriu-se há pouco um código secreto embutido nos programas da Microsoft, que permite aos serviços militares e de inteligência dos Estados Unidos espionar qualquer pessoa no mundo que seja usuária do ‘Windows’ e da Internet (MÉSZÁROS, 2003, p. 51, grifos do autor).

Nesse movimento de avanço e retrocesso, o gênero humano mergulha numa crise social e moral⁴, também, nunca vista antes, na qual a solidariedade está sendo substituída pela competição sem limites. Estamos no redemoinho do modo de produção capitalista, no qual as necessidades dos seres humanos estão subsumidas a lógica da acumulação de riquezas na forma de capital e o motor é a exploração da força de trabalho, que vem intensificando-se cada vez mais em detrimento das condições de vida dos seres humanos e também da vida útil do planeta terra. Em face disso, o modo de produção capitalista, distante de deter os males que afligem os seres humanos, tem aprofundado as mazelas sociais e distanciado, constantemente, os seres humanos de uma vida cheia de sentido (MARTINS, 2000).

A miséria humana, a fome, o trabalho alienado – no qual o ser humano, ser consciente capaz de refletir sobre sua capacidade de transformar a natureza e, portanto, transformar-se, faz da sua capacidade vital de ser humano através do trabalho, unicamente o meio para sua existência – e o desemprego (sua exclusão do processo de valorização do capital pelo seu trabalho), são apenas alguns dos males que afligem os seres humanos subordinados a lógica do modo de produção capitalista (MARTINS, 2000).

Por conseguinte, enquanto o Brasil manter-se submisso aos ditames deste processo imperialista de globalização, enquanto a saúde – como necessidade humana essencial – estiver subsumida – do mesmo modo que todas as outras necessidades – à lógica do modo

⁴ De acordo com Martins (2001c), com base em *O Capital* de Karl Marx e em *Beyond Capital* de István Mészáros, a crise social ocorre em momento posterior à crise do capital, ou seja, justamente quando a sociedade alcança o limiar máximo (dentro dos limites do sistema) de atendimento de suas necessidades humanas, o capital entra em crise devido a queda da taxa global de lucro. Ao lançar mão de todos os mecanismos de que dispõe para retomar o crescimento da taxa de lucro, o capital empurra a sociedade para a crise em todos os sentidos; porque a renovação do ciclo de crescimento é contraditória a satisfação das necessidades humanas, ou seja, estão subsumidas à lógica de acumulação de capital. É nesse sentido que Vázquez (2000), considera a crise moral da sociedade como sendo uma das facetas da crise social, por sua vez, decorrente da crise econômica. As condutas moralmente positivas, promotoras de relações verdadeiramente humanas são negadas e substituídas por formas de comportamentos que, num movimento inverso, levam a desagregação da sociedade.

capitalista de produção, não será possível propiciar saúde, no sentido universal e igualitário – mesmo que seja considerada apenas como ausência de doenças – à população brasileira.

Em suma, são a partir destas constatações que refletirei – mesmo que brevemente – a seguir, sobre a profunda crise em que se encontra o Sistema de Saúde brasileiro no âmbito da crise social e econômica, na tentativa de compreender por que a superação da crise deste Sistema de Saúde e os respectivos problemas relacionados à assistência pré-hospitalar de urgência/emergência, só serão possíveis ao superar-se a crise geral da sociedade. Como diz Cristina Possas (Apud MINAYO, 2000, p, 190), “não existe nenhuma alternativa de solução dos problemas de saúde da população brasileira que possa ser buscada apenas no interior do próprio setor SAÚDE”.

2.2 Transição Política, Saúde E O Atendimento Pré-Hospitalar

Em decorrência da conjuntura brasileira e suas inter-relações e subordinação às políticas internacionais – sobretudo a estadunidense –, verificam-se desdobramentos nos campos políticos e sócio-econômicos com profundas interferências nos setores da Saúde.

Historicamente, a produção de serviços de Saúde tem sido intimamente imbricada à política de saúde, por sua vez, subordinada às políticas sociais – especialmente a previdenciária – e econômicas mais gerais. Ou seja, “as políticas de saúde no Brasil até muito recentemente caracterizam-se pelo seu vínculo estreito com as políticas de Previdência Social, sobretudo no que diz respeito à sua forma de financiamento” (COHN, ELIAS, 2003, p. 7).

Desde o início do século passado as políticas de saúde foram estabelecidas numa “relação de dependência” à Previdência Social,

...a tal ponto que se torna praticamente impossível compreender e explicar as atuais políticas de saúde no país restringindo-se apenas às instâncias que, por definição, são responsáveis por excelência pela saúde: o Ministério da Saúde e as

Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (...) A organização dos serviços de saúde no Brasil, (...) em consequência desse vínculo com a Previdência Social, apresenta um processo de privatização dos serviços de assistência médica extremamente precoce, com as consequências que disso derivam e que teve início com o credenciamento de serviços médicos privados pela Previdência Social já na década de 20 [do século passado] (COHN, ELIAS, 2003, p. 7).

Em face disso, no início do século passado, o desenvolvimento daqueles serviços deu-se, em maior grau, no âmbito da denominada “Saúde Pública” promovida pelo Estado, – inserida num modelo político-econômico desenvolvimentista em que prevalecia a escassez de força de trabalho qualificada exigida pelo desenvolvimento econômico – na qual buscava estratégias para proteger a população, dentre outros problemas, das endemias e epidemias comuns à época, preservando assim, a força de trabalho, necessária ao desenvolvimento econômico capitalista.

No entanto, a partir de meados daquele século, com o fortalecimento dos serviços privados ou do Modelo Médico-Assistencial Privatista – impulsionado pela própria Previdência Social ao comprar aqueles serviços – houve o declínio do Modelo Assistencial Sanitarista e o hospital foi gradativamente sendo transformado no núcleo privilegiado de atenção a saúde e, conseqüentemente, as profissões de saúde – dentre as quais a Enfermagem –, voltaram sua formação para o desenvolvimento de um perfil *hospitalocêntrico*, ou seja, com maior ênfase à doença e à reabilitação.

Com o estabelecimento da ditadura militar, consolidou-se um regime que, “...de um lado, implementava uma política econômica geradora de doenças e riscos à saúde; de outro lado, diminuía a oferta e reduzia a qualidade dos serviços públicos, potencializando ou sendo o responsável efetivo pela morbidade e mortalidade prevalentes na população brasileira” (SCOREL, 1998, p. 176). Em outras palavras, a exploração privada dos serviços de Saúde é intensificada enquanto a oferta daqueles serviços pelo Estado é cada vez mais restrita. Em consequência deste fato, durante o período mais repressivo da ditadura militar desenvolveu-se, sobre as bases universitárias, um pensamento transformador na área da Saúde (SCOREL, 1998).

Posteriormente, dadas sérias consequências e prejuízos sociais do modelo político-econômico implantado naquele regime – pela sua característica excludente –, os agentes

sociais diretamente envolvidos na questão da saúde passaram a exigir o re-dimensionamento do modelo de atenção à saúde, e aquele desenvolvimento teórico passa a dar sustentação ao movimento sanitário, que surge ainda na década de 70 com a mobilização de vários segmentos da sociedade, ainda que bastante restritos, contra o descalabro do Sistema de Saúde vigente e em defesa do fortalecimento do setor público de Saúde (COHN, 2003).

O movimento sanitário mantém-se nos “anos Geisel e Figueiredo” embora com baixa capacidade de interferência e, com a abertura política na virada da década de 70, se re-articula e ocorre em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde “...que deveria obter subsídios visando a contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar elementos para o debate na futura constituinte” (ESCOREL, 1996).

Para Escorel (1996, p. 187),

a VIII CNS foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais. Durante o plenário, reuniram-se aproximadamente cinco mil pessoas, entre as quais mil delegados, discutiu-se e aprovou-se a unificação do Sistema de Saúde. Ainda mais: aprovaram-se definições e propostas relativas ao conceito ampliado de saúde, ao direito de cidadania e dever do Estado e às bases financeiras do sistema. (...) Os desdobramentos principais da Conferência foram a constituição da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a conformação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde, que se fez representar intensamente no processo constituinte visando à aprovação das propostas da VIII CNS, obteve vitórias que culminaram na aprovação de um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional, refletindo o pensamento e a luta histórica do movimento sanitário.

Deste modo, através das discussões da VIII CNS, a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, imprime no artigo 196 do texto constitucional federal que,

saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998, p. 108).

Em direção à conformação de um Sistema Único de Saúde, fica garantido ainda, no artigo 198, que

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

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

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

III – participação da comunidade

Parágrafo Único. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1998, p. 109).

Entretanto, a presença da Plenária Nacional de Entidades de Saúde na Assembléia Nacional Constituinte, deparou-se com a resistência dos interesses dos representantes do segmento privado de exploração dos serviços de Saúde que, imprimiram simplesmente na Carta Magna, no artigo 199 que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1998, p. 109). Em suma, aos interesses da classe trabalhadora, originados no seio do movimento sanitário, contemplando a saúde como um direito social e dever do Estado, prevendo a estruturação do SUS de acesso universal, igualitário na assistência e equânime na distribuição dos recursos –, se contrapôs aos interesses dos empresários da saúde. Indubitavelmente, é desta contradição, inconciliável – que já existia concretamente, apenas formalizou-se no texto constitucional, e se propaga para todos os setores da sociedade –, que emerge a crise do SUS.

Deste modo, mediante o contexto social de movimento contraditório e à garantia constitucional de exploração privada da assistência à saúde, estreita-se cada vez mais, de um lado, uma parcela da população financeiramente habilitada a consumir os serviços de Saúde privatamente explorados, enquanto de outro, amplia-se a grande massa da população dependente exclusivamente da assistência pública que deveria ser **responsabilidade do Estado**.

A partir desta constatação é possível afirmar que o Estado se distancia, em muito, de sua obrigação de promover o bem estar social, garantindo entre outros direitos, a saúde com acesso universal e igualitário. Como diz Soares (2000), assemelha-se mais a um “Estado de Mal Estar”, orientado para políticas sociais assistencialistas – voltadas para a pobreza – legitimadoras da face que lhe interessa: o mercado livre. No sentido, defendido por Soares (2000), é indispensável acrescentar também, que logo após a promulgação, no Brasil, da Carta Magna, mais especificamente em novembro de 1989, “...reuniram-se em

Washington, funcionários do governo norte-americano e dos organismos financeiros internacionais ali sediados (Banco Mundial, FMI e BID), para fazer uma avaliação das reformas econômicas empreendidas na América Latina” (TEIXEIRA, 1996, p. 224). “Nessa avaliação (...) registrou-se amplo consenso sobre a excelência das reformas iniciadas ou realizadas na região (...). Ratificou-se, portanto, a proposta neoliberal que o governo norte-americano vinha insistentemente recomendando (...) como condição para conceder cooperação financeira externa, bilateral ou multilateral” (NOGUEIRA, apud TEIXEIRA, 1996, p. 224). Fica estabelecido a partir das conclusões e recomendações daquela reunião, o Consenso de Washington, cujas “...propostas podem ser resumidas em dois pontos básicos: redução do tamanho do Estado e abertura da economia” (TEIXEIRA, 1996, p. 225). Em outros termos, determina um *ajuste estrutural* – através de políticas neoliberais, privatizantes – para os países periféricos e dependentes, dentre eles o Brasil, com o objetivo de restabelecer o equilíbrio do pagamento da dívida externa por estes países e aumentar a presença do capital norte-americano na América Latina (SOARES, 2000).

No íterim da aprovação da Constituição Federal (CF) e das respectivas constituições estaduais, a política neoliberal determinada de fora, centrada na privatização e no desmonte do Estado, passou a dominar o cenário nacional inviabilizando qualquer avanço na implementação das conquistas legais de interesse da maioria da população. “Foi nessa direção que o Governo Fernando Collor se desenvolveu. Com efeito, é com ele que teve início o processo de abertura da economia ao mercado internacional...”.

A falência política do Governo Collor não muda as premissas básicas do seu programa. O governo de Fernando Henrique Cardoso mantém a mesma agenda (...) [de modo que] não seria exagero afirmar que os governos de Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso adotaram na sua essência, as propostas preconizadas pelo Consenso de Washington” (TEIXEIRA, 1996, p. 225). Obviamente, se a política determinada, preponderante, segue a esteira privatizante – em que pese os direitos sociais garantidos na CF – para as políticas de saúde não poderia ser diferente: prevalecem os interesses

privados, ou seja, a liberalização do mercado de saúde que mediante o fracasso do público vem se fortalecendo.

Em contrapartida, para aplicar rigorosamente, no setor de Saúde, a cartilha de “Washington”, Collor teve de adotar medidas por vezes controversas, no sentido de anular qualquer possível oposição popular. Concretamente, havia aquele risco no setor de Saúde, através da participação comunitária que de fato surgiu e vinha tomando forma num Movimento de Reforma Sanitária. Porém, o Governo Collor foi primoroso na desmobilização do movimento sanitaria. A “participação da comunidade”, garantida na CF, foi distorcida e transformada num mecanismo inofensivo ao bom andamento do desmonte do Estado e da saúde. Foi aquele, o Governo que instituiu por decreto o Conselho Nacional de Saúde “...como integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde” (BRASIL, 1990e) e, conseqüentemente do Estado Neoliberal; foi também quem vetou a regulamentação constitucional referente a participação da comunidade na Lei do SUS (BRASIL, 1990d). Sob aquele governo, restou apenas a restrita “participação” subordinada aos ditames do Ministério da Saúde “...autorizado a estabelecer condições para aplicação...” que, posteriormente (des)regulamentaram a participação da comunidade no SUS, institucionalizando-a (BRASIL, 1990c).

Mediante a restrição, os relatórios e encaminhamentos das consecutivas Conferências de Saúde, quase sempre exigindo o cumprimento das conquistas legais e o cumprimento da constituição, sempre foram relegados nos gabinetes ministeriais, de modo que as políticas de saúde, até então, são determinadas autoritariamente em nível central, através de normas e portarias, que sempre trazem como pano de fundo, a chantagem do financiamento, ou seja, recebem os escassos investimentos apenas os Estados e Municípios que se enquadrarem nas respectivas diretrizes. Em suma, desmobilizou-se um movimento reivindicatório da saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado, e consolidou-se um movimento conformado, institucionalizado, ou seja, um instrumento de “controle social” da saúde, com sentido contraditório; de duplo sentido, uma espécie de “(des)caminho da participação em saúde” como diz Wendhausen (2002, p. 42), “...podendo significar o poder ascendente da

população sobre o Estado (controle social pela população), como considerado pelo Movimento da Reforma Sanitária ou, ao contrário, o poder do Estado sobre a população, o que levaria ao ‘disciplinamento’ dos indivíduos (controle social sobre a população)”. De acordo com o estudo da referida autora, não existe dúvida de que sobre a participação comunitária instituída, nestes moldes, prevalece “o poder do Estado sobre a população”. Nas palavras de Wendhausen (2002, p. 266),

embora tenha sido prevista em Lei (Lei nº 8.142/90) a ‘participação da população’ através da presença do usuário nos conselhos, traduzida por um quantitativo maior de seus representantes nessas instâncias, o que constatamos nas práticas do Conselho é o uso de estratégias de saber/poder pelos segmentos governamental, privado (...) e pelos representantes dos profissionais de saúde que representam os usuários, que ao impor um determinado ‘regime de verdade’, limitam sua participação.

Junte-se a isso o fato de que este poder/saber foi criado pelo Estado Neoliberal, burguês – palco político da classe dominante – a fim de sufocar um movimento que existia de fato e de direito constitucional. Portanto, trata-se de poder, não apenas do Estado sobre a população, mas fundamentalmente da classe dominante – através do Estado – sobre a população; dominação da maioria por uma minoria que dispõe do Estado e seus instrumentos de poder em suas mãos, e dele faz o que bem entender, de acordo com seus interesses.

Contraditoriamente, as políticas neoliberais – vigentes e dominantes – fundadas na minimização do Estado e liberalização do mercado, tiveram conseqüências de degradação social imprevisíveis, mas que podem e devem ser mantidas sob equilíbrio através de políticas públicas compensatórias, seguindo o receituário neoliberal que determina menor presença do Estado nas políticas sociais priorizando “ações focalizadas sobre a pobreza” ou “programas de combate à pobreza” (SOARES, 2000, grifos da autora). As políticas públicas de saúde, nesta direção, passaram a ter uma conotação diferente – seguindo as diretrizes dos organismos financeiros internacionais, com origem no “Consenso de Washington” –, quer seja, de políticas compensatórias estabelecidas de formas precarizadas, voltadas para contenção dos problemas que ameaçam a estabilidade do sistema e para a legitimação, pelo consenso, da face perversa da política neoliberal.

Em face disso, rumo a negação, por parte do Estado, da sua responsabilidade em garantir o direito à saúde, as políticas de saúde – do mesmo modo que todas as políticas sociais – específicas para os serviços de assistência pré-hospitalar às urgências e emergência clínicas e traumáticas, tiveram um desenvolvimento – em nível nacional – à margem do SUS e sob interferência ou subordinadas diretamente ao Estado e sua política neoliberal, longe de passar pelo já contraditório Controle Social da Saúde. Somente em alguns locais isolados que, por longo tempo divergiram da política neoliberal, desenvolveram-se modelos de APH junto às instituições de Saúde, executado por profissionais de saúde, como por exemplo, o serviço organizado em 1995, na cidade de Porto Alegre⁵.

A implementação das políticas públicas efetuadas em nível nacional, para os serviços de APH, não apenas tiveram um desenvolvimento diferenciado na esfera das políticas de saúde. O SvAPH também foi considerado alheio às instituições de Saúde, sendo atribuído às instituições de Segurança Pública e voltadas para minimizar os impactos da violência que passa a dominar o cenário dos grandes centros urbanos.

Somente sob aspecto das políticas compensatórias, é que as políticas de saúde são voltadas a atingir grande parcela da população e, mediante as quais, surgiram no início da década de noventa, os serviços de APH às urgências/emergências – através do Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas/Projeto de Atendimento Pré-Hospitalar (PEET/PAPH) – a serem desenvolvidos por instituições da Segurança Pública, sobretudo pelos Corpos de Bombeiros⁶ através de Agentes de Socorros Urgentes com uma formação básica. Obviamente, aquela era a melhor maneira de implementar o programa com quase nada de investimentos, ou seja, sem que o Estado contrata-se – mediante concurso público

⁵ Convém ainda lembrar, que as primeiras cidades que implantaram o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU): Campinas, Porto Alegre e Belém, eram governadas pela oposição ao poder neoliberal, dominante no governo central, e desenvolviam a modalidade de *orçamento participativo*.

⁶ Conforme o MS, em 1990 é lançado o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas, “com o propósito de reduzir a incidência dos agravos externos, através de medidas fiscalizadoras de segurança, educacionais e outras, bem como reduzir também a morbi-mortalidade por afecções de emergências e traumas, dando um aumento de cobertura e melhoria do sistema de atendimento pré-hospitalar. (...) O desenvolvimento do Projeto de Atendimento Pré-Hospitalar, tem como principal executor as corporações de bombeiros militares, cujas atividades-fins enquadram-se perfeitamente na proposição do MS e, chamados a colaborar, atendem de imediato a solicitação, engajando-se no programa com a responsabilidade pelo APH às emergências e traumas” (BRASIL, 1990b, p. 5).

– profissionais de saúde, pois os bombeiros apenas seriam redirecionados para o SvAPH e treinados num curso básico. A partir desta constatação, caberia então perguntar: o SvAPH por ser um serviço de assistência de saúde poderia ter sido atribuído aos Corpos de Bombeiros?

Temos então, uma prática de saúde que se efetiva no âmbito das instituições de Segurança Pública ou mais especificamente, através das práticas de Bombeiros que integram este setor. Como decorrência disso, se, de acordo com Vázquez (1977), toda prática pode alcançar níveis de realização que vão da reiteração à criação; da espontaneidade à reflexão – dependendo do grau de consciência prática e consciência da prática que tem o sujeito da práxis, ou seja, o ser humano – uma outra pergunta decorre da anterior: que níveis de práxis alcançaram os (SvAPH) do CB no decorrer dessa trajetória? que agentes e/ou instituições sociais – e com quais interesses – interferiram no processo? Houve (e há) prejuízos arcados à população em geral pela falta de um atendimento integral, de qualidade? Estes são alguns dos pontos de reflexão a serem abordados no presente trabalho.

2.3 Transição Epidemiológica E O Atendimento Pré-Hospitalar

Com as mudanças sociais em curso – num movimento de retrocesso –, modificam-se também, ao longo da história o perfil do processo saúde-doença. De um lado modificam-se e/ou desaparecem, algumas formas típicas de adoecer e morrer; enquanto de outro, surgem novas. O conceito de transição epidemiológica surgiu a partir da teoria da transição demográfica (VERMELHO, MONTEIRO, 2003), que por sua vez postula que os países tendem a percorrer, progressivamente, quatro estágios⁷ na sua dinâmica

⁷ De acordo com Pereira (1999), são os seguintes estágios da **transição demográfica**:

“1. a fase ‘pré-industrial’ ou ‘primitiva’, na qual há coexistência de altas taxas de mortalidade e natalidade;
2. a fase ‘intermediária de divergência de coeficientes’, quando a mortalidade passa a apresentar redução pronunciada, enquanto a natalidade mantém-se em nível mais alto, o que resulta em crescimento acelerado da

populacional, evoluindo de padrões caracterizados por alta mortalidade e alta fecundidade para os baixos níveis de mortalidade e fecundidade (PEREIRA, 1999). Conforme Pereira (1999, p. 166), “a transição demográfica, por sua, vez é causa e efeito de outras transições que ocorrem no seio da sociedade. Entre elas encontra-se a transição epidemiológica”. Ou seja, em termos de transição epidemiológica,⁸

à medida que os países atingem níveis de desenvolvimento mais elevados, as melhorias das condições sociais, econômicas e de saúde causam a transição de um padrão de expectativa ou esperança de vida baixa, com altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em faixas de idade precoces, para um aumento da sobrevida em direção às idades mais avançadas e aumento das mortes por doenças não transmissíveis (OMRAN, apud, VERMELHO, MONTEIRO, 2003, p. 92).

Em sociedades consideradas, na categoria de desenvolvidas – mesmo comportando amplas variações – a transição demográfica permite associar suas fases a padrões predominantes de morbidade, já que os agravos à saúde, prevalentes na população, alteram-se de par com as mudanças demográficas (PEREIRA, 1999). Neste sentido, pode-se considerar que um país desenvolvido, ao atingir o estágio superior da transição demográfica, de aproximação das taxas de mortalidade e fecundidade – em que pese algumas variações – alcança sequencialmente o estágio superior da transição epidemiológica, de alteração

população;

3. a fase ‘intermediária de convergência dos coeficientes’, quando a natalidade passa a diminuir em ritmo mais acelerado que o da mortalidade e, como consequência, há limitação progressiva no ritmo de crescimento populacional;

4. a fase ‘moderna’ ou ‘pós-transição’, na qual há nova aproximação de ambos os coeficientes, só que em níveis muito mais baixos. Quando atingido esse período final, a população estará estável, ou seja, com o crescimento populacional de praticamente ‘zero’...”

⁸ Conforme Vermelho, Monteiro (2003, p. 93), “mudanças na mortalidade nos padrões de causas de morbidade e fecundidade, distinguem quatro principais estágios da **transição epidemiológica** com um 5º estágio potencial:

Estágio 1 – período das pragas e da fome: níveis de mortalidade e fecundidade elevados, predominância de doenças infecciosas e parasitárias, desnutrição, problemas de saúde reprodutiva, crescimento populacional lento, esperança de vida oscilando entre 20 e 40 anos com taxas de natalidade moderada ou alta (em torno de 30 a 40 nascidos vivos por 1.000 habitante, em países ocidentais).

Estágio 2 – período do desaparecimento das pandemias, mortalidade em declínio, acompanhada por queda da fecundidade com variações no espaço e tempo.

Estágio 3 – período das doenças degenerativas e provocadas pelo homem, mortalidade e fecundidade baixas.

Estágio 4 – período do declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares, envelhecimento populacional, modificações no estilo de vida, doenças emergentes e ressurgimento de doenças.

Estágio 5 – período de longevidade paradoxal, emergência de doenças enigmáticas e capacitação tecnológica para a sobrevivência do inapto”.

...nos padrões de mortalidade e morbidade, havendo a substituição gradual das pandemias de doenças infecciosas e parasitárias e da deficiência nutricional (desnutrição) pelas doenças crônico-degenerativas e aquelas provocadas pelo homem (como as causas externas), como principais causas de doença e de morte (VERMELHO, MONTEIRO, 2003, p. 93).

Entretanto, nos países subdesenvolvidos, da periferia do sistema capitalista, os estágios da teoria epidemiológica não ocorrem de forma tão linear quanto esperada. Como diz Vermelho e Monteiro (2003, p. 92),

através dos vários estágios de transição epidemiológica, entretanto, as sociedades não são totalmente imunes à elevação ocasional da mortalidade geral ou por grupos, devido às crises sócio-políticas ou econômicas e acontecimentos/eventos ambientais/ecológicos, emergência ou ressurgimento de doenças e falhas nas tecnologias médicas ou na eficiência dos serviços de saúde.

Em vista disso, não haveria exagero em se afirmar que o Brasil nunca foi, e não é, nem um pouco imune a estes fatores acima relacionados. De modo que, atualmente, ainda percorremos, num ir e vir, os diversos estágios da transição epidemiológica, ou seja, quando se consideram diferenças regionais, as desigualdades sociais, identificam-se aspectos que vão do “período das pragas e da fome” ao “período das doenças emergentes”. Noutros termos, além de ainda estarem presentes, em grandes proporções, as doenças infecciosas e parasitárias, o

... aumento dos agravos à saúde do tipo crônico-degenerativo, como as doenças cardiovasculares, o câncer e as causas externas de lesão (homicídios, suicídios e acidentes) (...), não está igualmente distribuído e, semelhantemente ao que ocorrem com as infecções e parasitoses, penalizam, com maior intensidade, os estratos inferiores da sociedade (PEREIRA, 1999, p. 167).

Estamos então, no redemoinho da transição epidemiológica interrompida e, se o alcance do auge da transição, além de ser resultado natural de um desenvolvimento social normal, tiver algum significado de bem estar social, pode-se adiantar que caminhamos no sentido inverso. Muito diferentemente do que a transição epidemiológica linear indica, ou seja, que após um predomínio inicial, as doenças infecciosas e parasitárias cedem lugar progressivamente, às condições crônico-degenerativas, o Brasil passa por um momento que

...se traduz pela convivência simultânea da população com os dois grandes grupos de doenças – [doenças infecciosas/parasitárias e doenças não transmissíveis] –, caracterizando um momento [peculiar] de transição epidemiológica, ou seja,

coexistência de padrões epidemiológicos “arcaicos” e “modernos”, como refere Possas (1989, apud LESSA, 1994, p. 269, grifo da autora).

Dentro da mesma perspectiva, de acordo com Cohn (2003), o fenômeno denominado de transição epidemiológica, do ponto de vista do quadro sanitário do país, -

em que pese uma controvérsia no seio dos epidemiologistas em torno dessa denominação -, (...) visa traduzir a convivência de doenças infantis e infecto-contagiosas com doenças crônicas e degenerativas, às quais se somam as mortes por causas externas, variando a ordem da incidência de cada uma delas não só em termos regionais, mas, sobretudo em termos da variável renda, que tem aí um peso decisivo (COHN, 2003, p. 38).

Esta transição, interrompida, por interferências diversas, está profundamente relacionada ao aumento da miséria, que por sua vez vem sendo intensificada com o advento das políticas neoliberais, – com características perversas – que passaram a predominar no conjunto do país, a fim de consolidar o modo de produção e organização social capitalista. Temos como consequência uma transição epidemiológica marcada pelo aprofundamento da degradação da vida em sociedade, com reflexos na saúde humana decorrente da manutenção de doenças que já deveriam ter sido erradicadas, o aumento da mortalidade por doenças que podem ser relativamente controladas, quando não evitadas; em suma, o convívio do homem com estas doenças e suas consequências.

Contudo, um dos marcos principais da transição atípica, é o aumento exacerbado dos índices de morbi-mortalidade por causas violentas com profundos impactos nos serviços de Saúde. Para se ter uma idéia, as causas violentas têm sido, nos dias atuais, as principais responsáveis pela mortalidade no âmbito das “causas externas”, que por sua vez, no conjunto da mortalidade geral no Brasil, têm ficado atrás somente da mortalidade por doenças cardiovasculares e oncológicas (PRADO, MARTINS, 2003).

Embora as doenças infecciosas, parasitárias estejam sendo relativamente controladas – algumas até mesmo erradicadas – assim como as doenças não transmissíveis (cardiovasculares, respiratórias, metabólicas entre outras) são de certo modo controladas, nem por isso perderam sua relevância no panorama global da saúde populacional. As doenças não-transmissíveis juntamente ao aumento exacerbado da violência forma um conjunto de moléstias responsáveis pelas ocorrências de

urgência/emergência. Mediante o aumento do conjunto de agravos súbitos que comprometem a vida de imediato, cresce também, a necessidade de um competente atendimento das vítimas no local da ocorrência, assim como, de transporte adequado para um serviço emergencial de atendimento definitivo (PRADO, MARTINS, 2003).

Em outros termos, acompanhando a transição em curso, as necessidades de saúde se modificam exigindo com que a oferta de assistência também se altere. Mais que nunca, das prerrogativas constitucionais referentes às “ações e serviços públicos de saúde”, uma se torna imperativa: “atenção integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízos dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1998, p. 109).

Por estes e outros motivos, a transição epidemiológica em questão é atípica, interrompida e decorre do contexto social em que estamos mergulhando. Uma realidade que interage no âmago da nossa constituição genética, biológica e psíquica, modificando drasticamente os processos vitais individuais que, por sua vez, por serem resultado social, também exercem influxo na sociedade. Assim, o processo saúde-doença, nada mais é que um processo social, de reciprocidade, ou seja, as formas de viver saudável, adoecer e morrer, modificam-se em decorrência das mudanças na forma de organização social e seu respectivo modo de produção, ao mesmo tempo em que geram influxos.

No entanto, o influxo exercido no respectivo modo de produção, por novas formas de organização social, é dotado, em progressão geométrica, de uma vacuidade que impossibilita qualquer intervenção no determinante do modo de produção da vida social. Em outras palavras, as mudanças no modo de viver saudável, são cada vez mais determinadas e cada vez menos determinantes para o processo social, em suma, da práxis social ou da totalidade prático-social⁹.

Mesmo assim, diante da condição irreversível dos seres humanos exercerem transformações profundas naquilo que determina sua humanidade é que encontramos as

⁹ O significado de Práxis que utilizo nessa dissertação é tomado da obra “filosofia da Práxis de Adolfo Sánchez Vázquez, na qual defende a tese de que a categoria práxis, é “atividade material do homem que transforma o mundo natural e social para fazer dele um mundo humano” (VÁZQUEZ, 1977, p. 3). Sua obra, *a filosofia da práxis*, tem como pretensão “elevar nossa consciência da práxis” (VÁZQUEZ, 1977, p. 3). Uma melhor compreensão do significado dessa categoria que fundamenta a essência desse trabalho, pode ser buscada no sub-capítulo do referencial teórico.

práticas sociais em saúde enquanto práxis específicas e, perante o quadro apresentado, seus agentes precisam reconhecer as mudanças aumentando o nível de consciência de suas práticas¹⁰. Sobretudo porque, tais práxis, parecem estar submersas no emaranhado de contradições sociais sendo empurrada para o vácuo da lógica do modo dominante de produção e organização da vida social. Se for assim, as práticas de saúde que são, na sua essência, formas de aproximação (ou intervenção) do processo saúde-doença, se tornam formas de distanciamento deste processo enquanto processo social, caracterizado pela ausência cada vez maior de influxo no determinante da vida social.

Vários exemplos destes distanciamentos poderiam ser citados aqui. Entretanto, pela intencionalidade do presente trabalho e pela peculiaridade da transição epidemiológica no Brasil – que evidencia um aumento considerável nos casos de traumas por violência e acidentes –, ficarei restrito a prática de saúde ora denominada de atendimento pré-hospitalar de urgência/emergência que, na condição de *aproximação* do processo saúde-doença, possibilita a intervenção precoce, reduzindo os índices de mortalidade e minimizando seqüelas.

Os SvAPH surgidos no Brasil, na década de noventa, tem essa intencionalidade no Programa de Saúde que os criaram, mas na realidade, explicitamente, não conseguem dar conta – pela sua precariedade – e foram, ao longo dos anos assumindo distanciamentos do

¹⁰ O leitor perceberá que, ao longo do trabalho utilizo ora o termo práxis ora prática. Saliento que ambos são por mim, dotados do mesmo significado. Vázquez (1977, p. 4), destaca logo no início de sua obra que, sem “afastar completamente o vocábulo dominante na linguagem comum”, prefere utilizar a terminologia “práxis” com o intuito de livrar “o conceito de ‘prática’ do significado predominante em seu uso cotidiano que é o que corresponde (...) ao de atividade prática humana no sentido estritamente utilitário e pejorativo de expressões como as seguintes: ‘homem prático’, ‘resultados práticos’, ‘profissão muito prática’, etc.”. No entanto, não se trata apenas da substituição de uma palavra – prática – por outra – práxis, como se isso resolvesse um problema real, ou melhor, alterasse a realidade. Vázquez (1977), como disse acima, não substitui por completo o termo “prática”; e nós também não o faremos nesse trabalho. O que importa é o ***entendimento que se tem do ser humano, da ação humana e, por conseguinte da sociedade***. A empreitada que autor realiza, é justamente expor o verdadeiro significado de práxis e de formas específicas de práxis. Por isso começa por livrar o termo de falsos significados. Por exemplo, “o caráter estritamente utilitário que se infere do significado do ‘prático’ na linguagem comum” (VAZQUEZ, 1977, p. 5). Trata-se, pois, de superar a prática humana restrita à sua dimensão prático-utilitária que visa unicamente a satisfação das necessidades práticas imediatas do cotidiano. Mais que isso, trata-se de ***superar a consciência comum da práxis que se origina da prática-utilitária, cotidiana e passar a sua consciência filosófica onde se encontra o nível criador/transformador da práxis***. Haja vista que, como afirma Vázquez (1977, p. 7), “a essência não se manifesta de maneira direta e imediata através de sua aparência, e que a prática cotidiana – longe de mostrá-la de modo transparente – o que faz é ocultá-la”. Em outras palavras, para produzir-se alterações na realidade, é preciso conhecê-la na sua essência, sair da superficialidade do real, tal como se nos apresenta; e isso só é possível ao ascendermos o mais alto nível da consciência da práxis.

processo saúde-doença, tendo em vista que, surgiram e se desenvolveram no interior de uma outra práxis específica: a práxis de Bombeiros, através dos Corpos de Bombeiros¹¹, no âmbito do setor de Segurança Pública.

De um modo geral, o serviço de emergência pré-hospitalar possui uma dinâmica operacional diferenciada das demais práticas assistenciais à saúde. Neste serviço, o ambiente em que se dá a assistência é imprevisível e sempre mutável no tempo e espaço. Por tratar-se de situações de emergência e de instabilidade das funções vitais da vítima, a possibilidade de tornarem-se reversíveis, implicam e definem condutas imediatas de cuidado e tratamento complexos, além de que, implicam em confronto com diversas questões ético-legais, exigindo constantes reflexões por parte dos trabalhadores. Mediante esta característica, típica desta prática de saúde, pode-se afirmar que a atuação em emergência pré-hospitalar além de requerer alto grau de conhecimento exige que os profissionais do serviço estejam submetidos a preceitos éticos e morais, comprometidos com a manutenção da vida do ser humano; o que só é possível se for reconhecida como uma prática de saúde e, conseqüentemente atribuído ao Sistema de Saúde.

Infelizmente, os serviços de APH – em muitas cidades do Brasil – surgiram sem compromisso com o conhecimento e com a ética e ainda perduram na sua grande maioria, tentando se desenvolver assim mesmo, buscando referências num modelo completamente

¹¹Conforme Vázquez (1977, p. 328), “...o homem é sempre sujeito de toda práxis e que nada acontece na história que não contenha necessariamente sua intervenção”. Entretanto, “a matéria-prima da atividade prática pode mudar, dando lugar a diversas formas de práxis, (...) assim, o objeto sobre o qual o sujeito exerce sua ação pode ser: a) o fornecido naturalmente, ou entes naturais; b) produtos de uma práxis anterior que se convertem, por sua vez, em matéria de uma nova práxis, como os materiais já preparados com que trabalha o operário ou com que cria o artista plástico; c) o humano mesmo, quer se trate da sociedade como matéria ou objeto da práxis política ou revolucionária, quer se trate de indivíduos concretos. Em alguns casos, como vemos, a práxis tem por objeto o homem e, em outros, uma matéria não propriamente humana: natural em alguns casos, artificial em outros” (VÁZQUEZ, 1977, p. 194-195). Feitas essas considerações, o autor distingue várias formas de práxis e dentre as que destaca estão a práxis produtiva (o trabalho), a práxis artística e a práxis social-revolucionária. Para o autor, “se o homem existe, enquanto tal, como ser prático, isto é, - afirmando-se com sua atividade prática transformadora em face da natureza exterior e em face de sua própria natureza, a práxis revolucionária e a práxis produtiva constituem duas dimensões essenciais de seu ser prático. Mas, por sua vez, uma e outra atividade, junto com as restantes formas específicas de práxis, nada mais são do que formas concretas, particulares, de uma práxis total humana, graças à qual o homem como ser social e consciente humaniza os objetos e se humaniza a si próprio (VAZQUEZ, 1977, p. 202). A partir dessa e outras passagens, entendo que no interior da práxis em sua totalidade, ou seja, da práxis social total como práxis histórica e social, se integram formas específicas de práxis, dentre as quais Vázquez (1977, p. 15) cita “o trabalho, a arte, a política, a medicina, a educação, etc.” e que, a partir desse entendimento, acrescentarei e abordarei a práxis de enfermagem e a práxis de bombeiros enquanto práxis específicas.

distante da nossa realidade, ou seja, o Serviço de Emergências Médicas norte-americano (*Emergency Medical Service – EMS*)¹². Ao tentar-se adapta aquele modelo à realidade brasileira, os usuários do serviço, se expõem a prejuízos incomensuráveis haja vista que, a maioria dos serviços oferece apenas o atendimento básico, mesmo que a situação da vítima requeira um atendimento da mais alta complexidade.

Temos, numa pseudoadaptação do modelo norte-americano, uma diferença fenomenal entre os serviços de APH prestados nos EUA e os serviços prestados pela maioria dos sistemas brasileiros: o atendimento básico, o qual no sistema norte-americano é aquele em que qualquer um do povo pode prestar e deve estar preparado até que chegue o atendimento avançado. Então, mesmo que o SBV faça parte do Serviço de Emergência Médica (SEM-EUA), quando necessário, a população dispõe do Suporte Avançado de Vida (SAV)¹³.

No Brasil, o atendimento básico é o próprio atendimento “profissional” – e se esgota aí. Além de que, nada mais é que um atendimento leigo-treinado apresentado à população como sendo um atendimento profissional. Deste modo, mesmo que a situação da vítima requeira um atendimento de maior complexidade ainda no local da ocorrência e/ou durante o trajeto para o hospital, este atendimento não está disponível pelo CB – na maioria das cidades brasileiras – salvo aquelas que dispõem de SAMU.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), hoje, apenas 11 cidades brasileiras dispõem de SvAPH realizado por profissionais de saúde. Serviços que, serão re-adequados à atual política nacional de atendimento às emergências/urgências e conseqüentemente inseridos no SUS. Com a nova política de urgência/emergência, a meta é atingir 238 cidades brasileiras – aquelas acima de 100.000 habitantes – que, mesmo assim conviverão com o serviço dos Corpos de Bombeiros, realizando o denominado Suporte Básico de Vida, considerando que, a “nova política” ainda conforma – inclusive

¹² O modelo de Atendimento Pré-Hospitalar dos EUA é abordado no capítulo 3, em contraposição ao modelo francês (SAMU).

¹³ Em que pese essa diferença, ou seja, a disponibilidade nos EUA de SAV, ambos níveis de atendimento se dão através de protocolos assistenciais que limitam as ações dos profissionais. Essa questão será abordada nos capítulos 3 e 6.

com repasse do SUS para a produção – o APH básico dos Corpos de Bombeiros¹⁴. Assim, mesmo com mudanças em curso, pairam no ar mesmas questões de outrora em virtude de que este processo não apresenta alterações substanciais, mantendo-se como resultado de políticas neoliberais compensatórias – implementadas num momento em que o trauma e a violência, passam a se constituir num dos principais problemas que ameaçam a estabilidade do sistema social vigente. Ou seja, embora haja manifestações políticas em contrário, a política neoliberal globalizante do capitalismo, continua mais hegemônica que nunca, dificultando qualquer mudança que represente uma aproximação das práticas de saúde ao processo saúde-doença.

Em que pese o atual programa do Ministério da Saúde lançado em 29 de setembro de 2003, denominado de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – estruturado com base na Regulação Médica e na divisão do atendimento em nível de SBV (realizado por profissionais de Enfermagem) e SAV (no qual o médico está presente), o SBV realizado por bombeiros ainda vigora – no novo projeto – e inclusive sendo mantido com recursos do MS (BRASIL, 2004).

Diante da continuidade da política que não permitiu mudanças, que não rompeu com o instituído, continuo perguntando: se os serviços hoje existentes, que realizam apenas o SBV passam a ser integrados neste programa do MS, bastando para isso estar em conformidade com os dispositivos da Portaria 2048 do Gabinete do Ministro da Saúde (BRASIL, 2002a), e são colocados lado a lado com o nível SBV do SAMU do Sistema de Saúde, que diferença existe então, entre o SBV prestado por leigos-bombeiros, e o SBV prestado por profissionais de Enfermagem do Sistema de Saúde? Afinal o que significa a denominação SBV nos sistemas vigentes e na atual proposta do MS? O que é realmente APH e qual a atribuição do Sistema de Saúde e da Enfermagem nos Serviços de APH? Quais instituições e práticas profissionais devem interagir nestes serviços? Em suma, se a totalidade prático-social¹⁵ se compõe de diversas práticas sociais específicas – práxis que

¹⁴ A questão da inserção dos serviços de APH dos Corpos de Bombeiros no SUS, também é abordada no capítulo 3 e 6, através da análise da nova política nacional de urgência/emergências normatizadas mediante portarias do MS.

¹⁵ De acordo com Vázquez (1977), a totalidade prático-social, ou a práxis social total, pode ser decomposta em diversos setores, se levarmos em conta o objeto ou a matéria-prima sobre a qual o homem exerce sua atividade

se inter-relacionam justamente porque são diferentes, possuem especificidades próprias –, que diferenças existem entre as práticas de saúde, dentre as quais encontra-se a práxis de Enfermagem, e as práticas de segurança pública, dentre as quais encontra-se a práxis de Bombeiros? Qual o limiar de atuação destas práticas e respectivas instituições envolvidas no APH? *Que níveis de práxis de saúde os Corpos de Bombeiros podem alcançar, atuando com uma formação básica e sob protocolos assistenciais - de regulação desta práxis -, extremamente articulados com as normas militares?*¹⁶ Se o alcance de um nível de práxis criativa, transformadora depende do grau, ou consistência teórica agregada à práxis, quais os limites e possibilidades para as práticas de saúde alcançarem níveis mais elevados, sabendo-se que tem, necessariamente maior consistência teórica sobre a práxis específica de saúde?

Em face de tudo o que disse até então, convém destacar que o ser humano ainda se encontra na condição inédita de tecer projetos conscientes e na condição histórica de inaugurar novas fases de movimento social e, diante deste emaranhado de indagações e inúmeras outras que desprendem destas, cumpre-me realizar uma reflexão acerca do surgimento do APH no Brasil e os respectivos modelos assistenciais, nas últimas décadas. Também, refletir sobre a inserção desta prática de saúde nos serviços de saúde, a fim de traçarmos sua trajetória e apontar os caminhos e os descaminhos desta modalidade de assistência à saúde, em nosso país. Em suma, lançar as bases para o caminho da práxis de saúde, no âmbito pré-hospitalar de urgência/emergência enquanto práxis de intervenção no processo saúde-doença, considerando as transições epidemiológicas em curso.

prática transformadora. Em outras palavras, a totalidade prático-social é composta das mais diversas formas específicas de práxis que se apresentarem e se integram nesta totalidade.

¹⁶ Compreendida a totalidade prático-social como a integração de diversas formas de práxis ou práxis específicas que tem em comum a ação do homem sobre a respectiva matéria; ação essa que nega uma realidade e cria outra, humanizada ou mais humanizada, faz-se necessário conhecer os níveis de práxis presentes na transformação da realidade. Vázquez (1977), define diferentes níveis de práxis – *criadora, reiterativa, espontânea e reflexiva*. No entanto, salienta que “o conceito de nível é relativo; algo se nivela ou se encontra em determinado nível segundo um critério que permite falar em inferior e superior” (VÁZQUEZ, 1977, p. 246). Os critérios de análise se dão de acordo com o grau de penetração da consciência do sujeito ativo no processo prático – para nivelar a práxis em espontânea ou reflexiva - e com o grau de criação ou humanização da matéria transformada evidenciado no produto de sua atividade prática – para nivelar a práxis em criadora ou reiterativa/imitativa.

2.4 Percalços De Uma Trajetória

É livre a expressão da atividade intelectual, artística, científica e de comunicação, independentemente de censura ou licença

Constituição Federal Brasileira, 1988

Até aqui, tentei delimitar a problemática partindo – mesmo que sucintamente – dos problemas gerais da sociedade, passando pelos problemas do setor Saúde e chegando nos problemas específicos contextualizando a modalidade de assistência à saúde, pré-hospitalar de urgência/emergência. Neste contexto, a transição política ocorrida no redemoinho do modo de produção capitalista é propalada – pela ideologia dominante – como sendo a era da modernidade, enquanto na verdade caminha para a negação dos direitos sociais, dentre eles o direito à saúde como responsabilidade do Estado. É no seio desta negação que surgem os Serviços de APH, precarizados, à margem do Sistema de Saúde.

Coincidentemente, ao lado desta “modernidade”, constata-se uma transição epidemiológica com o despontar da violência e da prevalência das doenças cardiovasculares que, não controlados resultam em súbitos agravos à saúde. A transição epidemiológica aponta para o aumento de uma necessidade social que deve ser suprida pelo Estado, através – dentre outros serviços – do SvAPH¹⁷. Daí se justifica a necessidade de se refletir sobre esta modalidade de assistência à saúde, tendo como base a conquista histórica do direito à saúde universal.

¹⁷ É importante destacar, que a responsabilidade do Estado em disponibilizar SvAPH a toda população, não pode ocorrer em detrimento da oferta de outros serviços. Suprir as necessidades de saúde populacionais, significa abordar as problemáticas em todos os níveis de atenção à saúde, de forma similar ao que propôs Prado (1998), quando refere-se as abordagens para o enfrentamento da violência no trânsito abrangendo ações interdisciplinares, ou seja, que não se restringem às profissões de saúde e ao sistema de saúde.

Portanto, o presente trabalho se justifica com maior ênfase, no entendimento desta realidade e na consciência filosófica das práxis de saúde. Mas a escolha da temática e a identificação dos aspectos analisados nos capítulos 5 e 6 (o protocolo de APH do CB e o reduzido grau de consciência filosófica da práxis de saúde e de Enfermagem agregado na práxis de Bombeiros), apontando – e lançando as bases – para a superação deste modelo de APH – com o Estado assumindo definitivamente sua responsabilidade –, só foi possível mediante a Prática Assistencial referente à disciplina do Curso Mestrado em Enfermagem, Projetos Assistenciais em Enfermagem e Saúde e este, por sua vez, mediante minha vivência em APH, como profissional bombeiro, fato que me leva a discorrer um pouco sobre essa trajetória.

Meus primeiros contatos com o socorrismo (primeiros socorros), aconteceram em 1992, quando ingressei no CB do Estado de SC, na ocasião vinculado a PM de SC. Realizei o curso de Soldados do Grupamento de Busca e Salvamento, que na época era considerado um grupo de elite, responsável pelo serviço de Salva-Vidas (salvamento aquático) em todo o litoral catarinense, bem como, pelas diversas atividades de busca e salvamento subaquático, terrestre e em alturas. O curso atravessou todo o rigoroso inverno da ilha de Florianópolis e entre as aulas matinais, de natação e salvamento aquático, nas gélidas águas das praias da Joaquina e dos Ingleses, tinha aulas de primeiros socorros, especialmente sobre manobras de reanimação cárdio-respiratória às vítimas de afogamento.

Os instrutores dessa área eram, um oficial que havia participado em 1991, do curso de multiplicadores do Projeto de Atendimento Pré-Hospitalar do Ministério da Saúde – um dos quatro projetos inseridos no Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas – e dois praças¹⁸ que haviam feito curso e estágio no Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE), de Curitiba.

Em março de 1993, após retornar da minha primeira temporada de Salva-Vidas nas praias do sul do Estado, para aonde havia sido enviado, realizei em Florianópolis o Curso

¹⁸ Sobre a organização com base na hierarquia militar do CB, ver capítulo 5.

de Agentes de Socorros Urgentes que estava sendo propalado em todo o Estado, ainda nos moldes do programa do MS, que se encontrava em fase de extinção.

Naquele tempo, era comum no CB, após uma formação genérica em todas as áreas de atuação, o Bombeiro se especializar numa área de interesse na qual desenvolveria a maior parte de seu trabalho¹⁹. Particularmente, desde o curso de Soldados, me interessei pelo serviço de “Socorros Urgentes”, que na época havia sido recém implantado pelo PEET/PAPH-MS²⁰. Foi nesta área que passei a me especializar e me dedicar durante os onze anos em que permaneci na instituição CBM.

No ano de 1994, ingressei no curso de formação de Sargento Bombeiro Militar realizado no Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Praças do Centro de Ensino da PM de SC. No decorrer do curso de Sargentos, realizamos outro curso de Agentes de Socorros Urgentes, agora desvinculado do antigo programa do MS, ocasião em que o SvAPH do CBM de Santa Catarina (SC) passou a desenvolver-se como uma política institucional independente contando apenas com recursos do SUS relativos à produtividade ou número de atendimentos.

Terminado o curso de Sargentos e ficando entre os primeiros colocados do curso, escolhi a cidade de Blumenau para trabalhar por contar com um serviço de Bombeiros mais desenvolvido, sobretudo na área de APH. De volta à Florianópolis em meados de 1995, continuei exercendo minhas atividades na área de APH no Grupamento de Busca e Salvamento, quando surgiu a oportunidade de realizar o primeiro Curso de Técnico em Emergências Médicas (TEM), fruto de uma proposta conjunta do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e CBM da PMSC²¹.

¹⁹Com o advento das transformações no mundo do trabalho, determinadas pela necessidade do capital em substituir a rigidez das antigas formas de organização do processo de trabalho, o modelo taylorista/fordista por outras mais flexíveis de acordo com um mercado também flexível, especialmente o modelo toyotista (TUMOLO, 2002). Com a dominação do Estado pelo poder neoliberal que determinou a minimização da participação do Estado na produção, inclusive de serviços, houve fortes interferências dessas mudanças negativas na instituição Corpo de Bombeiros resultando numa significativa redução do efetivo e o fim das especializações.

²⁰ As peculiaridades desse programa e sua importância no APH brasileiro são abordadas no sub-capítulo “Atendimento Pré-Hospitalar no Brasil”.

²¹ Sobre essa experiência (Curso Técnico em Emergências Médicas) e sua contextualização no presente trabalho, ver o sub item do capítulo 3 “O Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros de Santa Catarina”.

Havia algum tempo o CBM vinha desenvolvendo fortes vínculos com o Serviço de Emergências Médicas do Estados Unidos (SEM), enviando oficiais para aquele país a fim de conhecer o SEM e fazer estágios e cursos. O curso de TEM tinha como inspiração o modelo norte-americano numa perspectiva de desenvolver um serviço de Atendimento Pré-Hospitalar no molde do SEM-EUA, contando com todos os níveis de APH, do básico ao avançado. Entretanto, como a proposta excluía claramente a Medicina do âmbito deste serviço, houve resistências por parte dos segmentos da área da Saúde, sobretudo por parte dos profissionais médicos, haja vista que, os bombeiros com formação baseada no modelo americano, se conquistassem o devido suporte legal, passariam a executar ações de Medicina e de Enfermagem no ambiente pré-hospitalar.

O primeiro curso Técnico em Emergências Médicas foi expressão cabal dos conflitos que se acirravam entre o CB e o setor de Saúde. Naquele curso, muitos médicos, professores da UFSC se recusaram a ministrar²² aulas de modo que, a maioria do curso fora ministrado pelos próprios instrutores do CB e por professores do Departamento de Enfermagem que trabalhavam numa expectativa de formar os bombeiros na área de Enfermagem – como de fato vinham fazendo – ao passo que o APH do CB era um campo de estágio pré-profissional supervisionado, através do qual, vários grupos de alunos da última fase da graduação em Enfermagem, por livre escolha, efetuavam seus trabalhos de conclusão de curso na área²³ de APH.

²² No planejamento desse curso, estava explícito que o Corpo de Bombeiros tinha intenção de primeiro adquirir a capacidade técnica dentro dos moldes do modelo de APH norte-americano para, num passo seguinte buscar amparo legal. Sendo assim, houve resistência por parte da categoria médica que, mediante suas normas do exercício profissional, ensinar atos médicos a profissionais não médicos, poderia implicar – se houvesse o passo seguinte intencionado pelo CB – numa contradição ao respectivo Código de Ética Profissional²², que veda ao médico, no artigo 30 “delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998, in: SEBASTIÃO, 2003, p. 320); mesmo que tais procedimentos ou atos médicos não sejam claramente definidos. Outros, porém, recusavam-se por estarem atentos à proposta do curso e discordarem dela. Atualmente o CFM emitiu resolução que veda ao médico, sob qualquer forma de transmissão de conhecimento, ensinar procedimentos privativos de médicos a profissionais não médicos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004).

²³ Os seguintes trabalhos foram realizados no CBM de SC:

ERDTMANN, B., MOCELIN, D. O., OLIVEIRA, T. P. **Atuação do enfermeiro junto ao serviço de atendimento pré-hospitalar (SvAPH): uma experiência de acadêmicos de enfermagem da UFSC.** Florianópolis, 1994. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

KAYSER, C. P., PELISSARI, D. P., BERNARDI, K. S., BENEDIX, M. **Vivenciando momentos de estresse: uma experiência de assistência de enfermagem junto ao indivíduo e família em situações de emergência.** Florianópolis, 1995. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal

Evidenciava-se no decorrer do curso, discordâncias entre oficiais do CB que vislumbravam um modelo que vinha desenvolvendo-se nos moldes do norte-americano e médicos que projetavam na Secretaria Estadual de Saúde um modelo baseado no SAMU francês, que em certa ocasião nos foi apresentado no decorrer do curso. Por fim, a Universidade recusou-se a certificar os participantes do curso, emitindo apenas um atestado de participação.

Nos anos seguintes, enquanto desenvolvia meu trabalho na área de APH, fui tendo contato com profissionais enfermeiros que faziam a supervisão de estágio – nos ASU do CB – e com os estudantes do Curso de Enfermagem da UFSC, de modo que fui conhecendo e me interessando pela prática de Enfermagem.

Àquela altura, por intercorrências da vida e do trabalho, já havia interrompido duas vezes cursos de graduação que havia iniciado: primeiro, Educação Física, depois, Engenharia Química. Na expectativa de voltar a Universidade, posso dizer que o trabalho na área de APH e a significativa vivência com profissionais e estudantes da Enfermagem exerceram forte influência para que, em 1997 realizasse o vestibular para o curso de Enfermagem.

Naquele ano, iniciei o curso de graduação e prometi a mim mesmo que iria até o final custasse o que fosse preciso, para enfrentar as adversidades. Realizando o curso de graduação em Enfermagem, da mesma forma que nos cursos anteriores dos quais desisti - nunca tive qualquer apoio institucional de modo que conseguia freqüentar as aulas graças à disposição dos colegas de trabalho em trocar serviços e, muitas vezes até mesmo trabalhar em meu lugar. Mesmo com apoio deles, os entraves eram freqüentes, então

de Santa Catarina.

COSTA, C. R., GOULART, M. C., ALBUQUERQUE, R. M. A, MORAES, S. D. **Assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar emergencial.** Florianópolis, 1995. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

SOUZA, C., MULLER, V. C. **Acompanhando o serviço de atendimento pré-hospitalar do comando do corpo de bombeiro de santa Catarina – prestando assistência de enfermagem mediata.** Florianópolis, 1996. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

MAFRA, A., COAN, I. C. M., RIBEIRO, P., PÊRES, W. **Assistência de enfermagem pré-hospitalar emergencial e em situações de violência: promoção da saúde através do cuidado/educação.** Florianópolis, 1999. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

CARVALHO JR, D. C. **Conhecendo o comportamento do cliente no momento de urgência/emergência através da assistência de enfermagem em serviço de atendimento pré-hospitalar.** Florianópolis, 2002. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

optei, em 1999, por sair do Grupamento de Busca e Salvamento – onde trabalhava, maior parte, no Auto Socorro de Urgência – através de transferência para a Central de Operações da PM, na qual passei a trabalhar como despachante do CB,²⁴ cuja escala facilitava trocas de serviço e tempo para estudar.

Sempre navegando contra a corrente, fui desenvolvendo um estilo próprio de pensar e agir que pouco se amolda em qualquer espaço instituído. O ingresso definitivo na Universidade foi o motivo principal para que iniciasse por desenvolver um estilo de pensamento crítico.

Já na primeira fase do curso, participei de uma fervorosa eleição para o Diretório Central de Estudantes, conhecendo desde cedo, o movimento estudantil e as organizações políticas estudantis. O envolvimento político estudantil que segui durante todo o curso, aliado a peculiaridade própria do curso de Enfermagem através do qual temos contato, desde o início, com a prática e conseqüentemente com a realidade dos serviços de Saúde, foram decisivos para que assumisse um estilo de pensamento peculiar.

Enquanto isso, o CBM adentrava a todo vapor nas mudanças negativas pelas quais passavam todos os serviços públicos de responsabilidade do Estado. A redução de investimentos nos serviços prestados à sociedade teve profundos reflexos nas ações do CB, cada vez mais precarizadas, principalmente pela falta de pessoal²⁵.

O SvAPH foi uma das áreas que teve maior repercussão justamente por ser o setor responsável pela maioria das ocorrências atendidas²⁶. A flexibilização da força de trabalho era a saída para os administradores de “recursos humanos” escassos; escassez que eles próprios tinham parcela de responsabilidade por aderirem conscientemente a opção política dominante. Assim, um bombeiro que hoje exerce ações de combate a

²⁴ **COPOM** é a Central de Operações da Polícia Militar (COPOM), onde funciona, em conjunto, a central de atendimento de urgência/emergência pré-hospitalar. **Despachante** do CB é um profissional Bombeiro, às vezes com formação socorrista, que faz a regulação e o acionamento da unidade móvel para o local da ocorrência, por exemplo, se o despachante achar que não é caso que precise de ASU (Auto Socorro de Urgência), a ocorrência é repassada para uma viatura da PM fazer a condução ao hospital.

²⁵ Depois do curso de Soldados que realizei em 1992 – mediante concurso público – levou uma década para que houvesse outro. Somente em 2003 houve novo concurso, cujas vagas abertas estão longe de suprir as deficiências de efetivo.

²⁶ Em 2001, 44% das ocorrências atendidas pelo CB de SC, eram relacionadas ao APH. Fonte: Sistema EMAPE - COPOM (Central de Operações da Polícia Militar), PMSC.

incêndio, amanhã pode estar executando ações de APH, muitas vezes sem ter ao menos o curso básico de primeiros socorros proporcionado pela instituição, ou seja, o curso de Socorrista, considerado pelo CB, como curso de SBV, nível básico.

O modelo levado adiante pelo CBM se fechava cada vez mais para a Universidade e se definia pela não inclusão ou reconhecimento de profissionais de saúde no serviço. Entretanto, desde 1994, se costurava no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, um novo modelo de APH baseado no Serviço de Atendimento Médico de Urgências (SAMU) francês. Mas, os Comandantes do CB freqüentemente interviam junto ao governo com o argumento de que o caminho era investir no sistema já existente que, acima de tudo, era economicamente menos dispendioso, além do que, as estatísticas mostravam que para o atendimento da maioria das ocorrências, era suficiente apenas o “SBV”.

No primeiro semestre de 2001, iniciei a última fase do curso de graduação em Enfermagem. Neste momento pude escolher livremente uma área para realização de estágio pré-profissional supervisionado que culminou com a elaboração de uma monografia. Por minha trajetória e até mesmo pelos motivos que me levaram a realizar tal curso, minha área de escolha não poderia ser outra. Optei por desenvolver a monografia na área de APH. Como apresentei, vários grupos de alunos, desde 1994 haviam realizado o trabalho de conclusão de curso no SvAPH do CB, principal detentor deste campo no setor público, responsável pela maior parte dos atendimentos pré-hospitalares. Entretanto, quando chegou minha vez, a Instituição à qual pertencia, havia dez anos, pela qual dediquei a parte mais importante da minha vida –, decidiu fechar – por motivos que nunca foram explicados – o campo de estágio para a UFSC. Soube apenas que estava em vigor, um contrato de estágio firmado diretamente entre o comandante do CB e a UFSC. Alegava-se que aquele contrato – que possibilitou que outros alunos fizessem estágio até então – não tinha validade, segundo o argumento de que o CB ainda era subordinado à PM, sendo o Comandante Geral da PM o responsável por assiná-lo.

Mediante o imprevisto, tive que redirecionar meu projeto de prática assistencial (MARTINS, 2001b) e, com ajuda da coordenação da fase consegui campo de estágio na emergência do Hospital Regional de São José. Dei início ao estágio no hospital, enquanto

a Universidade tentava intervir junto ao Comandante Geral da Polícia Militar para reabrir o campo de estágio. Algumas semanas após, as instituições firmaram novo contrato de estágios reabrindo o campo para os alunos da UFSC, fui informado pela Coordenação de Estágios do Departamento de Enfermagem da UFSC que, caso tivesse interesse poderia voltar a fazer o trabalho de conclusão de curso no APH do CB²⁷.

Logicamente que ainda tinha vontade. Entretanto, era tarde demais. Vinha desenvolvendo meu estágio na emergência hospitalar de um dos hospitais que recebe o maior número de vítimas na grande Florianópolis e, mais que isso, vinha descobrindo novos horizontes, adquirindo novos conhecimentos que me permitiam compreender melhor a complexa área de urgência/emergências clínicas e traumáticas, a problemática da violência que a envolve, bem como, o caos em que se encontra o Sistema de Saúde brasileiro, fazendo com que, a emergência se torne a principal, senão a única porta de acesso ao SUS. Descobria que a barreira que separa o serviço da emergência hospitalar do serviço de emergência pré-hospitalar, pelo fato do APH do CB não ser realizado por profissionais de saúde e não fazer parte do Sistema de Saúde – deveria ser rompida.

Envolvido numa modalidade de assistência complexa, em que todos os esforços possíveis são despendidos, em favor da manutenção da vida, ia refletindo sobre o tempo em que trabalhava no serviço básico do CB e nas diversas vidas que vi se esvaír por falta de recursos tecnológicos e de conhecimentos, no local da ocorrência. Da mesma forma em que via chegar na emergência daquele hospital, diversas vítimas atendidas pelo serviço básico de APH do CB e morrerem ou terem graves seqüelas devido ao sofrimento excessivo em virtude da demora para ter acesso aos mais modernos recursos tecnológicos – encontrados somente na emergência hospitalar – em favor da manutenção e recuperação da vida. Ou seja, mesmo que o (SvAPH) do CB chegue rápido no local da ocorrência, somente quando chega com a vítima no hospital é que ela vai ter o atendimento integral,

²⁷ Após assinatura de novo contrato de estágio entre as instituições, deu-se início o II Curso Básico de Urgência – do qual participei enquanto desenvolvia meu TCC, no HRSJ – organizado por estudantes dos Cursos de Enfermagem e Medicina da UFSC e ministrado por professores da UFSC, médicos e enfermeiras, bem como, instrutores bombeiros; sendo proporcionado aos alunos, em estágio nos ASU do CB. Entretanto, o estágio não era supervisionado – por profissionais de saúde – pelo fato de que o CB não reconhece suas atividades de APH como prática de saúde.

que já poderia ser prestado no local do evento, se a equipe de APH fosse composta por profissionais de saúde.

Foi naquele período que fui fortalecendo minha crença de que um SvAPH eficiente é aquele que leva, num menor tempo possível, todos os recursos e profissionais necessários ao próprio local em que se encontra a vítima, e ali faz todas as intervenções necessárias e possíveis no sentido de reverter e estabilizar as suas funções vitais (PRADO, MARTINS, 2003). Mais que isso, este serviço precisa ser integrante de um único Sistema (de Saúde) que fale uma mesma linguagem, facilitando assim, a continuidade da assistência. Em suma, inserido na própria realidade e refletindo sobre ela, fui compreendendo a profunda crise em que se encontra o Sistema de Saúde e que a superação dos problemas com que me deparei só será possível com a superação dos problemas pelos quais passam este sistema que, por sua vez, só serão superados ao superar-se a crise geral da sociedade; haja vista que, não há alternativas de solução dos problemas que possam se buscados no interior do setor de Saúde (POSSAS, apud MINAYO, 2000).

Portanto, o poço era mais profundo do que antes imaginava. Os problemas com os quais me deparei, são apenas reflexos da negação por parte do Estado – submisso a um sistema contraditório – do direito à saúde, que tinha como pressuposto (dentre outros) o acesso universal aos serviços de Saúde de qualidade (BRASIL, 1998). Entretanto, há muito que fazer; e por isso é preciso conhecer e agir.

Apesar de todas as dificuldades pelas quais passei, a decisão em continuar o estágio na emergência hospitalar, me possibilitou um crescimento que certamente não teria no serviço do CB. Possibilitou conhecer o “o outro lado” e concluir que na verdade se trata do mesmo lado, não fossem as contradições e distorções que apresentarei e discutirei no decorrer deste trabalho.

O crescimento pessoal e profissional que obtive naquela fase do curso foi o que me encorajou e possibilitou ingressar no programa de Mestrado em Enfermagem da UFSC, já no ano seguinte, apresentando um plano de estudos sobre a metodologia da assistência de

Enfermagem na emergência hospitalar, a partir daquilo que desenvolvi na prática assistencial.

2.4.1 O Que Parecia Fim... Era Apenas O Começo

No segundo semestre de 2002, ingressava no Curso de Mestrado. Entretanto, no primeiro semestre, havia um aluno da graduação (CARVALHO JR., 2002) que pretendia fazer o trabalho de conclusão de curso no SvAPH do CBM e convidou-me para fazer a supervisão do estágio, tendo em vista a exigência da disciplina da necessidade de supervisão do aluno por um enfermeiro da instituição por ele escolhida. Embora o CBM não disponha, por opção, em seus quadros o profissional enfermeiro, era possível que eu desenvolvesse este papel, considerando que o Departamento de Enfermagem da UFSC reconheceria a minha formação e, conseqüentemente a função de supervisor²⁸. Diante da possibilidade, fiz um projeto para a disciplina Estágio de Docência, optativa do Mestrado e trabalhei aquele semestre realizando a supervisão do estágio e co-orientação da monografia, assim como, atividades de docência junto a primeira fase do curso de graduação, envolvendo o aluno estagiário (MARTINS, 2002b)²⁹.

A partir daquela vivência, novos problemas foram identificados. Percebendo que maioria dos bombeiros, que trabalham neste serviço, têm formação em cursos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem – proporcionados anteriormente pelo Departamento de Enfermagem da UFSC, embora não sejam reconhecidos pela instituição do CBM – passei a vislumbrar a possibilidade de desenvolver a disciplina do Mestrado, Projetos

²⁸ Por outro lado, o CB autorizou a supervisão de estágio porque eu era Bombeiro Militar e o que importaria era minha formação e cursos de Agentes de Socorros Urgentes e Técnico em Emergências Médicas, bem como, a minha condição de subordinação às normas militares que instituem o protocolo de APH do CB.

²⁹ O relatório da Disciplina Estágio de Docência culminou no trabalho Buscando Caminhos para Articulação Graduação e Pós-graduação – Construindo Pontes Derrubando Muros, apresentado no 12º SENPE (MARTINS, 2003a).

Assistenciais de Enfermagem e Saúde e, conseqüentemente, a dissertação de mestrado, nesta área, tendo em vista a proposta da disciplina que é desenvolver o projeto no próprio local de trabalho do aluno.

Assim, resgatei o plano de estudos apresentado à seleção do mestrado e adaptei ao serviço de emergência pré-hospitalar, a partir do reconhecimento de deficiências e a necessidade de sistematizar a assistência em emergências pré-hospitalares, fundamentada num referencial teórico comprometido com a qualidade da assistência e com a prevenção dos eventos (MARTINS, 2002a). Desenvolvi um projeto de prática assistencial cujo objetivo era: propor, aplicar e avaliar o desenvolvimento de uma metodologia para assistência de Enfermagem às vítimas traumatizadas em situação de Urgência/Emergência, no ambiente pré-hospitalar, fundamentada num referencial construtivista. Tendo como desmembramento ou objetivos específicos: **1.** Construir e validar o marco conceitual da metodologia assistencial de Enfermagem; **2.** Construir uma metodologia assistencial de Enfermagem, fundamentada num referencial construtivista; **3.** Implementar a metodologia de assistência de Enfermagem, às vítimas traumatizadas em situação de urgência/emergência, fundamentada num marco conceitual; **4.** Conhecer o perfil das vítimas atendidas no SvAPH do CB (MARTINS, 2003b). Mesmo sabendo que os serviços de Enfermagem não são reconhecidos na instituição CBM de SC, ou seja, que os profissionais com formação na área de Enfermagem que lá trabalham não são reconhecidos, a intenção era que a proposta pudesse, ao menos, servir de base para propostas de sistematização da assistência de Enfermagem em outros serviços pré-hospitalares que trabalhem com profissionais de saúde, em que a Enfermagem seja reconhecida.

Entretanto ao entrar no campo da prática assistencial e dar os primeiros passos para a construção da proposta, fui me deparando com um sistema armado com suas normas rígidas e intransponíveis³⁰. Diferentemente de outras instituições de Saúde militares em

³⁰ Ao apresentar a proposta ao Coordenador Geral do SvAPH do CB de SC, fui percebendo a hostilidade em relação à Enfermagem e descobrindo que a autorização do CB para que eu desenvolvesse o Projeto de Prática Assistencial no SvAPH, deu-se apenas pelo fato de que era Bombeiro Militar. Então para o CB eu estaria lá atuando como profissional Bombeiro e não como Enfermeiro que desenvolvia um Projeto de Prática Assistencial de Enfermagem.

que os profissionais de saúde seguem as normas que regem o exercício da respectiva profissão, na sua relação com o usuário – mesmo que pese sua condição de militar e subordinação às normas militares –, no SvAPH do CB, a relação do bombeiro-socorrista com o usuário-vítima, é determinada por um protocolo de APH (não de Enfermagem), institucionalizado e estritamente articulado com as normas militares, impedindo qualquer desvio para além destas normas, ou seja, daquilo que preconiza o protocolo. Ao observar (participando) a assistência prestada pelos bombeiros, fui pressupondo que se tratava de uma práxis de saúde – realizada por bombeiros – inflexível, ceifada de suas possibilidades de criação e reflexão; uma práxis reiterativa ou imitativa, fato que mereceria a reflexão que faço neste ensaio teórico, cujos objetivos estão explicitados a seguir.

2.5 Objetivos

2.5.1 Objetivo Geral

Realizar uma reflexão crítico-analítica do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar prestado no Corpo de Bombeiros Militar, fundamentada na Filosofia da Práxis de Adolfo Sánchez Vázquez.

2.5.2 Objetivos Específicos

1 – Descrever a evolução das políticas relativas à práxis pré-hospitalar de urgência/emergência, no âmbito da política de saúde e sua relação com a crise do setor de Saúde;

2 – Refletir acerca da práxis de Enfermagem e da práxis de Bombeiros, nos serviços de atendimento pré-hospitalar;

3 – Analisar as implicações da assistência prestada pelo Corpo de Bombeiros – com base em protocolos articulados com as normas militares e com baixo nível de conhecimento científico em saúde – no exercício de uma práxis de saúde criativa, reflexiva e transformadora;

4 – Refletir sobre a desarticulação das práxis do Corpo de Bombeiros, com as práxis de saúde e o Sistema Único de Saúde.

3. SURGIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA PRÁXIS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.

O objeto da revisão de literatura é realizar uma retrospectiva histórica da prática assistencial em saúde, no âmbito Pré-Hospitalar, em nível mundial e no Brasil – com um recorte privilegiado para sua história em SC –, com a intenção de esclarecer ao leitor, que se trata de uma práxis de saúde. Uma prática que tem suas origens através das profissões de saúde, especialmente nas práticas de Medicina e de Enfermagem. No decorrer do capítulo, constatar-se-á, que a origem do APH vem um “pouquinho” antes do surgimento do modelo peculiar dos Estados Unidos da América do Norte (EUA) – realizado em grande parte pelos *Fire Departments*³¹ –, que influenciou sobremaneira o surgimento dos Serviços de APH no Brasil, especialmente em SC. Abordo ainda, ao longo dele, as correntes filosófico-metodológicas, suas diferenças e similaridades, bem como, a regulamentação do APH no Brasil na esfera das políticas de saúde.

Para compreender a práxis de saúde no circuito da assistência pré-hospitalar de urgência/emergência, na atualidade, convém salientar a necessidade de discorrer brevemente sobre suas raízes históricas. Neste sentido, demarco primeiramente algumas considerações sobre o surgimento desta modalidade de assistência em meio às guerras, o aperfeiçoamento dos métodos e técnicas e a necessidade de desenvolver – na mesma proporção – as condições necessárias para a continuidade do atendimento definitivo e reabilitação das vítimas, ou seja, o atendimento emergencial hospitalar.

Conforme Hafen, Karren (1983), muitos dos avanços atuais tiveram origem no cuidado imediato de soldados feridos durante várias guerras. Assim, esta modalidade de atendimento originada nos campos de batalha, é aperfeiçoada nas grandes cidades a partir

³¹ Em 1981, um estudo mostra que 73% de todos os Fire Departments, profissionais e voluntários, estavam envolvidos em algum nível do EMS serviço (Sistema de Emergência Médica) em nível pré-hospitalar (VIRGINIA, 2003).

do momento que passam a conviver com outras formas de violência – principalmente a violência no trânsito e a interpessoal –, outrora causadoras de prejuízos à humanidade tanto quanto as próprias guerras. A transmutação do APH para os grandes centros urbanos traz consigo uma histórica divisão da trajetória que se constituem em experiência distintas, dando origem a dois modelos diferentes de atenção à saúde que se tornaram referência para vários países, dentre eles o Brasil.

Os primeiros registros sobre a prática assistencial de saúde no local da ocorrência de urgência/emergência³² pré-hospitalar – hoje comumente denominada de Atendimento Pré-Hospitalar –, remontam as batalhas de Napoleão Bonaparte, na Prússia, no final do século XVIII, na Europa. Consta que por volta de 1792, o cirurgião de guerra Dr. Baron Dominique Jean Larrey³³ idealizou a ambulância voadora – uma carroça puxada por cavalos para transportar os feridos (BRINK et al., 1993). Após a avaliação e primeiro atendimento, a vítima traumatizada era conduzida para os “hospitais de campanha”, na retaguarda, onde era realizado o atendimento definitivo. Larrey ficou conhecido como o precursor da idéia de ambulâncias e o meio de transporte mais utilizado, naquela época, era a *ambulância voadora*, idealizada por ele.

Consta então, que o médico Baron Dominique Jean Larrey, foi o primeiro a reconhecer a necessidade de uma rápida avaliação do traumatizado como forma de tratamento precoce, visando diminuir o risco de vida e o agravamento de lesões (BRINK et al., 1983). Designado por Napoleão para desenvolver um sistema de cuidados médicos para o Exército francês, Dominique-Jean Larrey, desenvolveu todos os preceitos do

³² Entendo por emergência, o agravo ou conjunto de agravos à saúde que necessitam de assistência imediata, por apresentarem risco de morte iminente; enquanto que na urgência não há perigo iminente de falência de qualquer de suas funções vitais (GOMES, 1994). Portanto, o atendimento de urgência/emergência, seja no ambiente hospitalar ou fora dele (pré-hospitalar), compreende o conjunto de ações empregadas para a recuperação de pacientes/vítimas que estão em risco de morte iminente (emergência) ou para evitar maiores agravos (urgência) que podem, até mesmo, evoluir para uma situação de emergência, haja vista a dinâmica do processo saúde-doença. De acordo com Drumond (1992, p. 1) – também citado por Nazário (1999, p. 15) –, “o conceito de emergência por mais amplo e diversificado que seja, implica sempre em uma situação crítica que pode ser definida, de modo abrangente, como aquela em que o indivíduo entra em desequilíbrio homeostático, por enfrentar obstáculos que se antepõem a seus objetivos de vida. Situação de emergência, também pode ser descrita como aquela em que alterações anormais, no organismo humano, resultam em drástico transtorno de saúde ou em súbita ameaça à vida, exigindo medidas terapêuticas imediatas”.

³³ Dominique Larrey era o cirurgião da Grande Armada de Napoleão Bonaparte, atendia os feridos da guerra, iniciando o tratamento precocemente, no local da batalha. (CARDOSO, apud ROCHA, 2000, p. 27).

cuidado de emergência utilizados atualmente: 1) rápido acesso ao paciente por profissional treinado; 2) tratamento e estabilização no campo de batalha; 3) rápido transporte aos hospitais de campanha apropriados; 4) cuidados médicos durante o transporte (NITSCHKE, 2003). Os primeiros atendimentos de que temos conhecimento no local da emergência, se deram no *front* de batalha, cuja finalidade maior era reduzir baixas recuperando o homem para que pudesse voltar ao combate. Tais experiências de atendimento inicial e transporte, por seus resultados, passaram a ser implementadas e desenvolvidas em outras guerras que serviram de palco para o desenvolvimento do atendimento inicial ao traumatizado.

Na mesma direção, convém destacar que num dado momento, verificou-se que não era suficiente desenvolver apenas a prática assistencial durante o atendimento inicial e transporte, pois as vítimas morriam num segundo momento por deficiências nos cuidados e tratamentos definitivos. Por conseguinte, foi preciso desenvolver também, na mesma proporção, o tratamento/cuidado dos feridos em batalhas, nos hospitais de campanha.

A Enfermagem teve o seu marco inicial no serviço de Atendimento Pré-Hospitalar durante a Guerra da Criméia, de 1854 a 1856 (PAZ, 2003).

O começo da guerra (...), em 1854, trouxe notícias na imprensa inglesa do alto índice de mortalidade dos soldados ingleses abandonados nos hospitais ingleses, improvisados. Florence que era amiga do Ministro da Guerra oferece seus préstimos e consegue autorização para organizar os hospitais de guerra ingleses (PIRES, 1989, p. 121).

Aquele foi um marco em que houve o grande avanço não somente no cuidado inicial, mas também no cuidado definitivo dos feridos, nos hospitais de campanha. Os elevados índices de mortalidade dos soldados resgatados dos campos de batalhas e transportados para os improvisados hospitais militares ingleses instalados em Scutari e na Criméia, foram reduzidos - com os serviços de Florence Nightingale e sua equipe de enfermeiras, de 40% para 2% (SILVA, 1989).

Em 1859, H. Dunant pleiteia o estabelecimento da convenção de Genebra da qual se originará a Cruz Vermelha (NITSCHKE, 2003). Formada em 1863, na Suíça, a Cruz

Vermelha Internacional³⁴ também teve importante papel no desenvolvimento do cuidado aos feridos, nos campos de batalhas. Uma importante atuação deu-se através da Americana Clara Barton³⁵, na Guerra Civil Americana.

No ano de 1864, nos Estados Unidos da América, foi criado o primeiro sistema organizado de socorro à população civil (*Railway Surgery-USA*), implantado com o objetivo de prestar cuidados médicos às vítimas do trauma durante as viagens de trem e realizar estudos sistematizados dos acidentes e cirurgias do trauma (SCHLEMPER JR, 2000). Em 1865, o Exército norte-americano instituiu seu primeiro serviço de ambulância naquele país e, em 1869, é criado, pelo *Bellevue Hospital*, o primeiro serviço de ambulância (carruagens puxadas por cavalos) na cidade de *New York* (VIRGÍNIA, 2003). Enquanto no Brasil, naquele mesmo ano (1865), durante a Guerra do Paraguai, a brasileira Ana Nery oferecia, como voluntária, seus serviços de Enfermagem para prestar cuidados aos feridos da frente de batalha (ROCHA, 2000).

As guerras intensificaram-se e com o desenvolvimento do tratamento e cuidado às vítimas e o transporte terrestre passou a ser insuficiente, para transportar vítimas aos locais de atendimento definitivo, com mais recursos. Não apenas por isso, mas, certamente também, por ser parte das táticas de guerra, começou a surgir a partir então, o “transporte aeromédico”. Em 1870, durante a Guerra Franco-Prussiana, foram realizados os primeiros casos de remoção aeromédica de feridos, pelo Exército prussiano em Paris; 160 feridos foram resgatados através de balões de ar quente (THOMAZ et al., 1999). Estes foram os primeiros casos registrados de transporte aeromédico (VIRGÍNIA, 2003). Com o avanço tecnológico dos meios de transportes, no decorrer deste período, os irmãos *Wilbor e Orville Wright* iniciaram em 1908 seus primeiros vôos com o *Zepelin VII*, transportando pessoas acidentadas (SCHLEMPER JR, 2000).

³⁴ A Cruz Vermelha é uma instituição que se reproduz nos diversos países e que tem como objetivo promover a solidariedade entre os homens e a auto-ajuda contra o sofrimento e a morte, sem qualquer tipo de discriminação. O caráter da instituição é claramente caritativo, do tipo das instituições cristãs de auxílio aos marginalizados e desprivilegiados socialmente. (...) No Brasil, foi fundada em 1908 com o auxílio da Sociedade de Medicina e o seu primeiro presidente foi Oswaldo Cruz, já reconhecido pelas suas realizações sanitárias (PIRES, 1989, p. 126)

³⁵ Uma enfermeira que durante a Guerra Civil Americana liderou a Cruz Vermelha Internacional e formou a Cruz Vermelha nos Estados Unidos, em 1905 (HAFEN, KARREN, 1983).

Em 1899, nos EUA, entrava em ação a primeira ambulância³⁶ motorizada utilizada pelo *Micheal Reese Hospital*, em Chicago, com capacidade para andar a 16 milhas/hora ou 30 km/hora (VIRGÍNIA, 2003).

Consta ainda, que durante a 1ª guerra mundial (1914 a 1918), as forças sérvias, francesas e americanas utilizaram aviões para remover os feridos nos campos de batalhas (SANTOS et al., 1999). Em 1918, a Força Aérea Médica Real Britânica formulou e organizou um sistema de transporte para traumatizados (BRINK et al., 1993). Durante as 1ª e 2ª Grandes Guerras Mundiais, os serviços médicos militares provaram sua eficácia no acesso e manejo precoce das pessoas feridas. Entretanto, embora o sistema militar médico tornara-se bem desenvolvido, o sistema civil ainda estava atrasado (NITSCHKE, 2003). Somente em 1924, Chefe Cot cria o "Serviço de Emergência para os Asfixiados" dentro do regimento dos Bombeiros de Paris que foi o primeiro exemplo de posto de emergência móvel avançado, distinto dos serviços hospitalares (NITSCHKE, 2003).

Ao ser deflagrada a I Guerra Mundial, no ano de 1914, a Cruz Vermelha Brasileira, em acordo com o movimento internacional de auxílio aos feridos da guerra, passa a preparar voluntários para o trabalho de Enfermagem (PAZ, 2003). “Em 1916, o grupo feminino da Cruz Vermelha brasileira inicia um curso para preparar voluntárias para atender às emergências na I Guerra Mundial...” (PIRES, 1989, p. 126).

No meio médico militar, conhecimentos vão sendo acumulados. Na 2ª Guerra Mundial (1939-1945) houve considerável evolução no atendimento inicial ao traumatizado em campo de batalha e respectivo transporte aéreo. “Os feridos eram removidos em aviões de carga, com três leitos cada, assistidos por ‘flight nurses’³⁷” (DONAHUE, apud ROCHA, 2000, p. 25). As Forças Aliadas transportaram cerca de um milhão de feridos usando serviços de evacuação através de aviões aeromédicos” (BRINK et al., 1993). Mas foi em 1951 na Guerra da Coréia, que helicópteros começaram a ser utilizados para resgate de feridos (VIRGINIA, 2003). Na ocasião, foi observada uma

³⁶ Enquanto no Brasil, no mesmo ano (1899) o Corpo de Bombeiros (CB) da então capital do país, punha em ação a primeira ambulância (de tração animal) (RIO DE JANEIRO, 2003).

³⁷ Enfermeiras especializadas em resgate e remoção aeromédica.

redução da mortalidade, apesar dos potentes armamentos empregados, sendo isto atribuído a um tratamento definitivo do ferido, efetuado em menor tempo (SANTOS et al., 1999).

Na guerra do Vietnã (1962-1973), aviões e helicópteros eram usados para evacuação aerómedica do campo de batalha para perto do acampamento médico (BRINK et al., 1993). Nasi et al. (1994, p. 3), comparando as Guerras da Coréia e Vietnã à Segunda Guerra Mundial, afirmam que a rapidez na remoção dos feridos dos campos de batalha associada às medidas de estabilização e transporte adequado reduziu significativamente a mortalidade dos soldados.

Após a 2ª Guerra Mundial e entre as Guerras da Coréia e Vietnã, os sistemas de APH, até então desenvolvidos nas guerras, passam a ser implementados e desenvolvidos no meio civil, nos grandes centros urbanos, tomando rumos diferentes na Europa, a partir da França, e nos Estados Unidos.

Na França, em 1956, o Professor Cara, cria em Paris, o primeiro Serviço Móvel de Emergência e Reanimação, com a finalidade de assegurar o transporte inter-hospitalar de pacientes em insuficiência respiratória séria, principalmente no momento da epidemia de poliomielite (NITSCHKE, 2003). Já no final dos anos 50, J.D. Farrington e outros, questionaram quais lições aprendidas pelos serviços médicos militares e que poderiam ser aplicadas aos civis para melhorar o cuidado e, em 1962, o Professor Larcen abre em Nancy, um serviço de emergência médica urbano (NITSCHKE, 2003).

Em 1965, o Ministério de Saúde Francês impôs a certos centros hospitalares a dotarem-se de meios móveis de socorro de emergência, surgindo a partir de então, os Serviços de Atendimento Médico de Urgência (SAMU); criados para administrar as chamadas médicas que apresentaram um caráter de emergência assim como o funcionamento do SMURS (UTI Móveis) (NITSCHKE, 2003). Os SAMU, inicialmente centrados nos atendimentos de estrada, estenderam seu campo de ação inclusive para intervenções não traumatológicas, transportes inter-hospitalares e chamadas da população por ansiedade – quer se tratem urgências vitais ou simplesmente sentidas como tal (NITSCHKE, 2003). Tendo em vista o grande número de intervenções, da diversidade de

situações encontradas e das respostas oferecidas, a realização de uma coordenação médica revela-se rapidamente necessária; assim nasceu o princípio da regulação médica e para melhorar a organização e a regulação da emergência médico-cirúrgica, no final dos anos 70, cria-se progressivamente o Centro 15 Regional (departamental) (NITSCHKE, 2003).

O mesmo fenômeno também ocorria nas grandes cidades dos EUA, porém, naquele país, se constituiu um modelo com outras características – numa outra perspectiva –, denominado de EMS (*Emergency Medical Service*). Neste sentido, na década de 60, as experiências sobre o atendimento inicial ao traumatizado, desenvolvidas nas guerras, passam a ser implementadas à população americana nos grandes centros urbanos, quando do acréscimo considerável da frota veicular decorre o aumento da violência no trânsito e outras formas de violência, como aquelas ligadas à criminalidade. A partir de então, desencadeia naquele país, a criação de vários Serviços de Atendimento Pré-hospitalar via terrestre e, em 1972 surge o transporte aeromédico através do primeiro hospital-base de serviços com helicópteros estabelecido no St. Anthony Hospital, em Denver, Colorado (SANTOS et al.,1999). A Comissão *Emergency Medical Service* é criada em 1969 pela Associação Médica Americana que, em 1970, registrou o Treinamento Médico de Emergência (NITSCHKE, 2003).

3.1 As Duas Grandes Escolas De Atendimento Pré-hospitalar

Toda a trajetória do APH, até então, concentrou-se praticamente em duas correntes filosófico-metodológicas: a norte-americana (*load and go*) e a européia (*stay to treat*), consolidando, respectivamente, o sistema norte-americano e o sistema francês.

O sistema francês foi denominado de “Serviço de Atendimento Médico de Urgência” (SAMU) e o sistema pré-hospitalar norte-americano, denominou-se “Serviço de Emergências Médicas” (SEM). Tais sistemas implementaram abordagens de atendimento às vítimas traumatizadas resgatando técnicas e conhecimentos acumulados

ao longo da história e se propagaram por vários países influenciando o surgimento de diversos serviços de APH.

3.1.1 O Modelo Norte-Americano

Após um século da criação do primeiro serviço de ambulância (carruagem puxada por cavalos) na cidade de Nova York (VIRGINIA, 2003), surgem nos EUA, o Serviço de Emergência Médica (SEM). O SEM teve como marco de surgimento o desfecho da Guerra do Vietnã, a qual demonstrou que técnicos não médicos poderiam aumentar a sobrevivência das vítimas traumatizadas. Ocorreu que devido à impossibilidade de contar com médicos em todas as frentes de combate alguns soldados foram treinados para realizarem a assistência necessária (CARDOSO, apud ROCHA, 2000). Com o fim da guerra, vários militares após terem adquirido experiência em atendimento ao traumatizado, foram aproveitados, nos EUA, para realizar o APH em eventos traumáticos com base em protocolos de atuação. Conseqüentemente, a história de implantação dos serviços de APH nos Estados Unidos está relacionada à assistência prestada aos feridos de guerra no Vietnã, na década de 60, surgindo assim, os primeiros profissionais paramédicos norte-americanos, diante da impossibilidade da presença do profissional médico em todas as áreas de combate.

Deste modo, o sistema Norte-Americano de APH desenvolve-se com a prerrogativa básica de atendimento, a estabilização das funções vitais, com rápida transferência para a rede hospitalar (“load and go”) (PAZ, 2003, p. 93). Conforme Heckman, Chairman (1991), nos Estados Unidos o Serviço de Emergências Médicas, como conhecemos hoje, teve seu início em 1966. Mas foi em 1969, que o *Miami Fire Department* criou o programa de formação de paramédicos e, em 1970, o primeiro programa de paramédicos voluntários americanos foi iniciado pelo *Charlottesville-Albermale Rescue Squad*, na cidade de *Charlottesville* (SCHLEMPER JR, 2000).

No período entre 1963 e 1966, o Comitê de Trauma, Choque e Anestesia da Academia Nacional de Ciências juntamente com o Conselho Nacional de Pesquisa resgataram a importância do cuidado inicial e dos serviços de emergências médicas disponíveis para as vítimas de acidentes. O produto destes estudos foi o clássico documento denominado ‘Morte e Deficiência Acidental: a Doença Negligenciada da Sociedade Moderna’ (PAGE, 2002).

Segundo Heckman, Chairman (1991, p. 3), “este relatório provocou a atenção pública para o inadequado cuidado de emergências médicas provido aos doentes e feridos em muitas áreas do país”. A partir daí, duas agências federais iniciaram reformas para tornar o sistema mais eficiente: a Administração Nacional de Segurança no Tráfego Rodoviário do Departamento de Transporte por intermédio da Lei de Segurança no Tráfego e o Departamento de Saúde e Serviços Humanos através da lei do SEM, de 1973, criaram fundos para melhorar o cuidado de emergência pré-hospitalar (HECKMAN, CHAIRMAN, 1991).

Com a regulamentação definitiva do SEM e dos técnicos em emergências médicas, os serviços de ambulância ligados aos hospitais³⁸ foram extintos e as novas exigências legais direcionaram o cuidado pré-hospitalar para os Corpos de Bombeiros. Desde então o APH nos EUA representa a associação de esforços da “first responder”³⁹ com o SEM. Este sistema congrega o Técnico em Emergências Médicas-Básico (TEM-B) habilitado para o SBV⁴⁰, o Técnico em Emergências Médicas-Intermediário (TEM-I), o Técnico em Emergências Médicas-Avançado (TEM-A)⁴¹, o Departamento de Emergência, o médico supervisor, o pessoal da saúde, a administração hospitalar, a administração do SEM e a supervisão de agências governamentais (HECKMAN, CHAIRMAN, 1991).

³⁸ Na década de 40, vários hospitais americanos tinham serviços de ambulâncias para atendimento, as quais eram requisitadas pela polícia e bombeiros (VIRGINIA, 2003).

³⁹ *First responder* é a primeira pessoa presente na cena da enfermidade súbita ou trauma (HECKMAN et al., 1983, p. 2), que deve prestar os primeiros socorros e chamar o socorro especializado.

⁴⁰ O TEM-B realiza o Suporte Básico de Vida (SBV), procedimentos simples de emergência que podem ajudar uma pessoa em falência respiratória e/ou circulatória (HECKMAN, CHAIRMAN, 1991, p. 2).

⁴¹ O TEM-I é habilitado para realizar manobras de SBV e alguns procedimentos invasivos protocolados e sob supervisão e TEM-A é o Paramédico habilitado para realizar manobras invasivas protocoladas e ministrar drogas sob supervisão médica indireta, ou seja, um médico pertencente ao sistema, que assume a responsabilidade técnica pelos procedimentos previstos no protocolo.

As estatísticas mostram que em 1965 morreram mais pessoas nas estradas norte-americanas do que em oito anos da Guerra do Vietnã (VIRGINIA, 1983), o que despertou para os índices alarmantes de mortalidade por traumas, assim como a péssima qualidade de sobrevivência e recuperação das vítimas atendidas de forma inadequadas. Com o passar do tempo, os Técnicos em Emergências Médicas passaram a ser treinados, também, para atender as emergências decorrentes das “causas naturais”, especialmente aquelas relacionadas às doenças cardiovasculares que também estavam se tornando alarmantes. Por tal motivo, em 1975, os paramédicos são reconhecidos pelo Departamento de Saúde, Educação e Bem Estar, como pessoal treinado para serviços de SAV, com sofisticação para o trauma, cuidados cardíacos e outros problemas críticos que precisam de tratamento interventivo; realizam terapia para o choque, administração de drogas e detecção e controle do ritmo cardíaco (PAGE, 2002).

Certamente um dos motivos que levou o sistema norte americano a criar as categorias profissionais de paramédicos e técnicos em emergências médicas, dividindo o atendimento em nível de suporte básico e avançado de vida, é o fato de que o atendimento no ambiente extra-hospitalar, está muito mais sujeito a erros e exposição pública, conseqüentemente submetendo os profissionais às descargas legais por estar em imbuídos num atendimento de caráter emergencial com ambiente extremamente adverso, repleto de imprevistos (CARVALHO JR., 2002).

Apesar de todo o corpo de conhecimento na área ter começado a ser sistematizado especialmente pela categoria médica – no final da década de 60 e início da década de 70 –, criaram-se categorias profissionais periféricas às categorias profissionais de saúde, denominadas de paramédicos (CARVALHO JR., 2002). Tais categorias profissionais, em todos os seus níveis (básico, intermediário e avançado), assumiram o APH e desenvolveram um corpo de conhecimento específico para esta modalidade de atendimento emergencial. Com base nos programas médicos, *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS), e congêneres. Entretanto, a regulamentação do exercício profissional desta categoria se dá através de protocolos de atendimento, ou seja, as metodologias dos programas médicos que foram adaptadas para

os programas de APH⁴², são fixadas em protocolos assistenciais que são colocados em prática sob supervisão médica indireta. Conseqüentemente, possíveis infrações ético-legais se caracterizam apenas pela falta ou excesso, no cumprimento do que preconiza. Além de que, o protocolo – nestas circunstâncias – padroniza a assistência e petrifica a possível flexibilidade das metodologias de tratamento médico, mundialmente reconhecidas.

É possível concluir, assim, que a categoria profissional paramédica acabou aliviando os riscos de penalização para as categorias profissionais de saúde que trabalham exclusivamente no ambiente intra-hospitalar (CARVALHO JR., 2002, p. 16), tendo-se em conta, que as categorias profissionais de saúde, especialmente a categoria médica e de Enfermagem, estão submetidas a uma outra relação de responsabilidade ético-legal.

3.1.2 O Modelo Francês

No sentido de dar respostas aos problemas – semelhantes àqueles dos EUA –, no que se refere ao aumento exacerbado de índices de mortalidade por causas violentas, a França, país europeu precursor do sistema de APH, dá continuidade à relativa presença médica nas grandes guerras ocorridas até então. Assim, a necessidade de implantar um serviço de APH surgiu da percepção da precariedade com que vítimas eram transportadas até os hospitais, chegando às emergências hospitalares com piora do quadro clínico ou até mesmo mortos, e pela necessidade de uma intervenção precoce no próprio local da emergência, onde ocorreu o agravo à saúde.

O sistema SAMU surgiu a partir da perspectiva francesa de encarar a problemática dos altos índices de mortalidade e desenvolveu-se, concomitantemente, à filosofia de que seria conveniente que a equipe médica se dirigisse ao local do ocorrido e não o contrário,

⁴² Em 1992 surge o programa de treinamento Pré-Hospital Trauma Life Support (PHTLS) dividido em dois cursos: PHTLS avançado e PHTLS básico, baseado no programa médico ATLS (MCSWAIN et. al, 1992).

em que o traumatizado ou o doente dispusesse de intervenção médica imediata no sentido de ampliar as possibilidades de reestruturar os problemas que caracterizam a “urgência” (ALMOYNA, NITSCHKE, 1999). Em outras palavras, a função primordial é prestar atendimento sistematizado e rápido na primeira hora, dando ênfase à estabilização da vítima no local da ocorrência (“stay to treat”), objetivando a atuação de uma equipe multidisciplinar de saúde, embora mantenha um enfoque centralizado na figura do médico (PAZ, 2003, p. 94).

Já na década de 50, os médicos começaram a constatar a desproporção entre os meios modernos colocados à disposição dentro dos hospitais e os meios arcaicos utilizados na fase pré-hospitalar. Consta que as missões⁴³ do SAMU nasceram em 1956; mesmo sendo bastante antigas, conforme o SAMU de Paris, se transformaram em lei somente em 1986 (FRANÇA, 2003).

Na França, os médicos anestesistas são os responsáveis pelo setor de Emergência e pelas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) intra-hospitalar e foram estes especialistas os primeiros a impulsionar a implantação de um SvAPH no país por reconhecerem a necessidade de atendimento precoce e adequado (PAZ, 2003).

Por outro lado, pelo fato dos sistemas dos SAMU franceses começarem pela detecção e atendimento das urgências extra-hospitalares que necessitavam de cuidados intensivos, surgiu a necessidade de regular a demanda à medida que iniciava sua oferta nos anos 60 (ALMOYNA, NITSCHKE, 1999). Nesta direção desenvolveu-se a Regulação Médica com base na telemedicina que, atualmente, é a característica fundamental do sistema SAMU, compreendida como “o coração do sistema de urgência” (ALMOYNA, NITSCHKE, 1999). Em síntese, a Regulação Médica é a centralização do sistema de atendimento, realizado por um médico, que é responsável pela racionalização do sistema, controlando a demanda dos pedidos, triando, classificando, detectando,

⁴³ Os SAMU's enquanto sistema público são encarregados de: Permanente acesso do usuário com o sistema de emergência médica; dar a solução mais rápida e eficiente possível, desde um simples conselho até o encaminhamento de Unidade de Tratamento Intensivo Móvel medicalizada, permitir, quando possível, a livre escolha do tipo de hospitalização pelo usuário, nas instituições públicas ou privadas; organizar o transporte destes pacientes para os hospitais; envolver-se e participar dos planos de atendimento de acidentes de grandes proporções; participar do treinamento e da educação continuada em atendimento básico de emergência.

distribuindo, prescrevendo, orientando e despachando. Age como um zelador que se encarrega de cuidar do adequado funcionamento do sistema, de maneira a reger a solicitação de atenção médica de urgência (ALMOYNA, NITSCHKE, 1999).

Na verdade, os SAMU nasceram e se desenvolveram como um modelo médico centrado, tendo como referencial o médico, tanto na Regulação do Sistema, como no atendimento e monitoramento do paciente, até a recepção hospitalar. É ligado ao Sistema de Saúde, hierarquizado e regionalizado, possuindo comunicação direta com os Centros Hospitalares (CARDOSO, apud ROCHA, 2000). Portanto, sob a ótica da medicalização, este sistema está centralizado em torno da regulação médica que tem o poder para ordenar todas as atividades de APH, intra-hospitalar emergencial, transporte hospitalar e outras definidas por legislações específicas, bem como, racionalizar os recursos destinados a estas atividades. Deste modo, assume para si a responsabilidade de gerir num âmbito maior, os recursos públicos destinados a estes serviços de Saúde.

O SAMU funciona como uma extensão dos serviços hospitalares que através da mobilização dos profissionais de saúde para o local da ocorrência, assume no menor tempo possível o atendimento emergencial e os cuidados de terapia intensiva. No cotidiano das emergências que envolvem as instituições de Segurança Pública, os SAMU trabalham em “conjunto” com este setor, que realiza ações de resgate da vítima através do CB, enquanto a Polícia é responsável pelo isolamento da área e organização do trânsito. O SAMU é responsável pela assistência direta à saúde da vítima e tem o poder, através da Central de Regulação, de ordenar o setor de Segurança Pública no tocante as “ações de saúde”.

Normalmente, a equipe do SAMU é composta por médicos anesthesiologistas, intensivistas, cardiologistas, psiquiatras, emergencistas entre outros, técnicos auxiliares de regulação médica, enfermeiros (incluindo enfermeiros especializados em anestesia) e técnicos em ambulância (FRANÇA, 2003). Em suma, este sistema – que se estendeu por vários países da Europa – tem como referencial o profissional médico, tanto na regulação do sistema, como no atendimento direto ao paciente no local da ocorrência (ROCHA, 2000).

3.2 O Atendimento Pré-Hospitalar No Brasil

O aumento dos índices de mortalidade por “causas externas”, sobretudo as causas violentas, foram o impulsor que levou à criação, nas grandes cidades – européias e norte-americanas –, de sistemas de APH com princípios e métodos semelhantes àqueles criados nas guerras, para resgatar os feridos e transportá-los para os hospitais de campanha.

Na atualidade, de acordo com Prado (1996, 1998) as causas violentas têm sido as principais responsáveis pela mortalidade no âmbito das “causas externas” as quais, no conjunto da mortalidade geral no Brasil, têm ficado atrás somente da mortalidade por doenças cardiovasculares e oncológicas.

Similarmente aos tempos remotos, as causas violentas foram o impulsor que levou o Estado a preocupar-se com medidas de intervenção; agora, por intermédio do setor de Saúde e de Segurança Pública (PRADO, MARTINS, 2003).

Tendo em vista a transição ocorrida no processo saúde-doença, o trauma – enquanto consequência da violência – não pôde mais ser priorizado pelos Serviços de APH, como preconizava o antigo Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas do MS (BRASIL, 1992). Portanto, não somente para fazer frente ao aumento exacerbado da violência, mas também às doenças cardiovasculares, respiratórias, metabólicas entre outras – responsáveis pelas ocorrências de urgência/emergência – é que existe a necessidade de atendimento imediato das vítimas no local da ocorrência e transporte adequado para um serviço emergencial de atendimento definitivo. Neste sentido, os Serviços de Atendimento Pré-hospitalar (SvAPH) possibilitam a intervenção precoce, reduzindo os índices de mortalidade e minimizando seqüelas (PRADO, MARTINS, 2003, p. 71).

Pode-se dizer que, foi com esta preocupação, também, que surgiram no Brasil a partir da década de 80, os SvAPH em diversas cidades – com características próprias –

fortemente influenciados pelos modelos norte-americano e francês, que se conformaram historicamente de forma distinta. Embora a maioria dos serviços de APH tenham sido implantados – através de impulso inicial dado pelo próprio Ministério da Saúde em 1990 –, no âmbito das instituições de Segurança Pública (Polícias e, principalmente Corpos de Bombeiros) a idéia de atender as vítimas no local da emergência é tão antiga quanto em outros países.

Data de 1893, quando o Senado da República aprovou a Lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública, sendo que o Rio de Janeiro, no momento capital do país, foi a primeira cidade a dispor do serviço (CARDOSO, apud ROCHA, 2000). Uma outra importante experiência deu-se ainda em meados dos anos 50, no século passado, exclusivamente pelo Sistema de Saúde: instala-se em São Paulo o SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência – órgão da então Secretaria Municipal de Higiene (ALMOYNA, NITSCHKE, 1999). Para Mercadante et al. (2002, p. 237), falando das políticas de saúde X políticas de seguridade social,

na assistência à saúde, a maior inovação aconteceu em 1949, durante o segundo governo Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência.

É possível considerar, do ponto de vista histórico, este marco como um embrião da atenção pré-hospitalar no Brasil. Por uma série de motivos, incluindo a não introdução do método de regulação médica das urgências, esta atividade foi sendo desativada progressivamente (NITSCHKE, 2003). Posteriormente, nas décadas de 60 e 70, vários serviços privados de atendimento domiciliar de urgência foram inaugurados no Brasil (NITSCHKE, 2003).

Foi no final da década de 80 e início de 90, que tem início o APH a ser prestado pelos Corpos de Bombeiros no Brasil, bem como, por outros órgãos da Segurança Pública, como a PM e a Polícia Rodoviária Federal.

“O modelo com maior predominância no Brasil é o norte-americano adotado pelos Corpos de Bombeiros Militares, mas, em várias cidades, foi adotado o modelo francês, [ambos] com certas adaptações [ou distorções]” (PRADO, MARTINS, 2003, p. 72). Cada CB, em cada unidade da Federação, foi estruturando o APH conforme as suas peculiaridades, sendo estes sistemas gradativamente, espalhados pelo Brasil, mas ficando limitados ao precário e denominado SBV. Até mesmo de socorro aéreo, básico, muitos Corpos de Bombeiros Militares (CBMM) e Polícias Militares (PPMM) já dispõem. Um dos programas pioneiros de socorro extra-hospitalar aeromédico, iniciado em 1988, foi do CB/RJ, em associação com a Coordenadoria Geral de Operações Aéreas do Estado do Rio de Janeiro – CGOA (SANTOS et al., 1999).

Ainda no final da década de 80, uma das experiências importantes ocorreu em 1989 em São Paulo, quando através da Resolução 042 de 22/05/89 teve origem o Projeto Resgate desenvolvido em conjunto pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), através do SAMU-SP, a Secretaria de Segurança Pública (SSP), através do CB e a PMSP através do Grupamento de Rádio Patrulhamento Aéreo (TACAHASHI, 1991; SÃO PAULO, 2003; PRADO, MARTINS, 2003).

Naquele mesmo ano, inicia a cooperação entre o SAMU de Paris e a Secretaria de Saúde de São Paulo para introdução do atendimento pré-hospitalar (NITSCHKE, 2003). Deste modo, deu-se origem a um sistema misto, ou seja, nos moldes e tecnologia do modelo norte-americano, para o SBV e com adaptações do modelo francês, para o SAV. Atualmente o CB de SP (capital) opera com Unidades de Resgate (UR) tripuladas por bombeiros “socorristas” com o curso “Resgate”, em conjunto com o SAMU, através de Unidades de Suporte Avançado (USA) tripuladas por médico e enfermeiro do SAMU, e um Bombeiro motorista (MARTINS, 2001a).

Outro modelo misto consiste no Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE), proposto pelo Ministério da Saúde (MS) e implantado inicialmente, em 1990, em Curitiba, numa ação conjunta entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e Secretaria de Segurança Pública (SSP). Na ocasião, o atendimento era realizado pelos “socorristas” do CB e contava com “médicos dentro do sistema regulador

que poderia ser deslocado para o local da emergência quando necessário, dependendo da situação” (KAYSER et al., 1995, 38).

Entretanto, uma reestruturação do APH em nível nacional iniciou-se a partir de 1990 com a criação do Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas (PEET) pelo MS, cujo objetivo era redução da incidência e da morbi-mortalidade por agravos externos por meio de intervenção nos níveis de Prevenção, APH, Atendimento Hospitalar e Reabilitação (BRASIL, 1992). Um dos níveis daquele programa, o Projeto de APH (PAPH) foi responsabilizado aos CBMM que a partir então, tornaram-se executores do APH às emergências e traumas no âmbito público. Somente o CB do Estado do Rio de Janeiro dispunha de “Quadro de Saúde” para realizar o APH. Entretanto, a proposta do MS – muito menos dos Corpos de Bombeiros – não era ampliar o quadro, mas sim “criar nos Corpos de Bombeiros (...), um quadro de socorristas” (BRASIL, 1992, p. 191). Assim, nos demais Estados os bombeiros passaram a ser treinados num curso básico de “socorristas” e denominados de “Agentes de Socorros de Urgências” (ASU) – treinamento baseado e equivalente ao treinamento em emergências médicas – Básico dos EUA (PRADO, MARTINS, 2003, p. 72).

O modelo antes instalado na cidade de Curitiba-PR, O SIATE, serviu de base para a reestruturação do APH em nível nacional, dentro de um programa que previa também, o envolvimento da atenção hospitalar. Conforme o programa do MS,

os recursos humanos incluem-se em duas categorias: - elementos do Corpo de Bombeiros, recrutados como voluntários entre as fileiras da corporação e tendo como requisitos mínimos o Curso de Formação de bombeiros e o treinamento abaixo discriminado⁴⁴ – médicos supervisores, sediados na Central de Comunicação, com a tarefa de orientar o trabalho dos socorristas e, eventualmente, participar do atendimento. Entende-se que tais profissionais deverão ter um preparo adequado, de forma a garantir-lhes a plena capacidade de orientação a distância e *in loco* (BRASIL, 1992, p. 190, grifo no original).

⁴⁴ Do “treinamento” previsto no PAPH, consta o seguinte: “Nesta fase [etapa inicial do programa], os objetivos fundamentais do treinamento são oferecer conhecimentos e aptidões necessários a prestar com segurança o ‘suporte básico de vida’ (formação de profissionais para o resgate). Embora a meta prioritária nesta fase seja a de aprimorar o atendimento ao traumatizado, entende-se que o treinamento básico deva ser tornado oportunamente mais abrangente, incluindo noções de cuidados iniciais a emergências clínicas, tocoginecológicas, pediátricas e outras consideradas relevantes (formação de socorristas). O treinamento deverá consistir de aulas teóricas e práticas, estas últimas realizadas em manequins, em serviços de emergência e em estágios no próprio sistema pré-hospitalar. A duração global do treinamento é estimada em 400 a 500 horas para a formação de socorristas e de 64 horas para a formação das equipes de resgate” (BRASIL, 1992, p. 190).

Ou seja, da mesma forma que vinha ocorrendo no SIATE, foi prevista a supervisão médica à distância e eventualmente participando do atendimento. Entretanto, quando da participação do médico no atendimento, não estavam previstos os profissionais legalmente e tecnicamente capacitados a realizarem os procedimentos prescritos pelo profissional médico. As categorias profissionais de Enfermagem não participaram da elaboração do programa e a intenção dos planejadores não passava pela inclusão dos profissionais de Enfermagem no APH. Pelo contrário, caminhava para a exclusão. A intenção era, após a implementação da primeira etapa do programa,

iniciar imediatamente o planejamento da etapa seguinte, qual seja, a ampliação do sistema pré-hospitalar, dando-lhe maior abrangência e resolubilidade através da adoção de veículos mais completos, ***ampliando o treinamento de socorristas para o atendimento avançado de vida*** e, se julgado oportuno, ***aumentando a participação de médicos***. Iniciar gestões para a ***implantação das medidas legais cabíveis para amparar o sistema em todos os seus níveis*** (BRASIL, 1992, p. 190, grifos meus)

Não tenho dúvidas de que as leis são mudáveis... mas também são violáveis. Até mesmo pelo maior responsável em cumpri-las e fazer cumpri-las: o Estado – através do respectivo poder político que o domina. Mas parece claro, que em nenhum momento estava sendo levado em conta, possíveis disposições contrárias a Lei Magna – na ocasião recém aprovada, após ser elaborada por uma Assembléia Nacional Constituinte – que passou a ser moldada de acordo com os interesses econômicos da classe dominante. No tocante aos Direitos à Saúde – defendidos num processo histórico de Reforma Sanitária – previa-se o desenvolvimento de um sistema de atendimento integral à saúde e não apenas o atendimento básico que poderia vir-a-ser integral, de *maior abrangência ou resolubilidade*.

A explicação para o caminho que estava sendo dado pelos programadores oficiais da saúde para a população brasileira, só é possível se levarmos em conta o período de instauração no país, de uma política neoliberal, determinada de fora através dos organismos financeiros internacionais ou multilaterais. Por isso, a Constituição Federal, no tocante à saúde “como direito universal e dever do Estado”, não passava próximo das idéias dos programadores. Ou seja, a incógnita histórica do financiamento da saúde no

Brasil, nunca fora resolvida. E obviamente que não se resolveria num momento em que o país adentra de cabeça numa política de Estado Mínimo, neoliberal, em que o privado deve prevalecer sobre o fracasso do público. Em outros termos, o planejamento em saúde, se voltava para as denominadas “políticas compensatórias”, com escassos investimentos estatais. Não foi diferente com o programa de saúde em questão. Assim, no que se referia aos “custos” para implementação e desenvolvimento do PEET/PAPH, dizia-se o seguinte:

em **princípio**, os **custos do projeto não foram estimados**. Uma **campanha publicitária**, se paga, não sairia por menos de dois milhões de dólares, incluindo produção e veiculação de três filmes, anúncio de ¼ de página para jornais das capitais (considerados todos os jornais), *spots e jingles* para as rádios das capitais (cerca de 400 entre AM e Fm). **Se a campanha for voluntária**, os custos deverão se **diluir pela sociedade**. **O Ministério da Saúde e o INAMPS** terão que contabilizar **custos de produção de materiais**, que poderão ser avaliados em cinco milhões de cruzeiros para a produção de cartazes, cartazes, *folders* etc., ainda levando em conta que serão **produzidos em gráficas próprias, com todo o papel já estocado** (BRASIL, 1992, p. 190, grifos em itálico são do original, grifos em negrito são meus).

Analisando-se as entrelinhas do projeto, evidencia-se claramente que não estava sendo previsto o investimento estatal que deveria ser previsto para sua implementação. Além de que, o escasso investimento – apenas para confeccionar cartazes, utilizando o papel já estocado – era considerado como *custo*, e não investimento em saúde como necessidade humana fundamental. Contava-se ainda com a hipótese da campanha para o nível de prevenção, ser voluntária, através dos empresários da comunicação. Mas, *se* não fosse, a sociedade pagaria novamente, por esses custos, como sempre ocorreu e vem ocorrendo.

Com relação aos recursos humanos, que é o mais polêmico, elegeram-se os CBMM pelo fato destas instituições, apenas redirecionariam seus profissionais para o SvAPH – em detrimento de suas competências constitucionais –, não havendo necessidade de abertura de concurso público para suprir as necessidades de pessoal para implantar o programa.

Estava fora de cogitação, qualquer proposta de ampliação do quantitativo de profissionais de saúde para o setor estatal, muito menos para a assistência pré-hospitalar. Ou seja, o vislumbre de importar o modelo norte-americano a ser desenvolvidos pelos

Corpos de Bombeiros Militares parecia, sem dúvida, a melhor política de saúde que vinha ao encontro das políticas econômicas vigentes, ou seja, um programa de abrangência nacional com escassos investimentos e, conseqüentemente, de qualidade duvidosa. Certamente, “o aumento preocupante da morbi-mortalidade por “causas externas” foi o que resultou num sistema de APH ligado aos CB, a partir do PEET-MS, com a expectativa por parte dos governantes de amenizar a situação com poucos investimentos” (PRADO, MARTINS, 2003, p. 73).

O treinamento básico dos socorristas do CB, que nunca chegou a sair da “primeira etapa” prevista no PEET/PAPH-MS, ou seja, do SBV, ficou – por este motivo – restrito ao atendimento do traumatizado, visando a imobilização de fraturas (ou possíveis) e evitar o agravamento das lesões. É claro que, somente o atendimento ao politraumatizado já justificaria a necessidade de aperfeiçoar o atendimento. Entretanto, “no decorrer do tempo os socorristas passaram a serem chamados para atender emergências decorrentes de causas naturais, de modo que, foi se justificando a necessidade de aperfeiçoar e implementar o SvAPH medicalizado no molde do SAMU” (PRADO, MARTINS, 2003, p. 72).

Por outro lado, muitos gestores estaduais de saúde, buscavam a implantação de um sistema de assistência à saúde pré-hospitalar, com profissionais de saúde, tomando como referência o modelo francês e buscando convênios com o SAMU francês..

A partir daquele marco, ou seja, da elaboração e tentativa de implementação do PEET/PAPH, os SvAPH nos diferentes Estados foram sendo construídos mediante conflitos ao tender por basear-se no modelo americano ou francês. No Rio Grande do Sul (RS) foi adotado um modelo através do CB com referência ao norte-americano e, especificamente no município de Porto Alegre, o Hospital Municipal de Pronto Socorro (HPS), em meados de 1995, iniciou a implantação do SAMU, através de um termo de cooperação técnica com a França (KAYSER et al., 1995). Atualmente o SAMU de Porto Alegre opera com médico regulador que comanda o atendimento – através da Central de Regulação – realizado por um técnico de enfermagem e um motorista. Quando necessário,

o médico se desloca para o local da emergência através de veículo de ligação rápida, transformando a unidade de atendimento em UTI móvel (CARVALHO JR., 2002).

De acordo com Nitschke (2003), em 1994, 1995 e 1996, são ativados os SAMUs (192) nas cidades de Belém-PA, Porto Alegre-RS e Campinas-SP e em 1996 é formada a Rede Brasileira de Cooperação em Emergências originada de um grupo de estudos que surgiu em 1995 – a partir do I Simpósio Internacional de Atendimento às Urgências Pré-Hospitalares, com a cooperação francesa, da rede 192, atual Rede Brasileira de Cooperação em Emergências – e formulou propostas levadas ao CFM e ao MS, no sentido de buscar a regulamentação do APH e transporte inter-hospitalar no Brasil (ALMOYNA, NITSCHKE, 1999).

Coincidentemente, as três primeiras cidades a implantar o 192, eram na época, governadas pela oposição ao governo central, utilizado-se de planejamentos que permitem maior participação popular nas suas decisões, por exemplo, o método do “orçamento participativo”. Posteriormente, várias outras cidades foram implantando e desenvolvendo o SAMU, tais como: o SOS Fortaleza, o SAMU-Resgate na região metropolitana de São Paulo, o SAMU de Ribeirão Preto, Araraquara, São José do Rio Preto, Santos, SAMU da região do Vale do Ribeira, Belo Horizonte, Recife, Natal, entre outras. Segundo o Ministério da Saúde, 11 cidades brasileiras já dispõem do “Serviço de Atendimento Móvel de Urgência”⁴⁵ (BRASIL, 2004).

3.2.1 O Atendimento Pré-Hospitalar Do Corpo De Bombeiros De Santa Catarina

⁴⁵ Na atual política nacional de urgência/emergência do MS (através das portarias nº 1.863 e 1.864/2003), a sigla SAMU que antes significava Serviço Atendimento Médico de Urgência, passou a denominar-se Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; fato que pode significar o reconhecimento da natureza multiprofissional desse serviço (BRASIL, 2003a,b).

A primeira iniciativa de se implantar um serviço público de APH – a ser prestado por bombeiros – em SC ocorreu em Blumenau, em 1983, com o envolvimento de diferentes instituições, tais como, a Cruz Vermelha, o então 2º Grupamento de Incêndio do CB e do Hospital Santa Isabel (ZAZ, 2001, apud, PAZ, 2003; CARVALHO JR.; MARTINS, 2001).

Apesar dos esforços, somente em dezembro de 1987 implantava-se efetivamente o primeiro SvAPH no Estado⁴⁶ (MARTINS, 2001b). Para tanto, houve a “doação de um veículo ambulância marca Chevrolet, Modelo Caravan, denominado na época de ‘Auto-Emergência’, pela Associação Comercial e Industrial daquela cidade” (SCHLEMPER, 2000, p. 63, grifo do autor). Conseqüentemente, outras cidades como Itajaí e Rio do Sul também receberam viaturas com maca, material de oxigenioterapia e demais materiais destinados à prestação de primeiros socorros (CARVALHO JR., 2002, p. 7).

O primeiro serviço instalado junto ao CB de Blumenau em 1987 (KAYSER et al., 1995) foi sendo aperfeiçoado com o advento do PEET/PAPH-MS, a partir de 1990. Em várias cidades o CB implantou o sistema. Como na época o CB era vinculado à PM, a Central de Operações da Polícia Militar (COPOM) passou a ocupar também a função de central de atendimento de urgência/emergência pré-hospitalar, sendo que um profissional bombeiro, às vezes com formação socorrista, faz a regulação e o acionamento da unidade móvel para o local da ocorrência. Trata-se, portanto, de uma central de regulação não-medicalizada dentro de um serviço não-medicalizado (PAZ, 2003).

Após o lançamento do PEET/PAPH-MS, e realização do curso em Brasília-DF, dos instrutores multiplicadores⁴⁷ de Recursos Humanos, “formou-se em SC a primeira turma do Curso de Formação de Agentes de Socorros de Urgência, onde participaram 21 bombeiros militares da capital, sendo implementado o serviço em Florianópolis” (CARVALHO JR., 2002, p. 7).

⁴⁶ Sete anos depois, baseados neste modelo, os Corpos de Bombeiros, já atuavam em quinze cidades catarinenses, contando apenas com a participação de socorristas, sem presença de profissionais de enfermagem ou médicos (PAZ, 2003, p. 97).

⁴⁷ Os primeiros cursos de ASU, em SC, foram ministrados por um oficial do CB da PMSC que participou do curso de formação de multiplicadores em Brasília e dois praças que efetuaram estágios e curso no SIATE-PR.

Para a formação de recursos humanos necessários a implantação do programa, (...) o Estado de SC, através do PEET/PAHP, assim como diversos outros Estados, tinham a seguinte proposta instrucional:

- Socorristas – formados em cursos com cargas horárias que variam de 100 a 230 horas aulas;
- Técnico Em Emergências Médicas – variável de 500 a 800 horas aulas;
- Paramédicos – exigência de nível superior em área a fim e carga horária acima de 1800 horas aulas (SANTA CATARINA, 1995, apud CARVALHO JR., 2002, p. 22).

Com base nesta proposta, em SC, foram ministrados diversos Cursos de Formação de Agentes de Socorros Urgentes (CFASU) e um curso de Técnico em Emergências Médicas. O CFASU era ministrado com carga horária total de 100 horas/aula (10 dias), em nível de SBV e formava os socorristas de primeiro nível. Naquele momento inicial, conforme era proposto pelo programa (PEET/PAHP), o curso tinha os seguintes objetivos:

- 1) Formação de recursos humanos a fim de operacionalizar os recursos materiais na execução de missões de resgate e atendimento pré-hospitalar. Essas, afetas ao Corpo de Bombeiros executando procedimentos de suporte básico de vida devidamente protocolados;
- 2) Difusão de conhecimentos ao nível de suporte básico de vida. Baseados nos princípios da traumatologia e Medicina de urgência, buscando a integração dos sistemas hospitalar e pré-hospitalar;
- 3) Modificação de comportamento do instruendo com relação ao “problema trauma”: seja de forma preventiva como de forma operativa” (SANTA CATARINA, 1995, apud CARVALHO JR., 2002, p. 22).

Ainda, segundo o programa, eram ministradas diversas matérias e técnicas de atendimento ao trauma visando formar o socorrista em nível de SBV. Através desta formação, os socorristas eram habilitados para executarem as seguintes práticas de saúde, sem nenhum amparo legal e ético.

- Realizar o exame primário avaliando: permeabilidade das vias aéreas, respiração, circulação, pupilas, e o estado neurológico da vítima;
- Observar sinais diagnósticos: coloração da pele, tamanho e reação das pupilas, nível de consciência, habilidade em movimentar-se e reação a dor;
- Mensurar sinais vitais: pulso, respiração, pressão arterial, avaliando a qualidade, quantidade e suas características;
- Obter informações da vítima;
- Realizar o exame secundário: exame completo e detalhado da vítima da cabeça aos pés (céfalo-caudal), por inspeção e por palpação;

- Manter a permeabilidade das vias aéreas;
- Realizar ventilação artificial utilizando: meios e técnicas naturais e equipamentos: máscaras, cânulas, ambu, aspirador, cilindros de oxigênio;
- Realizar circulação artificial através das técnicas de respiração cardiopulmonar;
- Identificar, conter e administrar os estados de choque com o uso de técnicas;
- Conter hemorragias com as técnicas conhecidas;
- Aplicar talas de tração e imobilização para lesões em membros superiores e inferiores;
- Reduzir e imobilizar fraturas;
- Imobilizar a coluna utilizando colar cervical, coletes de imobilização dorso-lombar, macas longas e macas curtas;
- Resgatar, remover e transportar vítimas em locais restritos, utilizando macas e outros equipamentos;
- Aplicar curativos em ferimentos e olhos;
- Realizar a assepsia e tratamento básico em ferimentos (SANTA CATARINA, 1995, apud, CARVALHO JR, 2002).

Vários cursos de Agentes de Socorros urgentes foram realizados em todo o Estado de SC e, “em 1995, o CB de SC, em convênio com o Centro de Ciências da Saúde da UFSC, realizou o primeiro (e único curso) de Técnico em Emergências Médicas⁴⁸, similar ao TEM-I (Intermediário) dos EUA⁴⁹” (PRADO, MARTINS, 2003, p. 72). No entanto, dadas peculiaridades da institucionalização das práticas de saúde em nosso país, e os interesses do CB de adquirir a capacidade técnica para, um passo seguinte buscar amparo legal, houve resistência por parte da categoria médica que, mediante suas normas do exercício profissional, ensinar procedimentos médicos a profissionais não médicos, poderia implicar – se houvesse o passo seguinte intencionado pelo CB – numa contradição ao respectivo Código de Ética Profissional⁵⁰, que “veda ao médico, no artigo 30, delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998, in: SEBASTIÃO, 2003, p. 320).

⁴⁸ Nessa ocasião, inúmeros cursos de Agentes de Socorros Urgentes haviam sido realizados para os Bombeiros de todo o estado. Enquanto de outro lado, a instituição foi realizar o I Curso de Resgate Veicular, (desencarceramento de vítimas presas em ferragens dos veículos) – do qual participei –, somente em 1995. Fato que caracteriza a priorização das atividades de Auto Socorro de Urgência, em detrimento da sua missão constitucional de *salvamento de pessoas*, que se refere entre outras atividades, ao Resgate Veicular.

⁴⁹ Nessa época, o CB de SC já se distanciava do MS, rumo a sistema de APH independente do Sistema de Saúde e aproximava-se, com mais ênfase, do modelo norte-americano buscando convênios com *Fire Departments* daquele país.

⁵⁰ Conforme Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.246/88, de 08.01.1988, publicada em *DOU* em 26.01.1988 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998, in: SEBASTIÃO, 2003, P. 230).

Suponho que este foi um dos motivos que levou vários professores a se recusarem a ministrar aulas para os bombeiros que participavam do curso Técnico em Emergências Médicas, cujo programa previa o aprendizado de procedimentos médicos e de Enfermagem que seriam – em ocasião posterior –, protocolados. Conseqüentemente, a Universidade recusou-se a certificar os participantes daquele curso – que foi o primeiro e único – e o serviço continuou restrito à execução do APH em nível de SBV.

Posteriormente, reconhecendo o denominado “Suporte Básico de Vida” (SBV) como cuidado de Enfermagem, foram realizados cursos de Auxiliar de Enfermagem, através do Projeto Auxiliar de Enfermagem, de responsabilidade dos Departamentos de Enfermagem e de Saúde Pública da UFSC, para os “socorristas” do CB, que depois foram formados Técnicos em Enfermagem, também por realização da UFSC, fato que caracteriza uma iniciativa única no país (PRADO, MARTINS, 2003, p. 72).

A Escola Estadual de Formação em Saúde (EFOS), com recursos do Projeto de Profissionalização de Profissionais de Enfermagem (PROFAE), também foi responsável em qualificar e habilitar diversos bombeiros em auxiliares e técnicos de Enfermagem, respectivamente⁵¹. Atualmente, continua a oferecer tais cursos aos bombeiros, mas a instituição Corpo de Bombeiros, pelo fato de não querer reconhecer que realiza assistência à saúde e de Enfermagem, não tem incentivado a qualificação dos integrantes do ASU.

Um dos níveis, do PEET-MS, conforme apresentei, é o Projeto de Atendimento Pré-hospitalar (PAPH) atribuído ou a ser executado pelos Corpos de Bombeiros Militares dos diversos Estados da Federação. A questão que se coloca é: com base em que responsabilidade legal, técnica e científica, entre outras os Corpos de Bombeiros poderiam assumir a prática assistencial em saúde em situações de urgência/emergência no ambiente extra-hospitalar? Em outras palavras, como poderia o MS – através de um programa de saúde – atribuir a uma instituição com atribuições relativas ao setor de Segurança Pública, a prática assistencial de saúde a seres humanos?

⁵¹ Conferir em: AMORIM, M. A., SOUZA, A. A. D., LIMA, J. E. Dos S. SILVA. E. A. Da, et al. **A importância da enfermagem no atendimento pré-hospitalar do corpo de bombeiros**: uma visão dos bombeiros socorristas, 2002. Trabalho de Complementação (Curso Técnico em Saúde: Habilitação em Enfermagem) – Escola de Formação em Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Florianópolis.

A instituição CBM (em muitos Estados ainda vinculados à PM) tem suas atribuições definidas na Constituição Federal (CF) e Estadual (CE). A Carta Magna, no capítulo III *Da Segurança Pública*⁵², no artigo 144, diz que, “a segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio...” e, no parágrafo 5º do inciso IV do artigo 144, cabe “...aos Corpos de Bombeiros Militares, além das atribuições definidas em lei, incumbe a execução de atividades de defesa civil” (BRASIL, 1998, p. 82-83). Portanto, na CF nada consta a respeito desta atribuição de prática de saúde aos CBMM, ficando para serem definidas em leis, inclusive na CE. Na Constituição Estadual, por sua vez – inciso II do artigo 107 – foi atribuído ao “Corpo de Bombeiros Militar: a) realizar os serviços de prevenção de sinistros, de combate a incêndio e de **busca e salvamento de pessoas e bens**” (SANTA CATARINA, 1997, p. 102).

Aparentemente, com esta atribuição insinuada na CE, a instituição Corpos de Bombeiros Militares, enquadram-se perfeitamente no programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas do MS que previa e poderia de fato executar assistência de saúde em nível pré-hospitalar⁵³. Entretanto, em hipótese alguma a expressão *salvamento de pessoas* inclusa na Carta Estadual pela Assembléia Estadual Constituinte, pode ser entendida como atribuição de prática de saúde na modalidade pré-hospitalar de urgência/emergência, ao CB. E, de fato, nunca foi compreendida assim, pelo próprio CB que ficou mais de uma década aguardando – conforme a intenção do PEET/PAPH-MS – o início de gestões para a **implantação das medidas legais cabíveis para amparar o sistema**

⁵² Embora no Capítulo Da Segurança Pública não tenha sido prevista a criação de um sistema único – como foi previsto para a saúde –, o Projeto de Segurança Pública para o Brasil, que foi elaborado e está sendo implantado pelo atual Governo Federal, propõe a criação do sistema único de segurança pública nos estados, com coordenação unificada e participação popular, sem que a ação implique em mudanças constitucionais (federal e/ou estaduais); Na proposta, as instituições estaduais de Segurança Pública (inclusive os Corpos de Bombeiros) comporão o sistema de forma a estabelecer interfaces com as instituições federais de Segurança Pública, enunciadas na Constituição Federal (BRASIL, 2002b).

⁵³ Conforme a legislação penal, (Artigo 135 do Código Penal) qualquer um do povo deve prestar socorro, sob pena de omissão de socorro. Além de que, não existindo profissionais de saúde presentes, qualquer pessoa pode, em caso de emergência, buscar uma forma de ajudar o vitimado, realizando inclusive procedimentos legalmente exclusivos das profissões de saúde. A referência está diretamente ligada a uma situação imprevista, uma casualidade, em que não haja um profissional legalmente, técnica e cientificamente habilitado. Portanto, penso que não se caracteriza casualidade, nas situações em que um sistema intencionalmente criado sem os profissionais com as devidas responsabilidades, é chamado para socorrer um vitimado.

em todos os seus níveis, ampliando o treinamento de socorristas para o atendimento avançado de vida (BRASIL, 1992). Tanto é verdade, que a instituição do CBM catarinense sentiu-se na necessidade de acrescentar na Emenda Constitucional nº 33 (EC 33) de 2003 – que emancipou o CB da PMSC –, o “atendimento pré-hospitalar” na relação de “missões” atribuídas, posteriormente, definido como de SBV, nas Legislações de Organização Básica⁵⁴. O fato é que, quando se estabelece a responsabilidade legal (constitucional) do Estado, ou melhor, o dever do Estado em garantir a saúde como um direito de todos, prevê-se a atribuição da prática de saúde – em todos os níveis – ao Sistema de Saúde⁵⁵, o que torna a EC 33 e respectivas legislações, contrárias à Carta Magna.

3.3 Regulamentação Do Atendimento Pré-hospitalar No Brasil

Conforme destaquei anteriormente, o primeiro programa do MS – portanto de abrangência nacional –, relativo à assistência à saúde nas situações de urgência/emergência, previa, num de seus níveis, ou seja, no Projeto de Atendimento Pré-Hospitalar a implantação, numa primeira etapa, do denominado SBV e, num segundo momento, o SAV. Atribuía, no âmbito do APH, os dois níveis de assistência – baseado no modelo norte-americano – aos Corpos de Bombeiros Militares. Entretanto, para a consecução do círculo completo, fazia-se necessário “a implantação das medidas legais cabíveis para amparar o sistema em todos os seus níveis”.

⁵⁴ Um conjunto de legislações que regulamentam a EC 33, elaborada por uma comissão de oficiais do CB.

⁵⁵ Da investigação realizada por Dallari (1995) sobre os conceitos e o direito à saúde nas constituições estaduais e federal, entendo que a responsabilidade constitucional (legal) do Estado pela saúde como direito universal, se efetiva atribuindo ao sistema de saúde (previsto na CF e devendo ser mantido nas estaduais) a prática de saúde integral. Mesmo que outras instituições participem indiretamente nas ações de prevenção, a práxis de saúde só pode ser atribuído do sistema de saúde e responsabilidade do Estado.

Como os CBMM, muito brevemente ficaram desamparados pelo MS⁵⁶, deram continuidade por iniciativa própria, ao “início das gestões” para mudar as legislações. Neste sentido, para o CB do Distrito Federal, foi aprovada a Lei nº 891, de 26 de julho de 1995, criando no âmbito do DF o atendimento e modalidade de serviço denominada ‘Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar’ – vinculada à Secretaria de Segurança Pública e à Secretaria de Saúde do Distrito Federal –, destinado a prestar socorro às vítimas de acidentes de trânsito, desabamento e outros, que causem vítimas com necessidade de atendimento de emergência ou atendimento imediato para o tratamento traumatológico, cabendo ao CB do DF executar as atividades de APH ao trauma e fiscalizar outras ações congêneres no âmbito do setor público do DF (DISTRITO FEDERAL, 1995). Percebe-se que o sistema criado, ou melhor, formalizado e melhor definido através da referida Lei – porque já existia –, limita-se ao atendimento ao traumatizado. Mas se contradiz no artigo 3, ao definir que são

objetivos do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar:

- I – realizar atendimentos pré-hospitalares de qualidade *em situações de emergência*;
- II – reduzir o tempo para atendimento nos locais de acidente;
- III – *prestar suporte básico de vida ao acidentado*;
- IV – reduzir seqüelas conseqüentes às lesões por causas externas;
- V – realizar de forma adequada a remoção das vítimas para os hospitais” (DISTRITO FEDERAL, 1995, grifos meus).

Primeiramente, convém destacar que o CB do DF continua limitado ao SBV, mesmo com a aprovação da referida lei. Depois, convém perguntar: por que não foi possível avançar, mesmo após 5 anos da sugestão do PAPH – considerando ainda que o CB do DF já realizava o APH antes mesmo daquele programa ministerial? Independentemente disso e da confusão presente na Lei, na prática o CB do DF – assim como todos os outros que realizam APH –, devido a necessidade social, acabam realizando o atendimento em qualquer situação de urgência/emergência, do atendimento básico ao avançado, ou melhor, do simples ao complexo e até mesmo naquelas situações não urgentes, tendo em vista não possuir competência para regular via rádio/telefonía.

⁵⁶ O PEET/PAPH foi extinto em 1992 e transformado em Programa de Enfrentamento às emergências e Catástrofes (BRASIL, 2002c).

Contudo, é bom salientar que, mesmo quando a vítima necessita de um atendimento de maior complexidade, dispõe apenas do suporte básico, até que seja entregue no hospital mais próximo. Dentre a série de questões que polemizo neste trabalho, esta é, sem dúvida a lacuna ainda por preencher no atendimento à saúde pré-hospitalar de urgência/emergência, ou seja, o Estado cumprir com o seu dever de prestar esta assistência com qualidade, através do Sistema de Saúde previsto na CF.

A outra tentativa de buscar amparo legal às atividades de APH do CB, aconteceu recentemente no Estado de SC, através da EC 33 que emancipa o CB da PM. Na EC-33 simplesmente foi acrescentado no artigo 108 do capítulo III-A a atribuição do APH, ao CBM. Deste modo, como uma instituição – agora independente da PMSC – cujas atribuições que lhe cabem deveriam ficar restrita na esfera do setor Segurança Pública, passa a ter a seguinte missão constitucional:

o Corpo de Bombeiros Militar, órgão permanente, força auxiliar, reserva do Exército, organizado com base na hierarquia e disciplina, subordinado ao Governador do Estado, cabe, nos limites de sua competência, além de outras atribuições estabelecidas em Lei:

I – realizar o serviço de prevenção de sinistros e catástrofes, de combate a incêndio e de busca e salvamento de pessoas e bens e o *atendimento pré-hospitalar...* (SANTA CATARINA, 2003, grifo meu).

Consta ainda no artigo 108 da EC-33, que o CB “disporá de quadro de pessoal civil para a execução de atividades administrativas, auxiliares de apoio e de manutenção” (SANTA CATARINA, 2003). Assim, para o “quadro de pessoal civil do CB, cargos de provimento efetivo de caráter estatutário”,⁵⁷ fica previsto na Lei de Organização Básica que regulamenta a EC-33, duas vagas para médicos. Como o “Regulamento da Lei de Organização Básica do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de SC”, não limita o APH em nível de SBV – como no caso do DF –, pressupõe-se que o objetivo de ter médicos civis na instituição é elaborar o protocolo de APH – a ser executado pelos bombeiros – e responder perante o CRM⁵⁸. Ou seja, dar continuidade à distorção do modelo norte-

⁵⁷ Conforme a Lei de Organização Básica do CB “ao pessoal civil do Quadro de Pessoal criado por esta Lei aplicam-se as disposições da Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985, e demais disposições que conferem direitos e deveres aos servidores estatutários” (SANTA CATARINA, 2003).

⁵⁸ O CREMESC, através da Resolução nº 28/97, determina que as pessoas jurídicas de direito público ou privado, que realizam atividades de APH, em via pública ou em domicílio, deverão ser registradas no CREMESC e ter um

americano com supervisão médica indireta, pois mesmo que a EC e a LOB não tenham restringido o APH do CBM de SC em nível básico, continuará, pois, limitado ao SBV⁵⁹.

Tendo em vista que, desde

...1997, os Conselhos Regionais e Federal de Medicina (CRM e CFM), passaram a questionar os SvAPH dos CB operados por “socorristas”, até então, carentes de embasamento legal para atuação, salvo a missão constitucional do CB, não regulamentada. Tal fato culminou em Resoluções dos Conselhos de Medicina sobre o APH e, conseqüentes normatizações por parte do Ministério da Saúde (MS) (...). Com estas normatizações, (...), acabam as possibilidades de se organizar no Brasil, SvAPH a partir do modelo norte-americano, exceto a realização do SBV (PRADO, MARTINS, 2003, p. 73).

Mesmo em se tratando de SBV, o CFM passou a exigir a “responsabilidade técnica médica”, ou supervisão médica indireta, dos protocolos assistenciais, para garantir que “atos médicos” não serão executados pelos bombeiros. Contudo, é questionável a prerrogativa dos Conselhos de Medicina, de admitir a realização do SBV pelos bombeiros militares, pois há indícios que esta modalidade de assistência contraria outras legislações de exercício profissional, como por exemplo, da Enfermagem.

Afora a responsabilidade legal, é fato que o APH, mesmo em nível de SBV, quando institucionalizado – o que é diferente dos primeiros socorros que qualquer um do povo, mesmo leigo, tem por obrigação legal prestar na ausência de um profissional ou serviço de Saúde – se caracteriza como uma prática de saúde e deve ser prestado por profissionais de saúde, observada as suas responsabilidades ético-legal e técnico-científica. Tal pressuposto, nunca foi e não é, levado em consideração pelos conselhos profissionais de saúde, inclusive o Conselho Federal de Enfermagem que nunca cumpriu com sua obrigação de normatizar fiscalizar o exercício profissional de Enfermagem nesta modalidade de assistência de Enfermagem.

Por outro lado, os conselhos de Medicina, interferem apenas quando se vê ameaçado aquilo que eles entendem como “ato médico”⁶⁰. Neste sentido, foi o CRM do

diretor ou responsável técnico, médico, que responderá perante o Conselho de Medicina (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA, 1997a,b).

⁵⁹ Talvez porque, os legisladores tanto do DF quanto de SC, esqueceram que não dá para inferir do artigo – das Leis em questão - que consta : “revogam-se as disposições em contrários”, a revogação da Carta Magna.

⁶⁰ Nota-se que na Resolução do CREMESC nº 28 de 97, o APH já era “considerado” um ato médico: “...o atendimento pré-hospitalar, abrangendo o socorro às vítimas em via pública e no domicílio do paciente, é um Ato

Estado de SC (CREMESC) quem editou as duas resoluções, nº 027/97 e nº 028/97 (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA, 1997a,b) que regulamentaram pela primeira vez no País, o transporte de pacientes em urgência/emergência, em ambulâncias e o APH no Estado de SC (SHLEMPER JR., 2000). As resoluções anteriores, específicas ao APH, editadas pelos Conselhos Regionais de Medicina dos Estados do PR e SP⁶¹, por definirem atos de “Suporte Avançado de Vida” possíveis de serem realizados por “socorristas” – com base em protocolos de padronização da assistência – foram consideradas incipientes pela própria Medicina.

Após as experiências estaduais, no âmbito nacional,

a primeira normatização deu-se por parte do CFM com a resolução nº 1.529/98. Posteriormente a essa resolução, foi editada a portaria do MS nº 824 de 24 de junho de 1999, normatizando o APH em todo o Brasil. No entanto, fazendo uma sucinta análise dessa portaria e comparando com as resoluções anteriores, é possível constatar que tem a mesma essência, pois, em síntese regulamentam quatro aspectos: a regulação médica do sistema no molde do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU); os profissionais do sistema (oriundos da área da saúde e não oriundos da área da saúde); a formação dos profissionais, delimitando inclusive, o conteúdo curricular para cada categoria profissional; as normas técnicas para veículos de APH e transporte inter-hospitalar. É possível deduzir daí, que a resolução do CFM teve origem nas resoluções do CREMESC. Por outro lado, é fato que a portaria do MS teve origem na resolução do CFM, pois incorporou na íntegra o conteúdo da resolução do CFM. (...) O MS apenas adaptou a Portaria 824/99 da resolução do CFM nº 1.529/98 a qual, apesar de ser relativa a categoria médica – e definida por ela – resolve, também, as ações e formação de outras categorias profissionais, inclusive dos não-oriundos da área da saúde, submetendo-os à supervisão médica à distância. (PRADO, MARTINS, 2003, p. 73).

De acordo com Prado, Martins (2003, p. 73), “...a primeira portaria do MS [normatizando o APH, nove anos após a frustrada experiência do PEET/PAPH-MS], teve cunho abertamente corporativo, não reconhecendo a inerente natureza multiprofissional do serviço e tampouco demonstrando preocupação para além do poder corporativo”. Por isso, a normatização que poderia ter sido uma iniciativa no sentido de favorecer a reestruturação e criação de um sistema de assistência pré-hospitalar – nos moldes do SAMU francês – efetivado por profissionais de saúde, na verdade causou estranheza e

Médico e, portanto, privativo do médico. (...) A delegação das medidas de suporte deve ser feita por médico, que será o responsável pela coordenação, supervisão e execução das mesmas”

⁶¹ Resolução CREMEPR nº 054/95 e Recomendação CREMESP nº 01/93, respectivamente.

desagrado a qualquer possível participação, por caracterizar-se num sistema médico-centrado⁶².

Entre outros aspectos a Portaria 824 definia que o serviço APH é um serviço médico; sua coordenação, regulação e supervisão direta e à distância⁶³ deve ser efetuada unicamente por Médico; tem na Central de Regulação Médica, o elemento ordenador e orientador da atenção pré-hospitalar, sendo o Médico regulador o responsável pela decisão técnica em torno dos pedidos de socorro e a decisão gestora dos meios disponíveis” (BRASIL, 1999). Dentro do que era previsto na referida portaria (e ainda é na Portaria 2048, atualmente em vigor), é preciso esclarecer que,

...o denominado SBV realizado por vários elementos do sistema sob supervisão médica direta ou à distância está no âmbito dos cuidados de Enfermagem e, portanto, a supervisão destes cuidados é de responsabilidade legal do profissional enfermeiro. Conseqüentemente, a ordenação, supervisão, orientação direta e à distância (regulação), não podem ser apropriadas pela Medicina (PRADO, MARTINS, 2003, p. 74).

A resolução do COFEN nº 225 de 2000 – que se aproxima da questão –, apenas reforça a submissão, neste caso, por tratar-se de uma portaria que normatiza os serviços de urgência/emergência. A referida resolução, que “dispõe sobre o cumprimento de prescrição de medicamentos/terapêutica à distância”, proíbe que profissionais de Enfermagem cumpram prescrições médicas via rádio/telefone, com exceção nos “casos de urgência ou risco de vida iminente” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002). Refere-se apenas à urgência e não a define. Convém lembrar, que urgência e emergência são conceitos distintos e os serviços de APH, são voltados exclusivamente às urgências e emergências.

Na tradição de pouco intervir nas questões profissionais que refletem na saúde da população em geral, o COFEn apenas edita uma outra resolução, nº 260 de 2001

⁶² Infelizmente, o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM nº 1.671, de 9 de julho de 2003, continua afirmando que “o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, portanto, sua coordenação, regulação e supervisão direta e à distância de ser feita por médico...” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003).

⁶³ É bom lembrar sobre esse aspecto que, segundo a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, compete privativamente ao Enfermeiro, além de exercer todas as atividades de enfermagem, o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, bem como, a prescrição de enfermagem, entre outras atividades (BRASIL, 1986).

(CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2001) – revogada e substituída pela resolução nº 290 de 2004 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004) – que inclui o APH no rol de especialidades de Enfermagem “sem questionar a delimitação das ações de Enfermagem e formação destes profissionais para o APH por parte do MS, vale dizer, por parte dos Conselhos de Medicina” (PRADO, MARTINS, 2003, p. 73).

Já o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREn/SP), regulamentou as atividades de Enfermagem no APH para o Estado de São Paulo, através da Decisão COREn/SP DIR-01-2001. Apesar de considerar os cuidados de Enfermagem em *simples e complexos* de acordo com o nível de dependência da vítima, ainda admite uma possível similaridade do APH, no Brasil, com a divisão em SBV e SAV, conforme o modelo norte-americano, permitindo que os militares do setor de Segurança Pública, desde que treinados, podem executar o SBV (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2001, grifo meu).

Numa posição ainda menos interventora, o Conselho Federal de Farmácia, **considerando** a portaria nº 824 do MS que regulamenta o atendimento às urgências/emergências em nível pré-hospitalar, não fez referência à participação do farmacêutico nesta atividade – embora normatize veículos de APH e transporte inter-hospitalares de pacientes equipados com medicamentos e correlatos – **resolve** que todos os serviços e empresas que prestam/exercem atendimento de urgência/emergência e transporte de pacientes, deverão obrigatoriamente contar com assistência técnica do profissional farmacêutico (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2000). O CFF define as seguintes

- atribuições do farmacêutico nas atividades relacionadas às urgências/emergências:
- I – participar da padronização de medicamentos e correlatos para uso no atendimento pré-hospitalar e hospitalar;
 - II – adquirir, armazenar, dispensar e adotar procedimentos de validação da qualidade dos medicamentos e correlatos destinados ao atendimento de urgência/emergências;
 - III – normatizar e/ou supervisionar os procedimentos de desinfecção dos materiais e equipamentos das ambulâncias;
 - IV – realizar **atividades educativas relacionadas ao controle da infecção hospitalar dirigidas aos profissionais envolvidos na manipulação de pacientes;**

- V – controlar os medicamentos psicoativos atendendo aos preceitos contidos na legislação sanitária vigente;
- VI – participar das discussões relacionadas a protocolos de tratamento e outros relacionados ao serviço de atendimento às urgências/emergências; (...)
(CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2000).

Das atribuições deste profissional nas atividades de urgência/emergência é possível refletir sobre o quão ampla pode ser a atuação multiprofissional na área, respeitando os limites de atuação de cada profissional e/ou instituição. Destaco dentre as atribuições acima, a importância relevada à educação profissional voltada a prevenção da infecção hospitalar, já na fase do APH.

A portaria 824, sequer saiu da intenção, sendo revogada e substituída pela Portaria do MS 814/GM de 01 de junho de 2001, agora, diretamente relacionada “a baixa cobertura populacional e oferta insuficiente de APH móvel, constituída em sua maioria por serviços não medicalizados e não regulados, destinados apenas ao atendimento ao trauma e localizados, a maior parte, em capitais e grandes cidades” (BRASIL, 2001). Por conseguinte, surge,

considerando a necessidade de implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral às Urgências, com a organização de sistemas regionalizados, regulação médica, hierarquia resolutiva e responsabilização sanitária, **universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos e ações do Sistema Único de Saúde**, de acordo com as diretrizes gerais do SUS e NOAS-SUS 01/2001; (...) considerando a responsabilidade do SUS de instrumentalizar e estimular a implantação de Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, que garantam assistência rápida e de qualidade aos cidadãos acometidos por agravos de urgência, sejam pacientes adultos, pediátricos ou gestantes, em espaços públicos ou em seus domicílios, tanto para os **agravos de natureza clínica, traumato-cirúrgica ou ainda psiquiátricas**, contando com intervenção médica sempre que o médico regulador julgar necessário (BRASIL, 2001, grifos meus).

Nesta portaria,

o serviço de atendimento pré-hospitalar passa ser entendido como uma atribuição da área da Saúde, sendo constituído de uma central reguladora, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de uma região (...); devem ter uma equipe de saúde, composta por: **Coordenador do serviço da área de Saúde**, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas; **Médico responsável técnico** pelas atividades médicas do serviço; **enfermeiro responsável técnico** pelas atividades de Enfermagem; **médicos reguladores** que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo

gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente; **Médicos intervencionistas**, responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte; **Auxiliares e Técnicos de Enfermagem** sob **supervisão imediata do profissional enfermeiro**; **enfermeiros assistenciais (...)**. Além desta equipe de saúde, em situações de atendimento às urgências relacionadas às causas externas ou de pacientes em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da saúde - bombeiros militares, policiais militares e rodoviários e outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento, tais como: sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais (incêndio, materiais energizados, produtos perigosos) obtenção de acesso ao paciente e **suporte básico de vida**. (BRASIL, 2001, grifos meus).

Contanto, conserva ainda, o poder máximo à categoria médica através da Central de Regulação Médica, ao considerar

a necessidade de estabelecer a primazia da coordenação da atenção pré-hospitalar móvel por parte do SUS, sendo **o médico regulador de urgências a autoridade sanitária pública que, por delegação do gestor do SUS, irá ordenar e coordenar o uso de todos os recursos envolvidos no atendimento de saúde às urgências**, devendo, para isso, contar com a articulação e integração dos recursos de outros setores que prestam socorro à população, tais como bombeiros militares, policiais militares e rodoviários (BRASIL, 2001, grifos meus).

Havia sido estabelecido “o prazo máximo de 03 (três) anos para plena implantação das determinações constantes desta Portaria, por parte dos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS e de outras autoridades implicadas na operação do que nela está disposto” (BRASIL, 2001). Entretanto, no ano seguinte, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 é revogada sendo substituída pela NOAS-SUS 01/2002⁶⁴, estabelecendo novas diretrizes gerais do SUS, definindo novas condições de gestão e divisão de responsabilidades entre as três esferas do governo (BRASIL, 2002d). Conseqüentemente foi revogada também a portaria 814/01 e, em 2002 entra em vigor a Portaria nº 2048/GM do MS, que aprova em anexo o “Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência”.

⁶⁴ É importante salientar que a NOAS-SUS 01/2002, foi editada como anexo de Portaria Ministerial e também não passou por discussões no Conselho Nacional de Saúde e pelos fóruns de controle social da saúde que o antecederam. (...) Soma-se ao regulamento, a manutenção dos aspectos referentes ao APH regulamentados nas portarias anteriores – sem mudanças essenciais –, embora articulados com as prerrogativas previstas na NOAS-SUS 01/2002 (PRADO, MARTINS, 2003, p. 73).

Esse regulamento tem como baliza mecanismos criados anteriormente pelo MS no sentido de implantar Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências e aperfeiçoados nessa portaria de acordo com as diretrizes do SUS e da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 (PRADO, MARTINS, 2003, p. 73).

A nova portaria, que continua em vigor atualmente e orientando a criação a nível nacional dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), estabelece os princípios e diretrizes dos referidos sistemas, tais como critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços; Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica, APH fixo, APH móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e a criação de Núcleos de Educação em Urgências. Cabe às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal a responsabilidade de adotar as medidas necessárias ao cumprimento desta portaria, bem como, classificar, habilitar e cadastrar os serviços de atendimento às urgências e emergências já em funcionamento (BRASIL, 2002a).

Embora os aspectos essenciais da portaria 814 tenham sido mantidos, o fato novo que o regulamento técnico da Portaria 2048 prevê, é a estruturação dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências – envolvendo toda a rede assistencial de forma regionalizada e hierarquizada, desde a rede pré-hospitalar fixa (unidades da atenção primária da saúde e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências), SvAPH móvel até a rede hospitalar de alta complexidade –, mediados pelo mecanismo de Regulação Médica, como elemento ordenador e orientador dos sistemas por meio de atribuições técnicas e gestoras (BRASIL, 2002a). Diante disso, o APH móvel e a Central de Regulação, podem servir de elementos mediadores da referência e contra-referência entre os diversos níveis assistenciais do Sistema de Saúde.

No âmbito do Sistema Estadual de Urgência/Emergência, regionalizado e hierarquizado, o APH móvel continua sendo entendido como atribuição da área da Saúde e vinculado a uma **Central de Regulação Médica** (BRASIL, 2002a, grifo meu).

Todos os pedidos de **socorro médico** que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia militar (190), do Corpo de Bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser, imediatamente retransmitidos à Central de Regulação, por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser

adequadamente regulados e atendidos. (...) Os serviços de Segurança e Salvamento, sempre que houver demanda de atendimento de eventos com vítimas ou doentes, devem orientar-se pela **decisão do Médico Regulador de urgências** (...). Em situações de atendimento às urgências relacionadas às causas externas ou de pacientes em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da saúde, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho de ações de Segurança, Socorro Público e Salvamento tais como sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais, obtenção de acesso ao paciente e SBV⁶⁵ (BRASIL, 2002a, p. 31-32, grifos meus).

Como é possível perceber, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergências – a mais recente normatização do Ministério da Saúde que inclui APH –, conserva aspectos de um período marcante no desenvolvimento do APH no Brasil, quer seja, a era do PEET/PAPH. Conseqüentemente, traz resquícios de influências do modelo norte-americano, pois divide o APH brasileiro em SBV e SAV, tornando as competências/atribuições das diferentes categorias profissionais de Enfermagem, longe de serem definidas em conformidade com o seu ofício de cuidar sob as condições das respectivas legislações do exercício profissional e, de modo geral, confundidas com as denominadas ações de SBV, quando institucionalizadas (PRADO, MARTINS, 2003).

Em outras palavras ao mesmo tempo em que define o APH enquanto função específica da área da Saúde e garante à Medicina – através da Central de regulação – o controle do sistema, tal como no SAMU francês, também incorpora a divisão norte americana do APH, assim como no SEM norte-americano, em SBV e SAV. Torna-se, portanto, contraditória nas suas orientações, pois garante aos antigos “socorristas” – que não são profissionais de saúde e não fazem parte do Sistema de Saúde – a execução do SBV sob supervisão médica direta ou à distância, desde que possua formação mínima nos moldes dos técnicos em emergências médicas – básico, norte-americano.

Mediante as condições em que se institucionalizaram as profissões de saúde, reconhecemos a incompatibilidade do APH ser dividido em Suporte Básico e Avançado se adaptado à nossa realidade. Temos que reconhecer ainda, que historicamente, o APH

⁶⁵ Entretanto, é garantido a esses profissionais, apenas o treinamento nos moldes do SBV norte-americano, - geralmente oferecido à população leiga -, com carga horária aproximada de 100 horas/aulas.

constitui-se numa forma de atendimento multidisciplinar se tivermos em vista que envolve ações de tratamento e cuidado. Ao tratar-se de uma situação emergencial, cujo objetivo final é a cura – que se dá por meio de tratamento – esta não poderá realizar-se, se não for subsidiada pelo cuidado. Portanto, acreditamos que existe na assistência pré-hospitalar, cuidados de Enfermagem que, sob supervisão e decisão do enfermeiro devem ser categorizados de simples a complexos para então ser prestados pelo profissional de Enfermagem com competência para tal. Sob esta ótica, a CF, corretamente interpretada, não atribui ao setor de Segurança Pública e seus profissionais – principalmente aqueles dos Corpos de Bombeiros –, a realização de cuidados de saúde – mesmo que tenham a devida formação nos cursos reconhecidos pelo Ministério da Educação e sejam registrados nos órgãos disciplinadores e fiscalizadores da profissão –, haja vista que, pertencem constitucionalmente ao setor de Segurança Pública que tem outras atribuições que não são a prestação de assistência à saúde. Especificamente aos Corpos de Bombeiros, com missão específica no âmbito da Segurança Pública, cabe o apoio aos Serviços de Saúde Pré-Hospitalares, no que tange ao **resgate das vítimas** e, se necessário à **prestação de ações simples de primeiros socorros**, até que a **equipe de saúde tenha acesso à vítima**.

A compreensão que predomina atualmente sobre os SvAPH, dividindo-os em SBV e SAV, e institucionalizando – através dos CBMM e outras instituições de Segurança Pública –, práticas de saúde ou assistência à saúde em situações de urgência e emergência, sob o escudo do denominado SBV, gera sérias distorções e problemas ético-legais, tendo em vista que esta divisão tem origem no modelo norte-americano com características diferentes da nossa realidade (PRADO, MARTINS, 2003, p. 74). Em outras palavras,

as categorias profissionais que constituem o APH nos EUA não foram possíveis de se constituírem em nosso país, devido ao fato da institucionalização das práticas de saúde caminharem, numa outra direção. Conseqüentemente, tal analogia é incompatível com a realidade e com as possibilidades concretas existentes em nosso país. Não existe similaridade de categorias profissionais historicamente institucionalizadas no Brasil e nos EUA, no que se refere ao APH. Em outras palavras, não existe qualquer relação possível entre aquelas divisões (SBV e SAV) e as ações inerentes às categorias profissionais de saúde existentes no Brasil, ou seja, as ações de APH sejam de cuidados e/ou tratamentos, podem

ser simples ou complexas dependendo da situação da vítima que necessita do socorro (PRADO, MARTINS, 2003, p. 74).

Mediante tais considerações, “o SvAPH que compreendo necessário é aquele que não prescinde de modernos recursos tecnológicos e do mais elevado conhecimento técnico-científico específicos às categorias profissionais que o devem compor, numa perspectiva multiprofissional e disponíveis de forma igualitária a toda a população” (PRADO, MARTINS, 2003, p. 75).

Em que pese os desencontros, as prepotências, o corporativismo, enfim, estes e tantos outros obstáculos que poderiam aqui, serem apresentados, a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, enquanto atribuição do Sistema de Saúde; esta modalidade de atendimento enquanto práxis de saúde, não requer mudanças constitucionais ou sanções legais. Exige apenas a normatização através de programas e portarias garantindo ampla participação e discussão no sentido de definir os papéis de todos os segmentos envolvidos – seja na assistência à saúde, seja na segurança e resgate – bem como, o comprometimento do Estado para com a saúde como direito universal, direcionando os recursos necessários para o desenvolvimento das práticas envolvidas.

3.4 Metodologias De Atendimento De Urgência/Emergência Ou Protocolos De Padronização Da Assistência?

É chegado o momento de distinguir o entendimento que tenho sobre as metodologias de atendimento às urgências/emergências, que começaram a ser elaboradas nos EUA a partir da década de 70 através das associações e/ou academias médicas. Atualmente, tais metodologias, cientificamente desenvolvidas e elaboradas, são conhecidas e utilizadas em diversas partes do mundo – inclusive nos países europeus que, no que se refere ao APH, desenvolveu-se num Sistema de Saúde. Entretanto, foram

patenteadas e o ensino multiplicador do método assistencial, realizado apenas por equipes autorizadas, tornam-se cada vez menos acessíveis⁶⁶.

Tais metodologias muitas vezes são, genericamente, denominadas de protocolos. Em outras situações, são mesmo, transformadas em protocolos institucionais na perspectiva de padronizar as práticas assistenciais em saúde. O problema é que, quando a instituição que presta a assistência não é uma instituição de Saúde – como é o caso dos Corpos de Bombeiros – e os profissionais envolvidos não são profissionais de saúde legalmente reconhecidos, o protocolo tem o objetivo não apenas de padronizar, mas também de regular as ações ou práticas de atendimento destes profissionais, assim como, formalizar os atos públicos que se concretizam pela instituição.

No caso da instituição envolvida ser uma instituição de Saúde e protocolar uma das metodologias assistenciais elaboradas pelas associações norte-americanas, ao meu ver, apenas petrifica a metodologia e torna a prática assistencial inflexível – profissional e usuário perdem a autonomia de escolha –, haja vista que, as profissões de saúde e suas respectivas práticas já são reguladas pelos órgãos normatizadores e fiscalizadores da profissão. Partindo destas premissas, tento descrever como estas metodologias surgiram e foram adaptadas aos sistemas de APH dos Corpos de Bombeiros.

Nos EUA, várias associações e instituições médicas, na década de 70 se voltaram para a sistematização do conhecimento em urgências/emergências dando início a formação dos Paramédicos. Em 1975 o *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS) foi desenvolvido pela Associação Americana de Cardiologia e no final da década de 70 surgiu a “metodologia de tratamento” aos traumatizados.

Consta que, após uma tragédia de avião que envolvera a família de um cirurgião ortopedista em 1976 na zona rural de Nebraska nos EUA, cujo atendimento fora inadequado para a época, deu-se início por um grupo de cirurgiões, o “treinamento médico em SAV” (BRASIL, 1996). Em 1978, demarcando a necessidade de aprimorar o sistema de assistência às emergências, de acordo com *American College of Surgeons*,

⁶⁶ Os cursos/metodologias de atendimento do ATLS, PHTLS, NTLS e afins, são marcas registradas. Portanto, seu uso protocolado em instituições requer o pagamento de direitos autorais, de invenção ou de patentes.

Committee on Trauma, deu-se o primeiro curso de *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) realizado juntamente com os Serviços de Emergência Médica em *Auburn*, Sudeste de Nebraska. No ano seguinte, o Colégio Americano de Cirurgiões incorporou o curso no seu programa educacional. Após a consolidação do ATLS, surgiu também o *Trauma Life Support for Nurses* (TLSN), com objetivo de sistematizar a assistência de Enfermagem acompanhando a assistência médica (ROCHA, 2000), ou seja, tendo como base a mesma metodologia no atendimento às emergências.

Com a formação, em 1979, do Comitê de acreditação em EMT-Paramedic, surge em 1992 – na mesma linha e com origens no ATLS, porém voltado para o atendimento e resgate às emergências pré-hospitalares –, o programa de treinamento *Pré-Hospital Trauma Life Support* (PHTLS) dividido em dois cursos: PHTLS básico e avançado (BRASIL, 1996); em 1983 é realizado cursos pilotos de PHTLS em *Iowa, Connecticut, e Louisiana*, realizados em conjunto com a Associação Nacional dos Técnicos em Emergências Médicas, fundada em 1975 (VIRGINIA, 2003).

Diversos cursos no âmbito das especialidades médicas, para atendimento às emergências, realizados por várias organizações norte-americanas foram criados e patenteados. Todos, porém, se baseiam ou adaptam a metodologia de tratamento denominada “método mnemônico ABCDE”.

Tratando-se especificamente de trauma, segundo o ATLS, “o método mnemônico define as avaliações e intervenções específicas, ordenadas e priorizadas que devem ser seguidas em todos os pacientes traumatizados: A=via aérea com controle da coluna cervical; B=respiração; C=circulação; D=estado neurológico; E= exposição com controle da temperatura” (BRASIL, 1996).

Como se sabe, no Brasil existe uma miscelânea de serviços de APH, do público ao privado – predominando na esfera Estatal, os CBMM – cada qual com suas especificidades. Entretanto, uma característica tem sido comum nos diversos serviços, ou seja, a metodologia ou sistematização do atendimento na urgência/emergência pré-hospitalar com origem no modelo de assistência norte-americano a ponto de tornar-se hegemônica atualmente nos serviços de APH brasileiros.

Retornando as origens, constata-se que o então PEET/PAPH-MS promoveu em 1991, no Distrito Federal (DF), o primeiro curso de instrutores (multiplicadores) de ASU. Na ocasião, pelo fato do programa intencionar a implementação do modelo norte-americano, tomou por inspiração a sistemática de atendimento com base no “método mnemônico ABCDE” do ATLS, adaptado ao APH pelo PHTLS, nos EUA na década de 80. A sistemática foi inicialmente traduzida e adaptada para os “socorristas” inclusive na denominação “avaliação primária/secundária”. Recentemente, com base nas modificações norte-americanas, as avaliações primária e secundária vêm sendo substituídas pelas avaliações “inicial, dirigida e continuada” (SANTOS et al., 1999; OLIVEIRA, 2003). Apesar disso, a metodologia assistencial utilizada pelos “socorristas” no atendimento básico, clínico ou traumático, tem em comum a seqüência preconizada pelo método mnemônico. Logicamente esta doutrina é adaptada para o atendimento possível de ser realizado pelos “Agentes de Socorros Urgentes ou socorristas”⁶⁷ – como eram denominados na época, hoje designam-se simplesmente bombeiros⁶⁸ – e por isso fez-se analogia com o nível de SBV realizado nos EUA.

Por outro lado, muitos serviços que dispõem de profissionais de saúde, como por exemplo, os SAMU’s, também tomam como referência tal método que são propalados nos cursos do ATLS e ACLS (para médicos), NTLS (para enfermeiros), PHTLS (voltado para o APH, porém de cunho multiprofissional) e congêneres, que são ministrados por instrutores autorizados pelas organizações correspondentes.

A partir do momento que todos os profissionais envolvidos no APH de uma ou outra forma são treinados à luz dos princípios desta metodologia, é possível afirmar sua forte influência e, portanto, podemos dizer que a corrente metodológica norte-americana

⁶⁷ O uso da denominação “socorrista” que caminhava para se concretizar como categoria profissional, inclusive no meio civil, ou seja, para as empresas privadas de APH, foi vetada mediante decisão judicial da 1ª Vara Federal do Tribunal de Justiça do Distrito Federal, sendo excluída a figura do SOCORRISTA dos serviços de APH do Brasil (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2001). O uso da designação paramédico, foi vetada por Resolução do Conselho Nacional de Saúde, para as instituições conveniadas com o SUS, inclusive dos CBMM, onde a designação errônea vinha sendo comumente utilizada. Estranho é estranho o referido Conselho, não questionar os convênios do SUS com instituições que não tem a competência para prestar atendimento de saúde, como é o caso dos Corpos de Bombeiros Militares.

⁶⁸ Ao se excluir a figura do SOCORRISTA dos serviços de APH do Brasil, os socorristas dos CBMM aparecem na Portaria 2048 do MS, denominados na “equipe de profissionais não oriundos da saúde” como Bombeiros Militares (BRASIL, 2002), ou seja, houve apenas a exclusão da palavra designadora.

tem sido hegemônica até então. Em se tratando de emergência pré-hospitalar tal metodologia, apesar de ter se tornado eficiente para o tratamento, conforme salientamos, é extremamente fundamentada no modelo biologista, para o qual o conceito de saúde restringe-se à ausência de doenças; portanto, são voltadas exclusivamente para agravos ou desequilíbrios orgânicos e – no máximo – para a reabilitação física do doente.

3.4.1 Protocolos X Metodologias Da Assistência De Enfermagem: Considerações Para O Atendimento Pré-Hospitalar

Como vimos anteriormente, o modelo de APH norte americano, utiliza protocolos assistenciais para os procedimentos efetuados por paramédicos – adaptados das metodologias de atendimento médico – sob supervisão médica indireta. A assistência oferecida é regulada – no que tange as ações terapêuticas médicas –, pela categoria médica que determina previamente a forma e o conteúdo do atendimento, ou seja, para cada problema apresentado pela vítima, o paramédico tem apenas uma opção terapêutica a oferecer e, conseqüentemente, a vítima não pode recusar, a menos que recuse o atendimento por completo.

O protocolo sob tais condições padroniza a assistência ceifando todas as possibilidades de escolha que o atendente e o atendido podem fazer. Transforma um espaço de relações que exige flexibilidade, criatividade e reflexão, num espaço inflexível, mecanizado e desumanizado. Como afirmam Galo et al. (2001), “embora seja importante que se tenham os protocolos como guias, detalhes excessivos restringem a flexibilidade de que um EI – [enfermeiro intensivista] – necessita para selecionar um curso de ação apropriado”. Para as autoras – referindo-se a Enfermagem de terapia intensiva nos EUA – o protocolo é uma forma de resolver a questão da prescrição médica ‘questionável’ e possibilitar que o enfermeiro realize procedimentos médicos sob supervisão médica

indireta, quando necessário (GALO et al., 2001). Em outros termos, “se for necessário que o EI realize procedimentos médicos e não estiver sob a supervisão direta e imediata de um médico responsável, as atividades devem ser baseadas em protocolos estabelecidos. (...) Criados pelos departamentos de Medicina e Enfermagem...” (GALO et al., 2001, p. 91).

Contudo, para o enfermeiro brasileiro, considerando que, o “quando necessário” tornou-se comum, o protocolo tem sido frequentemente utilizado com esta finalidade, ou seja, permitir a realização de procedimentos médicos, especialmente de prescrição terapêutica medicamentosa. Assim, nos Programas de Saúde Pública do Ministério da Saúde (por exemplo: programas para hipertensos e diabéticos) tem sido comum, por orientação inclusive do MS, a utilização de protocolos nas consultas de Enfermagem de modo a ampliá-la para a terapêutica medicamentosa e reduzir as consultas médicas suprimindo a falta de pessoal médico ou mesmo para atender a racionalidade econômica, já que, a força de trabalho do enfermeiro tem um preço menor que a do médico.

A modalidade protocolo institucional, ou prescrição sob supervisão médica indireta – previamente estabelecida – pode ser utilizada em qualquer instituição de Saúde (inclusive privada) pelo enfermeiro, conforme disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986) e Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 (BRASIL, 1987), que normatizam o exercício profissional de Enfermagem dizendo que, “ao enfermeiro incumbe” – no âmbito da equipe multiprofissional –, entre outras atribuições, a “prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de Saúde”. Nesta prática previamente determinada, o enfermeiro dispõe de um “kit” de medicamentos que podem ser prescritos para determinados problemas do doente.

Diante disso, as questões que coloco são: como fica a individualidade do usuário? Sua autonomia, seu direito de participar na decisão da terapêutica? Como situar esta prática na práxis de Enfermagem?⁶⁹ Acredito que as normas legais devam ser os limites e

⁶⁹ Se buscarmos Vázquez (1977, p. 192), fica difícil até mesmo de considerar essa atividade enquanto práxis, já que, para o referido autor, na práxis “a atividade da consciência, que é inseparável de verdadeira atividade humana, se nos

possibilidades da práxis a que se refere e, em hipótese alguma pode ser um meio de transgredir tais limites e possibilidades, muito menos para subordinar uma prática à racionalidade econômica.

Embora as normas legais sejam geralmente resultados – numa sociedade composta de classes sociais antagônicas cujos interesses são diametralmente opostos – da prática política como atividade humana real, material, o seu resultado é um produto idealizado e só se torna real, concreto, se for colocado em prática. Assim, para colocar em prática a prescrição medicamentosa – prevista em lei – é necessário o mecanismo institucional dos protocolos. Conseqüentemente, dois problemas daí advêm: 1º) o enfermeiro e o usuário perdem a autonomia de decisão sobre o processo terapêutico, porque este é previamente determinado para ambos; 2º) o enfermeiro ao desviar-se do objeto de sua práxis, o cuidado, tem prejuízos cujos reflexos podem ser a perda da sua capacidade de criação e reflexão no âmbito da sua práxis específica, prejudicando sua inter-relação com outras práticas específicas, especialmente no âmbito da saúde; deixa de transformar seu objeto de práxis, refletir sobre ele, produzir conhecimento, para assumir uma práxis que não é sua, embora esteja prevista em lei.

Atualmente o primeiro problema mencionado ainda está para ser superado – do ponto de vista legal –, de modo que o enfermeiro não precisaria mais se submeter a protocolos institucionais conforme resolução do COFEn, nº 271 de 2002 que garante a este profissional, como integrante da equipe de saúde – nos programas de Saúde Pública e rotinas que tenham sido aprovadas em instituições de Saúde, pública ou privada –, a autonomia na escolha dos medicamentos e respectiva posologia, podendo inclusive solicitar exames de rotina e complementares com a finalidade de diagnosticar e solucionar os **problemas de saúde** detectados⁷⁰ (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002^a, grifo meu).

apresenta como elaboração de finalidades e produção de conhecimento em íntima unidade”. Considerando essa afirmação, convém questionar: até que ponto a unidade da atividade da consciência (planejamento – ideal) com a atividade humana (real) – é mantida? Como o enfermeiro poderá refletir e, por conseguinte produzir conhecimento sobre uma prática idealizada por outro?

⁷⁰ No ano de 2002 o Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul impetrou Mandato de Segurança contra o ato do

Entretanto, o segundo problema não pode ser resolvido, porque está claro que se trata de diagnosticar doenças e prescrever a respectiva terapêutica medicamentosa e isso não é prática de Enfermagem. O profissional de Enfermagem não é preparado para esta prática e mesmo que passe a ser – como preconiza a referida resolução – tal prática nunca será, em essência, uma práxis de Enfermagem. Portanto, o que vejo sobre este aspecto, é a práxis de Enfermagem lançando fagulhas na prática de Medicina em detrimento de sua práxis específica e, conseqüentemente, deteriorando sua própria prática.

Mesmo que a aquisição da autonomia para prescrever medicamentos e solicitar exames, ou seja, diagnosticar e tratar doenças, nos dê a sensação de um “empoderamento” que se deseja conquistar, a rigor, trata-se de um falso poder – uma demagogia de um conselho profissional que há muito tempo é dirigido autoritariamente por um grupo que pouco conhece a prática de Enfermagem –, haja vista que os termos “medicamentos previamente estabelecidos” foram distorcidos nas entrelinhas da resolução. Por isso a Lei do exercício profissional de Enfermagem não pode ser entendida como fundamentação do poder que se pretende com a resolução 271/2002. Por isso e pelo fato de que o enfermeiro não detém o conhecimento necessário para uma prática que não é sua, reitero que aquele poder almejado pelo COFEn é um falso poder⁷¹.

Presidente do COFEn, objetivando a suspensão dos efeitos dos artigos 2º, 3º, 4º e 6º da Resolução 271/2002 sendo acatado pelo juízo da 3º Vara Federal da Seção Judiciária do DF, em 29 de novembro de 2003 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2003). O COFEn entrou com pedido de Suspensão da Decisão Judicial, junto ao Presidente do Tribunal Regional Federal da Primeira Região que acatou o pedido, nos autos da Suspensão de Segurança nº 2003.01.00.002410-0/DF, restabelecendo os efeitos integrais da Resolução COFEN nº 271/2002 *até o transito em julgado* (DISTRITO FEDERAL, 2003).

⁷¹ O descalabro à prática de Enfermagem registrado na resolução COFEN 217/2002 é discussão antiga no âmbito daquele conselho e, obviamente pelos mesmos diretores, quando a intenção era tão somente transformar o enfermeiro num profissional liberal. Conforme parecer nº 008/91 do Assessor Jurídico Dr. Pedro Paulo C. Pinheiro, a opinião era pela “autorização do enfermeiro autônomo a prescrição de medicamentos em clínicas e consultórios”, extrapolando descaradamente o que prevê a Lei nº 7.498/86 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1991a). Posteriormente, na “gestão seguinte” o COFEN solicitou novo parecer nº 068/91 ao Assessor Jurídico Dr. Ítalo Bittencourt de Macedo – por coincidência o atual Assessor Jurídico do COFEN – que limitou o entendimento, na “possibilidade jurídica do enfermeiro prescrever – **tal qual na Lei** – independente do vínculo trabalhista” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1991b). Sob esse aspecto, convém resgatar Silva (1989, p. 129) quando afirma: “embora a discussão sobre a modalidade liberal do exercício da profissão de enfermeira seja bastante incipiente e nebulosa, meu objetivo ao mencioná-lo foi o de fornecer um exemplo cabal da perspectiva equivocada de determinadas propostas que não levam em consideração o contexto para o qual se destinam. Se os custos da assistência à saúde são altíssimos, se a grande maioria da população brasileira não tem condições de comprá-la, se o resultado desse problema tem sido o assalariamento crescente dos médicos, como supor que a saída para as enfermeiras esteja na sua transformação em profissionais autônomos?”

Decorre disto, que as Universidades não poderão desviar a formação do enfermeiro, da prática de cuidado para a prática de diagnóstico e tratamento de doenças – como exige a referida resolução do COFEn – por dois motivos principais (sem descartar outros): 1º) esta é uma qualificação profissional que a lei não estabelece, conforme preconiza o inciso XIII do artigo 5º da CF (BRASIL, 1998); 2º) na Universidade, na área de Enfermagem, todos os esforços de produção e socialização de conhecimentos são voltados para a práxis de Enfermagem.

Nos termos da lei o poder é limitado, não prevê autonomia, pois somente é admitida como parte da rotina pré-estabelecida pela equipe médica e sob supervisão direta ou indireta – através de protocolos. Certamente, pela falta de conhecimento que os enfermeiros possam ter sobre esta prática, poucos irão usufruir da resolução do COFEn – caso o trânsito em julgado do Mandado de Segurança impetrado pelo Sindicato dos médicos do RS seja favorável a manutenção da resolução 271/2002 – e provavelmente continuará vigorando a padronização da atenção mediante protocolos, muitas vezes elaborados pela equipe médica.

Do ponto de vista ideológico, o instrumento legal do protocolo tem sido utilizado pelos Gestores do SUS como forma de embate aos interesses privatistas de setores da corporação médica e sua conseqüente restrição do acesso à terapêutica. Por isso tem como resultado imediato, útil, a ampliação deste acesso, de modo a suprir necessidades de recuperação da saúde humana. Por outro lado, apesar de revestida de ideologia, a ciência não se resume a mera ideologia.

Na verdade, o exercício legal da prescrição medicamentosa por enfermeiros mediante protocolos – cientificamente fundamentados –, utiliza-se da ciência para petrificar, imobilizar esta prática e, por conseguinte, a ciência, o conhecimento científico está a serviço da reiteração e não da criação e da reflexão. Mesmo que não fosse assim, o exercício legal da prática terapêutica com a autonomia prevista na resolução 271/2002 do COFEn, não permitirá uma práxis criativa e reflexiva, tendo-se a compreensão de que a práxis de Enfermagem não detém os ingredientes teóricos necessários.

O conhecimento científico historicamente produzido pela Enfermagem está voltado para o atendimento das necessidades de cuidado do objeto de sua práxis e por isso se consolidou como prática específica⁷². Desviar a produção e socialização deste conhecimento para a o atendimento das necessidades de recuperação da saúde, através do tratamento da doença, significará uma profunda alteração ou descaracterização na essência da práxis de Enfermagem.

Ainda que, a utilização de protocolos para padronizar a assistência tenha a conotação de regular ações médicas a serem realizadas por enfermeiros, este instrumento pode também ser utilizado para padronizar a assistência exclusivamente de Enfermagem, ou seja, ações que visam atender as necessidades de cuidado do ser humano. Neste sentido, cabe perguntar: é necessário tal instrumento no âmbito da assistência de Enfermagem?

Vejam os. Desde o surgimento da era das teorias de Enfermagem, na década de setenta, nos Estados Unidos – e no Brasil tendo como principal representante, a enfermeira “Wanda de Aguiar Horta” –, a assistência de Enfermagem foi se estruturando sobre as teorias de Enfermagem, tendo como instrumento de operacionalização o processo de Enfermagem. Toda produção científica em Enfermagem, até os dias atuais, ocorreram nesta direção⁷³. O processo de Enfermagem, entendido por vários autores como metodologia da assistência de Enfermagem, traz na sua essência – como diferencial –, a individualização do cuidado de Enfermagem e autonomia dos sujeitos envolvidos no processo. A individualização do cuidado, através deste instrumento, significou a superação da influência do Taylorismo (parcelamento das atividades de Enfermagem) incorporado, traduzido da Enfermagem nightingaliana-americana. Modelo este, traduzido e transposto para a Enfermagem brasileira na década de vinte do século passado, através da Escola Nacional de Saúde Pública (BACKES, 1999).

⁷² Sobre os elementos constitutivos da práxis de enfermagem e sua especificidade, ver capítulo IV.

⁷³ Os conselhos profissionais de enfermagem, atentos a este movimento, regulamentaram – através de decisões e resoluções - a incumbência legal do enfermeiro de planejar, organizar, coordenar e executar a assistência de enfermagem; primeiramente através da Decisão do COREn-SP/DIR/008/99 (CONSELHO REGIONAL DE SP, 1999) e, posteriormente através da Resolução do COFEn nº 272/2002 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002b), como atividade privativa do enfermeiro.

Além de adotar uma forma individualizada, o cuidado de Enfermagem realizado sob o instrumento da metodologia da assistência de Enfermagem ou sistematização da assistência de Enfermagem, transita no âmbito da práxis de Enfermagem, permitindo aos seus sujeitos, o exercício da criatividade e reflexão na transformação do objeto da sua práxis, quer seja, o ser humano bio-psíquico-social no atendimento das suas necessidades de cuidado.

Do surgimento das teorias aos dias atuais, diferentes abordagens e entendimentos podem-se encontrar sobre a metodologia da assistência de Enfermagem e por isso considero importante fazer alguns destaques.

De acordo com Horta (1979, p. 31), “para que a Enfermagem atue eficientemente, necessita desenvolver sua metodologia de trabalho que está fundamentada no método científico (...) denominado processo de Enfermagem”. Definido pela autora como sendo “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano, caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos” (HORTA, p. 35). Assim, o processo de Enfermagem deve seguir as etapas do método científico que, segundo Carraro (2001, p. 21), “com algumas variações, dependendo da abordagem teórica, (...) são: levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, execução, acompanhamento/avaliação”. Etapas que abrangem genericamente a observação de um fato, a admissão de um problema e criação de uma hipótese para resolver o problema, bem como, a conseqüente execução de uma ação no sentido de comprovar ou refutar a validade da hipótese levantada.

Com base nestas etapas, Horta (1979) propôs um processo de Enfermagem “centrado no indivíduo, família e comunidade” contendo as seguintes fases, separadas por “razões didáticas e de sistematização”: histórico de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de Enfermagem, evolução e prognóstico de Enfermagem (HORTA, 1979, p. 35-36).

Para a área de emergência – na qual são comuns os programas norte-americanos que inspiram protocolos – Gomes (1994, p. 33-44), abordando o serviço de emergência hospitalar, estabelece para a metodologia de assistência, um instrumento contendo:

“histórico, evolução e prescrição de Enfermagem”; conformando os registros de Enfermagem que são de “responsabilidade exclusiva do enfermeiro”. Sem dúvida, a emergência em sua particularidade, exige medidas terapêuticas rápidas e eficazes para atender problemas que interferem na saúde da vítima que, se não atendidos, resultam em súbita ameaça à vida. Por conseguinte, o instrumento de assistência deve basear-se no atendimento desses problemas. Ou seja, nesta área, o processo de Enfermagem desenvolve-se de forma articulada e integrada, onde o histórico de Enfermagem ou levantamento de dados tem início no primeiro contato com o cliente e acompanhantes, passa pelo momento do estabelecimento das funções vitais e termina com a chegada da vítima na unidade hospitalar.

Concomitantemente ao histórico – que ocorre durante todo o tempo de permanência da equipe com a vítima –, procede-se os diagnósticos de Enfermagem e as conseqüentes medidas de solução dos problemas. Tais medidas poderão seguir a “escala de prioridades” para a realização da assistência de Enfermagem. No entanto, deve ter como objetivo, favorecer um atendimento individualizado ao cliente.

A evolução de Enfermagem ocorre não somente após a estabilização das funções vitais, mas, sobretudo, a partir dos primeiros procedimentos realizados. A avaliação de Enfermagem na emergência, geralmente é realizada pela metodologia recomendada por Weed ou prontuário orientado para o problema, que também é fundamentado no método científico sob forma de SOAP (dados subjetivos, objetivos, análise e plano)” (PHILIP, LESLIE, 1967, apud, BENEDET, BUB, 2001, p. 49). Deve apoiar-se na avaliação do cliente pois desenvolve-se a partir de uma abordagem organizada e sistematizada para levantar os dados essenciais, subjetivos e objetivos, ou seja, o histórico de Enfermagem. Conforme recomendado por Benedet, Bub, (2001, p. 44), no SOAP “os diagnósticos de Enfermagem são descritos na etapa de análise ‘A’”.

A partir das reflexões acima, afirmo que no serviço de emergência pré-hospitalar, para que o enfermeiro possa prestar um cuidado individualizado, deve estar pautado numa metodologia da assistência de Enfermagem, sistematizada, que dê conta das peculiaridades deste serviço. Por conseguinte, tal metodologia deve estruturar-se no

método científico e fundamentado num referencial teórico condizente não apenas com a modalidade assistencial, mas, também ao contexto em que se insere a assistência. Requer formas de registro, acompanhamento e informações, inerentes ao alcance de objetivos voltados à recuperação da saúde do cliente.

Na perspectiva, o enfermeiro deverá implementar e documentar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, através do registro das informações colhidas, contendo o Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Execução dos Procedimentos de Enfermagem, Evolução da Assistência de Enfermagem. O registro, síntese da Metodologia da Assistência de Enfermagem deverá abranger todo atendimento prestado, até o momento em que a vítima estiver sob responsabilidade do serviço para o qual foi transferido.

O planejamento da assistência de Enfermagem pressupõe o acompanhamento contínuo do cliente pelo enfermeiro, desde o primeiro atendimento até a sua transferência. Portanto, entendemos que propor a implementação de uma metodologia da assistência de Enfermagem é propor um modo de planejar as ações cuidativas individuais, para se atingir objetivos pré-estabelecidos pelo enfermeiro para um determinado cliente, numa determinada situação. Aproximando-se da essencial afinidade em desenvolver suas ações “tendo por principal preocupação não a patologia, mas o indivíduo vivenciando seu processo saúde-doença, com enfoque na promoção do bem-estar e da saúde” (CARRARO, WESTPHALEN, 2001, p.18).

Nas obras de várias autoras, encontramos notáveis argumentações a respeito da importância da metodologia, a fim de obter como resultado, uma assistência planejada, individualizada, com “ações sistematizadas e inter-relacionadas”, guiadas e embasadas cientificamente através do processo de Enfermagem (CARRARO, WESTPHALEN, 2001; HORTA, 1979; BENEDET, BUB, 2001; ROSSI, CASAGRANDE, 2001). Para Carraro, Westphalen (2001, p. 20), “a metodologia da assistência de Enfermagem é um processo dinâmico, aberto e contínuo (...) que deve proporcionar as evidências necessárias para embasar as ações, apontar e justificar a seleção de determinados problemas e direcionar as atividades de cada um dos integrantes da equipe de Enfermagem, além de

ter um método de registro das ações, fato que contribui para a sua continuidade e visibilidade”.

Acredito que ela abrange um conjunto de aspectos inerentes à assistência planejada, principalmente o referencial teórico e o método científico, implícito no processo de Enfermagem.

O fato de afirmarmos que deva estar embasada no método científico, reside na crença de que prestar assistência de Enfermagem com base neste é mais confiável do que realizar as ações de Enfermagem baseada apenas na experiência. A metodologia da assistência amparada no método científico proporciona um “sistema de solução de problemas” e oferece “sustentação para as ações, conduz à reflexão sobre elas e evita as que forem desnecessárias” (CARRARO, WESTPHALEN, 2001, p. 21). Além disso, também deve ter como suporte um referencial teórico, pois, “dependendo da teoria e do marco conceitual que a embasam, a metodologia se configura de diferentes maneiras, buscando adequação à realidade que será aplicada” (CARRARO, WESTPHALEN, 2001, p. 21).

De acordo com Souza (2001, p. 32), “os modelos teóricos de Enfermagem têm por finalidade explicitar a ontologia da pessoa, ou seja, a natureza, os valores e princípios morais que lhe são inerentes; definir o ambiente em sua concepção quanto à dimensão e influência no ser humano; descrever o modo como concebem a Enfermagem, em que esta consiste, como se faz necessária e como se manifesta em ações práticas e, ainda, explicam a maneira como são percebidos os estados de saúde e doença, seu significado e fatores condicionantes (...). A teoria guia e aprimora a prática, dirigindo a observação dos fenômenos, a intervenção de Enfermagem e os resultados a esperar”. Em que aspectos a utilização desta teoria em especial vai fazer diferença nos resultados obtidos? Quais as vantagens para os pacientes, famílias e comunidade? Como será a identificação dos processos cuidativos no contexto da instituição?”

Perante estas reflexões, infiro que a Enfermagem configurada enquanto prática social ou ação social, que se constitui pela relação entre os atores sociais envolvidos no processo, requer fundamentação num marco teórico ou conceitual. Visto que, conforme

Souza (2001, p. 37), por ser “uma disciplina prática, (...) sua finalidade é produzir resultados na sua ação na prática assistencial (...); “uma prática, baseada em teoria, tem um guia, não é ao acaso, nem se torna ineficiente pelo ensaio e erro” (SOUZA, 2001, p. 37).

Portanto, deduzo que a metodologia da assistência deve estar fundamentada num corpo de conhecimentos específicos: numa teoria ou associação de teorias que contenham os princípios fundamentais do cuidado de Enfermagem e que reflitam a realidade que fundamenta, orientada para a prática. Neste sentido, salienta Souza (2001, p. 37), “muitos modelos teóricos não foram explorados, testados o bastante para podermos confirmá-los ou refutá-los como guias eficientes da prática”.

A importância da implementação da metodologia da assistência de Enfermagem em emergência pré-hospitalar, fundamentada num referencial teórico condizente com a realidade que se insere, significa prestar assistência individualizada, organizada e planejada, que certamente será importante para a visibilidade e continuidade da assistência.

De acordo com Gomes (1994, p. 35), “de uma forma geral, o planejamento da assistência pretende assegurar: o atendimento de Enfermagem, a coordenação, a continuidade, a avaliação e a orientação das práticas desenvolvidas pela equipe”. Logicamente que na realidade, implementar tal metodologia, significa transpor barreiras que se opõem à melhoria da qualidade da assistência em saúde. Impedimentos que vão desde o contexto da formação profissional até o contexto institucional do respectivo serviço de emergência, passando pela progressiva desestruturação dos serviços públicos de Saúde. Desestruturação esta, que tem convertido os serviços de emergência no Brasil, para uma considerável parcela da população, no principal - quando não o único – acesso aos serviços de Saúde.

Acredito que a metodologia na assistência pré-hospitalar pode favorecer, a integração com os demais serviços de Saúde, por exemplo, através do instrumento de assistência quando informatizado no serviço de emergência pré-hospitalares e compartilhado pelas unidades hospitalares, servindo ainda às unidades de contra-

referência do hospital, se criados dispositivos de segurança e sigilo de informações. Conforme Carraro (2001, p. 106), a informatização pode propiciar a “ordenação, o armazenamento, o registro e a disponibilização dos dados necessários e pertinentes a assistência”.

Como afirmam Rossi, Casagrande (2001, p. 50), para a implementação da metodologia da assistência “há pelo menos duas barreiras iniciais a serem transpostas: uma relacionada à escolha, interpretação e aplicação do modelo conceitual, e outra à operacionalização no contexto da prática”.

Por outro lado, pelo fato do planejamento ou metodologia da assistência de Enfermagem ser de responsabilidade do enfermeiro, implica na necessidade da permanência deste profissional junto ao cliente em todos os momentos ou fases do processo de assistência, favorecendo e proporcionando considerável melhoria na qualidade assistencial de Enfermagem e, conseqüentemente, da assistência a saúde em geral, enquanto direito de qualquer cidadão. Motivos suficientes para justificar a superação de dificuldades, porventura encontradas na implementação da metodologia da assistência de Enfermagem em emergências.

As variações encontradas nos respectivos autores, sobre a sistematização da assistência de Enfermagem, foram reduzidas pela Resolução do COFEn nº 272/2002, na seguinte composição: histórico de Enfermagem, exame físico, diagnóstico de Enfermagem, prescrição da assistência de Enfermagem, evolução da assistência de Enfermagem e relatório de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2002b).

Conforme apresentei, o protocolo assistencial, só tem significado – sem considerar o teor da significação –, se for para suprir a necessidade do enfermeiro realizar procedimentos médicos sob supervisão médica indireta. Neste caso, “devem ser frequentemente revisados de forma que os profissionais de saúde possam determinar se refletem padrões atuais de assistência médica e de Enfermagem” (GALO et al., 2001, p. 91).

Conquanto, se o enfermeiro permanecer no âmbito da sua práxis, dispõe do instrumento da sistematização da assistência de Enfermagem. Por outro lado, no SvAPH do CB de SC, o protocolo – instituído por exigência do CREMESC - tem a função de delimitar as ações do profissional bombeiro, não pertencente a área da Saúde, no âmbito do cuidado e da terapêutica médica sob o denominado SBV.

4. PRÁXIS DE SAÚDE E PRÁXIS DE BOMBEIROS: CONTRIBUIÇÕES DA FILOSOFIA DA PRÁXIS

4.1 Sobre Adolfo Sánchez Vázquez E Sua Obra

O filósofo Adolfo Sánchez Vázquez⁷⁴, nasceu na Espanha em 1915. Iniciou seus estudos de filosofia e letras na Universidade Central de Madri. Com a Guerra Civil Espanhola (1936-1939), interrompeu seus estudos, alistou-se aos vinte anos de idade como combatente nas fileiras republicanas e, ao terminar a guerra foi para a França, aonde pode partir para o exílio no México em 1939. Lá, enfrentou difíceis condições, fazia traduções, lecionava filosofia em escola de nível médio até que conseguiu recomeçar seus estudos na Universidade Nacional Autônoma do México (UNAM). No final da década de quarenta obteve Licenciatura e Mestrado em Língua e Literatura Espanhola e em 1955 defende sua tese de licenciatura “consciência e realidade da obra de arte”.

Devido sua experiência de lecionar filosofia nos primeiros anos em que chegou no México, Vázquez teve que se aprofundar na filosofia e com sua militância política num ambiente em que predominava o marxismo distorcido pelo “socialismo real” do leste europeu, sentiu-se comprometido de repensar filosoficamente esta realidade numa ocasião em que já era professor assistente na UNAM e perseguia uma posição de professor pesquisador.

⁷⁴ Minha afinidade pelas idéias do autor teve início quando cursava a primeira fase do curso de graduação. Na ocasião, Adolfo Sánchez Vázquez esteve fazendo uma conferência na UFSC e, após terminá-la, um grupo de ação política estudantil, denominado Florestan Fernandes, do qual me aproximava, convidou-o para uma conversa sobre a filosofia da práxis. Adentramos a madrugada numa sala do Centro de Filosofia e Ciências Humanas; o “velhinho” não cansava de falar, instigar e responder questões sobre a filosofia da práxis.

Em 1966, defende sua tese de doutorado “sobre a práxis”, que deu origem, um ano depois, a obra “filosofia da práxis”, considerada por muitos como a “mais representativa e divulgada que trouxe uma decisiva contribuição à renovação da filosofia marxista” (MUGUERZA, 2002, p. 17).

De acordo com Muguerza (2002), Sánchez Vázquez sempre levou muito a sério o lema de Marx, “deve-se duvidar de tudo”; um lema que permitiria ao pensamento crítico marxista constituir-se em pensamento eminentemente autocrítico, mostrando que a verdadeira crítica deve começar por si mesma. Sempre atento e auferindo duras críticas ao então “socialismo real” do leste europeu, desenvolveu um pensamento que se deixa enquadrar dentro daquilo que se chamou de “o marxismo como moral”; inteiramente de acordo com aquilo que Marx denominou de seu “imperativo categórico” – o imperativo de “derrubar todas as situações em que o homem aparece com um ser humilhado, escravizado, abandonado e convertido em algo depreciável”. E é esse o imperativo em cujo cumprimento forjou-se a sua personalidade de lutador infatigável, que preside como de costume, as tarefas teóricas e práticas de Adolfo Sanchez Vázquez (MUGUERZA, 2002).

Em sua trajetória, Vázquez, sempre teve como preocupação essencial – segundo suas próprias palavras – o “fazer da filosofia, sem prejuízo do rigor necessário, um saber vital (...), que entremeia-se com a própria vida, visto que, nela e por ela, coloca-se a serviço de um projeto de transformação do mundo – como o atual -, que por ser injusto, não podemos nem devemos aceitar” (VÁZQUEZ, 2002, p. 10).

O pensamento de Sánchez Vázquez impresso no conjunto de sua obra, “aponta para três direções fundamentais:

- 1) a estética e a teoria da arte;
- 2) o marxismo como *filosofia da práxis*;
- 3) a filosofia moral e política (ou crítica de certa prática política que se desenvolveu em nome do marxismo” (VÁZQUEZ, 2002, p. 204).

Segundo Vázquez (2002), a primeira fase desta evolução está representada na obra *As Idéias Estéticas de Marx* (1965) em que re-elabora teses fundamentais expostas em um ensaio anterior (1961) intitulado *As Idéias Estéticas nos Manuscritos Econômicos e*

Filosóficos de 1844 de Marx. Em *As Idéias Estéticas*, desenvolve as idéias de Marx acerca do homem como ser prático, criador – embora alienado na sociedade capitalista –, e a idéia de trabalho alienado como negação de sua atividade prática, criadora, conduziram-no à idéia do homem como ser da práxis e à interpretação do marxismo como filosofia da práxis. Interpretação que resultou na sua tese de doutorado de 1966, “Sobre a Práxis”, que veio a público um ano depois com o título *a Filosofia da Práxis*; obra que pretende pôr em seu lugar o que a categoria da práxis – como categoria central – significa para o marxismo.

Devido as circunstância que teve que enfrentar no exílio e o tempo para conquistar a posição de professor efetivo, pesquisador na UNAM, a elaboração teórica de Vázquez é tardia, já que, somente próximo depois de seus cinquenta anos publica suas primeiras obras. Sobre o fato, de poder dedicar-se plenamente a produção teórica tardiamente, comenta a vantagem de não ter publicado nada numa época em que predominava a subordinação do pensamento marxista às diretrizes ortodoxas no marxismo soviético⁷⁵.

4.2 A Consciência Comum Da Práxis

Sánchez Vázquez defende a tese de que a categoria práxis, é “atividade material do homem que transforma o mundo natural e social para fazer dele um mundo humano” (VÁZQUEZ, 1977, p. 3). Sua obra, *A Filosofia da Práxis*, tem como pretensão “elevant nossa consciência da práxis” (VÁZQUEZ, 1977, p. 3).

Destaca logo de início que, sem “afastar completamente o vocábulo dominante na linguagem comum”, prefere utilizar a terminologia “práxis” com o intuito de livrar “o conceito de ‘prática’ do significado predominante em seu uso cotidiano que é o que

⁷⁵ As informações dessa apresentação do autor, foram baseadas em sua coletânea: VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. *Filosofia e circunstâncias*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2002; cuja introdução é realizada por Javier Muguerza, bem como, na entrevista cedida à Tereza Rodriguez de Lecea do Instituto de Filosofia de Madrid, disponível no site: http://theoria.org/filosofia/a_sanchezvazquez/trdlecea.htm, acesso em 25 de 01 de 2004.

corresponde (...) ao de atividade prática humana no sentido estritamente utilitário e pejorativo de expressões como as seguintes: ‘homem prático’, ‘resultados práticos’, ‘profissão muito prática’, etc.” (VÁZQUEZ, 1977, p. 4). No entanto, não se trata apenas da substituição de uma palavra – prática – por outra – práxis, como se isso resolvesse um problema real, ou melhor, alterasse a realidade. Vázquez (1977), como disse acima, não substitui por completo o termo “prática”; e nós também não o faremos neste trabalho. O que importa, pois, é o *entendimento que se tem do ser humano, da atividade humana e, por conseguinte da sociedade*. Neste sentido, a empreitada que Vázquez realiza, é justamente expor o verdadeiro sentido marxista da práxis e de formas específicas de práxis. Por isso começa por livra-lo dos falsos significados. Por exemplo, “o caráter estritamente utilitário que se infere do significado do ‘prático’ na linguagem comum” (VAZQUEZ, 1977, p. 5). Trata-se de superar a prática humana, restrita à sua dimensão prático-utilitária que visa unicamente a satisfação das necessidades práticas imediatas do cotidiano. Mais que isso, trata-se de *superar a consciência comum da práxis e passar à consciência filosófica aonde se encontra o nível criador*.

Não obstante, para se atingir o nível criador, transformador da práxis, é preciso abandonar a consciência comum da práxis que se origina da prática utilitária, cotidiana. Haja vista que, como afirma Vázquez (1977, p. 7), “a essência não se manifesta de maneira direta e imediata através de sua aparência, e que a prática cotidiana – longe de mostrá-la de modo transparente – o que faz é ocultá-la”. Em outras palavras, para produzir-se alterações na realidade, é preciso conhecê-la na sua essência, sair da superficialidade do real, tal como se nos apresenta; e isso só é possível ao ascendermos o mais alto nível da consciência da práxis.

Por outro lado, Vázquez (1977, p. 10), reconhece que “a consciência comum da práxis não está descarregada por completo de certa bagagem teórica, ainda que nesta bagagem as teorias se encontram desagregadas”. Para o autor,

o homem comum e corrente é um ser social e histórico; ou seja, encontra-se imbricado numa rede de relações sociais e enraizadas num determinado terreno histórico. Sua própria cotidianidade está condicionada histórica e socialmente, e ao mesmo se pode dizer da visão que tem da própria atividade prática. Sua consciência nutre-se igualmente de aquisições de toda a espécie: idéias, valores,

juízos e preconceitos, etc. Nunca se enfrenta um fato puro; ele está integrado numa determinada perspectiva ideológica, porque ele mesmo – com sua cotidianidade histórica e socialmente condicionada – encontra-se em certa situação histórica e social que engendra essa perspectiva. Por conseguinte, sua atitude diante da práxis já implica numa consciência do fato prático, ou seja, certa integração numa perspectiva na qual vigoram determinados princípios ideológicos. Sua consciência da práxis está carregada ou penetrada de idéias que estão no ambiente, que nele flutuam e as quais, como seus miasmas ele aspira (VÁZQUEZ, 1977, p. 9).

Tal fenômeno é de substancial relevância, já que, a consciência do homem comum e corrente, tende a desvalorizar a atividade prática, criadora, transformadora do mundo natural e social, julgando-a inútil e incapaz de modificar a realidade. Conforme Vázquez (1977, p. 10), “sua consciência se insere – por haver aspirado seus miasmas – numa atmosfera de pensamento tendente a desvalorizar o homem com ser social, ativo e transformador”. Por ser pernicioso, “a consciência comum da práxis tem de ser abandonada e superada para que o homem possa transformar criadoramente, ou seja, revolucionariamente, a realidade. Só uma elevada consciência filosófica da práxis permite que ela alcance este nível criador” (VÁZQUEZ, 1977, p. 11).

A questão a que se apresenta – por ser fundamental – é, pois, o epicentro da filosofia da práxis, na perspectiva de Vázquez e, para responder “como é que a consciência comum pode desprender-se da concepção ingênua e espontânea para elevar-se a uma consciência reflexiva?” –, define diferentes formas e níveis de práxis. Antes, porém, descreve minuciosamente como se apresentou historicamente a consciência filosófica da práxis e de que maneira aparece a consciência comum, que coexiste com ela, a qual precisamos abandonar e superar para tornar possível uma verdadeira atividade prática criadora e, portanto transformadora (VÁZQUEZ, 1977).

4.2.1 Da Consciência Comum À Consciência Filosófica Da Práxis

Primeiramente Vázquez (1977, p. 11) verifica “a estrutura dessa consciência da atividade prática humana”, afirmando que

o homem comum e corrente se considera a si mesmo como o verdadeiro homem prático; é ele que vive e age praticamente. Dentro de seu mundo as coisas não apenas são e existem em si como também são e existem, principalmente, por sua significação prática, na medida em que satisfazem necessidades imediatas de sua vida cotidiana. Mas essa significação prática se lhe apresenta como imanente às coisas, ou seja, apresentando-se nelas, independente dos atos humanos que lhes conferem tal significação (VÁZQUEZ, 1977, p. 11).

Portanto, para a consciência comum da práxis, sujeito e objeto prático são desvinculados, separados. O sujeito – ser humano –, não se reconhece nos atos e objetos de sua prática; conseqüentemente, “o mundo prático – para a consciência comum – é um mundo de coisas e significações em si” (VÁZQUEZ, 1977, p. 11). Não percebendo o lado humano, subjetivo da prática, inconsciente, a consciência comum reduz a atividade prática apenas à dimensão prático-utilitária. Para a consciência comum, “prático é o ato ou objeto que produz uma utilidade material, uma vantagem, um benefício; imprático é aquilo que carece dessa utilidade direta e imediata” (VÁZQUEZ, 1977, p. 12).

Percebe-se nas passagens, por um lado, que o autor destaca o fato do homem comum e corrente, ou melhor, o homem dotado apenas da consciência comum da práxis – ser exclusivamente um ser prático que não tem, necessariamente, sobre a práxis em geral – e a sua em particular –, um grau de consciência para além do prático-utilitário. Por conseguinte, sua atividade prática, não poderá – enquanto permanecer na consciência comum da práxis – ir além da atividade prático-utilitária. De outro modo, decorrente deste destaque, subentende-se o caráter moral que se traduz na necessidade de superar a

dimensão prático-utilitária da consciência comum – como *condição necessária para fazer desse mundo um mundo mais humano*⁷⁶.

Assim, numa sociedade dividida em classes sociais – entendida como as posições em que se inserem os sujeitos nas relações de produção – a consciência comum da práxis incorpora valores, idéias, que pertencem ou favorecem a classe social que detém a propriedade privada sobre os meios de produção. É no trânsito da consciência comum à consciência filosófica, que se abandona, se supera, a ideologia dominante – uma forma de consciência social pertencente à classe social burguesa – e, por conseguinte a atividade prático-utilitária ligada à consciência comum da práxis.

As conseqüências deste esvaziamento da consciência – embora nunca se dê por completo e por isso mesmo incorporam inconscientemente a ideologia dominante, a moral burguesa – são as piores possíveis: rechaça-se a atividade artística, deforma-se, a consciência política, menospreza-se a teoria – ou atividade teórica – entre tantas outras, que, para o homem comum e corrente, não oferecem nada de prático, de utilitário. De acordo com Vázquez (1977, p. 12), “para a consciência comum, o prático é o produtivo, e o produtivo, por sua vez, do prisma deste modo de produção [– capitalista –], é o que produz um novo valor ou mais-valia”. Todas as outras, “são improdutivas ou impráticas por excelência, de vez que postas em relação com os interesses imediatos, pessoais, carecem de utilidade” (VÁZQUEZ, 1977, 13). Para o homem comum e corrente, a prática é auto-suficiente, ela mesma lhe proporciona um repertório de soluções; fala por si mesma (VÁZQUEZ, 1977).

Assim, pois, o homem comum e corrente se vê a si mesmo como o ser prático que não precisa de teorias; os problemas encontram sua solução na própria prática, ou nessa forma de reviver uma prática passada que é a experiência. Pensamento e ação, teoria e prática, são coisas que se separam. A atividade teórica-imprática, isto é, improdutiva ou inútil por excelência – se lhe torna estranha” (VÁZQUEZ, 1977, p. 14).

⁷⁶O aspecto moral da prática-utilitária, bem como as diversas formas de utilitarismo, é melhor desenvolvida em obra posterior do autor –: VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. *Ética*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2000. – a partir do entendimento do ser humano como ser prático-moral e da sociedade na qual a moral cumpre uma função específica. Nessa obra, Vázquez (2000), afirma que “a cada classe corresponde uma moral particular” o que nos leva inferir que a prática utilitária é recheada de aspectos morais que pertencem a classe dominante e que é preciso transitar da consciência comum da práxis à consciência da práxis – ao mesmo tempo em que se transformam as condições materiais – para que assumimos a nossa moral particular.

No entanto, conforme destaquei antes, Vázquez (1977) reconhece, ao traçar sua imagem de homem comum e corrente, que ele não deixa de ter uma certa consciência da práxis, por mais limitada, falsa ou deturpada que possa parecer. Há no homem,

uma consciência da práxis que se foi forjando de modo espontâneo e irreflexivo, se bem que nela não faltem, como já assinalamos, por ser consciência, certos elementos ideológicos ou teóricos em forma degradada, grosseira ou simplista. Ele tem consciência do caráter consciente de seus atos práticos; (...) mas no que diz respeito ao verdadeiro conteúdo e significação de sua atividade, ou seja, no que se refere à concepção da própria práxis, ele não vai além da idéia antes exposta: práxis num sentido utilitário, individual e auto-suficiente (a-teórico)” (VAZQUEZ, 1977, p. 15).

O problema com o qual nos deparamos é que, enquanto o homem permanece no plano da consciência comum da práxis, rodeado pelos interesses e necessidade do cotidiano que limitam ou reduzem sua atividade prática a uma atividade utilitária, individual e auto-suficiente em relação à teoria, não reconhecerá o verdadeiro significado humano de seus atos e objetos práticos; não se reconhecerá jamais enquanto sujeito desses atos e objetos. Como afirma Sánchez Vázquez, o reconhecimento desta

significação só pode ser apreendida por uma consciência que capte o conteúdo da práxis em sua totalidade com práxis histórica e social, na qual se apresentem e se integrem suas formas específicas (o trabalho, a arte, a política, a Medicina, a educação, etc.), assim como suas manifestações particulares nas atividades dos indivíduos ou grupos humanos, e também em seus diversos produtos. Essa consciência é que se foi historicamente aperfeiçoando através de um longo processo que é a própria história do pensamento humano, condicionada pela história inteira do homem como ser ativo e prático, a partir de uma consciência ingênua ou empírica da práxis até sua consciência filosófica que capta sua verdade – uma verdade que nunca se encerra e nem é absoluta – com o marxismo (VÁZQUEZ, 1977, p. 15).

Quer dizer com isso, que tal consciência filosófica só se alcançou a partir de um certo estágio de desenvolvimento das condições objetivas e subjetivas da história da humanidade. Nas palavras do autor,

essa consciência é reclamada pela própria história da práxis real ao chegar a certo estágio de seu desenvolvimento, mas só pode ser obtida, por sua vez, quando já amadureceram, ao longo da história das idéias, as premissas teóricas necessárias. (...) Ela só é alcançada historicamente – isto é, numa fase histórica determinada – quando a própria práxis, ou seja, a atividade prática material, chegou em seu desenvolvimento a um ponto em que o homem já não pode continuar agindo e transformando criadoramente – isto é, revolucionariamente – o mundo, como realidade humana e social, sem assumir uma verdadeira consciência filosófica da

práxis. (...) Na medida em que uma verdadeira concepção de práxis pressupõe a história inteira da humanidade (...) e, pressupõe, também, a história inteira da filosofia, podemos compreender até que ponto é impossível à consciência comum, alçada às suas próprias forças, superar sua concepção espontânea e irreflexiva de atividade prática e ascender a uma verdadeira concepção – filosófica – da práxis. (VÁZQUEZ, 1977, p. 16).

4.2.2 Alguns Marcos Da História Da Consciência Filosófica Da Práxis

No decorrer da história da humanidade, houve alguns marcos fundamentais “dessa história da consciência filosófica da práxis”, até se chegar na consciência filosófica moderna, ou mais especificamente a marxista. Assim, no mundo grego e romano antigos, a atividade prática material e, particularmente o trabalho, era considerado atividade indigna dos homens livres, mas própria dos escravos. Ao mesmo tempo em que se aviltava a atividade material, manual, exaltava-se a atividade contemplativa, intelectual. Deste modo, na Antiguidade Grega, a concepção que se tinha, era a de que o homem se aprimora ou se eleva não pela sua atividade prática, com seu trabalho, transformando o mundo material, mas exatamente pelo seu caminho inverso, ou seja, se isentando de qualquer atividade prática material e, portanto, separando a teoria, a contemplação, da prática; concepção que tem sua mais marcante expressão filosófica, em Platão e Aristóteles (VÁZQUEZ, 1977).

A consciência filosófica da práxis sofre uma mudança radical no renascimento, quando o homem deixa de ser um mero animal teórico para ser também sujeito ativo, construtor e criador do mundo. Reivindica-se a dignidade humana não só pela contemplação, como também pela ação” (VAZQUEZ, 1977, p. 25).

A exaltação renascentista do homem como ser ativo não significa que a contemplação tenha deixado de ocupar um lugar privilegiado; pelo contrário, continua mantendo um *status* superior ao da atividade prática, particularmente a manual. Embora a oposição entre a atividade teórica e a prática – proclamada na Antiguidade e na Idade Média por motivos de classe – já se reduziu o suficiente para que não seja agora

considerada apenas como uma oposição entre uma atividade servil e humilhante e outra livre e elevada. No entanto, segundo os interesses da burguesia em ascensão, a necessidade de transformar a natureza, isto é, de desenvolver as forças produtivas – assim como a ciência e a técnica a elas vinculadas – torna-se mais imperiosa (VÁZQUEZ, 1977).

A partir de então, ocorre gradativamente, uma superação da dicotomia contemplação x ação e exalta-se a atividade material produtiva ou práxis produtiva, através da qual, “o domínio da natureza, por meio da produção, da ciência e da técnica, converte-se numa questão central que corresponde às necessidades e determinações sociais” (VÁZQUEZ, 1977, p. 31).

Atento ao desenvolvimento histórico da consciência filosófica da práxis, Vázquez (1977), vai buscar na filosofia de Marx a “reivindicação plena da práxis humana”. Por meio desta busca, entendeu que a práxis é a categoria central da filosofia marxiana que se concebe ela mesma não só como interpretação do mundo, mas também como guia de sua transformação (VÁZQUEZ, 1977). Entretanto, quando Vázquez (1977, p. 5) salienta que “essa consciência filosófica da práxis não deixa de ter antecedentes no passado nem tampouco surge de forma acabada com a filosofia de Marx”, não apenas resgata a práxis enquanto categoria central na filosofia marxiana, como re-elabora-a trazendo novos elementos da rica cultura marxista.

Com o intuito de traçar a trajetória de Marx que “deixa para trás a consciência idealista, e ainda mais longe o ponto-de-vista imediato e ingênuo da consciência comum” (VÁZQUEZ, 1977, p. 5), elege – assim como Marx elegeu – “fontes filosóficas fundamentais” para se chegar a concepção de práxis como atividade prática material do homem. Para Vázquez (1977, p. 35), “um passo decisivo para chegar a essa concepção será o dado pela filosofia idealista alemã e, em particular, a de Hegel.”

4.3 “Fontes Filosóficas Fundamentais” Da Concepção Moderna De Práxis

Hegel, representante importante da filosofia idealista alemã, imprime certo conteúdo ao idealismo que serve de ponto de partida para o surgimento da filosofia marxista da práxis. O idealismo alemão, segundo Vázquez (1977), é uma filosofia da atividade da consciência ou do espírito e seu princípio ativo é o princípio da liberdade e da autonomia (da consciência como atividade). A práxis em Hegel, aparece então, como uma mera atividade da consciência e não do homem real, dotado de consciência, vontade e sensibilidade. É uma práxis que se encontra no plano do absoluto (ideal), portanto abstrata. Uma práxis teórica, elevada ao plano da idéia absoluta – síntese do sujeito e objeto, do racional e do real, já que, a atividade prática é reabsorvida no processo da idéia – e, conseqüentemente desvinculada da práxis real, efetiva.

A partir de Hegel – e da filosofia idealista –, duas inversões ocorrem para “passar dessa práxis teórica, abstrata, espiritual do absoluto à verdadeira práxis, humana material” (VÁZQUEZ, 1977, p. 89). A primeira inversão é feita por Ludwig Feuerbach que faz “do sujeito da práxis – o absoluto em Hegel – um sujeito real; ou seja, passa do plano do Absoluto para um plano humano, real” (VÁZQUEZ, 1977, p. 89). Feuerbach a partir da crítica da alienação religiosa – aplicada ao idealismo alemão – chega à concepção de que o sujeito da práxis é o homem. Crítica que representa a substituição do absoluto (Deus ou idéia) pelo homem real, visto que, da mesma forma que a religião transfere a essência humana para Deus, o idealismo transfere-a para a Idéia Absoluta.

Ao contrário de Hegel que vê deus no homem de tal modo que sua história real nada mais é do que a história divina, Feuerbach vê o homem em Deus, pois Deus é – ainda que sob forma invertida – a consciência que o homem tem de si mesmo. Deus é a essência mesmo do homem, idealiza, posta fora do homem (VÁZQUEZ, 1977). O absoluto – síntese da idéia teórica com a idéia prática, voltada a si mesma –, a idéia como

atividade do espírito, em suma, Deus, “não existe em si e por si, isto é, como sujeito, mas sim como um objeto que, sem dúvida, é um predicado humano. O homem se objetiva no objeto que é ele mesmo: sua essência objetivada” (VÁZQUEZ, 1977, p. 92)

Feuerbach, ao fazer do homem real o sujeito, e de Deus ou a Idéia um predicado seu, realiza a respeito do idealismo hegeliano o que fez a respeito da religião, ou seja, restabelece as verdadeiras relações entre sujeito e objeto (predicado) (VÁZQUEZ, 1977); contudo, embora o sujeito da práxis é o homem real e não a consciência ou o espírito – como em Hegel –, só reconhecesse neste homem a atividade teórica, a contemplação, enquanto a atividade prática tem apenas um sentido estreito, utilitário; portanto, ainda em Feuerbach a práxis continua a ter uma constituição abstrata.

Fazendo um “balanço da concepção feuerbachiana da práxis”, Vázquez (1977, p. 115), afirma que “o materialismo de Feuerbach é incompatível com uma verdadeira filosofia da práxis. A crítica a que submeteu Hegel deixa um balanço negativo, ou melhor, desigual, no que diz respeito à concepção de práxis”. Antes de mergulhar para o resgate da concepção de práxis em Marx, Vázquez faz as seguintes considerações:

se compararmos a situação em que ficou essa concepção depois da ruptura de Feuerbach com Hegel e nos perguntarmos: - em que lugar se encontra a práxis depois da descoberta, ainda que em termos especulativos, mistificados, de Hegel? -; cabe responder: por um lado, conseguiu-se um progresso importante em direção a uma verdadeira concepção de práxis, como atividade material, real, humana; por outro, registra-se um retrocesso na marcha em direção a essa concepção e, num terceiro sentido, pode-se dizer que estamos no mesmo lugar, numa situação estacionária.

Progresso: na medida em que ao colocar-se como sujeito verdadeiro o homem e não o espírito, reduziu-se o comportamento teórico absoluto, que definia o Espírito, a um comportamento fundamentalmente teórico, mas humano.

Retrocesso: na medida em que nesse trajeto ou reviravolta radical do Absoluto universal ao absoluto humano, ou teorismo absoluto de Hegel ao teorismo humano de Feuerbach, evaporou-se a prática real, humana, que, ainda que sob forma mistificada, encontramos em Hegel (particularmente na *Fenomenologia* e na *Ciência da Lógica*).

Situação estacionária: apesar dessa passagem do Absoluto ao humano, e dessa limitação do âmbito da abstração, o homem de Feuerbach continua sendo – como asseveraram Stiner e, depois, Marx e Engels – uma abstração. Sua práxis, por isso, há de ser necessariamente – inclusive quando tem um caráter positivo –, uma práxis abstrata que é a negação da verdadeira práxis (VÁZQUEZ, 1977, p. 116).

Talvez por isso, pelo caráter de *retrocesso e situação estacionária* da concepção de práxis após a reação de Feuerbach a Hegel, Marx e Engels elaboram suas *XI tese sobre Feuerbach*, criticando, sobretudo, o caráter abstrato da práxis em Feuerbach. Não obstante, Marx e Engels, consideram o caráter de progresso a partir daquela reação, ou seja,

ao tratar de reduzir o Espírito hegeliano a uma medida humana, Feuerbach prepara o caminho para que o problema da práxis se situe também num terreno propriamente humano, chegando-se assim – com Marx e Engels, a uma concepção de homem como ser ativo e criador, prático, que transforma o mundo não só em sua consciência, mas também praticamente, realmente (VÁZQUEZ, 1977, p. 35).

É justamente na segunda inversão do idealismo hegeliano feita por Marx – a mais radical, exatamente por ir a fundo na raiz do problema que se antepõe -, que se chega a esta concepção de ser humano e de práxis. A partir de Feuerbach, Marx dá à práxis, “já colocada em seu nível humano, não o conteúdo teórico espiritual que ela recebe de Hegel, mas sim um conteúdo real, efetivo” (VÁZQUEZ, 1977, p. 89). De acordo com Vázquez (1967, p. 117), “com Marx, o problema da práxis, como atitude humana transformadora da natureza e da sociedade, passa para o primeiro plano. (...) A relação entre teoria e práxis é para Marx teórica e prática; prática, na medida em que a teoria, como guia da ação, molda a atividade do homem (...), teórica, na medida em que essa relação é consciente”.

Marx começou a desenvolver sua concepção de práxis desde suas obras juvenis – com suas críticas à filosofia contemplativa – e, a partir dos *manuscritos econômicos e filosóficos* de 1844, distinguindo a atividade propriamente humana (o trabalho) da atividade animal, definindo a essência do ser humano como um ser alienado pelo trabalho e, portanto, mero objeto⁷⁷. Nos *manuscritos* o trabalho alienado é a negação do homem, da sua essência; n’o capital, o trabalho é negação e afirmação a um só tempo dada a

⁷⁷ A concepção de alienação foi posteriormente revista e aperfeiçoada por Marx (1996) na sua obra mais madura, O Capital, no qual aparece como *fetichismo da mercadoria*; o que nos manuscritos chamava de essência do ser humano, n’O Capital passa a se chamado de natureza do ser humano. N’O Capital, o ser humano não é mais considerado apenas objeto, mas sim sujeito e objeto, ao mesmo tempo, ou seja, numa relação de contradição; além de que, Marx se refere a práxis produtiva como sendo a relação do homem com a natureza, mas deixa implícito, que ao expandir-se, o modo de produção capitalista a relação capitalista de produção – a que produz mais-valia – domina todas as esferas da vida humana e portanto, todas as formas de práxis podem ser submetidas a essa relação de produção.

relação de contradição que engendra a relação de produção capitalista. Decorre disto, que o trabalho enquanto afirmação e negação da natureza humana é uma unidade de contrários; inseparáveis enquanto houver modo de produção capitalista. O problema das relações entre o homem e a natureza permite a Marx: 1) avançar em direção a uma concepção que situe a atividade prática humana como eixo central de sua concepção; 2) fazer de sua filosofia uma verdadeira *filosofia da práxis*.

Seu pressuposto – já explícito nos manuscritos –, isto é, a prática como fundamento da unidade entre o homem e a natureza, e da unidade sujeito – objeto, é desenvolvida nas *teses sobre Feuerbach* (VÁZQUEZ, 1977). São nessas teses que dá o salto fundamental na elaboração da categoria da categoria práxis, como categoria central de sua filosofia, delimitando o papel da filosofia na transformação da realidade.

Nas XI teses, a *categoria práxis*, de acordo com Vázquez (1977, p. 149 et seq.), aparecerá como *fundamento do conhecimento* (tese I), como *critério da verdade* (tese II), como *unidade de transformação do homem e das circunstâncias* (tese III) e *da interpretação do mundo à sua transformação* (tese XI) e a partir daí é que passa a ter sentido a atividade do homem, sua história, assim como o conhecimento.

4.4 O Significado Da Categoria Práxis Em Sánchez Vázquez

Como vimos, é nas *pegadas de Marx* que Vázquez (1977) examina a categoria práxis – considerando-a central na filosofia marxiana –, liberta-a de falsas concepções e enriquece-a incorporando vários aspectos da cultura marxista sobre a práxis. Define a práxis como uma atividade, material, efetiva, prática e exclusiva do ser social, vale dizer, do homem. A práxis é, portanto, atividade propriamente humana, “isto é, a atividade humana transformadora da realidade natural e humana” (VÁZQUEZ, 1977, p. 32).

Através da práxis, como diziam Marx e Engels (1999), o homem modifica as circunstâncias e produz a sociedade, ao mesmo tempo em que a sociedade produz, ela mesma, o homem como homem. Em outras palavras, através da práxis o homem transforma a realidade natural e social e transforma a si mesmo. Enquanto atividade especificamente humana “implica na intervenção da consciência, graças a qual o resultado existe duas vezes – e em tempos diferentes –: como resultado ideal e como produto real” (VÁZQUEZ, 1977, p. 187). Como resultado ideal, torna-se um produto da consciência, uma antecipação do resultado que se deseja obter. Como produto real, efetivo, muitas vezes, pode sofrer modificações, buscando uma adequação.

Por ser uma atividade exclusivamente humana exige certa atividade cognoscitiva, subjetiva, de modo que é, na verdade, atividade teórico-prática; o que significa dizer: tem um lado subjetivo e outro objetivo, inseparáveis, que se encontram numa relação de unidade no interior da própria práxis. Como diz Sánchez Vázquez (1977), somente num exercício de abstração teórica se podem separar.

A práxis é objetiva porque transforma efetivamente, real e materialmente tanto a natureza e a sociedade como o homem mesmo; é subjetiva porque requer a intervenção da consciência que constitui seu lado ideal. Por isso é atividade que se caracteriza pela unidade teórico-prática. A teoria não é prática e a prática não é teoria; não se confundem com a práxis que por sua vez é uma forma de atividade especificamente humana, isto é, existe uma atividade que não é práxis, ou melhor, existe prática sem práxis.

Neste raciocínio, Vázquez (1977, p. 186), distingue que “toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis” e faz esta advertência concebendo a atividade em geral como sendo o ato ou conjunto de atos em virtude do qual um sujeito ativo (agente) modifica uma determinada matéria prima; mas exatamente por sua generalidade, esta caracterização da atividade não especifica o tipo de agente, a natureza da matéria prima e, conseqüentemente o produto da atividade pode se dar em diversos níveis. Dada a amplitude, a generalização do conceito de atividade, esta não se confunde com a práxis. Ou seja, “a atividade propriamente humana só se verifica quando os atos dirigidos a um

objeto para transformá-lo se iniciam com um resultado ideal, ou finalidade, e terminam com um resultado ou produto efetivo, real” (VÁZQUEZ, 1977, p. 187).

Não importa que o resultado real, objetivo, não seja idêntico ao resultado ideal, pensado, pois no processo de transformação tanto o objetivo como o subjetivo, se modificam. Ao propor finalidades, o homem nega uma realidade efetiva e afirma outra que ainda não existe, mas os fins são produtos da consciência e efetivam-se na ação, isto é, na práxis (VÁZQUEZ, 1977, p. 189).

Portanto, o homem nega o real porque acredita no ideal; realidade que não existe, mas que acredita que pode ser realizada. Como afirma Vázquez (1977, p. 192), “se o homem aceitasse sempre o mundo como ele é, e se, por outro lado, aceitasse sempre a si mesmo em seu estado atual, não sentiria a necessidade de transformar o mundo nem de transformar-se”. Por isso a práxis tem como finalidade, a transformação real, objetiva da natureza, da sociedade e do próprio homem; transformação que, de acordo com Vázquez (1977), responde a uma determinada necessidade humana, ou seja, como atividade objetiva e subjetiva que ao transformar a natureza cria um mundo de objetos humanizados, vale dizer, humaniza a natureza ao passo que cria um mundo que já não é o mundo da natureza, mas sim o *mundo dos homens*.

A práxis, enquanto atividade real, efetiva, material do homem, se caracteriza por desenvolver-se de acordo com finalidades – que só existem através do homem, como produtos de sua consciência –, expressão de certa atitude do sujeito em face da realidade. O ser humano, enquanto ser social, só é homem e se faz homem, *em e pela práxis*. Em outras palavras, é através da práxis – como atividade humana que transforma o mundo material e social – que o homem produz, ao mesmo tempo, objetos e a si mesmo, isto é, produz o próprio ser humano. Portanto, ***a práxis e seus produtos nada mais são que a necessidade do ser humano de se produzir e reproduzir como ser humano***. Este é, o verdadeiro sentido marxista da práxis e o respectivo significado em Adolfo Sánchez Vázquez.

4.4.1 A Práxis E Seus Níveis

Compreendida a totalidade prático-social como a integração de diversas formas de práxis ou práxis específicas que tem em comum a ação do homem sobre a respectiva matéria; ação esta que nega uma realidade e cria outra, humanizada ou mais humanizada, faz-se necessário conhecer os diferentes níveis de práxis presentes na transformação da realidade.

Vázquez (1977), define diferentes níveis de práxis – *criadora, reiterativa, espontânea e reflexiva*. No entanto, salienta que “o conceito de nível é relativo; algo se nivela ou se encontra em determinado nível segundo um critério que permite falar em inferior e superior” (VÁZQUEZ, 1977, p. 246). Os critérios de análise se dão de acordo com o grau de penetração da consciência do sujeito ativo no processo prático – para nivelar a práxis em espontânea ou reflexiva – e com o grau de criação ou humanização da matéria transformada evidenciado no produto de sua atividade prática – para nivelar a práxis em criadora ou reiterativa/imitativa. Contudo,

não se trata de critérios que levem em conta exclusivamente: num caso, a) o sujeito, e em outro, b) o objeto. Visto que o sujeito e o objeto se apresentam em unidade indissolúvel na relação prática, existe também estreita relação entre um critério e outro. (...) Essas distinções de nível não eliminam os vínculos mútuos entre uma e outra práxis, nem entre um nível e outro. A prática reiterativa tem parentesco com a espontânea, e a criadora com a reflexiva. Mas esses vínculos não são imutáveis; eles se dão num contexto de uma práxis total, determinada por sua vez por um tipo peculiar de relações sociais. Por isso, o espontâneo não está isento de elementos de criação, e o reflexivo pode estar a serviço de uma práxis reiterativa. (VAZQUEZ, 1977, p. 246).

A *práxis criadora* – do ponto de vista da práxis humana, total, que se traduz na produção ou auto-criação do próprio homem –, é determinante, já que é exatamente ela que lhe permite enfrentar novas necessidades, novas situações (VÁZQUEZ, 1977, p. 247). O homem é o ser que tem de estar inventando ou criando constantemente novas soluções; mas só cria por necessidade, cria para adaptar-se a novas situações ou para satisfazer novas necessidades. Criar é para ele a primeira e mais vital necessidade

humana, porque só criando, transformando o mundo, o homem faz um mundo humano e faz a si mesmo. Por isso a práxis é essencialmente criadora. A criação de algo novo está inscrita como uma possibilidade nos elementos pré-existentes, mas nunca basta o pré-existente para produzi-lo; é necessária a intervenção da consciência e da prática humana (VÁZQUEZ, 1977).

Vázquez (1977, p. 251), formula “os seguintes traços distintivos da práxis criadora: a) a unidade indissolúvel, no processo prático, do interior e o exterior, do subjetivo e o objetivo; b) indeterminação e imprevisibilidade do processo e do resultado; c) unicidade e irrepetibilidade do produto”.

Por outro lado, a *práxis reiterativa ou imitativa* encontra-se num nível inferior em relação à práxis criadora e se caracteriza precisamente pela inexistência dos três traços distintivos assinalados ou por uma débil manifestação dos mesmos (VÁZQUEZ, 1977). “Nessa práxis se rompe, em primeiro lugar, a unidade do processo prático” (VÁZQUEZ, 1967, p. 257). O real, ou o produto do processo, sempre coincide com o projeto, com o produto idealizado; real e ideal se conjugam. Para Vázquez,

enquanto na práxis criadora o produto exige não apenas uma modificação da matéria, como também do ideal (projeto ou finalidade), aqui o ideal permanece imutável como um produto acabado já de antemão que não deve ser afetado pelas vicissitudes do processo prático. Na práxis criadora, não só a matéria se ajusta a finalidade ou projeto que se quer plasmar com ela, como também o ideal tem igualmente de ajustar-se às exigências da matéria e às mudanças imprevistas que surgem no decorrer do processo prático (VÁZQUEZ, 1977, p. 258).

Na práxis criadora cria-se também o modo de criar, na atividade prática imitativa ou reiterativa não se inventa o modo de fazer. “O resultado real do processo prático corresponde plenamente ao resultado ideal (...), o resultado nada tem de incerto, e a criação nada tem de aventura. Fazer é repetir ou imitar outra ação” (VÁZQUEZ, 1977, p. 258). Conforme Vázquez (1977) a práxis imitativa ou reiterativa tem por base uma práxis criadora já existente, da qual toma a lei que a rege e por isso não produz uma nova realidade ou mudança qualitativa na realidade presente; não transforma criadoramente, embora contribua para ampliar a área do já criado e, portanto, multiplicar

quantitativamente uma mudança qualitativa já produzida. Não cria uma nova realidade humana e nisso reside sua limitação e sua inferioridade em relação à práxis criadora.

Embora a práxis reiterativa possa ser positiva em determinadas circunstâncias, por exemplo, ampliar quantitativamente o já criado, chega o momento em que tem que ceder espaço a uma práxis criadora. Como diz Vázquez (1977, p. 259), “em virtude da historicidade fundamental do ser humano, o aspecto criador de sua práxis – concebida esta em escala universal – é o determinante”. Mesmo assim, tanto na práxis criadora quanto na repetitiva, trata-se de uma atividade humana que transforma uma determinada matéria, mas tanto o processo prático como seu produto podem assumir um ou outro caráter (VÁZQUEZ, 1977).

O critério para distinguir uma e outra práxis é a existência – ou a inexistência, num caso extremo – dos três traços distintivos da práxis criadora que vimos apontando: unidade entre o interior e o exterior, entre o subjetivo e o objetivo, no processo prático; imprevisibilidade do processo e de seu resultado; e unicidade e irrepitibilidade do produto. Mas esses níveis, como também assinalamos, não se encontram separados por uma barreira absoluta, pois, na práxis total humana, inovação e tradição, criação e repetição se alternam e às vezes se entrelaçam e condicionam mutuamente. Mas a práxis determinante é a práxis criadora (VÁZQUEZ, 1977, p. 279).

É a práxis criadora que exige uma elevada atividade da consciência, ao se traçar os objetivos do projeto, bem como, ao longo de todo o processo prático que sofre constantes interferências exteriores e interiores, subjetivas e objetivas. Conseqüentemente, uma rica e complexa criação exige um nível elevado de atividade da consciência, haja vista que, a improbabilidade do processo e a incerteza quanto ao resultado, obrigam-na a intervir constantemente.

Vázquez (1977) afirma que não somente na práxis criadora a consciência se faz presente, mas dependendo do nível de intervenção numa linha descendente, chegaríamos num estágio inferior representado por uma práxis reiterativa total; ainda assim, o homem não poderia eliminar totalmente o caráter consciente de sua atividade, pois só conscientemente ele pode se abrir para uma atitude diante da qual ele põe entre parênteses sua própria consciência.

A existência dos níveis de práxis denominados de práxis criadora e reiterativa é determinada pelo papel que a consciência desempenha no processo prático, em outras palavras, o nível de intervenção da consciência na práxis. Mas é preciso ainda, fazer uma distinção fundamental – sem separá-las - entre a consciência que atua no início ou ao longo do processo prático – em íntima unidade com a plasmação ou a realização de seus objetivos ou projetos – ou seja, a *consciência prática*, da consciência que se volta a si mesma e sobre a atividade material em que se plasma, ou seja, a *consciência da práxis* (VÁZQUEZ, 1977).

A consciência prática é a consciência tal como ela se insere no processo prático, atuando ou intervindo no seu transcurso, pra transformar um resultado prático , atuando ou intervindo no seu transcurso, para transformar um resultado ideal em real. (...) Significaria igualmente: consciência na medida em que traça uma finalidade ou modelo ideal que se trata de realizar e que ela mesmo vai modificando, no próprio processo de sua realização, atendendo às exigências imprevisíveis do processo prático. Essa consciência prática é a que se eleva na práxis criadora e que se debilita até quase desaparecer quando a atividade material do sujeito assume um caráter mecânico, abstrato, indeterminado, ou também quando se (...) plasmam finalidades ou projetos alheios, em cuja elaboração não intervem a consciência própria (VÁZQUEZ, 1977, 283).

Por conseguinte, a consciência da prática – tendo em vista que a consciência não apenas se projeta e se plasma – é a consciência que se sabe a si mesma como consciência projetada, plasmada; sabe que a atividade que rege as modalidades do processo prático é sua e que, além disso, é uma atividade procurada ou desejada pela consciência projetada. Deste modo, consciência prática e consciência da prática nos mostram a consciência em sua relação com o processo prático (VÁZQUEZ, 1977).

Para o autor, “toda consciência prática implica sempre em certa consciência da práxis, mas uma e outra não estão no mesmo nível. Pode ocorrer que, num processo prático, a primeira esteja muito abaixo da segunda” (VÁZQUEZ, 1977, p. 284). Vê-se, por conseguinte, que uma e outra não se confundem, mas também não estão separadas entre si, posto que por um lado a *consciência prática*, como atividade ideal que se materializa, torna possível que transpareça ou se eleve a consciência do que está se plasmando, e posto que, por outro lado, a *consciência da prática* pode contribuir para enriquecer a atividade real, material, e, com isso, contribuir para elevar a consciência

(prática) que nela se plasma. Podemos dizer, assim, que a consciência da práxis vem a ser a autoconsciência prática” (VÁZQUEZ, 1977).

Ao fazer a distinção, fundamental, Vázquez (1977) define – segundo o grau de manifestação da autoconsciência prática, ou consciência da prática – outros dois níveis da atividade prática e as denomina de *práxis espontânea e práxis reflexiva*. Assim, levando em conta o grau de consciência que se tem da atividade prática que se está desenvolvendo, qualifica de reflexiva a práxis que tem um grau elevado de consciência e de práxis espontânea aquela que tem um grau baixo ou quase nulo de consciência da prática. Adverte, pois, que “não se trata de duas novas modulações dos níveis práticos antes examinados (criador e repetitivo), no sentido de que a práxis reflexiva correspondesse, plenamente, à práxis criadora, e a espontânea à não criadora, mecânica ou repetitiva” (VÁZQUEZ, 1977, p. 285). Na práxis, artística, por exemplo, segundo Vázquez (1977), o espontâneo não se opõe a atividade criadora; a práxis criadora pode ser, em maior ou menor grau, reflexiva e espontânea. Por outro lado, a práxis reiterativa acusa uma débil intervenção da consciência, mas não é por isso que se pode considerá-la espontânea. Sob tal aspecto, a práxis reiterativa se opõe tanto à práxis criativa quanto à espontânea (VÁZQUEZ, 1977).

A questão inicial a que se propunha Vázquez (1977) responder, ou seja, o de *como passar da consciência comum à consciência filosófica da práxis*, se desmembrou num primeiro momento – após delimitar-se formas específicas de práxis – na distinção entre dois níveis de práxis: 1) na distinção entre práxis reiterativa e a criativa e; 2) conseqüentemente, a uma outra questão, quer seja, “o que é que nos permite propriamente situar a práxis num nível ou noutro?” (VÁZQUEZ, 1977, p. 248). A resposta a esta questão que, entendo, deriva da primeira, na qual se estabelece que o grau de intervenção da consciência no processo prático, ou o grau de consciência prática é o que permite situar a práxis no nível da criação ou da repetição, não é suficiente para responder aquela, ou seja, a de como passar da consciência comum à consciência filosófica da práxis.

O autor deixa claro ao analisar a práxis reiterativa no trabalho humano que atinge seu auge com o modelo de processo de trabalho taylorista no qual predomina o trabalho

em cadeia, mecanizado, em que o “operário deve abolir qualquer tentativa de interferência consciente, reflexiva, a fim de transformar-se em mero prolongamento da máquina” (VÁZQUEZ, 1977, p. 273).

Para atender às exigências do modo de trabalho parcelado, monótono e mecânico a intervenção da consciência não só se torna supérflua pelo fato de que os operários menos inteligentes se adaptam melhor ao processo de trabalho. Esta práxis repetitiva que correspondia às exigências capitalistas da obtenção do lucro máximo cede lugar a novos métodos de trabalho, procurando-se com isso uma relação mais consciente com seu trabalho mediante sua “integração humana” na fábrica (VÁZQUEZ, 1977).

De acordo com o autor, “a passagem de uma práxis repetitiva a uma práxis autenticamente criadora não transita por estas ‘relações humanas’ ditadas também pelo princípio da sujeição do homem ao princípio da máxima rentabilidade, passando isto sim, por uma transformação das condições materiais e sociais do próprio trabalho” (VÁZQUEZ, 1977, p. 274). Quer dizer com isso que, se as mudanças no processo de trabalho, ao substituir-se um modelo rígido, de produção em série caracterizada pela imitação ou repetição que prescinde de um alto grau de consciência prática, para outros modos de organização do trabalho, que requerem trabalhadores flexíveis – para um mercado também flexível – e exigem deles um alto grau de consciência prática ou sua inserção no processo produtivo com alto grau de conhecimento do processo prático, em nada alterou a finalidade do trabalho que, no modo de produção capitalista continua e sempre será a máxima obtenção de lucro. Significa dizer, que as mudanças se dão apenas no processo de trabalho, na superficialidade, e em nada alterou a estrutura do processo, ou melhor, as relações de produção continuam as mesmas. Penso que, passou-se no âmbito do trabalho ou da práxis produtiva – em certa medida, sempre relativa –, de uma práxis reiterativa a uma práxis criativa, vale dizer, nos modelos atuais de organização da produção, a intervenção da consciência no seu mais alto grau, é condição para satisfazer a necessidade deste modo de produção.

Entendo, portanto, que a partir do exemplo utilizado por Vázquez (1977), que o trânsito de uma práxis reiterativa, imitativa a uma práxis criativa, possibilitando de certo

modo através das mudanças no processo de trabalho, não é condição para se atingir uma consciência filosófica da práxis; levando-se em conta que, está presente neste trânsito apenas uma elevação do grau de consciência prática.

Constatado isto, a questão inicial se desmembra – num segundo momento – na distinção entre dois novos níveis de práxis, ou seja, as práxis espontânea e reflexiva; conseqüentemente, do reconhecimento da existência desses dois níveis da práxis surgem dois novos problemas: “a) a do tipo de relação entre eles; b) o do caminho para passar de um a outro (...). Trata-se da práxis e, portanto, de um problema prático, qual seja, o do tipo de relação que a práxis mantém com a consciência, pois os produtos da atividade prática não podem ser indiferentes a esta relação, já que a relação espontânea entre a consciência e a práxis não leva aos mesmos resultados que a relação reflexiva entre uma e outra” (VÁZQUEZ, 1977, p. 286).

O problema se coloca então, nos seguintes termos: como passar de uma práxis reiterativa a uma práxis criativa ao passo que se transita de uma práxis espontânea a uma práxis reflexiva? Em suma, como elevar nossa consciência filosófica da práxis? Entendo, pois, que, se a práxis espontânea e a práxis reflexiva – enquanto relação entre consciência e práxis ou consciência da prática – assim como a práxis criadora e a práxis reiterativa – enquanto intervenção da consciência no processo prático ou consciência prática – não se excluem, ou melhor, não aparecem separadas, o que importa é a relação de determinação entre elas. Portanto, para se “elevar nossa consciência da práxis enquanto atividade humana, material, que transforma o mundo natural e social para fazer dele um mundo mais humano”, em outras palavras, para que uma práxis seja transformadora, é preciso que a práxis criadora, assim como a práxis reflexiva, sejam determinantes. Até aqui, Vázquez conclui que toda práxis tem, necessariamente um sujeito consciente, um autor que pode ser colocado numa relação de causa e efeito. O realizado corresponde sempre, em maior ou menor grau a certa intenção original.

Para Vázquez (1977), na atividade prática do sujeito o determinante é o seu resultado, o que fica materializado como fruto da atividade, em suma, o que nos interessa para avaliação de uma práxis é o seu produto. Por isso a necessidade de se avaliar uma

práxis não pelas suas intenções (não realizadas), mas sim pelos seus resultados ou objetivos materializados.

No entanto, como autor da práxis – assim como ela própria – pode ser individual ou coletivo, tendo em vista que o homem é um ser social e histórico, Vázquez (1977) questiona se é possível estabelecer a relação entre intenção e resultado quando a práxis de um indivíduo passa para grupos sociais mais ou menos amplos. Ou seja, se na práxis individual é possível identificar a relação entre o autor e o produto de sua práxis, na práxis coletiva a relação não se apresenta diretamente. Noutras palavras, a práxis intencional individual funde-se com uma práxis inintencional coletiva e produzem-se resultados que não foram buscados ou desejados.

Resulta daí que os indivíduos, enquanto seres sociais, dotados de consciência e vontade, produzem resultados dos quais não são conscientes; ou seja, que não correspondem aos objetivos que guiavam seus atos individuais nem tampouco a um propósito ou projeto comum. (...) Temos assim, uma práxis inintencional de sujeitos que agem conscientemente” (VÁZQUEZ, 1977, p. 333-334).

Significa dizer, em outras palavras, que a sociedade é dotada de uma racionalidade própria, ou seja, fatos ou fenômenos sociais ocorrem independente da vontade individual, embora sejam sempre resultados da ação humana. Nesta sociedade, práxis individual e práxis coletiva não se coadunam; indivíduo e sociedade estão em contradição. Por conseguinte, a problemática se adianta, novamente, de modo que, para uma práxis específica ou total ser transformadora, é preciso superar esta contradição; é preciso que a práxis coletiva corresponda – da mesma forma que a práxis individual – a um projeto ou intencionalidade e no seu produto se objetive a atividade prática do sujeito coletivo.

Portanto, o caráter transformador da práxis, deve ser buscado na práxis coletiva; na sua organicidade e avaliada através dos seus produtos reais, materializados, não como resultado da atividade prática de indivíduos isolados, mas sim como resultado da práxis de um determinado coletivo ou de toda a sociedade.

A afirmação realizada anteriormente, segundo a qual se passa - através da consciência prática e consciência da práxis – de uma práxis (inferior) a outra (superior) só faz sentido quando a práxis assume seu caráter propriamente coletivo ou social, em suma,

como atividade do ser social. Ao trazer a discussão para o interior da forma social do capital, algumas evidências científicas devem ser colocadas como premissa, dentre elas, a de que esta forma social divide o coletivo social em duas classes antagônicas fundamentais: a burguesia e o proletariado. Neste sentido afirma Vázquez, (1977, p. 363), “enquanto os indivíduos não ascendem à consciência de seus interesses de classe, sua práxis coletiva não pode ter um caráter intencional, pois é justamente essa consciência que os leva a traçar objetivos comuns e a desenvolver uma práxis coletiva consciente”.

Por conseguinte, penso que o trânsito de um nível de práxis a outro, tem que sair do âmbito da práxis intencional individual em direção à práxis comum (coletiva). Ao trânsito de um nível de práxis (inferior) a outro (superior), acrescenta-se o trânsito simultâneo de uma práxis inintencional coletiva a uma práxis coletiva intencional.

4.5 A Inter-Relação Da Filosofia Da Práxis

O Sistema de Saúde brasileiro, denominado SUS constitui-se através das Leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica do SUS) e nº 8.142/90 (que dispõe da participação da comunidade) (BRASIL, 1990d; BRASIL, 1990c), na tentativa de incorporar

...os principais tópicos já contemplados na Constituição, como: saúde, direito do cidadão e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde, incluindo sua determinação social; a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que assegura universalidade, igualdade e integralidade de ações; direito à informação sobre sua saúde; participação popular; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; regionalização e hierarquização da rede de serviços de Saúde; integração em nível executivo das ações de saúde, meio-ambiente e saneamento básico (SCHUBERT BACKES, 1992, p. 70, apud BACKES, 1999, p. 115).

O centro do sistema caracteriza-se por uma rede de serviços de Saúde que devem se integrar com outras instituições que podem contribuir indiretamente para prover saúde. A rede de serviços de Saúde, propriamente ditos, compõe um conjunto de ações ou

intervenções no processo saúde doença, que vão da prevenção à reabilitação, através de práticas de saúde institucionalizadas, científicas, que se constituíram ao longo do desenvolvimento da humanidade, voltadas a satisfazer determinadas necessidades humanas.

Dentre as práxis de saúde – cada qual com sua especificidade – está a práxis de Enfermagem. Neste sentido, com base na “filosofia da práxis” de Adolfo Sanchez Vázquez (1977), é possível definir a Enfermagem como práxis social específica que tem sua origem no “cuidado direto” ao ser humano (SILVA, 1989).

No entanto, em decorrência do modo de produção e do elevado nível de desenvolvimento tecnológico e científico da sociedade contemporânea, a práxis de Enfermagem e, conseqüentemente sua centralidade de atuação no cuidado direto ao ser humano, passa a ser permeada por uma diversidade de formas de organização de suas atividades e do processo prático em saúde, dentre as quais tomam destaque o gerenciamento e supervisão de Enfermagem, o ensino (ou socialização do conhecimento) e a investigação (ou produção do conhecimento) no âmbito da práxis de Enfermagem e das práxis de saúde. Portanto, em virtude das mudanças e/ou transformações sociais – ocorridas ao longo da história da humanidade –, foi incorporando outras características, entendidas por Silva (1989), com “cuidado indireto”.

A Enfermagem, de um modo geral, configura-se numa articulação teórico-prática; uma práxis social específica que se constitui pela relação entre diversos atores sociais envolvidos no processo prático. É desta relação social que depende seu compromisso com a saúde do ser humano e da coletividade, em suma, com a preservação da vida; relação esta, historicamente determinada – embora também determinante – pelo processo de produção em saúde inserida numa relação mais ampla do respectivo modo de produção da vida em sociedade, por sua vez, principal determinante do processo saúde-doença.

Fazendo uma analogia da práxis de Enfermagem com as principais formas de práxis em torno das quais Vázquez (1977) discorre sua obra, posso dizer que, diferentemente da práxis produtiva que é uma relação do homem (sujeito) com a natureza (objeto), na práxis de Enfermagem – enquanto práxis social específica – o ser humano é

sujeito e objeto da ação. Como diz Vázquez (1967, p. 328), “o homem é sempre sujeito de toda a práxis, (...) mas, na práxis social o objeto é o homem”.

Se o ser humano na práxis social é sujeito e objeto, significa que, na condição de objeto deve envolver-se conscientemente no exercício da práxis, bem como, na intenção de transformar uma certa realidade, tornando-a mais humana. Este ser humano – de acordo com a leitura que Vázquez (2001) faz da obra marxiana – ou

homem real é, em unidade indissolúvel, um ser espiritual e sensível, **natural** e propriamente humano, teórico e prático, objetivo e subjetivo. O homem é, antes de tudo, práxis: isto é, define-se como um ser produtor, transformador, criador; mediante o seu trabalho, transforma a natureza externa, nela se plasma e, ao mesmo tempo, cria um mundo à sua medida, isto é, à medida de sua natureza humana. Esta objetivação do homem no mundo externo, pela qual produz um mundo de objetos úteis, corresponde à sua natureza de ser produtor, criador, que também se manifesta na arte e em outras atividades. Ademais, o homem é um ser **social**. Só ele produz, produzindo ao mesmo tempo determinadas relações sociais (relações de produção) sobre as quais se elevam as demais relações humanas, sem excluir as que constituem a superestrutura ideológica da qual faz parte a moral. O homem é também um ser **histórico**. As várias relações que contrai numa determinada época constituem uma unidade ou formação econômico-social que muda historicamente sob o impulso de suas contradições internas e, particularmente, quando chega ao seu amadurecimento a contradição entre o desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção (VÁZQUEZ, 2001, p. 291-292, grifos meus).

Conquanto, se o ser humano é, “antes de tudo práxis” e contém na sua essência, argamassa de ser natural, social e histórico, “o homem se define essencialmente como ser prático, ou seja, como ser que transforma uma determinada realidade e produz uma nova realidade ao mesmo tempo em que transforma e produz a realidade humana, a história do homem nada mais é do que a história de sua práxis” (VÁZQUEZ, 1967, p. 325). Sem dúvida, o processo de transformação e autotransformação ocorre com certa singularidade na práxis social e na práxis de Enfermagem, tendo em vista que, ambos, sujeito e objeto (sujeito) da práxis são dotados de consciência, vontade e sensibilidade e aspiram realizar suas intenções, perseguindo seus próprios objetivos no âmbito de uma sociedade que é um complexo de práxis específicas, uma totalidade prático-social, permeada de contradições.

Sobre tal aspecto, Ribeiro (2001, p. 23), referindo-se a prática educacional, alerta que,

é sempre bom lembrar que admitir a condição não só de agente, mas também de matéria-prima e de instrumento, não equivale a admitir que o ser humano seja tomado como qualquer outra matéria inerte e que assim possa ser submetido ao sabor dos caprichos e das necessidades apenas dos outros seres humanos.

Por isso que, na condição de objeto da práxis – assim como em toda práxis social -, o ser humano pode, de uma lado, aderir conscientemente ao projeto prático transformador e tornar-se realmente objeto-sujeito da respectiva práxis, ou, de outro lado, negar esta práxis tornando-se efetivamente sujeito de uma antipráxis que, ao contrário da práxis, tem objetivos que aspiram a conservação ou a manutenção de um determinado estado de coisas desumanizadas e desumanizantes. Portanto, a práxis de Enfermagem é uma relação entre sujeitos, haja vista que, na posição de objeto da práxis o ser humano também é sujeito, ou seja, é ativo; não aceita passivamente – tal como a natureza – a impressão do sujeito da práxis na transformação da matéria, ou seja, na sua transformação.

Lançadas algumas bases conceituais, posso dizer que, a elaboração de projetos de prática assistencial se fundamenta na necessidade do desenvolvimento das atividades profissionais com um alto grau de consciência prática e consciência da prática.

O presente trabalho – com certas peculiaridades já reservadas –, por ser consequência da disciplina do Mestrado denominada Projetos Assistenciais de Enfermagem e Saúde se caracteriza como uma segunda etapa do projeto por mim elaborado e implementado, ou seja, a etapa da avaliação ou reflexão que reserva um nível mais elevado de reflexão que aquela antes realizada na avaliação final da disciplina da prática assistencial. Por isso e pelas adversidades com que me deparei no decorrer da primeira etapa (Disciplina de Prática Assistencial), escolhi como referencial teórico a *filosofia da práxis*, segundo a concepção do filósofo “Adolfo Sánchez Vázquez” que resgata, revê e amplia *o verdadeiro sentido marxiano da práxis*.

A elevação de nossa consciência da práxis é, justamente, a preocupação maior de Vázquez e, por conseguinte a minha em relação à práxis específica em que me inseri, ou seja, sobre a prática assistencial que desenvolvi. Portanto, a pretensão de refletir sobre a prática assistencial, se justifica e se fundamenta nesta concepção de práxis. Então, se por um lado a elaboração e implementação do projeto de prática assistencial se caracteriza

como uma atividade consciente, desempenhada com consciência prática, “que se plasma no processo prático”, por outro, é a reflexão sobre esta (e qualquer outra) prática consciente, que permite elevar a “consciência da práxis” e, por conseguinte a elaboração de novos conhecimentos que, inseridos na continuidade desta práxis possam contribuir para mudanças substanciais e/ou transformações profundas na realidade em questão.⁷⁸

4.5.1 Enfermagem: Uma Forma Específica De Práxis?

Realmente, as contradições fundamentais em que se debate a sociedade capitalista em nossa época chegaram a tal aguçamento que os homens só podem resolvê-las e garantir para si um futuro verdadeiramente humano atuando num sentido criador, isto é, revolucionário. Hoje, mais do que nunca, os homens precisam esclarecer teoricamente sua prática social, e regular conscientemente suas ações como sujeitos da história. E para que essas ações se revistam de um caráter criador, é necessário, também hoje mais do que nunca, uma elevada consciência das possibilidades objetivas e subjetivas do homem como ser prático, ou seja, uma autêntica consciência da práxis

Adolfo Sánchez Vázquez

O desenvolvimento da práxis de Enfermagem – institucionalizada – na sociedade moderna (capitalista) passou por diferentes estágios ou períodos, atingindo diferentes níveis de práxis. Backes (1999), na sua obra intitulada “Estilos de Pensamento e Práxis na Enfermagem: a Contribuição do Estágio Pré-Profissional” analisa os estilos de pensamento e níveis de práxis presentes nas experiências de formação de enfermeiros ao longo da história. Sobre a Era Nightingaliana – cujo contexto proporcionou a tradução do saber e prática médica e da influência eclesiástica sobre a prática do cuidado ao ser humano – Backes (1999), aponta para a existência de uma práxis de Enfermagem transformadora. Para a autora, “Florence faz essas traduções de maneira crítica, séria e responsável, transformando esse estilo de pensamento médico para a Enfermagem,

⁷⁸ Embora já tenha feito a avaliação da implementação do projeto de prática assistencial enquanto objetivo da disciplina Projetos de Prática Assistencial de Enfermagem e de Saúde, a avaliação que ora me proponho fazer, tem como diferencial o aprofundamento desse referencial teórico como base para avaliação.

deslocando e ampliando os conhecimentos, as práticas, os instrumentos, os modelos e habilidades” (BACKES, 1999, p. 132).

Entretanto, o sistema Nightingale, calcado no modelo vocacional, ou seja, guardando fortes resquícios da influência religiosa cristã, ao ser

difundido no Estados Unidos, faz a ‘tradução’ dos princípios da gerência científica de Taylor, mudando o estilo de pensamento, passando a ser o da Enfermagem Nightingaliana – Americana, já que institui e reforça o parcelamento das atividades e desloca o valor vocacional para o modelo funcional (BACKES, 1999, p. 134)

A incorporação do modelo taylorista de organização da produção, cujas características principais são o parcelamento do trabalho, a dicotomia entre planejamento e execução e o controle rígido dos trabalhadores, visando aumentar a produtividade, mudou o

foco de atenção da Enfermagem [que] passa para o cumprimento de tarefas e procedimentos a serem executados, de acordo com sua complexidade e o nível de competência do pessoal, num menor prazo de tempo e dentro d melhor eficiência. (...) A tradução de estilos de pensamento, no caso da gerência científica proposta por Taylor e da especialidade médica, então em voga, é assimilada pelo estilo de pensamento da Enfermagem (...) de forma acrítica, num exercício de práxis reiterativa, literalmente” (BACKES, 1999, p. 92-93).

Conseqüentemente, o sistema de “Enfermagem Nightingaliana – Americana” foi o modelo transposto para o Brasil e desenvolvido pela escola de enfermeiros do DNSP (Departamento Nacional de Saúde Pública) (BACKES, 1999). Assim, “revelou-se, no exercício profissional, uma práxis reiterativa, alienante em sua organização do processo de trabalho, **por reiterar a separação entre a ação e a consciência dos profissionais**” (BACKES, 1999, p. 135, grifo da autora).

Em que pese os diferentes períodos seguintes, quais sejam: a mudança curricular alterada pela Lei nº 775/49, a “tradução” de conhecimentos biomédicos e dos princípios científicos na década de 50, o surgimento das teorias de Enfermagem, lançado pelas enfermeiras norte-americanas a partir da década de 70, e por Horta (1979) no Brasil, buscando a construção de um corpo de conhecimentos específicos da Enfermagem; a práxis de Enfermagem no Brasil, segundo Backes (1999), não conseguiu ascender para além do nível de práxis reiterativa/imitativa. Contudo, “o período histórico recente, da

década de 80-90, inaugura um outro momento, experienciando a emergência de diversos movimentos sociais e políticos em particular. Marca-se o fim da ditadura militar e se engatinha rumo à democracia” (BACKES, 1999, p. 137).

Somente a partir das décadas, 80 e 90, com a transição política brasileira, e a conseguinte ascensão dos movimentos sociais, dentre eles o movimento da Reforma Sanitária – que culminou em importantes conquistas na Constituição Federal em 1988 dentre elas a criação do SUS – o movimento da categoria profissional de Enfermagem – que resultou na aprovação da Lei do Exercício Profissional, na década de 80 – liderado pela ABEn, é que surgem as possibilidades para a práxis de Enfermagem transitar níveis mais elevados. Entretanto, de acordo com Backes (1999, p. 130), naquele período a “práxis de igual forma transita entre a simples reiteração para a possibilidade de reflexão e da intenção, sem, contudo, empreender a ação correspondente”.

Uma das possibilidades – investigada pela autora – refere-se à inserção do estágio pré-profissional (através da Disciplina Estágio Curricular Supervisionado) no currículo de enfermeiras, implantado pelo MEC através da Portaria nº 1721/94. Este é o marco histórico que, conforme Backes (1999), evidencia variações de estilos de pensamento, e co-existência das diferentes dimensões ou níveis de práxis, dentre as quais percebe “(...) que se evidencia fortemente, em geral, a presença da práxis reflexiva, nesse momento na formação profissional” (BACKES, 1999, p. 138).

Ao explorar as características que a experiência do EPP vem construindo ou deve conter e suas possibilidades de contribuir como estratégia transformadora de ensino e da prática de Enfermagem, tornando-se um espaço de exercício de uma práxis transformadora, Backes (1999) demonstra que o EPP, “(...) na medida em que permite a realização de projetos inovadores, tem se constituído em processo possibilitador de formas mais efetivas de construção de práxis transformadora e que vivemos um momento histórico peculiar...” (BACKES, 1999, p. 252).

A autora, ao analisar os estilos de pensamento e níveis de práxis presentes na formação de enfermeiros ao longo da história – e conseqüentemente na prática de Enfermagem – deixa transparecer que as normas (legais, portarias, pareceres, resoluções

entre outras) apresentam-se como possibilidades e limitações para o exercício de uma práxis de Enfermagem (e, por conseguinte da saúde) criativa e reflexiva e, portanto transformadora. Todavia, tais possibilidades e limites podem ser tanto mais concretizadas quanto as normas legais forem resultados da conquista da categoria profissional, através da práxis política, consciente de sua práxis específica. Quanto mais as normas legais refletirem os anseios dos sujeitos da respectiva prática específica, maiores serão as possibilidades das diretrizes por elas preconizadas saírem do plano ideal, normativo, para serem colocadas em ação, consciente, reflexiva, pelos atores da práxis particular, neste caso de Enfermagem, ao mesmo tempo, os limites da práxis serão melhores definidos.

Do estudo empreendido por Backes (1999), extraio dois entendimentos importantes: 1º) o entendimento da Enfermagem profissional como sendo uma práxis social; 2º) ao desvelar os níveis de práxis alcançados pela práxis de Enfermagem ao longo da história, percebe no período atual – tendo por base o EPP – uma zona fronteira, um espaço de transição, que diferentemente dos períodos anteriores, aponta possibilidades para uma práxis transformadora. Confirma importantes premissas de Vázquez (1977), segundo o qual, a consciência filosófica da práxis

só é alcançada historicamente – isto é, numa fase histórica determinada – quando a própria práxis, ou seja, a atividade prática material, chegou em seu desenvolvimento a um ponto em que o homem já não pode continuar agindo e transformando criadoramente (...) o mundo, como realidade humana e social, sem assumir uma verdadeira consciência filosófica da práxis. Essa consciência é reclamada pela própria história da práxis real ao chegar a certo estágio de seu desenvolvimento, mas só pode ser obtida, por sua vez, quando já amadureceram, ao longo da história das idéias, as premissas teóricas necessárias (VÁZQUEZ, 1977, p. 16).

Aqui, o autor se refere à práxis em geral – da totalidade prático-social – que, por sua vez é constituída de manifestações particulares, específicas e mediadoras da práxis social total. A consciência filosófica dos sujeitos das práxis específicas, do mesmo modo, também só é alcançada historicamente a partir do momento em que as “premissas teóricas necessárias” foram criadas. Por isso Backes (1999) percebeu no momento atual, um “espaço de transição”, a partir do EPP ou das condições formadoras.

Elevar a consciência filosófica da práxis significa que os homens precisam esclarecer teoricamente sua prática social, para regular conscientemente suas ações como sujeitos da história (VÁZQUEZ, 1999). Vale, portanto, para este trabalho, no sentido de esclarecer a prática de APH, destacar alguns aspectos que demonstram as especificidades da práxis de Enfermagem (e de saúde), em contraposição à práxis de Bombeiros (e de segurança pública).

Conhecer as particularidades das práxis específicas é condição fundamental para concretizar as possibilidades – objetivas e subjetivas – de transitar níveis elevados de criação, reflexão e efetivamente atingir uma autêntica consciência da práxis. É nesta direção que questiono: o que há de específico na práxis de Enfermagem – que precisamos conhecer – que a torna uma expressão particular da práxis social total? Ao vasculhar a obra de Vázquez foi possível extrair alguns entendimentos que provocaram a elaboração de algumas idéias que possibilitam compreender com maior profundidade a prática de Enfermagem.

Vázquez (1977, p. 194), destaca algumas formas específicas de práxis, para ele, “a matéria-prima da atividade prática pode mudar, dando lugar a diversas formas de práxis”. Contudo, considerando que “...o homem é sempre sujeito de toda práxis e que nada acontece na história que não contenha necessariamente sua intervenção” (VÁZQUEZ, 1977, p. 328).

O objeto sobre o qual o sujeito exerce sua ação pode ser:

- a) o fornecido naturalmente, ou entes naturais;
- b) produtos de uma práxis anterior que se convertem, por sua vez, em matéria de uma nova práxis, como os materiais já preparados com que trabalha o operário ou com que cria o artista plástico;
- c) o humano mesmo, quer se trate da sociedade como matéria ou objeto da práxis política ou revolucionária, quer se trate de indivíduos concretos.

Em alguns casos, como vemos, a práxis tem por objeto o homem e, em outros, uma matéria não propriamente humana: natural nuns casos, artificial em outros (VÁZQUEZ, 1977, p. 194-195).

Feitas estas considerações, o autor distingue várias formas de práxis e dentre as que destaca estão a práxis produtiva, a práxis artística e a práxis social-revolucionária. A *práxis produtiva* é a relação material e transformadora que o homem estabelece com a natureza mediante seu trabalho, através do qual vence a resistência das matérias e forças

naturais e cria um mundo de objetos úteis que satisfazem determinadas necessidades; é, portanto, a práxis fundamental porque nela o homem não só produz um mundo humano ou humanizado – no sentido de um mundo de objetos que satisfazem necessidades humanas e que só podem ser produzidos na medida em que se plasmas neles finalidades ou projetos humanos, como também no sentido de que na práxis produtiva o homem produz, forma ou transforma a si mesmo (VÁZQUEZ, 1977).

Esta definição de práxis produtiva tem origens no entendimento que o autor tem, da de definição que Marx faz sobre o trabalho no capítulo cinco d'O Capital⁷⁹. No entanto, é preciso destacar que, aquela definição marxiana do trabalho refere-se ao trabalho em geral, ou seja, a forma que assume em toda e qualquer sociedade. Por sua vez, a concepção de Vázquez (1977) de práxis produtiva se dá também num plano genérico, pois, a intenção do autor é delimitar os elementos constitutivos desta forma de práxis para então defini-la como uma práxis específica. No entanto, Vázquez (1977), não perde de vista que esta forma de práxis – assim como qualquer outra –, ao situar-se numa forma social determinada tem objetivos e significados diferentes, como por exemplo, na forma social do capital a produção de mais-valia. Por isso, salienta: como o homem é um ser social, tal processo só se realiza no âmbito de determinadas condições sociais ou certas relações que os homens contraem como agentes da produção neste processo e que Marx chama com propriedade de relação de produção (VAZQUEZ, 1977).

Outra forma de práxis definida por Vázquez (1977, p. 198) “é a produção ou criação de obras de arte”, ou seja, a *práxis artística* que, “do mesmo modo que o trabalho humano é transformação de uma matéria à qual se imprime uma determinada forma, exigida já agora não por uma necessidade prático-utilitária, mas por uma necessidade geral humana de expressão e objetivação”.

O autor inclui ainda dentre as formas de atividades práticas que se exercem sobre uma determinada matéria, a *atividade científica experimental* ou a experimentação como

⁷⁹ Para Marx (1996) o trabalho é, em primeiro lugar, um processo entre a natureza e o homem, processo em que este se realiza, regula e controla mediante sua própria ação, seu intercâmbio de matérias com a natureza. Entretanto essa definição é apenas a base sobre a qual Marx distingue o processo de trabalho em geral do processo de produção do valor e, sobretudo do processo de produção de mais valor.

práxis científica; a qual satisfaz, primordialmente, as necessidades de investigação teórica, e, em particular, as de comprovação de hipóteses (VÁZQUEZ, 1977). Destaca, assim, que estas “são as formas fundamentais – se bem que não exclusivas – da práxis quando a ação do homem se exerce mais ou menos imediatamente sobre uma matéria natural – natureza imediata, ou natureza já mediatizada, ou trabalhada, que serve de objeto de uma nova ação” (VÁZQUEZ, 1977, p. 200).

Para além destas práxis, numa relação muito diversa, o autor reserva especial destaque, no decorrer de sua obra, ao “tipo de práxis em que o homem é sujeito e objeto dela; ou seja, práxis na qual ele atua sobre si mesmo” (VÁZQUEZ, 1967, p. 200). Esta forma de atividade prática do homem é a *práxis social* que segundo Vázquez (1967, p. 200) “oferece diversas modalidades”.

Dentro dela caem os diversos atos orientados no sentido de sua transformação como ser social e, por isso, destinados a mudar suas relações econômicas, políticas e sociais. Na medida em que sua atividade toma por objeto não um indivíduo isolado, mas sim grupos ou classes sociais, e inclusive a sociedade inteira, ela pode ser denominada práxis social, ainda que num sentido amplo toda prática (inclusive aquela que tem por objeto direto a natureza) se revista de um caráter social, já que o homem só pode leva-la a cabo contraindo determinadas relações sociais (relações de produção na práxis produtiva) e, além disso, porque a modificação prática do objeto humano se traduz, por sua vez, numa transformação do homem como ser social (VÁZQUEZ, 1977, p. 200).

Dentre as práxis sociais está a atividade política que, “enquanto atividade prática transformadora, alcança sua forma mais alta na práxis revolucionária como etapa superior da transformação prática da sociedade” (VÁZQUEZ, 1977, p. 201).

Se o homem existe, enquanto tal, como ser prático, isto é, - afirmando-se com sua atividade prática transformadora em face da natureza exterior e em face de sua própria natureza, a práxis revolucionária e a práxis produtiva constituem duas dimensões essenciais de seu ser prático. Mas, por sua vez, uma e outra atividade, junto com as restantes formas específicas de práxis, nada mais são do que formas concretas, particulares, de uma práxis total humana, graças à qual o homem como ser social e consciente humaniza os objetos e se humaniza a si próprio (VÁZQUEZ, 1977, p. 202).

A partir desta e outras passagens, entendo que no interior da práxis em sua totalidade, ou seja, da práxis social total como práxis histórica e social, se integram formas específicas de práxis, dentre as quais Vázquez (1977, p. 15) cita “o trabalho, a

arte, a política, a Medicina, a educação, etc.” e que, a partir deste entendimento, acrescento a Enfermagem enquanto práxis específica.

De acordo com Vázquez (1977), a totalidade práctico-social, ou a práxis social total, pode ser decomposta em diversos setores, se levarmos em conta o objeto ou a matéria sobre a qual o homem exerce sua atividade prática transformadora. Em outras palavras, a totalidade práctico-social é composta de diversas formas de práxis que se apresentarem e se integrarem nesta totalidade.

Qual a importância de conhecer a particularidade de uma práxis específica? Quais são então, os elementos constitutivos, específicos da práxis de Enfermagem? De acordo com Ribeiro (2001, p. 3-4) – referindo-se a práxis educacional ⁸⁰–, os elementos constitutivos, como particularidade da práxis específica, se por um lado, só adquirem sentido em sua relação com a totalidade, por outro, só realiza este sentido para esta mesma totalidade dando conta do que lhe é particular, do que lhe é específico. Porquanto, toda e qualquer forma específica de práxis, precisa de um lado relacionar-se com a totalidade práctico-social e por outro conhecer e exercer o que lhe é específico, particular; condição sem a qual não é possível elevar-se ao mais alto grau de criação e reflexão e contribuir, no seio da práxis total, com a humanização do ser humano, adquirindo e realizando, deste modo, seu sentido e significado de práxis específica.

Para Vázquez (1977, p. 193), “o que caracteriza a atividade prática é o caráter real, objetivo, da matéria-prima sobre a qual se atua, dos meios ou instrumentos com que se exerce a ação e de seu resultado ou produto”. Para o autor,

se o homem existe, enquanto tal, como ser práctico, isto é, afirmando-se com sua atividade prática transformadora em face da natureza exterior e em face de própria natureza, a práxis revolucionária e a práxis produtiva constituem duas dimensões essenciais de seu ser práctico. Mas, por sua vez, uma e outra atividade, junto com as restantes formas específicas de práxis, nada mais são do que formas concretas, particulares, de uma práxis total humana, graças à qual o homem como ser social

⁸⁰ A discussão é antiga na área da educação. Dermeval Saviani, em seu texto clássico, “Escola e democracia”, apresenta um bom exemplo sobre as especificidades das práticas quando se depara com a necessidade, mediante a freqüente afirmação “...de que a educação é sempre um ato político” (SAVIANI, 1984, p. 85). O autor entende “...que educação e política, embora inseparáveis, não são idênticas. E defende nas “onze teses sobre educação e política”, que trata-se de práticas distintas, dotadas cada uma de especificidade própria” (SAVIANI, 1984, p. 85). Saviani, desde antes, já na sua primeira obra, “Educação Brasileira: Estrutura e Sistemas” (SAVIANI, 1981), fundamentava-se em Adolfo Sánchez Vázquez.

e consciente humaniza os objetos e se humaniza a si próprio (VÁZQUEZ, 1977, p. 202).

Ribeiro (2001, p. 20), salienta que o verdadeiro sentido das formas específicas de práxis,

só pode ser buscada na relação entre o particular (forma específica) e o geral (práxis total humana). (...) Portanto, para o ser humano, uma forma específica de práxis, antes de tudo, é a realização de um significado comum a todas as formas específicas. Só na medida em que não se perde isto de vista é possível dar-se conta de compreender o verdadeiro sentido particular de uma forma específica.

Para compreender o sentido particular, é preciso um exercício de abstração da realidade, ou melhor, da práxis social total e, ao fazê-lo é possível destacar que a totalidade constitui-se de vários elementos que envolvem e estão envolvidos pela atividade humana.

O sujeito da práxis, ou agente, é um ser prático (teórico-prático), dotado de consciência, sensibilidade, vontade de criar e produzir para satisfazer suas necessidades humanas, “do estômago à fantasia” (MARX, 1996). Este ser, é, em razão, o ser humano; e sua atividade propriamente humana só se verifica quando os atos dirigidos a um objeto para transformá-lo se iniciam com um resultado ideal, ou finalidade, e terminam com um resultado ou produto efetivo, real” (VÁZQUEZ, 1977, p. 187). Portanto, a práxis, como atividade propriamente humana, diferentemente das atividades biológicas ou instintivas – da qual o homem também pode ser sujeito – que não transcendam de seu nível meramente natural, é determinada (VÁZQUEZ, 1977). Sua atividade propriamente humana é dotada de um caráter consciente, intencional, haja vista que, os seres humanos se propõem finalidades determinadas por necessidades humanas que precisam ser satisfeitas (RIBEIRO, 2001).

A práxis então, se distingue radicalmente de qualquer outra atividade situada num nível meramente natural, porque implica na intervenção da consciência, através da qual o produto existe duas vezes – e em tempo diferentes –: como resultado ideal e como produto real. A finalidade da práxis se caracteriza em “virtude dessa antecipação do resultado que se deseja obter...” (VÁZQUEZ, 1977, p. 187). Com afirma o autor,

a atividade humana é, por conseguinte a atividade que se desenvolve de acordo com finalidades, e essas só existem através do homem, como produtos de sua consciência. Toda ação verdadeiramente humana requer certa consciência de uma

finalidade, finalidade que se sujeita ao curso da própria atividade. A finalidade, por sua vez, é expressão de certa atividade do sujeito em face da realidade. (...) Se o homem vivesse em plena harmonia com a realidade, ou absolutamente conciliado com seu presente, não sentiria a necessidade de negá-la idealmente nem de configurar em sua consciência uma realidade ainda inexistente (VÁZQUEZ, 1977, p. 189).

A rigor, o sujeito da práxis, dirige seus atos – que se iniciam com a antecipação, consciente, ideal do resultado real – a determinados objetos para transformá-los. Por conseguinte, cada forma específica de práxis tem seu objeto particular. Esses objetos, ou matéria-prima sobre o qual o ser humano exerce sua ação, pode ter natureza diversa: corpo físico, ser vivo, vivência psíquica, grupo, relação ou instituição social (VÁZQUEZ, 1977). Assim, na práxis específica, a natureza da matéria sobre a qual o ser humano exerce a ação para operar uma transformação, deve ser especificada, determinada, conhecida em sua essência. O produto da práxis é o resultado real, adequado intencionalmente ao resultado ideal, por sua vez subordinado às intempéries no decorrer do processo prático; é a matéria-prima transformada, levando-se em conta que a finalidade original (ideal), sempre sofre modificações, às vezes radicais, no decorrer do processo prático.

Um outro elemento ainda convém ser destacado, que é, os instrumentos da práxis. Estes podem ser “os recursos, construídos ou não pelos próprios seres humanos, dos quais lançam mão para, transformando a matéria prima, verem transformadas em produtos as finalidades que dirigiram esta atividade transformadora” (RIBEIRO, 2001, p. 22).

Dentre os instrumentos, considero importante destacar o conhecimento científico, elemento constitutivo fundamental que possibilita galgar o mais elevado nível de práxis. Porém, “tais instrumentos podem ter natureza diversa como tem a matéria-prima e o produto” (RIBEIRO, 2001, p. 22). Não obstante, deles dependem também, a adequação a finalidades. Embora apresento tais elementos de maneira linear, a práxis, por ser atividade humana adequada a finalidades, é movimento constante, e seus elementos constitutivos se apresentam, realmente, num movimento dinâmico de relativa dependência e autonomia entre si. Nesta dinâmica que constitui a práxis, enquanto atividade humana consciente,

(...) algo que em uma circunstância aparece como matéria-prima ou produto, em outra pode aparecer como instrumento e vice-versa; algo que em determinada circunstância aparece como produto, em outra pode aparecer como matéria-prima; algo que aparece como agente (ser-humano), em outra pode aparecer, a um tempo, como agente, instrumento e/o matéria prima (RIBEIRO, 2001, p. 22).

Relembrando Marx (1996, p. 297), quando diz que – referindo-se a práxis produtiva numa sociedade qualquer ou trabalho em geral – o homem “(...) ao atuar (...) sobre a Natureza externa a ele e ao modifica-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza”, é importante afirmar um aspecto fundamental da dinâmica dos elementos constitutivos da práxis: “o ser humano é sempre a um só tempo, agente e produto de sua ação, portanto, da atividade propriamente humana” (RIBEIRO, 2001, p. 23). A regra é válida para toda práxis específica, e por isso o sujeito de uma determinada prática, ao agir sobre seu objeto – utilizando-se de conhecimentos específicos (instrumentos) por ele produzido ou adaptado (traduzidos) – com a finalidade de suprir determinadas necessidades humanas, sofre reflexos na sua individualidade e sociabilidade, na sua forma de pensar e de agir, que também são específicos. Por isso a Enfermagem inaugura ao longo da sua história, diferentes estilos de pensamento – conforme apresentados por Backes (1999) com base em “Ludwik Fleck” – que por sua vez gera influxos no processo prático e vice-versa.

A partir destas considerações, lanço algumas ponderações de meus pressupostos de que a práxis de Enfermagem e a práxis de Bombeiros, são práticas específicas. E por isso questiono: o que elas tem de específicas? Quais são estas particularidades? Acredito que, delimitar tais especificidades é fundamental, pois é sobre elas que se fundam as argumentações principais deste trabalho. Preciso então, fazer uma “tradução” dos elementos constitutivos apresentados sobre a práxis em geral para a práxis de Enfermagem, delimitando em contraposição, o que a diferencia da práxis de Bombeiros.

O primeiro indício de que a totalidade prático-social – que inclui todas as formas de práxis – e por sua vez a práxis social (uma das formas de práxis) se decompõem em formas específicas de práxis, refere-se ao objeto sobre o qual o sujeito age para transformá-lo. Como vimos, “a matéria-prima da atividade prática pode mudar, dando

lugar a diversas formas de práxis” (VÁZQUEZ, 1977, 194), sendo possível também, que o objeto da práxis seja o mesmo para diferentes formas de práxis. Por exemplo, é possível considerar a madeira como sendo matéria-prima tanto da “práxis produtiva”, isto é, da “relação material e transformadora que o homem estabelece – mediante seu trabalho – com a natureza” e da “práxis artística”, isto é, “a produção ou criação de obras de arte” (VÁZQUEZ, 1977, 195-198). Ou seja, a madeira ora aparece como objeto da práxis do operário de uma indústria de móveis, ora como objeto sobre o qual age o artista para esculpir sua obra. Logo, a matéria-prima não é suficiente para determinar as especificidades de uma práxis.

Os instrumentos, de um modo geral, também não são suficientes. Por exemplo, na práxis de saúde, um estetoscópio pode ser instrumento da práxis tanto do enfermeiro, quanto do médico e por isso, não define nada. No entanto, dentre os instrumentos, existe um que é fundamental nesta distinção: *o conhecimento científico*. Apesar de ter pontos em comum para as práticas específicas, por exemplo, como usar o estetoscópio ou o que auscultar com ele, o conhecimento científico tem particularidades que remetem, ou são úteis, a determinadas práticas. É o instrumento que o sujeito da práxis usa para adequar suas finalidades. Em vista disso, o conhecimento científico sobre o uso do estetoscópio é o instrumento através do qual o sujeito direciona sua atividade que é atender uma determinada necessidade humana. Por sua vez, o conhecimento científico, por si só, também não define a práxis específica se seu uso não estiver adequado à finalidades específicas.

A questão que se coloca, então, é saber qual dos elementos constitutivos da práxis se altera – nas diferentes práticas – e, ao alterar-se, determina uma forma específica de práxis? O que se altera, responde Vázquez (1977), é a natureza da necessidade humana que determina a atividade do ser humano sobre o objeto. Ou seja, se “o objeto da atividade prática é a natureza, a sociedade ou os homens reais, a finalidade desta atividade é a transformação real, objetiva, do mundo natural ou social para **satisfazer determinada necessidade humana**” (VÁZQUEZ, 1977, p. 194, grifo meu). Em outros termos, o que determina a práxis específica é a natureza da necessidade humana que ela satisfaz. Em

vista disso, nos exemplos que utilizei, o uso do estetoscópio, bem como, o conhecimento científico que o reveste, é específico da práxis de Enfermagem quando a sua finalidade é o de prover cuidado de Enfermagem. Da mesma forma remete-se à práxis médica, quando a finalidade é atender uma necessidade terapêutica ou de tratamento e cura. A natureza da necessidade humana

determina a finalidade imediata (particular) através da qual se realiza concretamente o significado mais geral e fundamental da práxis para o ser humano, pela mediação da realização do significado específico. A mudança da necessidade determina, desse modo, a *mudança da natureza da finalidade imediata* (RIBEIRO, 2001, p. 25, grifo da autora).

Assim, a matéria prima, a necessidade humana e, conseqüentemente a finalidade, acabam por impor mudanças nos instrumentos (RIBEIRO, 2001).

O conhecimento é um instrumento específico quando sua finalidade está determinada (por exemplo, cuidado ou tratamento), mesmo assim, não deixa de ter pontos em comum, haja vista que, é sempre instrumento da práxis total.

A práxis de Bombeiros, embora seja também uma práxis social cujo objeto é o homem – embora nem sempre diretamente – a necessidade humana que determina sua especificidade é a necessidade de segurança; uma necessidade que todo ser humano tem, de sentir-se seguro no seu convívio em sociedade, portanto, de segurança pública. O ser humano em sociedade requer da práxis de Bombeiros, a garantia do suprimento da necessidade de sentir-se seguro. Mesmo quando o estado de segurança é rompido e o ser humano (individual ou coletivamente) é ameaçado, a necessidade humana a ser suprida pela prática de Bombeiros, continua sendo a necessidade de sentir-se seguro em sociedade, pois o risco de morte iminente decorre da quebra da segurança social ou pública.

Neste processo, apresentando o indivíduo (ou um coletivo) um rompimento da sua integridade física ou psíquica, passa a apresentar – no âmbito individual – uma outra necessidade, quer seja, de atendimento à saúde. Portanto, as ações de resgate ou salvamento específicas dos Corpos de Bombeiros – do mesmo modo que as ações de manutenção da segurança pública – não se confundem com as práticas de cuidado e

tratamento voltadas especificamente ao provimento da recuperação da saúde individual. Por conseguinte, o instrumento do conhecimento também é específico, uma vez que, adequado à finalidades, ou seja, “em termos de prática propriamente humana, não se está no âmbito da pura prática e sim no âmbito da unidade entre teoria e prática (práxis)” (RIBEIRO, 2001, p. 28).

Em conseqüência, o conhecimento ou teoria, enquanto instrumento essencial da práxis, deve ser tão específico quanto a respectiva práxis específica que fundamenta, tendo em vista que, a natureza da necessidade humana a ser suprida, imediatamente, também é específica. Na esfera das práxis sociais, o objeto das práxis sociais específicas é sempre o ser humano (individual ou social) em todas as suas dimensões. Contudo, o instrumento do conhecimento, modifica-se consideravelmente, tomando diferentes formas ou adaptações, de acordo com a necessidade humana que determina a especificidade da práxis.

Quando se trata da práxis de Enfermagem profissional, ou melhor, aquela pela qual seus agentes passam por um preparo formal, fundado no conhecimento científico – e por isso supera a Enfermagem tradicional, leiga – a necessidade humana a ser suprida pode ser definida como cuidado de Enfermagem. Como toda práxis é historicamente determinada, na sociedade contemporânea o atendimento da necessidade humana de cuidado, pela Enfermagem – de acordo com o estágio atual do conhecimento científico –, pode se dar de forma direta (cuidado direto) ou indiretamente (cuidado indireto) (SILVA, 1989). Em vista disso, a finalidade imediata da práxis de Enfermagem é determinada diretamente pela satisfação das necessidades humanas de cuidado. Seu objeto não se caracteriza apenas como um corpo biológico, mas sim, como um corpo dotado de consciência e inserido numa trama de relações sociais; em suma o homem é síntese dos processos biológicos, psíquicos e sociais que por serem históricos, estabelecem certa unicidade, cada qual, contendo na sua essência a característica de ser humano; o que faz com que o homem carregue consigo a eterna necessidade de cuidado – no processo de viver saudável, de adoecer e de morrer –, que por sua vez requer uma prática para satisfazê-la.

Nesses termos, a práxis de Enfermagem está imediatamente determinada pela finalidade de satisfação da necessidade humana – que todo ser humano tem, desde os primórdios da sua existência –, de cuidado que, por sua vez,

(...) significa a garantia direta da continuidade da vida do grupo, da espécie homo. (...) Os homens (...) sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie (COLLIÈRE, apud BACKES, 1999, p. 69).

Convém salientar apenas, que, mesmo tendo este entendimento da finalidade imediata à qual a prática de Enfermagem se subordina e que lhe confere significado específico, particular, “(...) não é possível ignorar ou, ainda que seja, esquecer que este tipo de atividade, como todos os outros, é determinado pela finalidade mais geral, universal e, portanto, de caráter mediato de satisfação da necessidade de todo ser humano de se produzir ser humano” (RIBEIRO, 2001, p. 29).

Logo, a prática de cuidados é inerente ao ser humano, pois, o acompanha desde o momento em que se fez homem. Uma prática que, como qualquer outra, exige conhecimento, pois este é o instrumento fundamental de toda forma de práxis; da ação dos sujeitos sobre determinado objeto para transformá-lo. Como diz Vázquez (1977, p. 234-235), “(...) a prática como atividade objetiva e transformadora da realidade natural e social (...) implica um certo grau de conhecimento da realidade que transforma e das necessidades que satisfaz”.

Todavia, com o advento da sociedade moderna, através da qual se consolida a ciência, a prática de cuidados, transforma-se – sem, contudo, deixar de coexistir – em profissão, institucionalizada. Mediante esta transformação, convém destacar que a ciência passa a exercer forte influência na prática de cuidados e, em se tratando de prática de Enfermagem profissional, não se trata de qualquer conhecimento, mas sim do conhecimento científico. Os sujeitos desta práxis passam a agir e desenvolver-se com base no conhecimento científico, distanciando-se cada vez mais do cuidado comum que permanece inerente ao ser humano em sua vivência em grupos sociais, especialmente o familiar.

A prática de Enfermagem, então, passa a caracterizar-se pela construção de um corpo de conhecimento próprio, traduzido das ciências naturais e sociais dentre o qual, seus agentes têm de, necessariamente apreender um certo nível, para poder agir dentro de um padrão determinado por normas legais e éticas.

Por último, considerando que a saúde é condição sem à qual o ser humano não pode suprir sua necessidade humana de transformar criativamente o mundo natural e social para fazer dele um mundo mais humano e conseqüentemente reproduzir-se como ser humano, o produto da prática de Enfermagem não pode ter outro caráter que não seja universal, no atendimento das necessidades humanas de cuidado.

5. O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DO CORPO DE BOMBEIROS – A PRÁTICA DA QUAL EMERGE A REFLEXÃO

Durante o período previsto pela Disciplina de Projetos Assistenciais em Saúde e Enfermagem para a realização da prática, efetuei um total de dez plantões de aproximadamente 12 horas, em horários diurnos e noturnos – dias de semana e final de semana.

A quantidade de atendimentos em que participei durante a prática assistencial foi bastante diversificada e exigiu que buscasse constantemente revisar certos agravos à saúde e seus respectivos cuidados de Enfermagem. Apresento na tabela 1 o conjunto de ocorrências em que participei do atendimento durante o período compreendido da prática assistencial.

TABELA 1 – Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares segundo o sexo e natureza da ocorrência. ASU – 67 do CBM de SC. Florianópolis, maio 2003 (período de estágio).

Sexo	Natureza da ocorrência		Subtotal	%
	Clínico	Causa externa		
Feminino	6	4	10	52,63
Masculino	1	8	9	47,36
TOTAL	7	12	19	100

Para melhor compreensão da dinâmica do processo da prática assistencial, apresento alguns dados que compõem o perfil das vítimas atendidas, ressaltando a natureza da ocorrência, provável quadro clínico, sexo, idade e destino, no quadro 1.

QUADRO 1 - Distribuição dos atendimentos pré-hospitalares segundo natureza da ocorrência, provável quadro clínico, sexo, idade e destino. ASU – 67 do CBM de SC. Florianópolis – maio de 2003 (período de estágio).

Natureza da ocorrência	Diagnóstico clínico provável	Sexo	Idade	Destino
Queda de nível	Fratura coxofemural	F	80	HRSJ
Colisão moto e veículo	Escoriações MMSS e MMII	F	34	Recusa de atendimento
Atropelamento	Fratura antebraço esquerdo	F	16	HRSJ
Clínico	HIV +	M	47	HF
Atropelamento	Ferimentos abrasivos MID	M	17	HRSJ
Clínico	Crise Convulsiva	F	22	HRSJ
Queda de motoqueiro	Conduzido por populares	M		
Colisão de moto em dia anterior	Trauma torácico (vítima estava em residência)	M	53	HF
Queda de nível devido crise convulsiva	Ferimentos na face	M	48	HRSJ
Clínico	Depressão/anorexia	F	38	HF
Colisão caminhão e veículo	Óbito	M	22	IML
Colisão caminhão e veículo	Escoriações cabeça, face, MMSS e MMII	M	18	HRSJ
Colisão caminhão e veículo	Ferimento contuso na região frontal da cabeça, com suspeita de TCE	M	17	HRSJ
Colisão veículo	Edema/hematoma região frontal da cabeça	F	22	HRSJ
Clínico	AVC	F	65	HRSJ
Colisão motoqueiro e veículo	Contusão joelho	M	27	HRSJ
Clínico	Crise conversiva/hipertensão	F	53	HF
Clínico	Epistaxe/Hematêmese/Insuficiência respiratória	F	78	HF
Clínico	Cardíaco (Angina)	F	52	HRSJ

Mediante as dificuldades de implementar a proposta inicialmente planejada, passei a registrar as informações da observação participante em diários de campo, para posterior identificação das informações através da técnica proposta por Trentini, Paim (1999). Assim, classifiquei as informações coletadas em notas de observação (NO), notas teóricas (NT), notas metodológicas (NM) e notas de cuidado (NC) (TRENTINI, PAIM, 1999).

Da análise do conjunto de informações decorrentes do cotidiano da prática assistencial, passei a fazer o devido re-conhecimento e reflexões sobre o APH do CB, para apresentar possibilidade de respostas ao dilema enfrentado – motivos entre os quais

acredito que inviabilizaram a proposta inicial –, assim como, apontar possibilidades para se repensar um outro modelo.

Das observações realizadas no decorrer da participação na prática, duas questões fundamentais chamaram a atenção – pelo fato de permearem grande parte das classificações (notas) propostas por Trentini, Paim (1999): 1º) a assistência pré-hospitalar previamente estabelecida através de um “Protocolo de Atendimento” – traduzido das metodologias norte-americanas – e rigorosamente articulada com a organização do trabalho dos bombeiros militares; 2º) o baixo nível de conhecimento científico para a prestação da assistência pré-hospitalar que, conforme apresentada acima, varia entre as diversas naturezas e graus de complexidade dos problemas de saúde.

Neste processo, ao iniciar um exercício de abstração desses problemas – aparentemente sem grandes conseqüências –, comecei a pressupor a existência das práticas específicas que, por conseguinte, precisam respeitar seus limites para criar possibilidades de serem exercidas com o mais alto grau de criatividade e reflexão para cumprirem seus objetivos imediatos e se articularem – no conjunto de práxis específicas – numa relação que visa satisfazer a necessidade humana mais geral de se humanizar e se produzir como ser humano.

Por acreditar que esses problemas oriundos da observação-participante – confirmados por documentações institucionais, legislações e normas – compõem a estrutura da precariedade do serviço prestado à população, resolvi, sobre eles, centrar a discussão amparada na “filosofia da práxis” e, de certo modo, já fundamentada nos capítulos anteriores. Antes, porém, preciso situar o leitor nas características peculiares do contexto no qual ocorreu a experiência vivenciada, especialmente sobre a organização militar do CB, sua missão institucional, bem como, a relação com o APH.

5.1 Contextualização Da Prática Assistencial: As Características Do Campo

O campo de desenvolvimento da prática assistencial foi no SvAPH do 1º Batalhão de Bombeiros Militar de SC, localizado no Bairro Estreito, Cidade de Florianópolis, através do Auto Socorro de Urgência (ASU) – viaturas utilizadas para prestar o denominado “Suporte Básico de Vida”.

O serviço é acionado através do solicitante via telefone 190 ou 193 do Centro de Operações da Polícia Militar (COPOM) que através de uma reestruturação preconizada pelo Plano Nacional de Segurança Pública, passou a ser denominado Emergência 190⁸¹. O solicitante é atendido por um telefonista (policial militar) que registra as informações no computador e outro despachante⁸² via rádio, aciona o ASU mais próximo. Tanto para as ocorrências de APH como para as específicas de Bombeiros, existe um despachante bombeiro militar.

No CB do Estreito fica uma viatura ASU tripulada por uma guarnição composta de três bombeiros militares. Eventualmente conta com um componente extra, bombeiro voluntário⁸³ que, convém destacar, não está previsto entre os profissionais “não oriundos da área da Saúde” na Portaria 2048/2002 do MS que dispõe do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais do Sistema de Urgência e Emergência (BRASIL, 2002a).

Os bombeiros atuam em plantões de 24 horas com 48 horas de folga, durante sete dias da semana, prestando socorro às vítimas que necessitem de APH em qualquer situação e grau de complexidade dos problemas de saúde.

⁸¹ A nova central, denominada Emergência 190, integra as instituições estaduais de Segurança Pública (Corpo de Bombeiros, Polícia Militar e Polícia Civil) visando a implementação do Sistema Único de Segurança Pública (BRASIL, 2002b).

⁸² Cada instituição tem o seu despachante. O Despachante do CB é um Bombeiro Militar que repassa às equipes do ASU as ocorrências de APH solicitadas através do COPOM, bem como, **todas as ocorrências de bombeiros**.

⁸³ Bombeiro voluntário é bombeiro civil habilitado para trabalhar com as equipes bombeiros militares, embora para trabalhar no ASU não lhe é exigida habilitação em saúde.

Através do Auto Socorro de Urgência (ASU) do CBM de SC, realizei assistência de Enfermagem às vítimas em situações de urgência/emergência, no ambiente pré-hospitalar e durante a remoção à emergência hospitalar mais próxima, atendendo – de acordo com o Protocolo – os problemas da vítima de acordo com suas prioridades. No período de estágio durante o mês de maio, durante os dez plantões de aproximadamente doze horas, participei dos atendimentos e outras atividades relacionadas ao SvAPH, tais como prevenção em eventos, limpeza/desinfecção da viatura, entre outras, que contribuíram para observação de problemas relacionados com o serviço.

5.2 O Atendimento Pré-Hospitalar Na Organização Do Corpo De Bombeiros Militar

O Corpo de Bombeiros do Estado de SC foi criado em 26 de setembro de 1926 pela PM do Estado, na época, denominada Força Pública, com características de Exército provinciano. Desde sua fundação, desenvolveu-se vinculado e subordinado operacional e administrativamente à PM de SC, do mesmo modo que a maioria dos Copos de Bombeiros estaduais que foram criados pelas PPM, com exceção do CBM do Estado do Rio de Janeiro e Distrito Federal e outros civis, em todos os Estados – em decorrência de determinadas condições histórico-culturais e políticas. Entretanto, há muitas décadas essa vinculação restringiu a autonomia da instituição CB para o exercício de suas atividades específicas, assim como, os recursos ficavam restritos às ações policiais militares.

O CBM de SC surgiu com a missão específica de combater incêndios. Com o passar dos tempos, pela sua ociosidade, foi assumindo outras atribuições – de responsabilidade do Estado –, muitas vezes alheia à sua prática, como é o caso do APH⁸⁴. Por tal motivo e pela necessidade de re-adequar a instituição às novas missões a ela

⁸⁴ Um outro exemplo seria a análise de projetos de segurança contra incêndios, atribuição de engenheiros, que foi incluída na Constituição Estadual de 1989 como sendo “missão” do CBM de SC; até hoje ainda não foi resolvida essa ingerência de modo que tem sido por inúmeras vezes, motivo de disputa entre o Conselho Regional de Engenharia e o CB, haja vista que os Bombeiros não possuem formação nos padrões da engenharia.

atribuídas, há alguns meses vinha-se discutindo a desvinculação do Corpo de Bombeiros Militar da PM do Estado de SC. Durante o período de estágio, tramitava na Assembléia Legislativa, o projeto de emenda constitucional (SANTA CATARINA, 2003) de um deputado do Partido dos Trabalhadores – reavaliado e encaminhado pelo Poder Executivo –, a fim de efetivar a desvinculação, tendo em vista que a tramitação do projeto dependia, também, da iniciativa do Poder Executivo cujo Governador mantinha em seu plano de governo.

Com o comandante do CB – há muito tempo favorável à desvinculação, a aquiescência do Comandante Geral da PM e do Governador do Estado, passou-se a discutir a questão no âmbito da instituição. Entretanto, como em todo o regime militar, a discussão restringiu-se ao alto escalão que se dirigiu à tropa com táticas de manipulação e pressão no sentido de tornar a base favorável à mudança e dar uma falsa impressão de participação.

O projeto de desvinculação foi revisto pela cúpula do CB, assim como, todas as outras definições/regulamentações subseqüentes (num conjunto de Leis de Organização Básica) foram por eles elaboradas e decididas de acordo com suas verdades inquestionáveis evitando assim, desencontro de idéias que poderiam prejudicar o processo de desvinculação das instituições CBM e PM. Apesar disso, e também por isso, permanecia entre os praças a dúvida. A proposta de EC foi encaminhada pelo poder executivo e aprovada na Assembléia Legislativa no final do mês de maio de 2003, assim como as respectivas Leis de Organização Básica, no mês seguinte.

Entretanto, o projeto de CB que advém da desvinculação da PM, não apresenta significativa mudança – com exceção de autonomia administrativa e operacional em relação à PM. Criou-se apenas, “a categoria Militares Estaduais” que passaram a subordinar-se às normas comuns para a PM e CBM (normas legais militares, regulamentos disciplinares, estatutos, entre outras)” (SANTA CATARINA, 2003). Por sua vez, é possível que o futuro da instituição, dos profissionais que a compõem e dos serviços prestados à sociedade, não sofrerão grandes alterações a não ser em decorrência

da legitimação de ilegalidades ou inconstitucionalidades⁸⁵, por exemplo, a inclusão na EC, a missão de realizar o APH. Em suma, a estrutura da organização continua profundamente marcada pelo autoritarismo que criou uma dicotomia estrutural nas instituições das Polícias Militares e Corpos de Bombeiros Militares, qual seja, elas têm uma **função de natureza civil** e uma de estrutura militar; seus regulamentos disciplinares reproduzem o do Exército brasileiro (BRASIL, 2002b, grifo no original).

Todas as Legislações de Organização Básica do CB desvinculado da PM foram rigorosamente pautadas nos princípios arcaicos do Decreto-Lei nº 667 de 02 de julho de 1969 – baixado à sombra das atribuições presidenciais conferidas pelo Ato Institucional nº 5 de 13 de dezembro de 1968⁸⁶ –, conseqüentemente ignorando os princípios fundamentais de uma constituição inacabada promulgada em 1988. Por sua vez, a nova constituição ao mesmo tempo em que evoca os direitos humanos, a dignidade da pessoa humana, a defesa da paz e a solução pacífica dos conflitos, entre outros, mantém intacta estruturas obsoletas e contrárias à concretização dos “princípios fundamentais”, tais como as Polícias Militares e Corpo de Bombeiros Militares enquanto forças auxiliares e reservas do Exército (BRASIL, 1998, p. 83). De acordo com o atual Projeto de Segurança Pública para o Brasil,

nenhuma mudança ocorrerá se o princípio fundador das corporações não sofrer radical transformação. Essa mudança é representada pela transição de uma cultura de guerra para uma cultura de paz, de uma visão excludente de mundo para um entendimento dialogal das funções policiais. O cidadão é o destinatário dos serviços de segurança pública. Isso significa reconhecer que tais serviços devem trabalhar pelo estabelecimento de relações pacíficas entre os cidadãos, constituindo-se em um conjunto complexo de atividades que tem como finalidade a paz e não a guerra, o que leva a mudanças substanciais na estrutura sistêmica desse setor (BRASIL, 2002b).

⁸⁵ Refiro-me as atribuições que apresentam indícios de infração, por exemplo, do inciso XIII do artigo V da CF; “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer” (BRASIL, 1998), e até mesmo ao chamar para si, atribuições que não lhe competem, por exemplo, a prestação do serviço de saúde pré-hospitalar de urgência/emergência.

⁸⁶ O Decreto-Lei 667/69 – baixado por Costa e Silva, reorganiza as Polícias Militares e os Corpos de Bombeiros Militares dos Estados e do Distrito Federal. Na referida Lei, as Polícias Militares e Corpo de Bombeiros são consideradas Forças Auxiliares e Reserva do Exército de modo que o apanágio foi mantido na CF promulgada no auge da abertura política. Ao manter essa determinação fundada no AI 5, a CF resguarda a “Definição e Competência” das PPMM e dos CBMM que segundo o artigo 3º, são “instituídas para a manutenção da Ordem Pública e **Segurança Interna** nos Estados, nos territórios e no Distrito Federal (...) no âmbito das suas respectivas jurisdições” (BRASIL, 1969, grifo meu).

Embora refira-se à Polícia Militar, a citação também deve ser dirigida aos Corpos de Bombeiros Militares, que, apesar de terem uma atribuição diferente da PM no âmbito do setor de Segurança Pública, surgem – como é o caso do CBM de SC – do seio das PPMM e, da mesma forma sofreram ingerência do Exército a partir da ditadura militar de 1964 e por isso, no âmbito militar, têm as mesmas atribuições de segurança interna, ou seja, de guerra. Toda a estrutura organizacional e normas militares emanam – e são mantidas – daquela instituição que tem como finalidade a guerra. Por isto, a cultura presente no âmago das instituições de Segurança Pública, é uma cultura de guerra. Por isso é “indispensável, para que se implante um processo sustentável de construção da paz, a transformação profunda das polícias [e também dos Corpos de Bombeiros], de seus valores fundamentais, de sua identidade institucional, de sua cultura profissional, de seu padrão de comportamento” (BRASIL, 2002b, p. 27).

Estas são alterações essenciais para que tais instituições assumam, de fato, a sua atribuição de segurança pública. Contudo, no tocante aos Corpos de Bombeiros, é preciso que suas missões sejam re-definidas respeitando os limites de sua prática; e respeitando e relacionando-se com as práticas de saúde. A desvinculação do CBM, não trouxe – para o CBM e para a PM – nem a tão evocada “transformação profunda” prevista no Plano Nacional de Segurança Pública, e nem a necessária re-definição dos limites das respectivas práticas.

O CBM de SC tem uma missão específica no bojo do setor de Segurança Pública assim impressa na EC 33:

O Corpo de Bombeiros Militar, órgão permanente, **força auxiliar, reserva do Exército, organizado com base na hierarquia e disciplina**, subordinado ao Governador do Estado, cabe, nos limites de sua competência, além de outras atribuições estabelecidas em lei:

I – Realizar os serviços de prevenção de sinistros ou catástrofes, de combate à incêndios e de busca e salvamento de pessoas e bens e o **atendimento pré-hospitalar**;

II – O estabelecimento de normas relativas à segurança das pessoas e de seus bens contra incêndio, catástrofe ou produtos perigosos;

III – Analisar, previamente, os projetos de segurança contra incêndio em edificações, contra sinistros em áreas de risco e de armazenagem, manipulação e transporte de produtos perigosos, acompanhar e fiscalizar sua execução, e impor sanções administrativas estabelecidas em lei;

- IV – A realização de perícias de incêndio e de áreas sinistradas no limite de sua competência;
- V – Colaborar com órgãos de defesa civil;
- VI – Exercer a polícia judiciária militar, nos termos da lei federal;
- VII – Prevenção balneária por salva-vidas;
- VIII – Prevenção de acidentes e incêndios na orla marítima e fluvial; (SANTA CATARINA, 2003, Grifos meus).

Na ocasião, o CBM de SC, passa ter comando próprio, denominado comando do Corpo de Bombeiros, subordinado diretamente à Secretaria de Estado de Segurança Pública. Entretanto, continua com a mesma estrutura organizacional hierarquizada militarmente. Ou seja, uma estrutura organizacional vertical com um sistema de trabalho baseado no relacionamento superior/subordinado, em que na medida que se sobe na escala hierárquica, aumenta a autoridade do ocupante do cargo (CARVALHO JR., 2002). Ou seja, as relações de poder continuam concretizadas por meio de postos (entre os oficiais) e graduações (entre as praças) – conforme determina o Decreto-Lei 667/1969 e tendo em vista que continua vigente para o CB, o Estatuto da PM – que assimila na íntegra os princípios daquele decreto – constituindo a categoria “militares estaduais que terão as mesmas garantias, deveres e obrigações” (SANTA CATARINA, 2003)

Os postos hierárquicos dos oficiais, de acordo com uma escala vertical, estão assim compreendidos: Aspirante-a-Oficial (que é o primeiro posto após formar-se na Academia de Oficiais), 2º Tenente, 1º Tenente, Capitão, Major, Tenente-Coronel e Coronel; as graduações dos praças são: Soldado (1ª, 2ª e 3ª classe), Cabo, 3º Sargento, 2º Sargento, 1º Sargento e Sub-Tenente.

Dentro do CBM de SC encontramos informações da organização que transmitem, por escrito, orientações aos elementos da equipe para o desenvolvimento das atividades, cujos objetivos destas informações são similares aos instrumentos de Enfermagem, como: normas, rotinas, procedimentos e outras informações necessárias para a execução das ações pela equipe de Enfermagem (CARVALHO JR., 2002). Deste modo, os integrantes da equipe (guarnição) do ASU realizam o atendimento determinado no Protocolo de APH, baixado pelo comando do CB tendo como Responsável Técnico⁸⁷ que responde

⁸⁷ Na Lei de Organização Básica que regulamente a EC 33, estão previstas duas vagas de médicos no quadro de

perante o CREMESC, um médico (civil, não pertencente ao CB), através de convênio com a UFSC.

As equipes do ASU são compostas por três bombeiros e cada unidade tem capacidade para atender uma vítima. Atuam em plantões de 24 horas, com 48 horas de folga, fato que pode constituir num importante fator de estresse e desgaste do profissional. A supervisão das ações da guarnição de APH é feita pelo comandante de área – um oficial Tenente, sem habilitação em saúde –, que se faz presente em algumas ocorrências de maior gravidade a fim de manter o controle e comando do atendimento.

Os recursos materiais são essenciais para o funcionamento do SvAPH que por ser muito dinâmico, necessita de uma reserva permanente de materiais, acessíveis durante 24 horas do dia e 7 dias por semana. Fazendo-se necessário uma constante inspeção da quantidade e qualidade do material em estoque na ambulância para que no momento da ocorrência tudo esteja em funcionamento e disponível em quantidade suficiente. Conforme já destacado por Carvalho Jr. (2002), é de grande importância o conhecimento do funcionamento do APH por parte do responsável pela aquisição destes materiais, pois, este serviço tem a necessidade de uma grande variedade de materiais, desde aparelhos sofisticados, como desfibriladores, até materiais simples, como gaze. Este campo de APH está em constante modernização com surgimento dia-a-dia, de novas tecnologias possibilitando um cuidado cada vez melhor, que em contra partida exige um investimento, também, cada vez maior.

A base de APH do CB onde realizei a prática assistencial, possui um local próprio para limpeza e desinfecção do material permanente, usado nas ocorrências e também um almoxarifado no qual ficam armazenados os materiais de reposição. Entretanto, não existe um local para limpeza e desinfecção interna da ambulância com destino adequado para os dejetos – sangue, secreções, entre outros – que muitas vezes, é realizada no próprio hospital. Após a entrega da vítima no hospital e, em outros casos, após ocorrências em que houve grande derramamento de sangue e secreções no ambiente interno da viatura,

este serviço é realizado nos quartéis, porém em locais impróprios pela falta de um local adequado, planejado para tal fim.

A referida base dispõe de uma viatura ambulância (ASU), da marca Mercedes Benz – Modelo Sprinter, caracterizada, tomando como referência o modelo de APH norte americano – como Unidade de SBV. É composta de duas cabines, anterior e posterior, com uma comunicação entre elas possibilitando uma fácil comunicação entre os membros da guarnição e dotada de equipamento de rádio-comunicação fixo e portátil, para a comunicação entre as diversas guarnições de atendimento e a central de comunicações (COPOM). Apresenta sinaleiras de alerta luminoso (Giroflex) com luzes contínuas ou intermitentes e quatro tipos de sinais sonoros (sirenes). A maioria dos materiais e equipamentos⁸⁸ utilizados no SvAPH é de uso permanente, sendo reutilizáveis após limpeza e desinfecção. Materiais de consumo como gazes e chumaços para curativos de emergência são descartáveis.

Com a desvinculação da PM o CBM passa a ter um percentual específico no âmbito do orçamento do Estado. Até então os recursos eram direcionados à instituição PM e se tornavam escassos para manutenção, inclusive, dos diversos serviços do CB. O APH efetuado pelo CB era mantido com recursos estaduais da própria instituição e recursos municipais repassados pelo SUS, mediante convênios firmados com as Secretarias de Saúde dos municípios que fornecem os materiais de consumo pelo SUS de acordo com a produtividade dos serviços realizados em nível de APH. Os convênios são firmados através da Polícia Militar/Corpo de Bombeiros e a Secretaria Municipal de

⁸⁸ Os Auto Socorro de Urgência em nível de SBV contém os seguintes equipamentos: maca rígida de madeira (adulto e infantil) com tirante tipo aranha e fixador de cabeça, maca telescópica articulável, armários com gavetas onde são armazenados materiais de consumo e permanentes tais como: material de limpeza e desinfecção, kit descartável para partos, caixas de luvas, lençóis, cobertor, bolsa de materiais/equipamentos utilizados no local da ocorrência contendo: gazes e chumaços estéreis, soro fisiológico, luvas descartáveis, bandagem triangular, sondas de aspiração, esfigmomanômetro adulto e infantil, estetoscópio adulto e infantil, lanterna para dilatação de pupilas, esparadrapos, ataduras de crepom, tesouras ponta romba, material de curativo, talas rígidas tipo alfa-gesso entre outros; outros equipamentos como: tala de tração de fêmur adulto e infantil (TTF), oxímetro de pulso, colete de imobilização dorso-lombar (KED), conjunto de colar cervical, conjunto de cânulas de Guedel ou Bermann, equipamento de oxigênio/aspiração portátil e fixo, conjunto reanimador manual para adulto, criança e neonato (ambu), material para queimadura, talas rígidas, ficha de APH e de entrega de vítimas e pertences.

Saúde do respectivo município, visando à criação estrutural e repasse de recursos oriundos do Fundo Municipal de Saúde através da Produção Ambulatorial.

Como vimos na EC 33 cuja missão foi apresenta acima, a militarização da assistência à saúde pré-hospitalar em nível de urgência e emergência, é idealizada de forma autoritária, entretanto, no plano real, o CBM é, atualmente, o maior responsável pelos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar de Urgência/Emergência público prestados a população estadual⁸⁹. Ou seja, não é uma instituição de Saúde, mas realiza ações de saúde especificamente médicas e de Enfermagem através deste serviço, num processo que teve como marco fundamental o início da década de 90, conforme revisei no segundo capítulo.

O SUS através de sua tabela prevê que para cada “ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR – TRAUMA I” – atendimento SBV, praticado pelo CBM de SC – o município receba R\$ 19,81, sendo que cada município tem um teto que não pode ser ultrapassado, no caso de Florianópolis é de R\$ 8.300,00 por mês (CARVALHO JR., 2002). Este valor deveria ser repassado para o SvAPH do CB, mensalmente, e investido em materiais de consumo e permanente, mas em Florianópolis esta verba oriunda do SUS é administrada pelo município o qual repassa somente uma parcela através de materiais de consumo, tais como, gases, ataduras, luvas descartáveis, sacos de lixo, soro fisiológico, entre outros. A produção ambulatorial nos municípios da Região da Grande Florianópolis – através de seis ambulâncias (Auto Socorro de Urgência) – chega em média, a 1000 atendimentos/mês⁹⁰. O CBM de SC procura adquirir os materiais permanentes, através do Estado e através do Fundo de Re-equipamento do CB (FUNREBOM) criado pelos municípios e que prevê recursos oriundos do pagamento de taxas de vistorias e análises de projetos de edificações realizadas pelo CB, através do Serviço de Atividades Técnicas (SAT). Entretanto, no município de Florianópolis nunca foi aprovado esse fundo.

⁸⁹ Em meados de 1999, o APH do Corpo de Bombeiros de Santa Catarina contava com 79 socorristas, 59 viaturas de Suporte Básico (Tipo B) e com funcionamento em 31 municípios que possuem Organizações de Bombeiro Militar (25), Bombeiro Comunitário (5) ou da Polícia Militar (1) (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA, 2004).

⁹⁰ Fonte: COPOM (Sistema EMAPE da Central de Emergência 190).

5.2.1 O Modelo De Atendimento Pré-Hospitalar Do Corpo De Bombeiros: Reflexões Durante A Prática Assistencial

No decorrer da prática assistencial, evidenciei a profunda influência da metodologia mnemônica oriunda, principalmente dos programas *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, *Pré-Hospital Trauma Life Support (PHTLS)* e *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*, norte-americanos. Tais programas – cujas metodologias são reconhecidas mundialmente – apresentam diretrizes orientadoras – (*guidelines*) – da terapêutica. Entretanto, é importante salientar que, sua posição no processo prático pode persuadir os profissionais a aderirem uma suposta melhor indicação clínica para um determinado paciente, tornando-as rígidas, inflexíveis, na relação profissional x paciente. Daí então, a metodologia sai da condição de diretriz orientadora e se transforma numa diretriz a ser seguida, mecanicamente.

Os mecanismos que as instituições podem utilizar para tornar obrigatória a conduta previamente estabelecida podem ser os mais diversos. Conforme Polanczyk et al. (2004),

medidas de controle de qualidade total têm sido implementadas para atuar especificamente na redução da variabilidade da prática médica, com destaque para os protocolos ou diretrizes práticas (*practice guidelines, clinical guidelines*), recomendações de especialistas e grupos de classe e, mais recentemente, rotinas críticas (*critical pathways*).

A rigor, as metodologias norte-americanas, em nível de SBV, na forma de protocolo articulado com as normas militares, são eficientes formas de petrificar a relação profissional–paciente e ceifar as possibilidades – já reduzidas pela limitação de conhecimento científico – de criação e reflexão dos bombeiros-socorristas.

Vejam os com se estabelece esta relação. Os bombeiros militares e, mais recentemente os bombeiros voluntários⁹¹ (Civis), formados pelo CBM realizam o APH seguindo um Protocolo de APH, baixado pelo comando do CB por exigência do CREMESC que determina a presença (na Resolução nº 27/98) de um médico Responsável Técnico. Deste modo, o CB passa a utilizar-se do mecanismo do Protocolo e a assistência pré-hospitalar dos bombeiros em nível de SBV, é previamente determinada (planejada) e realizada sob supervisão médica indireta.

Antes da supervisão médica indireta, o CB já adotava, do modelo de atendimento norte-americano, a sistematização do atendimento com base no método mnemônico – originado no programa *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* e *Pré-Hospital Trauma Life Support (PHTLS)*, ambos oriundos do Colégio Americano de Cirurgiões – que é apenas incorporado no Protocolo. Com as Resoluções nº 27 e 28/97, o CREMESC passa a fiscalizar as empresas (públicas e privadas) de APH e, sobre o SvAPH do CB, aponta que,

o serviço não conta com a participação de nenhum profissional médico na regulação do sistema ou na equipe de socorro móvel. No entanto, a partir de novembro de 1999, após entendimentos entre o CREMESC e o Comando do Corpo de Bombeiros de Santa Catarina, ocorreu a designação de um médico para exercer as funções de coordenação técnica do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar em Santa Catarina (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA, 2004).

A partir da intervenção do CREMESC, se estabeleceu o protocolo e,

atualmente, conforme programa e objetivos do Curso de Formação de Socorristas, os mesmos estão capacitados a prestar o suporte básico de vida, que inclui a realização de avaliação primária e secundária, aferição de sinais vitais, abertura de vias aéreas, ventilação artificial com o emprego de equipamentos auxiliares, desobstrução de vias aéreas, reanimação cárdio-pulmonar em adultos, crianças e lactentes, controle de hemorragias e choque, aplicação de curativos e bandagens, imobilização de fraturas, manipulação e transporte de vítimas com o uso de tábuas rígidas de suporte, tratamento de emergências médicas diversas, atividades de resgate, tratamento de queimaduras e emergências ambientais, atendimento de partos emergenciais e atendimento a múltiplas vítimas (triagem) (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA, 2004).

Conforme consta no documento,

⁹¹ Os bombeiros voluntários em algumas cidades atuam em conjunto com o CBM e, em outros, existem independentemente numa organizam tradicional, histórica, eminentemente civil. São formados com incentivos do Estado que repassa recursos (conforme previsto na CE) através da Associação de Bombeiros Voluntários do Estado de Santa Catarina (ABVESC), criada em 1994.

Os protocolos de atendimento pré-hospitalar definem o padrão mínimo de cuidados a serem promovidos por todos os integrantes do Corpo de Bombeiros ao executarem o atendimento pré-hospitalar ao nível de SBV. Ao executar o Suporte Básico de Vida (SBV), **todo bombeiro deve proporcionar o nível de cuidados estabelecido no protocolo correspondente à emergência**, de acordo com a avaliação do paciente (SANTA CATARINA, 1999, grifo meu).

Ou seja, os bombeiros na sua prática, incorporam e seguem as diretrizes estabelecidas no protocolo que, por sua vez, foi planejado, construído por outrem, que não àqueles que, de fato, o colocam em prática. Em outros termos, trata-se de uma diretriz alheia aos sujeitos da prática, que por sua vez, tem de segui-la mecanicamente, de forma automática. Nesta condição, em vez do protocolo ter um importante papel de homogeneizar decisões servindo de diretriz metodológica para os profissionais mediante situações clínicas semelhantes, tem a função de controlar as limitações de conhecimento científico em saúde e de responsabilidades técnicas dos socorristas-bombeiros.

Antes de definir os protocolos (padrões mínimos de cuidados) “correspondentes à cada emergência”, são estabelecidos os deveres e competências do bombeiros-socorristas, visando disciplinar a conduta deste profissional em todo o processo; desde a prontidão no quartel, suas ações e relação com a pessoa atendida. Sendo assim, os deveres dos socorristas, de acordo com o protocolo do CBM de SC são:

PRONTIDÃO - Estar preparado para responder às emergências assim que for acionado;

RESPOSTA - Responder à imediatamente ao acionamento emergência de forma rápida e segura;

CONTROLE DA CENA - Avaliar a cena da emergência, certificando-se de que a cena esteja segura, de que os meios empregados sejam suficientes e identificando o mecanismo agressor ou agente causador da emergência;

OBTENÇÃO DE ACESSO - Obter acesso ao paciente;

AVALIAÇÃO E ATENDIMENTO - Determinar, ao nível de SBV, quais as necessidades do paciente e prover os cuidados necessários segundo os protocolos indicados;

LIBERAÇÃO - Liberar o paciente de obstáculos que prejudiquem sua remoção sem prejuízo de seu estado

TRANSPORTE - Transportar a vítima de acordo com seu status, de forma segura, para a unidade de referência adequada, garantindo no percurso os cuidados necessários preconizados pelo protocolo de atendimento pré-hospitalar adequado;

TRANSFERÊNCIA - Transferir a vítima para os cuidados adequados, reportando as observações, avaliações e condutas através de relatório escrito padronizado;

FINALIZAÇÃO - Retornar em segurança para a base, elaborar os relatórios complementares, limpar e desinfetar a viatura, o equipamento e a si mesmo, verificar o material, o equipamento e a viatura, tomando as medidas adequadas

para o retorno ao estado de prontidão. Avaliar o atendimento (SANTA CATARINA, 1999, grifo meu).

As competências do socorrista, conforme o protocolo são:

GRUPO I

Dimensionar a cena de uma emergência;
 Avaliar o nível de consciência de um paciente;
 Avaliar, estabelecer e manter uma via aérea pérvia por condutas não invasivas;
 Garantir uma ventilação pulmonar adequada por condutas não invasivas;
 Executar Ressuscitação Cárdiopulmonar ;
 Controlar hemorragias externas;
 Prevenir, identificar e tratar o choque por condutas não invasivas;
 Aferir e avaliar sinais vitais e diagnósticos;
 Classificar o status de um paciente;
 Obter a história do paciente e da emergência.

GRUPO II

Executar curativos e bandagens;
 Identificar, avaliar e imobilizar fraturas, luxações e entorses;
 Identificar, avaliar e efetuar o SBV em vítimas com lesões de cabeça tórax, abdome, quadril/pélvis e genitália;
 Avaliar e auxiliar gestantes em trabalho de parto;
 Efetuar o SBV em neonatal, incluindo pré-termo;
 Avaliar e executar o SBV em paciente de emergência de causas clínicas;
 Avaliar e executar o SBV em paciente especiais: gestantes, crianças, idosos e portadores de deficiências.

GRUPO III

Habilidade nas comunicações escritas e verbais;
 Uso e manutenção adequada dos equipamentos de atendimento pré-hospitalar;
 Utilização adequada das técnicas e ferramentas básicas de resgate (SANTA CATARINA, 1999).

Diante do exposto, entendo que o Conselho Regional de Medicina, através da designação de um médico para o exercício da Responsabilidade Técnica do SvAPH do CBM de SC, delega e limita ações médicas a serem executadas pelos bombeiros-socorristas, sob supervisão médica indireta. Ou seja, através do instrumento do Protocolo, são reguladas ou controladas as ações dos bombeiros. Considerando que no conjunto do atendimento também são realizadas ações de Enfermagem, a pergunta a ser colocada é: quem delega os cuidados de Enfermagem e sua supervisão indireta?

As ações previamente determinadas no Protocolo são baseadas no método mnemônico que, desde o começo da década de noventa - quando o Ministério da Saúde lançou o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas – foi traduzido e adaptado numa sistematização, cuja avaliação da vítima ocorria em duas etapas

denominadas em exame ou avaliação primária e avaliação secundária. A primeira fase do exame, que é denominada Exame Primário, consiste na avaliação de todas as condições clínicas que causem risco iminente de morte, que são: obstrução de vias aéreas, respiração ineficaz ou ausente, lesões de coluna cervical instáveis e deficiência na circulação sanguínea. A segunda etapa ou Exame Secundário consiste em uma avaliação mais detalhada do paciente (SANTOS et al., 1999).

Atualmente, a maioria dos programas de capacitação em primeiros socorros e APH norte-americanos, vem sofrendo alteração e passando a abordar o processo de avaliação do paciente em, pelo menos, cinco fases distintas: dimensionamento (avaliação) da cena, avaliação inicial do paciente, avaliação dirigida (para trauma ou para problemas médicos), avaliação física detalhada e avaliação continuada (OLIVEIRA, 2003).

Os bombeiros estão sendo treinados para o novo modelo ou sistematização, porém, o Protocolo de atendimento ainda não foi atualizado ou adaptado, demonstrando que uma das suas fragilidades é a dificuldade de manter-se atualizado de acordo com os avanços científicos.

No novo modelo, todo o atendimento inicia-se com o dimensionamento ou **avaliação da cena** da emergência (OLIVEIRA, 2003). Tal dimensionamento tem início durante o deslocamento para a ocorrência, quando a central de comunicação repassa à equipe, as informações do solicitante. A exatidão destas informações pode sofrer interferências, principalmente do solicitante e da capacidade do atendente em coletar as informações com precisão. Ocorre que geralmente o solicitante é um leigo e quem atende a chamada no COPOM, também é um leigo, fato que dificulta o planejamento da equipe durante o deslocamento para a ocorrência. No local da ocorrência, o dimensionamento inclui: a verificação das condições de segurança pessoal, da vítima e outros; adoção de medidas de proteção pessoal (precauções universais); observação dos mecanismos de trauma ou natureza da doença; verificação do número total de vítimas; determinação da necessidade de recursos adicionais; sinalização e isolamento do local (OLIVEIRA, 2003). O controle do tráfego, geralmente é realizado por uma guarnição policial que é acionada via COPOM juntamente com a equipe do ASU.

Após dimensionar a cena e preparar-se para o atendimento, o Bombeiro aborda a vítima e realiza a **Avaliação Inicial**. Seguindo este método de atendimento, identifica e corrige os problemas que ameaçam a vida de imediato, por ordem de prioridades, ou seja, vias aéreas, respiração e circulação. A avaliação inicial é realizada segundo o método mnemônico ABCDE que significa:

- A. Abertura de vias aéreas superiores, preservando a coluna cervical (estabilização com colar cervical);
- B. Avaliação da respiração (vendo, ouvindo e sentindo, em quantidade e qualidade suficiente utilizando como parâmetros profundidade e frequência);
- C. Avaliação da circulação (pulso carotídeo: avaliando rapidamente a presença/qualidade e verificando presença de grandes hemorragias externas ou internas).
- D. Estabelecimento do status neurológico da vítima (Alerta, responde a estímulos Verbais, responde a estímulos Dolorosos e Irresponsável – AVDI) e status de remoção (Crítico, Instável, Potencialmente instável e Estável - CIPE);
- E. Exposição da vítima tanto quanto necessário para identificar lesões importantes que ameaçavam a vida.

Posteriormente a avaliação inicial ou estabilização dos sinais vitais da vítima, o Bombeiro parte para a **avaliação dirigida** que visa identificar e corrigir problemas que não tragam risco imediato à vida da vítima. Contudo, durante esta etapa, é comum descobrir-se/surgir lesões ou problemas que poderão vir ameaçar a vida da vítima. Nesta fase os seguintes procedimentos são realizados: entrevista ou coleta de dados tais como o nome completo da vítima, informações sobre a situação e local da ocorrência, informações SAMPLE (Sintomas, Alergias, Medicamentos de uso habitual, Passado Médico, Líquidos e alimentos ingeridos recentemente, Eventos relacionados ao trauma); exame físico, limitado a uma lesão ou problema que requer cuidado.

Após, realiza a **avaliação física detalhada** ou exame físico de forma completa da cabeça aos pés. Para o exame físico os bombeiros utilizam apenas inspeção e apalpação.

Durante o transporte até a unidade hospitalar mais próxima, o bombeiro realiza uma **avaliação continuada**, verificando constantemente os sinais vitais e observando o

aspecto geral da vítima. Convém salientar, que este modelo dispõe, na essência da mesma metodologia do modelo em vigor no protocolo – avaliação primária e secundária (SANTA CATARINA, 1999) – que é o método mnemônico ABCDE do ATLS e congêneres.

No hospital, de posse das informações coletadas, do exame físico e intercorrências observadas, o comandante da guarnição preenche um relatório do APH em duas vias. No momento da entrega da vítima no hospital, uma via fica com o hospital e a outra, após carimbada e assinada pelo escriturário, é arquivada no quartel como documento comprobatório do atendimento, bem como, para fins de obtenção dos recursos do SUS (produtividade ambulatorial). O relatório também é repassado via telefone para o COPOM, onde fica armazenado no sistema informatizado da PM (Sistema EMAPE).

A modalidade de atendimento utilizada pelo CB limita-se ao tratamento/cuidado dos problemas físicos apresentados pela vítima. Outros problemas – ou necessidades – são deixados de lado, até mesmo pela falta de integração do sistema do CB com a rede hospitalar e com o Sistema de Saúde como um todo.

As equipes de APH entram em contato direto com a ocorrência de modo que a coleta de outras informações/problemas mesmo que não pudessem ser resolvidos pelo SvAPH, são importantes para a continuidade do atendimento, não apenas na atenção hospitalar, mas principalmente no contexto da contra-referência, quando a vítima retorna à comunidade.

Nos atendimentos em que participei em conjunto com a equipe, de um modo geral a realização dos procedimentos seguiam a sistematização previamente preconizada em protocolo. O Exame físico é realizado de forma ordenada e sistematizado (céfalo-caudal), através da inspeção visual e palpação, apenas. Percussão e ausculta, buscando identificar possíveis lesões, sinais e sintomas, não são efetuadas pelos socorristas. Aferição e monitorização dos sinais vitais são feitas através do uso de equipamentos como esfigmomanômetro e estetoscópio para aferir Pressão Arterial, oxímetro de pulso para medir Saturação de O₂ e Frequência cardíaca, verificação de temperatura e movimentos

respiratórios, com ênfase apenas na quantidade cujos padrões de normalidade são definidos no protocolo.

Nas ocorrências de menor gravidade da vítima, não é adotada como rotina, a realização completa do exame físico, aferição e monitorização dos sinais vitais. Oxigenioterapia é realizada através de máscara facial algumas vezes no local da ocorrência – através do equipamento de O₂ portátil –, e no interior da ambulância que dispõe de fonte de oxigênio fixa e canalizada, bem como, a aspiração de secreções. O Protocolo determina, para cada emergência correspondente, a quantidade de O₂ a ser ministrada na vítima, por exemplo, nos casos de choque hemodinâmico, e traumas em geral, é preconizado numa quantidade de 10 a 15 litros/minuto. “Traumas em geral”, é muito amplo e através de uma avaliação clínica minuciosa pode-se definir a necessidade ou não de oxigenioterapia. Pelo contrário, o protocolo preconiza para todas as situações de traumas em geral. A rigor, tal procedimento – por ser procedimento de Enfermagem com prescrição médica – não poderia ser realizado desta forma.

Em diversas ocorrências foram realizados curativos simples – que consiste na limpeza do ferimento com gaze estéril e soro fisiológico, cobertura com campo esterilizado e fixado com ataduras de crepom, ou em ferimentos mais graves, curativo compressivo que também tem como objetivo o controle de hemorragias. Após o exame físico quando existe suspeita de fratura, luxação ou entorse, é realizado imobilização com talas moldáveis (alfa-gesso), fixadas com ataduras. Cuidados específicos são tomados em relação à coluna vertebral, sendo rotina estabelecida no protocolo correspondente, a imobilização da coluna cervical com colar e coxim imobilizador de cabeça e o restante da coluna vertebral em maca rígida.

Quanto à assepsia médica/cirúrgica, são usados alguns materiais estéreis – como o Kit de Parto e de queimaduras –, entretanto a maioria é reutilizável após uma limpeza e desinfecção, tais como, talas moldáveis, colar cervical, coxim imobilizador de cabeça, entre outros. A limpeza/desinfecção geral do ASU tem um dia específico (Segunda-feira), quando fica fora de operação. Participei uma vez, durante o estágio, dessa rotina.

Conforme já destaquei, é precária a condição para tal procedimento, por não ter um local adequado. Além da limpeza/desinfecção semanal, tem uma rotina na qual, sempre após cada ocorrência alguns materiais usados são limpos e desinfectados com álcool e outros com presença de sangue ou secreções são levados para uma limpeza manual e deixados de molho em solução de *Hipoclorito de sódio* e após, lavados em água corrente.

Embora não tenha atendido nenhuma ocorrência – no período do projeto assistencial – de parada cardíaco-respiratória, a reanimação cardíaco-respiratória também é realizada pela equipe de APH do CB. Geralmente é executada por 2 socorristas de forma básica, destinada a manter a circulação e oxigenação através da respiração artificial com uso do ressuscitador manual – com máscara facial –, cânula orofaríngea, compressão torácica externa e oxigênio. A equipe dispõe também, de um Desfibrilador Externo Automático (DEA) o qual, após fixação dos eletrodos descartáveis na vítima efetua a avaliação e indica automaticamente a necessidade ou não do choque. Geralmente os procedimentos de RCR são realizados no local da ocorrência e durante o transporte até a chegada no hospital.

Nas ocorrências com vítima em estado grave, instável, a equipe de APH solicita ao COPOM para acionar a equipe da emergência hospitalar. A guarnição do ASU mantém contato via rádio com o COPOM que repassa as informações sobre a ocorrência, como natureza da ocorrência, situação da vítima, quantidade e localização. Os equipamentos de proteção individual (EPI) utilizados para o atendimento de ocorrências são luvas de procedimento, máscara, óculos e colete reflexível.

Mesmo inserindo-se no modelo de atuação determinado pela instituição, durante esta prática assistencial, foi possível realizar procedimentos de Enfermagem nos mais diversos lugares extra-hospitalar, tais como: via pública, casa, apartamento, carro, ônibus, dentre outros. A diversidade de ambientes e situações em que se dá a assistência é o que dá uma característica peculiar a esta modalidade de assistência à saúde, requerendo um certo perfil a ser desenvolvido pelos profissionais.

No decorrer das observações, identifiquei diversas ações de Enfermagem nos atendimentos de urgência/emergência pré-hospitalar, possibilitando a caracterização do

serviço como sendo eminentemente de saúde devendo integrar as categorias profissionais de Enfermagem.

As vivências foram diversas. Desde um simples atendimento em situações não emergenciais até cenas como uma ocorrência de trânsito, colisão frontal entre um veículo e um caminhão, com três vítimas, sendo duas vítimas presas nas ferragens – em que uma delas foi a óbito durante o atendimento – e outra liberada após quase uma hora de trabalho de desencarceramento.

Outra questão que merece atenção, diz respeito a situação de stress quase permanente a que estão submetidos. De acordo com Carvalho Jr. (2002), muitos são os estressores durante estes atendimentos, os quais iniciam na própria espera pela ocorrência e continua durante o acionamento do alarme da base, no deslocamento para a ocorrência com a ambulância em alta velocidade, no som da sirene, nas luzes do Giroflex, no local do atendimento muitas vezes chovendo, com curiosos ao redor, com os riscos de um outro acidente envolvendo-nos e com riscos de contaminação. O local de difícil acesso à vítima, o próprio estresse e a monitorização dela durante o transporte dentro de uma ambulância que muitas vezes não proporciona uma boa ergonomia para a equipe, são todos estressores que afetam a qualidade de vida e do atendimento à vítima pela equipe de APH. Além disso, as dificuldades de relacionamento com a central de operações – que deveria realizar a função de regulação – cujo serviço é realizado por leigos, bem como, a desarticulação com os serviços de Saúde tem ocasionado problemas que dificultam a realização de um SvAPH de qualidade. Contudo, a resolução desses problemas passa pelo reconhecimento que este serviço deve ser realizados por profissionais de saúde e por um serviço de Saúde. Dada sua natureza multidisciplinar e interinstitucional, deve estar integrado no SUS e seu serviço de Regulação.

Em ocorrências que a vítima recusa o atendimento, é exigido que assine (com testemunhas) na ficha de APH, um termo de responsabilidade, já que os bombeiros não têm autonomia para liberar a vítima no local da ocorrência.

Na ocorrência em que houver óbito no local, são encaminhados os seguintes procedimentos: se o óbito for de natureza clínica denominada de “morte natural”, a

família (ou responsável), é orientada para entrar em contato com o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) localizado no Hospital Infantil Joana de Gusmão que funciona 24 horas por dia, e também com a funerária para fazer a condução do cadáver. O SVO também pode acionar a funerária de plantão que dispõe de concessão pela respectiva Prefeitura onde ocorreu o óbito. O SVO faz a autópsia e emite a declaração de óbito em até seis horas após o óbito. Caso a vítima seja portadora de doença crônica e esteja sob tratamento médico, há algum tempo, o médico responsável poderá ser contatado para liberar o atestado de óbito, já que a *causa mortis* (de base) é conhecida; se o óbito for por causa externa ou “morte violenta”, o fato é comunicado à Polícia Civil que se responsabiliza em acionar o Instituto Médico Legal (IML) e fazer a perícia técnica – exame, que tem a finalidade de esclarecer o fato, de interesse da justiça.

A ocorrência de óbito durante a prática assistencial foi por causa externa (morte violenta) na Br 101 – em que a vítima ficou presa nas ferragens – onde a Polícia Rodoviária Federal é responsável em fazer o Boletim de Ocorrência de Trânsito e solicitar ao IML o recolhimento do cadáver, que foi retirado das ferragens pelo resgate do CB.

Destaca-se que os bombeiros não dispõem de amparo legal para estes procedimentos que pressupõe a constatação do óbito. Conforme o protocolo do CB,

1. Em princípio o socorrista não deve considerar a vítima com ausência de pulso e respiração (morte clínica) como definitivamente morta (morte cerebral).
2. Ao constatar a morte clínica da vítima o socorrista deverá imediatamente iniciar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar.
4. O socorrista deixará de aplicar as manobras de reanimação nos casos de:
 - a. **Lesões que evidenciem a impossibilidade de manobras de RCP como, decapitação, calcinação, seccionamento do tronco.**
 - b. **Presença de sinais tardios de morte como rigidez cadavérica, manchas hipostáticas, putrefação, etc.**
4. No caso de constatação de óbito no local como impossibilidade de execução de manobras de RCP o socorrista deve atentar para as providências legais que requer o atendimento.
5. Se a vítima definitivamente morta tiver que ser movimentada pela equipe de socorristas, além das precauções legais o socorrista deverá removê-la para local seguro e providenciar para que ela não fique exposta, cobrindo-a.
6. O respeito ao cadáver é dever de todo o socorrista (SANTA CATARINA, 1999, grifo meu).

Com exceção dos casos aberrantes, teoricamente teria que efetuar o transporte de “cadáveres” para o hospital, tendo em vista que, a constatação/diagnóstico do óbito é de

competência e responsabilidade do Médico. Para os bombeiros, como não é possível legalmente afirmar o óbito, pode-se ter complicações decorrentes como, por exemplo, a omissão de socorro pela não condução da vítima e até mesmo exercício ilegal de profissão. Por outro lado, se o “cadáver” for removido, pode prejudicar a perícia técnica pela alteração do local da cena, cuja preservação para a devida apuração é dever legal do bombeiro. De qualquer forma, do cumprimento da obrigação de fazer os devidos procedimentos e conduzir o morto para o hospital, pode advir outras complicações, haja vista que,

é vedado aos médicos conceder declaração de óbito em que o evento que levou à morte possa ter sido alguma medida com intenção diagnóstica ou terapêutica indicada por agente não-médico ou realizada por quem não esteja habilitado a fazê-lo, devendo, neste caso, tal fato ser comunicado à autoridade policial competente a fim de que o corpo possa ser encaminhado ao Instituto Médico Legal para a verificação da *causa mortis*; (...) devem fazer constar de seus laudos ou pareceres o tipo de atendimento realizado pelo não-médico, apontando sua possível relação de causa e efeito, se houver, com o dano, lesão ou mecanismo de óbito (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Mediante as observações acima, comparadas ao que preconiza o protocolo de atendimento, é possível perceber, que tal instrumento é um meio de remediar os conflitos decorrentes da precariedade do atendimento realizado pelo CB em nível de SBV. A falta de conhecimento sobre a prática assistencial à saúde é remediada pelos procedimentos previamente determinados, caracterizando um fazer mecanizado, com baixo grau de reflexão. Além da assistência direta à vítima que remete à (in) competência técnica, uma série de condutas do socorrista, são reguladas em virtude da ausência de competência legal. Diante disso, demonstra-se apenas a preocupação em eximir o bombeiro-socorrista de qualquer responsabilidade legal, de omissão de socorro, de exercício ilegal de profissão, de preservação da cena de um possível crime, enfim. A relação que deve ser estabelecida entre o socorrista e a vítima é relegada teórica e praticamente.

Como vimos, o socorrista “determina as necessidades do paciente em nível de SBV” e “provê os cuidados necessários segundo os protocolos indicados”. Assim sendo, não apenas a assistência previamente estabelecida restringe a autonomia para prover os cuidados necessários de acordo com uma avaliação consciente e competente, mas também

a autonomia do usuário em participar do processo terapêutico (quando possível) está fora de cogitação. A assistência é previamente determinada, planejada por outrem; o bombeiro-socorrista deve fazer exatamente o que lhe é imposto e a vítima não tem outra opção a não ser aceitar a assistência, porque é a única possível de ser prestada.

6. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: ATRIBUIÇÃO E RESPONSABILIDADE DE QUEM?

O que é, exatamente por ser tal como é, não vai ficar como está

Bertold Brecht

Não obstante, o referencial escolhido para esta re-avaliação (reflexão) me ajudou a levantar indícios de que a prática de APH realizada por bombeiros, se configura numa práxis reiterativa/imitativa e espontânea, dada as condições concretas em que se realiza, com reduzido nível de consciência prática (baixo grau de conhecimento) e subordinada às normas inflexíveis que não permitem que suas ações transitem outros níveis de práxis. Se já não bastasse, é possível ainda, que haja indícios de que a prática profissional de Bombeiros é uma prática específica que se configura fora do âmbito das práxis de saúde – embora estejam profundamente imbricadas.

Portanto, a prática de APH (tratamento e cuidado), não se caracteriza como prática de Bombeiros. Se for assim, com base no referencial escolhido, pressupomos que as práxis de saúde – dentre elas a práxis de Enfermagem – assim como as práxis de segurança pública – dentre elas a práxis de Bombeiros –, são práxis específicas; práxis que possuem certas especificidades, peculiaridades próprias essenciais que foram se desenvolvendo e se afirmando ao longo da história. São específicas, mas, estão profundamente imbricadas, relacionadas e só se relacionam porque são diferentes. É justamente este relacionamento a principal característica de suas especificidades próprias, ou seja, se não se relacionassem, caso não se confundissem em certos aspectos ao se imbricarem, tratar-se-iam da mesma práxis e, conseqüentemente nossa problemática não teria sentido.

Deste modo, acredito que o APH, denominado de SBV (quando institucionalizado) e SAV, em se tratando de cuidados de Enfermagem e procedimentos de Enfermagem, devem ser, incondicionalmente prestados por profissionais de Enfermagem, admitindo-se que, as ações implementadas no SvAPH, na instituição CBM (leia-se, instituição de Segurança Pública) denominadas “SBV”, são práticas de Enfermagem exclusivas desses profissionais e não podem ser confundidas com os primeiros socorros que qualquer pessoa comum tem por obrigação prestar em situações de emergência.

É no âmbito dos primeiros socorros que os Corpos de Bombeiros devem permanecer, não apenas por obrigação legal – conforme Omissão de Socorro prevista no artigo 137 do Código Penal (BRASIL, 1994) –, mas para que sua práxis possa desenvolver-se criativamente naquilo que lhe é específico: neste caso, o apoio ao APH, prestando segurança à equipe de saúde, à vítima real e outras em potencial, bem como, realizando ações de resgate da vítima e, se necessário os primeiros socorros até que os profissionais de saúde tenham acesso à vítima.

As distorções que ocorreram e ainda ocorrem, ou seja, os Corpos de Bombeiros assumindo a assistência de saúde em emergências pré-hospitalares sob o denominado SBV, nada mais é – conforme venho apresentando – do que resultado de políticas de saúde que negam o direito universal à assistência à saúde de qualidade. O que percebemos na prática, nesta modalidade de assistência, é a universalização das ações de primeiros socorros feitas por bombeiros com um treinamento básico, restrito, que não podem desenvolver uma práxis criadora, reflexiva, nesta área porque sua práxis é outra, ou seja, tem suas especificidades que não se confundem com a práxis de saúde.

A assistência à saúde em ambiente pré-hospitalar de emergência envolve condições adversas que requerem da práxis de saúde, ações planejadas, rapidez e rigor de exatidão, voltadas a manter/recuperar a saúde do ser humano. Sua inter-relação com outras práxis específicas, é tão inevitável quanto necessária e dependem dos níveis de consciência prática e consciência da prática em que se encontrem. Delimitar alguns dos entraves – à ascensão dos níveis de práxis – com os quais me deparei no decorrer da prática assistencial, permite apontar algumas das possibilidades e limitações das práxis de saúde,

ao assumirem sua práxis no âmbito da assistência pré-hospitalar, exercerem uma práxis, criadora, reflexiva, portanto ética, competente e transformadora.

Meu pressuposto, neste sentido, é de que o APH, institucionalizado é, incondicionalmente uma prática de assistência à saúde, de intervenção (ou aproximação) no processo saúde-doença, de prevenção dos eventos ou agravos à saúde e, conseqüentemente, deve ser realizado por profissionais de saúde, bem como, estar inserida no SUS, incorporando seus princípios historicamente construídos. Não somente isso, mas pressuponho também, que a prática a ser realizada por profissionais de saúde e integrada ao SUS, é condição fundamental para se lançar bases de uma práxis reflexiva nesta modalidade de assistência à saúde. Em outras palavras, uma práxis que permita superar a práxis reducionista baseada no modelo biologicista – atualmente predominante –, a partir de um aprofundamento teórico conceitual da assistência prestada com base num conceito ampliado de saúde, o que significa elevar a consciência da práxis para transformá-la.

Em resumo, por ser o processo saúde-doença, um processo social, a intervenção no processo, através das ações de assistência à saúde no ambiente pré-hospitalar, devem ser efetuadas exclusivamente pelos profissionais de saúde por sua vez inseridos no Sistema de Saúde, no âmbito do qual as práxis específicas de saúde se consolidam e se desenvolvem tendo como objetivo principal ou finalidade, a assistência à saúde de forma integral.

Os indícios aqui levantados, através da prática assistencial e da análise dos documentos normatizadores, levam-me a dizer, que a prática de APH desenvolvida por bombeiros, se configura numa práxis reiterativa, imitativa e espontânea, dadas condições concretas em que se realiza, com baixo nível de consciência prática (reduzido grau de conhecimento científico em saúde) e subordinada às normas rígidas, inflexíveis tais como os protocolos de assistência articulados com os regulamentos disciplinares e códigos legais militares.

Em outros termos, a atividade do socorrista-bombeiros, é marcada essencialmente pelo exercício de uma práxis, reiterativa, ou seja, imitativa das atividades que lhe são

delegadas pelo médico responsável técnico e controladas pelo mecanismo de supervisão indireta. Deste modo, é possível que não encontremos nesta práxis, nenhum dos traços distintivos da práxis criadora formulados por Vázquez (1977, p. 251), ou seja, se a atividade dos socorristas são previamente determinadas mediante protocolos, significa que não há unidade indissolúvel entre o “interior e o exterior, entre o objetivo e o subjetivo”. Consciência e ação aparecem desvinculadas, pois a práxis por eles realizadas são previamente pensadas por outrem. Conseqüentemente, o processo prático e o resultado, ou melhor, o produto, é sempre determinado, previsível e por isso se repete; podendo ser caracterizada como uma práxis reiterativa ou imitativa que por sua vez “...encontra-se num nível inferior em relação á práxis criadora e se caracteriza precisamente pela inexistência dos três traços distintivos desta práxis, assinalados ou por uma débil manifestação dos mesmos” (VÁZQUEZ, 1977, p. 257). Por conseguinte, se não há espaço para a criação, também não haverá para a reflexão e, se a práxis não é reflexiva, só pode ser espontânea.

O modo de se organizar a práxis, sua estrutura, não permite que suas ações transitem outros níveis de práxis. Afirmo ainda, que toda a problemática constatada, é resultado do desrespeito ou não reconhecimento aos limites de sua própria prática. A prática profissional de Bombeiros é uma prática específica que se configura fora do âmbito das práxis de saúde – embora estejam profundamente imbricadas. Portanto, a prática de APH (tratamento e cuidado), não se caracteriza como prática de Bombeiros e por isso, a assistência à saúde institucionalizada, realizada por “profissionais não oriundos da área da saúde”, não poderá transitar em níveis de práxis além do meramente reiterativo que por sua vez, não permite refletir sobre a prática. A capacidade do ser humano, como ser prático e criador, é ceifada de suas possibilidades. As necessidades humanas de cuidado, tratamento, de assistência à saúde, são precariamente supridas. Em suma, a humanização do homem, neste aspecto, caminha no sentido inverso.

6.1 Reflexões Acerca Da Prática Assistencial

Inicialmente, a metodologia proposta para a realização do trabalho, tinha como referência o construtivismo, assim como, o desenvolvimento da assistência às vítimas se iniciaria **com base no processo de Enfermagem contendo: levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, execução, acompanhamento/avaliação**, ou seja, considerando que no APH do CB, se realizava de fato, assistência de Enfermagem. Em outras palavras, o estudo sobre a metodologia do APH estava planejado para ser realizado com base numa abordagem construtivista do conhecimento, ou seja, numa atuação conjunta, participativa, dos integrantes das equipes que trabalham no Auto Socorro de Urgência.

Seria com a ida ao campo que tais considerações seriam testadas, reformuladas e re-testadas, constantemente, no sentido de aproximá-las da realidade concreta a fim de propor uma metodologia da assistência de Enfermagem em emergência pré-hospitalar, conforme objetivo anteriormente pensado.

Entretanto, ao fazer a solicitação do campo de prática, fui informado pela Coordenação do SvAPH do CB, que a instituição não reconhecia que neste serviço se realizava prática de Enfermagem, não reconhecia os profissionais de Enfermagem que lá atuavam, fato que, de súbito implicou na alteração de toda a perspectiva antes idealizada, vale dizer, tornou-se inviável o projeto de prática assistencial, seus objetivos. No entanto a inviabilidade se daria apenas em virtude deste não reconhecimento?

Mesmo diante do problema, dei início ao trabalho e, num momento seguinte, apresentei o problema à professora orientadora. Mesmo não conseguindo explicá-lo com clareza, haja vista que, ainda não dispunha de informações suficientes para fazê-lo, resolvemos que eu daria continuidade ao trabalho fazendo as devidas adaptações.

Por conseguinte, após reconhecer o campo da prática assistencial, utilizei a estratégia de acompanhar a equipe durante os atendimentos e prestar assistência às vítimas em situação de urgência/emergência, através das unidades de Auto Socorro de

Urgência do CB – responsáveis pelo APH público na região da Grande Florianópolis –, no período previsto para implementação do projeto na prática.

Os sujeitos do estudo foram às vítimas de violência, traumatizadas, em situação de urgência/emergência, assim como, os bombeiros integrantes do SvAPH na medida em que participariam das discussões incitadas no cotidiano da prática. Cada uma das três equipes, com as quais me envolvi, era composta de três bombeiros militares. Cada membro da equipe assinou individualmente, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no sentido de garantir o sigilo das informações compartilhadas e a liberdade de participação e desistência se acaso desejassem (APÊNDICE).

A partir disso, iniciei a discussão com as equipes, sobre a metodologia da assistência: o modelo utilizado pelo Corpo de Bombeiros no APH. Imediatamente, adentramos na **questão do Protocolo baixado pela Instituição**, o qual determina as ações e procedimentos realizados no atendimento. Prontamente reconheci que, pensar, discutir, construir uma outra metodologia, ia ao encontro dos interesses da organização, portanto, estaríamos impedidos – inclusive eu na condição de militar – de fazê-la.

Em síntese, o não reconhecimento das práticas de Enfermagem neste serviço e a **determinação de realizá-las sob determinação de protocolo**, era o real impedimento para a possibilidade de se caminhar em direção a uma nova metodologia, fundada num referencial comprometido com a qualidade dos serviços prestados. Os bombeiros militares que trabalham no serviço de APH são impedidos de atuarem como profissionais de Enfermagem, mesmo que muitos desses profissionais tenham a formação, não são reconhecidos e atuam com base num protocolo de atendimento básico, ou seja, um atendimento previamente determinado. Portanto, os bombeiros não poderiam participar das atividades propostas como ações de Enfermagem.

O objetivo motivador da opção pela continuidade deste trabalho, foi o desafio de conhecer com afinco a problemática que se impunha, bem como, levantar reflexões sobre ela e considerações sobre possibilidades de superá-la.

Não obstante, este conhecimento só poderia advir da prática; fato que, levou a deparar-me com outro dilema durante desenvolvimento da prática assistencial: seguir o protocolo de atendimento baixado pelo CB ou o exercício profissional de Enfermagem e respectivo código de ética? Dilema este decorrente da minha própria situação, ou seja, ser bombeiro militar e ser enfermeiro, ao mesmo tempo. Digo *durante o desenvolvimento da prática* porque esse dilema não se apresentava claro de início. No entanto havia indícios e por isso seu reconhecimento foi acontecendo, assim como, a busca para possíveis respostas.

Deparei-me então com a seguinte situação: fiz um projeto de prática assistencial cuja finalidade era propor uma metodologia da assistência de Enfermagem em assistência pré-hospitalar e, ao entrar no campo da prática e iniciar o processo, se antepôs *certa resistência ou legalidade da matéria*, objeto da prática social em que me inseria.

Vázquez (1977), já havia alertado que na práxis social – mesmo específica –, diferentemente da práxis produtiva e da artística, o ser humano é sujeito e objeto da atividade prática humana. Quando apresenta os objetivos de seu estudo, afirma que

o tipo de práxis em que se cumpre mais plenamente sua dimensão propriamente humana (...) é onde ela se nos apresenta intimamente vinculada ao conceito de criação (...). Nesse plano da criação, ou seja, da capacidade humana de instaurar uma nova realidade que não existe por si mesma, à margem da atividade transformadora do homem, surge o problema de determinar o verdadeiro papel do que parece ser a negação da própria criação, e do homem como ser criador, a violência (VÁZQUEZ, 1977, p. 46-47).

Esta é a encruzilhada com a qual Vázquez (1977) se depara ao analisar os diferentes tipos de práxis e seus níveis e destacar que a atividade transformadora, sobretudo no “terreno social”, se desenvolve com plenitude no âmbito da práxis criadora e reflexiva. Nas palavras do autor, “tais são os problemas que a práxis propõe quando se pretende passar de sua consciência comum a sua consciência filosófica” (VÁZQUEZ, 1977, p. 47). Diante disso, a indagação que faço é: qual a relação que esta encruzilhada tem, com a prática assistencial?

Como disse, deparei-me com uma resistência às mudanças no campo da prática. Uma resistência que, por originar-se no seio de uma práxis social, específica, nada mais é

que ação humana; do ponto de vista da minha práxis, uma anti-ação ou antipráxis. Se for assim, preciso buscar alguns elementos do último capítulo da “filosofia da práxis” – denominado “práxis e violência” –, onde Vázquez (1977, p. 375) delimita “o tipo de relação entre violência e práxis”, a fim de buscar resolver o problema do papel da violência que pode apresentar-se como antipráxis a impedir ou interferir que o ser humano ascenda à práxis criativa-reflexiva para “instaurar uma nova realidade”, neste caso, social.

É preciso, pois, retomar o marco teórico de referência, buscar elementos dele ainda não explorados, para compreender o caminho que trilhei e no qual descobri novos problemas sobre os quais é preciso refletir. Além de que, de acordo com Luna (2002), o método se concretiza no interior do próprio referencial teórico, concretização que, na ocasião, se estende durante todas as etapas do processo prático e da elaboração do trabalho científico.

Para Vázquez,

toda práxis é processo de formação, ou, mais exatamente, de transformação de uma matéria. O sujeito, por um lado, imprime uma determinada forma à matéria depois de havê-la desarticulado ou violentado. No curso desse processo leva em conta a natureza do objeto de sua ação para poder desarticula-lo ou molda-lo. Por outro lado, o objeto só é objeto da atividade transformadora do sujeito na medida em que perde sua substantividade para converter-se em outro. Desse modo, é arrancado de sua própria legitimidade, da lei que o rege, para sujeitar-se à que o sujeito estabelece com sua atividade. O objeto sofre assim a ingerência de uma lei exterior e, na medida em que aceita a legalidade estranha que lhe é imposta, se transforma. (...) A violência se manifesta onde o natural ou o humano – como matéria ou objeto de sua ação – resiste ao homem. Verifica-se justamente numa atividade humana que detém, desvia e finalmente altera uma legalidade natural ou social (VÁZQUEZ, 1977, p. 373-374).

Neste sentido, violência e práxis assumem relações diferentes de acordo com a forma específica de práxis. Na práxis produtiva, por exemplo, o humano se opõe ao não humano (a natureza) e o ser humano precisa usar a força para desarticular, romper a legalidade da matéria que oferece uma resistência - de ordem natural – a ser quebrada (VAZQUEZ, 1977). Deste modo, “a práxis produtiva enfrente resistência, limites, forças que é preciso vencer, mas não enfrenta uma antipráxis, isto é, um sistema de atos

tendentes a anular a própria práxis, ou **assegurar a sobrevivência de uma determinada realidade**” (VÁZQUEZ, 1977, p. 376, grifo meu). Sobre a práxis produtiva,

não se pode dizer, por isso, que à violência do sujeito se oponha uma contraviolência do objeto, ou da matéria. Esta resiste, mas não se opõe como uma antipráxis à práxis do sujeito. Acontece algo semelhante com a práxis artística (...). Daí resulta que tanto na práxis material produtiva como na artística, a violência só existe do lado do sujeito, cumprindo por sua vez, uma dupla função: por um lado, como negação de uma determinada legalidade (ou seja, destruição de uma forma, de uma ordem, de uma realidade) e, por outro, como negação dessa negação, negação dialética da matéria que resiste a ser vencida para receber, por fim, uma nova forma, uma nova legalidade (VÁZQUEZ, 1977, p. 376-377).

A violência, na práxis produtiva e na artística, está a serviço da própria práxis e assume o estatuto de meio a serviço de um fim (VÁZQUEZ, 1977). Pois, somente “mediante a violência se torna possível a passagem do meramente natural ao humano, materializado ou objetivado no produto do trabalho ou na obra de arte” (VÁZQUEZ, 1977, p. 377).

Nas formas de práxis produtiva e artística, o sujeito da práxis, o ser humano, se relaciona com a natureza, que é objeto da práxis a ser transformada e, por conseguinte o papel da violência é nítido. Nestas formas de atividade humana “a práxis não se reduz a violência, mas esta – como meio – é um elemento indispensável da práxis. Entretanto, em relação a violência na práxis social a questão que Vázquez (1977, p. 377) levanta é: “qual será o papel da violência na práxis social, ou seja, quando o homem não é apenas sujeito, mas também objeto da ação?” É exatamente na relação sujeito-objeto da práxis social – da qual depende uma maior proximidade do produto pensado ao produto realizado –, que está a incógnita do papel da violência. De acordo com Vázquez (1977, p. 377), trata-se aqui da práxis como ação de seres humanos sobre outros, ou como produção de um mundo humano depois da subversão da realidade social estabelecida”.

Para Vázquez (1977, p. 377),

práxis e violência se acompanham tão intimamente que, às vezes, parece descaracterizar-se a condição de meio da segunda (...). Temos, por conseguinte, de delimitar as verdadeiras relações entre práxis e violência para poder determinar até que ponto se trata ou não de um elemento indispensável da práxis social, em particular de uma práxis criadora. (...) Nas duas formas de práxis antes citadas, a transformação da matéria passa necessariamente pela violência; isto é, importa

numa alteração ou destruição física das propriedades ou legalidades de um objeto físico (VÁZQUEZ, 1977, p. 378-379).

No entanto,

quando nos instalamos no terreno da práxis social, a ação se exerce sobre homens concretos ou relações humanas que constituem, desse modo, seu objeto ou matéria. (...) Mas as ações humanas que se exercem sobre eles não se dirigem tanto ao que tem de seres corpóreos, físicos, e sim a seu ser social; ou seja, a sua condição de sujeitos de determinadas relações sociais, econômicas, políticas, que se encarnam e cristalizam em certas instituições; instituições e relações que não existem, portanto, à margem dos indivíduos concretos. A práxis social tende à destruição ou alteração de uma determinada estrutura social, constituída por certas relações e instituições sociais. Mas essa práxis social só pode ser levada a cabo atuando os homens como seres sociais, e se exerce, por sua vez, sobre outros homens que só existem *em* relação com os demais e como membros de uma comunidade, mas, por outro lado, como indivíduos dotados de uma consciência e de um corpo próprios (VÁZQUEZ, 1977, p. 379).

Da mesma forma que a práxis produtiva e a práxis artística, “a práxis social, como atividade orientada para a transformação de uma determinada realidade social, tem igualmente que vencer a resistência da matéria (social, humana) que se pretende transformar. **A práxis esbarra no limite oferecido por indivíduos e grupos humanos**” (VÁZQUEZ, 1977, p. 379, grifo meu).

A violência visa dobrar a consciência, obter seu reconhecimento, por isso, mesmo que a ação violenta que acompanha a práxis ou a antipráxis se exerça diretamente sobre o corpo físico, não se detém nele, mas sim, em sua consciência (VÁZQUEZ, 1977).

Não interessa a alteração ou destruição do corpo como tal, mas sim como corpo de um ser consciente afetado em sua consciência pela ação violenta de que é objeto. (...) A violência da práxis social é determinada, como em toda a práxis, pela necessidade de vencer a resistência da matéria (social nesse caso) que é preciso submeter. (...) Junto à violência que acompanha a práxis, figura a contraviolência dos que se opõem a ela. (...) Por conseguinte, a violência está tanto no sujeito como no objeto, e acompanha tanto a práxis como a antipráxis, tanto a atividade que objetiva subverter a ordem estabelecida como a que visa conserva-la (VÁZQUEZ, 1977, p. 381).

A violência que acompanha a práxis ou a antipráxis, de acordo com Vázquez (1977), não se caracteriza apenas pelo uso da força, ou violência em ato, mas também como força ou violência em potencial, pronta para ser usada e converter-se em ato.

Aquém das formas diretas de violência, denominadas de violência “real” ou “possível”, o mesmo que violência em “ato” ou em “potencial”, há também a violência indireta, característica da

sociedade baseada na exploração do homem pelo homem. (...) É a violência da miséria, da fome, da prostituição ou das enfermidades, que já não é a resposta a outra violência potencial ou em ato, mas sim a própria violência como modo de vida porque assim o exige a própria essência do regime social. Essa violência surda causa muito mais vítimas do que a violência ruidosa dos organismos do Estado (VÁZQUEZ, 1977, p. 382).

Referindo-se a violência que acompanha a práxis social, Vázquez (1977), não faz uma “apologia a violência”, como também não o fizeram Marx/Engels e Lênin (fontes principais do seu estudo), mas reconhece a necessidade histórica em que nos “momentos decisivos a práxis social não pode prescindir dela”; afirma que a violência não é um fim em si mesma, não se confunde com a práxis e portanto não pode ser elevada ao “plano do absoluto”. Do mesmo modo, não se ilude com a não-violência, pois esta enfrenta dificuldades de se desenvolver num clima de violência social, ou em meio à “violência espontânea de cada dia” e “a violência estabelecida”. Para o autor,

ao renunciar-se por princípio à violência quando esta impera, corre-se o risco de ser, objetivamente, seu cúmplice. Não se trata, por outro lado, de uma escolha pessoal; ou seja, de escolher subjetivamente entre a violência e a não violência, já que, até agora, o homem viveu num mundo que, em escala histórico-universal, não oferece semelhante alternativa (VÁZQUEZ, 1977, p. 389).

Entendo que Vázquez (1977) afasta-se de todas formas de “absolutização” ou “apologia da violência”, pois reconhece que, diferentemente da práxis produtiva e artística, a práxis social – assim como a história da humanidade – não é regida pela violência e, portanto, a violência não é elemento indispensável na práxis social. Vislumbra uma práxis social não violenta a partir da “criação de uma sociedade em que sejam abolidas as relações violentas entre os homens” (VÁZQUEZ, 1977, p. 397). E o faz porque resgata o caráter científico e utópico – inseparáveis – do marxismo. Utópico no sentido de que é possível – e necessário – de se realizar, porque fundado em bases científicas.

Segundo Vázquez (1977, p. 402), “a história nos mostra até agora que a violência é a razão última – e não a primeira e única – das classes dominantes”. Por isso ela recorre a violência quando se vê ameaçada, ou seu *status quo*. Entretanto, se na correlação de forças potenciais, estiver – a classe dominante – em desvantagem, é possível que não recorra à violência para impedir o avanço da práxis social.

Contudo, o predomínio da violência sobre a não violência é patente tanto na práxis como na antipráxis social. (...). Se o progresso na auto-produção do homem é um progresso em sua humanização, ou seja, em sua elevação como ser social, consciente, livre e criador, a violência – mesmo sendo positiva historicamente – resulta de certo modo, anti-humana, isto é, oposta a essa natureza livre e criadora que o homem procura alcançar” (VÁZQUEZ, 1967, p. 402).

Concretamente, a violência não faz parte da natureza humana do ser social, livre e criador, e por isso precisa ser superada nas “relações verdadeiramente humanas (...) nas quais o homem seja tratado efetivamente como fim e não como meio, como sujeito e não como objeto, como homem e não como coisa...” (VÁZQUEZ, 1977, p. 402). Relações estas que, por serem novas não podem admitir a violência”.

Por essa exclusão da violência das relações humanas, a violência revolucionária que hoje contribui para criar esse estado futuro de coisas é potencialmente, na verdade, a negação de si mesma e, nesse sentido, é, como sua própria negação a única violência legítima. Trata-se, por conseguinte, de uma violência historicamente determinada que se encaminha, por sua própria contribuição, para seu desaparecimento futuro. (...) Num mundo verdadeiramente humano, onde os homens se unam livre e conscientemente; no qual a liberdade de cada um pressupõe a liberdade dos demais; com elevada consciência moral e social; onde a práxis social não terá de recorrer a ela necessariamente. (...) Portanto, se é certo que a violência – como ‘parteira da história’ – acompanhou a práxis social humana em suas reviravoltas decisivas, toda violência de sinal positivo trabalha em última análise contra si mesma, ou seja, contra a violência de amanhã. Por isso, ao tornar possível uma autêntica práxis humana – não violenta -, a violência revolucionária, e especialmente a do proletariado, não só se dirige contra uma violência particular, de classe, da surge transitoriamente uma nova violência – a ditadura do proletariado -, como também se dirige contra toda a violência em geral, ao tornar possível a passagem efetiva a um estado não violento. Só então, ao deixar de ser violenta, a práxis social terá uma dimensão autenticamente humana” (VÁZQUEZ, 1977, p. 402 et seq.).

Neste sentido, “as contradições fundamentais em que se debate a sociedade capitalista em nossa época, chegaram a tal aguçamento que os homens só podem resolvê-la e garantir para si um futuro verdadeiramente humano atuando num sentido criador, isto é, revolucionário” (VÁZQUEZ, 1977, p. 48). Por isso,

hoje mais do que nunca, os homens precisam esclarecer teoricamente sua prática social, e regular conscientemente suas ações como sujeitos da história. E para que essas ações se revistam de um caráter criador, é necessário, também hoje mais do que nunca, uma elevada consciência das possibilidades objetivas e subjetivas do homem como ser prático, ou seja, uma autêntica consciência da práxis (VÁZQUEZ, 1977, p. 48).

Vázquez (1977) abordou a relação da violência e práxis social, enfatizando especialmente esta relação no seio da práxis social revolucionária na qual se revela a característica mais humanizada e humanizadora, do ser social. Mas a violência também pode estar presente, em qualquer forma de práxis, ou faces da totalidade prático-social.

Na situação que vivenciei, posso afirmar que presencie, enquanto práxis individual uma violência em potencial que poderia tornar-se ato, a qualquer momento, dada minha condição de militar e, portanto submetido aos rígidos instrumentos punitivos de que o regime militar dispõe a quem quer que ouse questionar, quanto mais romper, seus atos. Acredito ainda que não me atingiu individualmente, apenas. A práxis social de Enfermagem é quem concretamente se depara com a violência potencial, vale dizer, com a antipráxis do CBM, que além de extrapolar ou não reconhecer os limites de sua prática específica, de Bombeiros – na esfera do setor de Segurança Pública – estrutura-se sobre um regime militar, autoritário, que não permite qualquer espaço de liberdade para a criação e reflexão. Esta antipráxis e sua violência potencial, deve ser situada num contexto eivado de contradições no qual, em virtude de fatores econômicos e sociais, o SvAPH é realizado por uma instituição de Segurança Pública, ou melhor por profissionais de outra área, leigos em práticas de saúde.

Temos então, duas práxis sociais específicas que se confrontam num espaço que deveria ser de inter-relação das práticas específicas, em vez de reconhecerem seus limites, se relacionarem e contribuir para o aperfeiçoamento da práxis social total. Em outras palavras, no âmbito do APH, frente à práxis de saúde e de Enfermagem, se manifesta uma antipráxis. A diferença é que, a práxis destrói para alterar, para construir algo superior e, portanto, mais humano; enquanto que antipráxis destrói para conservar, para manter uma certa estrutura desumana e desumanizadora, de “relações sociais, econômicas e políticas, que se encarnam e cristalizam em certas instituições” (VÁZQUEZ, 1977, p. 378)

Foi com a antipraxis que me deparei, não apenas, no âmbito do meu projeto individual, mas como praxis social específica de Enfermagem, ou seja, no exercício da antipraxis o CBM criou uma *legalidade* que impede o exercício da praxis de Enfermagem no campo do APH, por eles dominado na região de Florianópolis e do Estado de SC. Deparei-me com certa hostilidade, com um campo da assistência à saúde em que o referencial teórico-filosófico, ético-moral, da relação dos profissionais com os usuários, é substituído pela *doutrina militar* – voltada para qualquer relação que exija um cumprimento cego das ordens que emanam do superior hierárquico, menos para a relação de indivíduos nas práticas de saúde.

A doutrina militar, historicamente é regida pela obediência cega, de ordens transmitidas através de elos da hierarquia militar, àqueles que exercem as atividades, neste caso aos sujeitos da antipraxis social no APH. No âmbito desta doutrina, é indispensável reconhecer que existe, uma distinção clara entre aqueles que idealizam a antipraxis, ou seja, uma casta situada no topo da hierarquia militar, os que transmitem as ordens e fazem cumprir, e aqueles que as cumprem, de forma espontânea, sem reflexão; de forma automatizada, pois são ordens inquestionáveis que só um rígido sistema e forma de organização institucional, militar, pode manter. A antipraxis, idealizada por uma casta da organização militar e realizada pela massa de soldados, é o que Vázquez (1977), chama de praxis reiterativa/imitativa e espontânea, ou seja, a forma mais inferior da atividade humana. Justamente porque se dá num espaço sem liberdade e, por conseguinte, sem possibilidades do exercício da criatividade e da reflexão.

É possível então, que estava numa situação em que, se não houvesse a antipraxis, a prática assistencial de Enfermagem – mesmo individual – poderia trazer, por menor que fosse, contribuições para mudar a realidade do campo da prática, pelo seu caráter de intervenção direta nesta realidade.

Ao deparar-me com uma determinada “legalidade da matéria” a sofrer intervenção, intransponível através dos objetivos traçados no projeto de prática, fiquei limitado a participar das atividades dos bombeiros no APH e buscar elementos ou levantar dados que, ao serem analisados através do marco teórico de referência, permitam explicitar ou

compreender a realidade em questão, produzindo um conhecimento que possa servir de alguma forma, via práxis social – e não individual – para transformar a realidade em questão.

Pensando nisso, retomo a afirmação de Vázquez (1977) segundo a qual, as *práxis intencionais individuais*, num sistema social em que indivíduo e sociedade estão em contradição, conduzem a um *produto comum inintencional*. Portanto, uma práxis social para ser criadora e reflexiva, portanto transformadora, deverá ser o resultado de uma atividade intencional comum, ou seja, coletiva. Eis que retorno, a questão medular da “filosofia da práxis”: *como se poderá passar da atividade intencional individual à atividade intencional comum?* É aí que entra o papel da teoria, ou melhor, do conhecimento científico.

No decorrer da prática, utilizei como técnica principal, a observação participante, que, juntamente com a análise de documentos e revisão literária, serviram para explicitar a realidade.

A prática assistencial, passou a se consolidar numa espécie de “fase exploratória” da sua própria reflexão, ou da reflexão sobre um dos problemas significativos que caracteriza a antipráxis com que me deparei. No entanto, da empiria à teorização, no âmbito da metodologia histórico-dialética, existem algumas balizas dentro das quais se processa o conhecimento:

a primeira delas é seu caráter aproximado. Isto é, o conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida. (...) O segundo ponto diz respeito ao caráter da inacessibilidade do objeto. A inatingibilidade do *objeto* se explica pelo fato de que as idéias que fazemos sobre os fatos são sempre mais imprecisas, mais parciais, mais imperfeitas que ele. (...) O terceiro ponto se refere à vinculação entre pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática. (...) O quarto ponto enfatiza o caráter originariamente interessado do conhecimento ao mesmo que sua relativa autonomia (MINAYO, 2000, p. 89-90).

Para Minayo (2000), são componentes do trabalho de campo duas categorias fundamentais: a entrevista, suas diferentes abordagens e a observação participante. A observação participante – da qual me utilizei –, é vista “como o momento que enfatiza as

relações informais do pesquisador no campo. A ‘informalidade aparente’ reveste-se, porém, de uma série de pressupostos, de cuidados teóricos e práticos que podem fazer avançar ou também prejudicar o conhecimento da realidade proposta” (MINAYO, 2000, p. 107).

Os dados coletados e registrados diariamente, se referem a assistência, a organização da instituição e suas relações com outras instituições, em especial as de saúde. Utilizando a técnica da observação participante, participei não apenas dos cenários assistenciais, mas também da vida – através do trabalho – dos colegas bombeiros militares, dos seus rituais, das suas dificuldades e alegrias, enfim, fui parte do contexto em observação, mas numa situação peculiar, não como alguém de fora, mas como alguém que era parte integrante daquele contexto, observando, participando através da prática assistencial e ao mesmo tempo submetido às mesmas normas institucionais, por ser também, bombeiro militar. Portanto, não apenas me coloquei no mundo do observado para entendê-lo: era, eu mesmo, parte dele!

Entretanto, a escolha e a utilização da técnica de observação participante do modo realizado, não foi algo linear, deu-se num processo que se constituiu no decorrer da prática, na medida em que fui deparando-me com a antipraxis, uma resistência institucionalizada. Na dúvida entre continuar ou desistir do projeto inicial, defini – em conjunto com minha orientadora –, que utilizaria tal estratégia para continuar. Àquela altura, a participação dos bombeiros militares nos meus objetivos – ou seja, observar participando para compreender a realidade – já não eram tão importantes.

É possível dizer que, ocorreu-me então, durante aquele processo, algo semelhante àquilo que Salomon (2000) denominou de *serendipidade* (em relação ao problema) – e no interior da “escolha do assunto” (SALOMON, 2001) –, como uma das “fontes principais de inspiração e de escolha”, ou melhor, “a serendipidade como descoberta – [do assunto ou do problema] repentina e aparentemente casual que se dá à margem de uma pesquisa” (SALOMON, 2001, p. 274).

Parece-me que algo semelhante está presente no processo em que me envolvi, não apenas na ida ao campo da prática, mas desde muito antes disso. Mesmo assim, foi na ida

ao campo de prática assistencial, com a intenção de realizar certos objetivos, confirmar pressupostos, que acabei descobrindo outros problemas que deram origem a novos objetivos e pressupostos. Um achado casual? Penso que não tinha um projeto de prática ou de pesquisa que me trouxesse por este caminho, porém ao defrontar-me com a realidade, os problemas foram surgindo...

Para Salomon (2000; 2001), serendipidade não ocorre como mera casualidade; mas sim como uma “...atitude de surpresa que assalta o pesquisador diante do fato anômalo aparentemente ocasional...” (SALOMON, 2000, p. 287). Em outras palavras, a serendipidade, para Salomon (2000), tem haver com “admiração” ou “assombro” e tem presença garantida no contexto da descoberta do processo de pesquisa pelo fato de que está ligada a uma atitude de desejo e interesse do pesquisador de ver o que os outros não vêem; de estar atento aos dados imprevistos, aos fatos anômalos, ausentes no planejamento.

Por ser o fenômeno uma das modalidades de “origem dos assuntos” de pesquisa (2001), é também, uma modalidade de problematização (2000). Conforme o autor,

se tomarmos o termo problema em sentido amplo, metodologicamente podemos dizer até que a serendipidade é uma modalidade da ‘problematização’. Como a problematização continua durante todo o processo de pesquisa, a serendipidade pode ocorrer, como quase sempre ocorre, no meio desse processo. Geralmente no momento em que se agudiza o problema que gerou a própria pesquisa. E com o efeito – justo por isso sua tipicidade de ser serendipidade – de mudar o rumo do processo. (...) Serendipidade e criatividade se relacionam justamente porque tem como elo comum a problematização (SALOMON, 2000, 295-296).

Se ocorrera algo semelhante ao fenômeno de serendipidade, neste trabalho, foi justamente pela peculiar realidade – eivada de contradições – em que me inseri; porque “o real oferece frequentemente resistências, algumas até insuperáveis” (SALOMON, 2000, p. 300), para se resolver certos problemas. Significaria dizer, ocorreu no seio de uma práxis social específica, já que, não realizava uma pesquisa, mas sim buscava implementar um projeto assistencial de Enfermagem e, como toda a práxis social – pode encontrar – encontrou resistência na plasmação do processo prático. Assim, penso que a serendipidade não ocorre somente no interior da pesquisa científica, ocorre também, no interior de uma práxis específica.

Ao “mudar de rumo o processo”, devido a antipraxis e frente a agudização do problema que deu início à prática, ou seja, de que a Enfermagem carece de uma metodologia assistencial no campo do APH, descobri outros problemas e pressupostos que, ao serem respondidos e confirmados podem responder indiretamente porque carecemos, relativamente, deste aparato teórico metodológico na área. Além de que, de acordo com Vázquez (1977), o conhecimento, a teoria, é condição fundamental para se transitar de uma práxis reiterativa, espontânea para uma práxis criativa, reflexiva e, sobretudo de uma práxis criativa, reflexiva individual para uma práxis intencional comum e, portanto transformadora. Através da militância profissional, do trabalho de cada dia, chegamos apenas a um certo nível de consciência da práxis, ainda muito inferior; e só ascendemos aos níveis superiores de práxis, se amparados num conhecimento científico que revele com profundidade as contradições da realidade, bem como, se amparado na organicidade da respectiva práxis que a eleve ao plano da práxis coletiva ou social.

6.2 Reflexões Acerca Dos Aspectos Ético-legais Do Atendimento Pré-Hospitalar Do Corpo De Bombeiros Militar

Meus esforços na tentativa de articular o referencial teórico com as práticas de Saúde e a de Bombeiros envolvidas no APH, se deram no sentido de defini-las como práticas específicas, cada qual com uma finalidade imediata – determinada por necessidades humanas específicas – que se articulam como mediadoras da satisfação da necessidade geral do ser humano de humanizar o mundo natural e social e se humanizar.

Conseqüentemente, segundo Morales (1999), a ética das profissões de saúde é uma manifestação particular da ética em geral, que trata especificamente dos princípios e normas de conduta dos trabalhadores da saúde: sua relação com o homem sadio ou enfermo e com a sociedade, abarcando, o erro profissional, o segredo profissional, a experimentação com humanos entre outras questões; contudo, o problema fundamental é

a relação profissional-paciente e, intimamente ligada, a relação entre os trabalhadores da saúde entre si e destes com os familiares dos pacientes.

Mediante as ponderações de que as práticas são específicas, ou seja, atendem determinadas necessidades humanas, um dos aspectos éticos fundamentais a ser resguardado é a conduta de cada prática de saúde no sentido de respeitar seus limites, ou melhor, reconhecer as limitações, os limiares da sua prática e, por conseguinte respeitar as práticas com as quais necessita articular-se diretamente, muitas vezes para que o produto de sua práxis de efetive realmente. O exercício de uma práxis em particular desconhecendo suas limitações e desrespeitando as outras práticas, é um dos aspectos que, provavelmente tenha ficado evidente até então no presente trabalho, através das interferências e decisões dos conselhos profissionais e do alto escalão dos Corpos de Bombeiros, assim como, de gestores públicos e legisladores comprometidos com interesses da classe social dominante.

Com relação ao APH do CBM de SC, este apresenta aspectos ético-legais com especificidades decorrentes do seu modo peculiar de ser e se organizar. Os aspectos fundamentais apresentados adiante foram identificados a partir da dinâmica da prática assistencial, fazendo um contraponto entre a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Código de Ética Profissional, frente ao modo particular de organização do APH do CB.

A questão central levantada refere-se ao desencontro existente entre as normas estabelecidas através do protocolo utilizado pelas equipes de APH do CB e o exercício da práxis de Enfermagem, colocando em cheque os direitos e deveres do profissional, bem como, daquele que é atendido.

Conforme já destaquei, o provimento da assistência em nível de SBV prestada pelos bombeiros é delegada mediante normas e protocolos, desconsiderando a autonomia da vítima e sem qualquer advertência dos riscos de iatrogenia e das limitações da assistência oferecida.

De um modo geral, o serviço de emergência pré-hospitalar possui uma dinâmica operacional diferenciada dos demais serviços assistenciais à saúde. Neste serviço, o ambiente em que se dá a assistência é imprevisível e sempre mutável no tempo e espaço.

Por tratar-se de situações de emergência e de instabilidade das funções vitais da vítima, a possibilidade de tornarem-se reversíveis, implicam e definem condutas imediatas. Fato que significa muitas vezes, na impossibilidade do ser humano (vítima) exercer sua autodeterminação terapêutica. Entretanto, a assistência a uma vítima consciente só pode ser realizada com seu consentimento esclarecido. Conseqüentemente, tais situações inferem tanto no comportamento da equipe quanto no modo da vítima, família e outros, interpretarem o evento.

Mediante estas características, típicas do serviço, percebi no decorrer da prática, que a atuação profissional em emergência pré-hospitalar, comumente requer um confronto com diversas questões éticas, exigindo constantes reflexões por parte dos trabalhadores.

Por intermédio destas especificidades, a metodologia de assistência ou abordagem inicial das vítimas se difere das tradicionais maneiras de receber e analisar a vítima em outras situações e ambientes/serviços. Na emergência pré-hospitalar, as vítimas podem ser encontradas sob diversas situações e condições clínicas... o serviço de emergência pré-hospitalar não poderia ser diferente. Envolve condições adversas que requerem dos profissionais uma conduta planejada, rapidez, rigor e exatidão nas ações referente à situação momentânea da vítima.

Em vários serviços de emergência pré-hospitalares, as condutas iniciais de abordagem do cliente, são realizadas – com intuito principal de estabilizar as funções vitais – com base no método mnemônico ABCDE do Programa ATLS e seus correlatos.

Durante as condutas iniciais, na fase de estabilização dos sistemas fisiológicos instáveis ou em risco iminente, o enfermeiro tem papel fundamental no âmbito da equipe multiprofissional, no que tange a realização de manobras terapêuticas, monitorização, bem como, na obtenção do histórico e exames físicos voltados à definição do diagnóstico clínico e de Enfermagem dos quais resultam as condutas terapêuticas, imediatas e

posteriores. Deste modo, é necessário implementar cuidados contínuos por meio de uma assistência planejada, que favoreça a instauração de um processo, objetivando devolver ao cliente sua autodeterminação terapêutica, geralmente suprimida ante as condições adversas do atendimento, cuja necessidade de estabilização imediata das funções fisiológicas requerem, muitas vezes, condutas unilaterais, ou seja, que eliminam a possibilidade de consideração e respeito a vontade do cliente de decidir por esta ou aquela opção terapêutica. Objetiva ainda, a recuperação da integridade física, mental e social da qual foi privado.

Mediante as considerações, é possível dizer que o serviço de emergência pré-hospitalar requer o desenvolvimento de suas atividades por profissionais treinados e conscientes de seu objeto assistencial. Com esta perspectiva, os objetivos dos serviços de emergências pré-hospitalares, não se limitam apenas à redução da mortalidade pela provisão de cuidados/tratamentos. Mas, de modo complementar direcionando esforços para o “controle da exposição e redução do dano” (PRADO, 1998) através de ações multiprofissionais e interinstitucionais. Assim será possível contribuir – por intermédio desses serviços – de forma mais efetiva, para reconhecimento e intervenção nos problemas que decorrem em situações emergenciais.

Para além das peculiaridades que podem ser comum aos diversos serviços pré-hospitalares, o APH do CBM possui outras peculiaridades que resultam da sua organização. Afirmo em trabalho anterior que o profissional [com formação na área da Saúde] que viesse trabalhar com APH nesta instituição, estaria submetido a dois códigos de ética: um militar e outro civil, devendo estar concernentes entre si, pois as ações dos profissionais estariam delimitadas tanto pelo código de ética profissional (civil) e suas respectivas regulamentações do exercício legal da profissão, quanto pelo regulamento disciplinar [e legislações penais] da estrutura militar (MARTINS, 2001b).

Contudo, com o desenvolvimento e/ou mudanças nas normas que regulam o serviço, atualmente os profissionais de saúde – especificamente de Enfermagem – não são reconhecidos pela instituição; pelo contrário, ao serem submetidos a um protocolo, são

impedidos do exercício legal da profissão e do cumprimento do respectivo código ético, prevalecendo o código militar.

No CBM de SC, ao executar o SBV, todo bombeiro deve proporcionar o nível de cuidados estabelecido no protocolo correspondente à emergência, de acordo com a avaliação do paciente (SANTA CATARINA, 1999). Assim, de um lado, o bombeiro deve cumprir rigorosamente o que determina o protocolo, ou seja, deve executar exatamente os procedimentos previstos. Caso efetue procedimentos não previstos no documento ou deixe de executar determinados procedimentos, são inúmeras as possibilidades de penalização. Primeiramente pode ser punido disciplinarmente segundo o Regulamento Disciplinar da PM, com penas que variam da advertência verbal à privação da liberdade; ficando neste caso, detido (preso) no quartel (SANTA CATARINA, 1980). Se houver indícios de crime pelo não cumprimento do protocolo, o fato é apurado e, se comprovado crime, o bombeiro militar pode ser punido segundo o Código Penal Militar (BRASIL, 1993) – se caracterizado crime militar – ou Código Penal (BRASIL, 1994), com penas que variam segundo o crime.

De outro lado, o médico responsável técnico (um médico civil que não pertence aos quadros do CBM), responde perante o Conselho Regional de Medicina pela falta/excesso do bombeiro militar no APH. Entretanto, devido à legislação militar – a que os militares estão submetidos – e considerando que na medida que se sobe na hierarquia militar aumenta a autoridade, se o crime é tipificado militar o agente é excluído de ilicitude e o ordenador do serviço (superior hierárquico) pode ser responsabilizado.

É possível que o exercício das atividades dos bombeiros militares mediante protocolo, infringe legislações de exercício profissional, especialmente a da Enfermagem e Medicina, caracterizando exercício ilegal destas profissões tipificando crime de contravenção penal (BRASIL, 1985).

Portanto, uma especificidade se antepõe. A maioria dos bombeiros militares que prestam o APH – principalmente as equipes da base onde realizei a prática assistencial – tem formação profissional em Enfermagem (o curso de Auxiliar de Enfermagem proporcionado pelo Departamento de Enfermagem da UFSC e também o curso Técnico

de Enfermagem proporcionado pela EFOS/SC). Porém, na medida em que são determinados pelo comando do CB a atuarem sob protocolo, são impedidos do exercício legal da profissão no âmbito desta instituição, que não reconhece o esforço e qualificação destes profissionais. Em outras palavras, a formação – em saúde –, dos bombeiros militares não é reconhecida, embora realizem de fato, ações de Enfermagem, bem como, da Medicina, por força do protocolo.

Por outro lado, dos membros da guarnição do APH é exigida apenas a capacitação de “socorrista” (curso de 100 horas/aulas ministrado pelo CB) com recertificação/treinamento através de convênio do comando do CB e o Núcleo Multidisciplinar de Estudos de Acidente de Tráfego (NAT/UFSC), com duração de 60 horas.

Atualmente, mediante o discurso de que para prestar APH é necessário apenas um sistema como o denominado “Suporte Básico de Vida” por ser menos dispendioso ao Estado e devido ser mínima a necessidade de “Suporte Avançado de Vida” – segundo as estatísticas – o CB considera necessário, apenas um curso de aproximadamente 100 horas em que se aprende técnicas básicas de socorrismo; é o exigido pela instituição para trabalhar no SvAPH. Qualquer conhecimento, além disso, é desnecessário.

Primeiramente é necessário questionar sobre a formação para o APH. Os profissionais de saúde nas diversas áreas, realizam cursos que variam no mínimo de três (técnicos de enfermagem) a oito anos (médicos especialistas). São habilitados para o atendimento às pessoas e populações, não apenas para curar doenças, mas também para minimizar o sofrimento, prevenir e promover a saúde. Cada profissão de saúde tem suas próprias normas do exercício profissional, que não apenas delimitam a atuação de determinada categoria, mas, sobretudo pressupõem que o profissional tem a competência ou habilitação adequada para resolver determinados problemas de saúde-doença e atuar naquilo que lhe compete. Em outras palavras, como afirmam Oguisso, Schmidt, (1999, p. 17), “...capacidade legal supõe capacidade técnica e profissional”. Cada profissional de saúde segue suas normas e leis do exercício profissional e, principalmente um código de

ética que o respalda no que tange aos seus direitos e deveres no âmbito da prática profissional, assim como, preserva os direitos do usuário e o protege.

Como vimos, o CB, enquanto instituição de Segurança Pública, surgiu com a missão específica de combater incêndios. Entretanto, com o passar dos tempos, foi evoluindo de modo que o desenvolvimento da sociedade exigiu que assumisse outras tarefas específicas de segurança pública. Quando o CB assumiu o SvAPH, os bombeiros passaram a ser treinados num curso de socorro básico para dar continuidade às ações de salvamento ou resgate de pessoas (retirada de vítima de uma situação de risco de morte iminente), desenvolvendo habilidades para o atendimento às pessoas de forma mais próxima daquela desenvolvida pelos profissionais de saúde, ou seja, que extrapolam os limites de sua própria prática. No entanto, do mesmo modo que a instituição que a fundou – em diversos Estados, ou seja, a PM –, estão igualmente atrelados e subordinados a uma hierarquia militar e os respectivos códigos militares (normas legais e morais) que entram em contradição com os preceitos historicamente desenvolvidos pelas profissões responsáveis pela prática profissional em saúde⁹², de modo que os direitos da pessoa e o segredo profissional estejam em risco de não serem respeitados.

O modo como se organiza o APH do CBM coloca em risco a liberdade de decisão própria dos profissionais de saúde, conforme suas normas do exercício profissional e código de ética, quando diante de uma situação de emergência, característica no SvAPH.

Por outro lado, os profissionais de saúde podem recorrer a todos os seus conhecimentos científicos e arsenal tecnológico disponível para tomar uma decisão imediata em prol da manutenção/recuperação da vida e saúde de um ser humano. Fato que se torna limitado aos bombeiros militares, por não pertencerem a uma categoria profissional de saúde e devido a subordinação à hierarquia militar. Deste modo, os bombeiros seguem regras inflexíveis, restritivas da autonomia profissional, da liberdade de criar conscientemente, e por isso exercem uma prática reiterativa.

⁹² Através da Lei nº 6.681 de 16 de agosto de 1979, tentou-se resolver este conflito, mediante a qual, “os médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos militares, no exercício de atividades técnico-profissionais decorrentes de sua condição de militar, não estão sujeitos à ação disciplinar dos conselhos Regionais nos quais estiverem inscritos e sim, à Força Singular a que pertencem...” (BRASIL, 1979). Salienta-se que as categorias profissionais de Enfermagem não foram incluídas nesta legislação.

O protocolo assistencial, institucionalizado, neste caso, não tem a importante função de homogeneizar decisões ou servir de linha metodológica de atuação dos profissionais que executam o APH, de modo a permitir uma flexibilidade decorrente da diversidade de situações e diferenças pessoais das vítimas; como deve ser respeitado em qualquer serviço de saúde. Pelo contrário, o protocolo serve para petrificar a atuação dos profissionais que executam o atendimento de modo a não permitir que executem nada além ou aquém daquilo que preconiza para uma determinada situação. Conseqüentemente, o usuário-vítima, também perde sua autonomia ou toda e qualquer possibilidade de decidir sobre o tratamento/cuidado a que será submetido.

O profissional bombeiro militar deve cumprir com rigor aquilo que o protocolo determina, sob pena de ser punido disciplinarmente ou infringir código penal militar. O usuário-vítima deve aceitar passivamente o tratamento/cuidado determinado pelo protocolo. De todo modo, não há lugar para o diálogo profissional-cliente; para a flexibilidade, para a criação e reflexão.

A questão relacionada à formação profissional deve levar em conta que cada profissional tem competências e habilidades que se modificam de acordo com o desenvolvimento tecnológico e científico da profissão e com o desenvolvimento da sociedade. Nos dias atuais, os profissionais que tem a competência e habilitação profissional para prestar o atendimento direto à vítima, são os profissionais de saúde.

O SvAPH, de acordo com os diversos problemas que resultam em situações emergenciais, assume característica multiprofissional e interinstitucional e cada ator deve ter sua competência e responsabilidade delimitada, para ser reconhecida e preservada no âmbito do respectivo campo de atuação. A rigor, não é um determinado serviço de Saúde, que primeiro tem a função de atender as necessidades humanas de saúde, mas sim as diversas práxis no âmbito da assistência à saúde.

6.2.1 Atendimento Pré-Hospitalar: Atribuição Do Corpo De Bombeiros?

A desvinculação do CBM da PM de SC, como já visto anteriormente, não possibilitará grandes mudanças na organização e prestação dos serviços à sociedade. A atribuição constitucional do APH, acrescentada na emenda, apenas vem reforçar minha afirmação de que os limites da prática de Bombeiros não foram respeitados. Conseqüentemente, a precariedade dos SvAPH será mantida, acredito, até o momento em que a sociedade não mais aceitar apenas o “básico” e começar a exigir os seus direitos com convicção. Considerando que tal modalidade de atendimento é uma prática de saúde, específica, a questão que me cabe levantar é: poderia o APH ser atribuído constitucionalmente ao CB? Por princípio, a constituição estadual não poderia ferir a carta magna, ou seja, a constituição federal. Entretanto - como demonstrei no capítulo 3 -, a situação irregular foi incentivada mediante programa de saúde do Ministério da Saúde em meados de 1990, o PEET-PAPH (BRASIL, 1992).

Pode-se até desconsiderar este princípio e afirmar que, do ponto de vista legal, o APH foi atribuído ao CB a partir da emenda constitucional; entretanto, há mais de uma década esse serviço obteve impulso do MS por ser relegada ao segundo plano pelo próprio ministério, em decorrência das políticas sociais vigentes. Portanto, foi aquele programa que primeiro teve caráter ilegal, vale dizer, inconstitucional. Ambos mecanismos que atribuíram o APH ao CB de SC, programa de saúde PEET/PAPH-MS e a emenda à Constituição Estadual, ferem a Carta Magna, segundo a qual, saúde e segurança pública são objetivos distintos – embora complementares – e por isso definidos em artigos diferentes. Logo, as respectivas regulamentações (legal e constitucional – estadual) devem seguir os princípios traçados nos respectivos artigos da Constituição Federal.

Embora o SUS esteja fundado num conceito ampliado de saúde, certamente também se torna amplo, permitindo ou requerendo a participação de diversas instituições ou setores do Estado. Mas aquelas instituições – como é o caso dos Corpos de Bombeiros

– que não tem a finalidade de prestar assistência direta de saúde, só podem ter uma participação indireta e complementar, ou seja, através das práticas realizadas pelos profissionais que a compõem. Os Corpos de Bombeiros não podem assumir funções que não lhe competem, ou seja, não pode assumir qualquer modalidade de assistência à saúde. Por intervirem em fenômenos sociais muito próximos, serviços de Saúde e Segurança Pública, necessariamente devem atuar articulados na prestação de serviços de APH. Contudo, cada qual com sua atribuição, ou seja, setor de Segurança Pública, através do CB, é responsável pelo resgate, enquanto que as instituições de Saúde têm como atribuição assistência direta às vítimas. Cada sistema requer profissionais com uma determinada competência legal e profissional que, por atenderem necessidades humanas distintas, necessitam de conhecimentos científicos específicos.

Em decorrência de historicamente não ter sido seguido os princípios constitucionais e o respeito às práticas profissionais, o CB de SC, em virtude de políticas públicas alheias ao que foi preconizado na CF, dominou o serviço, que é hoje, o maior responsável em número de atendimentos desta instituição e possuem prestígio na população, apesar de todas as deficiências e problemas já destacados que normalmente não se apresentam ao cidadão comum.

Logicamente que o APH no Estado de SC, mesmo após ser atribuído pela EC 33 ao CBM de SC, não é exclusividade do CB. No entanto, esta instituição continuará realizando o serviço sem profissionais de saúde, sem se aperfeiçoar e, sobretudo, pelo não reconhecimento dos limites de sua prática, continuará se desencontrando com o serviço de Saúde, prejudicando o exercício de inter-relação das práticas, impossibilitando as necessárias articulações com o APH do SUS, com os mecanismos de regulação deste serviço, e com as emergências hospitalares, trazendo sérios prejuízos à população.

Através da prática assistencial, foi possível conhecer como funciona, atualmente, o Serviço do CBM de SC e, conseqüentemente refletir com profundidade estas e outras questões. Sobre a questão mencionada acima, ao mesmo tempo em que, as decisões do alto escalão do CB prejudicam a cobertura destas necessidades pelo Sistema de Saúde, o próprio Sistema de Saúde provê as condições para que esta problemática se estenda, por

exemplo, permitindo nas suas normas que o CB realize serviços de Saúde, inclusive com recursos do SUS.

O CB realiza suas atividades de APH seguindo as orientações da portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, na qual os bombeiros militares são profissionais “não oriundos da área da Saúde” e que compõem os “Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência”. Entretanto suas ações neste sistema, conforme a referida norma, extrapola os limites da prática de Bombeiros, quais sejam, atividades de segurança e resgate. Está previsto então, que os

profissionais bombeiros militares, com nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, regulados e orientados pelas Centrais de Regulação. Atuam na identificação das situações de risco e comando das ações de proteção ambiental, da vítima e dos profissionais envolvidos no seu atendimento, fazem o resgate de vítimas de locais e situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. **Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste regulamento** (BRASIL, 2002a, grifo meu).

No mesmo documento (Portaria 2048/2002), no item “competências/atribuições”, está claro que se tratam de ações de saúde – sobretudo, cuidados de Enfermagem – delegados diretamente ou à distância pelo médico regulador. Ou seja, “de acordo com protocolos acordados ou por orientação do médico regulador” (BRASIL, 2002a). Pode isso? De quem é a competência legal e técnico-científica de supervisionar cuidados de Enfermagem? Retomando a trajetória da regulamentação do APH, percebe-se que os conselhos de Medicina tiveram grande influência na política para a área. Nesta direção, penso que o CFM tem feito concessões sobre o exercício da Medicina, para manutenção dos serviços do CB, mas acredito que não pode, em hipótese nenhuma, abrir concessões para o exercício da Enfermagem.

A nova política nacional do MS para a área de urgência e emergência – que manteve na íntegra as normas da política anterior – prevê inclusive o repasse de recursos do SUS para a possível irregularidade. No âmbito desta política, a Portaria MS nº 1863/GM de 29 de setembro de 2003, define que a

política Nacional de Atenção às Urgências (...), deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (...) componente Pré-Hospitalar Móvel: - SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgência médicas – 192”, [entre outros] (BRASIL, 2003a).

Como é possível “estabelecer que a Política Nacional de Atenção às Urgências (...) deve ser organizada de forma que permita qualificar a assistência (...) em acordo com os princípios da integralidade e humanização” (BRASIL, 2003a) e ao mesmo tempo mantém as condições que há mais de uma década só tem aumentado o distanciamento desses princípios? Ou seja, nos termos da Portaria nº 1864/GM de 29 de setembro de 2003,

os **Corpos de Bombeiros e Polícia Rodoviária Federal** cadastrados no Sistema Único de Saúde e que atuam de acordo com as recomendações previstas na Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, **deverão continuar** utilizando procedimentos Trauma I e Trauma II da Tabela SIA-SUS, para efeitos de registro e faturamento das suas ações (BRASIL, 2003a, grifo meu).

Se já não bastasse a cumplicidade dos gestores públicos da saúde com a manutenção destas condições, existe ainda, a cumplicidade dos centros de produção e socialização do conhecimento científico, num desvio das suas finalidades. Para ser mais preciso, os bombeiros do CBM de SC, estão sendo re-certificados/treinados de acordo com a portaria 2048/2002, pelo Núcleo Multidisciplinar de Estudos Sobre Acidentes de Tráfego (NAT/UFSC) em curso de 60h, utilizando-se de recursos públicos.

O conteúdo do curso, inclusive conforme a Portaria, prevê o ensino de procedimentos médicos e de Enfermagem, muitos deles especificados nas respectivas normas e leis do exercício destas profissões. Atividades estas, executadas no SvAPH do CB, submetidas ao protocolo, ou seja, delegadas por um médico civil, responsável técnico, que se dá via convênio com o NAT/UFSC, conforme determinação da referida portaria “obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste regulamento” (BRASIL, 2002a).

Considerando que uma portaria é um ato escrito de uma autoridade – no presente caso, do Ministro da Saúde –, para determinar providências de caráter administrativo e instrução sobre a execução de leis (OGUISSO, SCHMIDT, 1999), como pode estar em desacordo das leis que deve executar? Ou seja, se os bombeiros, apreendem e realizam de

fato, procedimentos de Enfermagem e/ou de Medicina – previstos nas respectivas normas legislações do exercício profissional –, balizados pela referida portaria, supõe-se que esta portaria e várias outras que a antecederam, tem caráter exatamente oposto à sua verdadeira função, quer seja, **instruir como descumprir determinadas legislações**, na ocasião, o exercício legal de profissões há muito instituídas. Em outras palavras, se o amparo para execução do APH pelos bombeiros militares, encontra-se na Portaria do MS, destaca-se a hipótese de que este documento não respeita as normas éticas e legais do exercício profissional Médico e de Enfermagem e, portanto, deveria ser revogada imediatamente.

Dentre os procedimentos denominados “SBV” que são realizados pelos bombeiros-socorristas que observei no decorrer da Prática Assistencial, destacam-se: manutenção de vias aéreas pérvias com administração de oxigênio⁹³, aspiração de secreções, ventilação artificial com uso de cânulas orofaríngeas (cânulas de Guedel); manutenção da circulação artificial por meio de compressão torácica externa, imobilização de fraturas com talas moldáveis e de tração (tala de tração de fêmur – TTF), curativos e bandagens, aferição de sinais vitais (PA, FC, T, FR), assistência à parturiente e ao recém nato, controle de hemorragias externas por meio de curativos e bandagens, avaliação neurológica utilizando a escala CIPE (consciente, instável, potencialmente estável e estável) e Escala de Coma de Glasgow, entre outros. Por mais que nos esforcemos em não admitir, a realização destes procedimentos, implica antes “reconhecer sinais de gravidade em situações que ameaçam a vida de forma imediata e as lesões dos diversos segmentos” – conforme consta na portaria do MS quando indica as habilidades que devem ter os bombeiros militares no APH (BRASIL, 2002a). Vale dizer, implica em diagnóstico de doença ou trauma, mesmo que falemos de forma diferente.

Como podemos perceber, no denominado SBV, têm procedimentos que são da competência das categorias profissionais de Enfermagem e outros que pressupõem o diagnóstico da doença ou do trauma que é de competência ou responsabilidade médica.

⁹³ Destaca-se que o “oxigênio medicinal”, ou seja, puro, é administrado nos serviços de saúde pelo pessoal de enfermagem com prescrição médica.

Há outros que são de responsabilidade exclusiva da Medicina, como o diagnóstico do óbito no local da ocorrência, comumente realizado pelos bombeiros, embora seja possível somente em alguns casos previstos no Protocolo de APH do CB.

Logicamente, os bombeiros não são profissionais de saúde – ou não lhe é exigido tal formação –, e sim de segurança pública, com atribuições específicas que não a assistência direta à saúde. Portanto, deve ser respeitado ainda na Constituição Federal, seu art. 5º, item XIII: "É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer" (BRASIL, 1998). E nenhuma lei estabeleceu até então, que pudesse o profissional bombeiro, exercer uma profissão de saúde, sem que tenha esta formação, para além da sua formação básica de bombeiros. Embora tenha sido estabelecido, via emenda constitucional que o APH será atribuição do CBM de SC, o item não foi e não deve ser regulamentado em lei específica, permanecendo a possível situação do exercício ilegal das profissões.

Quanto aos procedimentos de Enfermagem, conforme a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986), é de competência do Auxiliar de Enfermagem (e de todos os profissionais de saúde), "Art. 13. observar, reconhecer e descrever sinais vitais, executar ações de tratamento simples...". Na mesma Lei consta que cabe ao Técnico de Enfermagem "executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro..." e no Art. 11 desta lei, consta que cabe ao enfermeiro a

prescrição da assistência de Enfermagem, cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida e cuidados de Enfermagem da maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas..." (BRASIL, 1986).

O CBM de SC dispõe de um projeto de formação de bombeiros voluntários, com recursos do Estado repassados à Associação de Bombeiros Voluntários (ABVESC) que também realizam serviços Pré-Hospitalares, os quais não são amparados nem pela Portaria do MS na qual, constam, "bombeiros militares". Portanto, os procedimentos realizados pelos bombeiros (militares e voluntários) numa distorção do que se entende por SBV, não tem qualquer fundamento legal e muito pouco científico.⁹⁴

⁹⁴ As ações desses profissionais bombeiros, também não se enquadram nas atividades elementares de Enfermagem

Portanto, em se tratando de assistência pré-hospitalar de urgência/emergência, institucionalizada, simples ou complexa, estamos no âmbito das práxis de saúde, específicas, de Enfermagem e Medicina e, portanto devem ser realizadas pelos profissionais que compõem estas práticas.

6.2.2 O Corpo De Bombeiros Na Emenda Constitucional Número 33 E A Desregulamentação Do Atendimento Pré-Hospitalar Em Santa Catarina

Mesmo que seja levado adiante o SvAPH como atribuição do CBM de SC, não pode ser esquecido que esta instituição tem uma missão específica de segurança pública, que não é prestar diretamente assistência à saúde.

Os bombeiros ao assumirem uma prática que não é sua, relegam ao segundo plano a sua própria prática específica, conseqüentemente a cultura histórica dos Corpos de Bombeiros nas ações de salvamento em altura, busca terrestres, buscas e salvamento aquático e subaquático, combate a incêndio, bem como, a prevenção dos eventos que levam a estas ações. Os prejuízos não se remetem exclusivamente a esta cultura, mas sim à população em geral que disporá de serviços pouco qualificados. Na outra direção, deixa os gestores públicos numa situação cômoda perante a necessidade de criar serviços de APH por instituições de Saúde, inviabilizando ou prejudicando, que as práticas de saúde assumam ou se responsabilizem em assumir e desenvolver esta prática.

O SvAPH do CBM de SC não foi regulamentado segundo as legislações do exercício profissional, na ocasião da EC 33 e por isso continuará realizando precariamente o SBV e na perspectiva de se ampliar sob supervisão médica indireta. Com a argumentação de que é um sistema barato e resolutivo – pois são “poucas” as ocorrências que merecem o SAV –, continuará inviabilizando a implantação de um

especificados na resolução do COFEN nº 186, de 20 de julho de 1995, realizadas pelos antigos “atendentes de Enfermagem” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1995).

sistema de APH da Secretaria de Saúde, encontrando amparo no descaso do Estado em investir em saúde e outros serviços públicos.

Os bombeiros-socorristas, reconhecendo a necessidade de se aperfeiçoar nesta área do conhecimento, buscaram realizar cursos na área da Saúde, especialmente cursos Técnicos de Enfermagem e graduação em Enfermagem, amparando-se nas leis do exercício profissional e no respectivo código de ética profissional de Enfermagem, o que pressupõe um determinado nível de conhecimento necessário à prestação de cuidados à saúde de seres humanos.

Porém, nunca houve o reconhecimento – por parte da Instituição – dos profissionais de Enfermagem que trabalham no serviço e também não há disposição para tal, tendo em vista as concessões feitas pela Medicina e pelo Ministério da Saúde desde o primeiro programa de APH. Os bombeiros militares, não apenas agem em obediência às ordens, como são coagidos – aqueles que tem formação profissional em saúde – a agir de forma irregular perante as leis civis, já que são impedidos de exercerem a respectiva formação em Enfermagem. Impõe-se especificamente aos profissionais de Enfermagem que atuam naquele serviço, o descumprimento do próprio código de ética profissional, considerando que, de fato prestam ações inerentes à profissão. Portanto, precisamos de antemão, destacar – conforme identifiquei no decorrer da prática assistencial – que os bombeiros militares que trabalham no APH, há muito tempo reconheceram a necessidade de se aperfeiçoar e para isto buscaram aprofundar seus conhecimentos, embora tais esforços nunca foram reconhecidos pela instituição.

Vários trabalhos realizados por estudantes de Enfermagem, naquele serviço, demonstram (registraram) vontade e disposição dos bombeiros militares em se especializar em cursos na área da Saúde. Entre esses trabalhos podemos destacar aquele intitulado “A Importância da Enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros – Uma Visão dos Bombeiros Socorristas” (AMORIM et al., 2002); trabalho este, realizado pelos próprios bombeiros como “Trabalho de Complementação do Curso Técnico em Saúde: Habilitação em Enfermagem” em setembro de 2002, pela Escola Estadual de Formação em Saúde. Cabe ainda perguntar: se os praças (subalternos) ou

socorristas bombeiros reconhecem a importância, a necessidade de aprofundarem a formação em saúde, manifestando inclusive disposição e vontade, então quem serão os responsáveis pelo não reconhecimento desta formação?

O não reconhecimento de que o SvAPH do CB realiza assistência à saúde resulta no fechamento, por esta instituição, de um importante campo de formação e produção de conhecimento através das instituições educacionais, especialmente as Universidades, com ausência (ou não reconhecimento) de profissionais de saúde no serviço.

A UFSC dispõe atualmente de um convênio com o CB, mas não pode usufruir deste espaço de formação, haja vista a inexistência dos profissionais de saúde necessários à supervisão de estágio e/ou ensino. Regra que deve ser seguida pela Instituição em cumprimento as Diretrizes Educacionais do Ministério da Educação, que, no caso da Graduação em Enfermagem, prevê o estágio pré-profissional supervisionado, nos dois últimos semestres do curso.

É urgente, também, garantir este espaço de formação, pela sua importância, controlado pelo CBM, o qual não pode, em hipótese alguma, fechar suas portas para a Universidade, sob pena de estar impedindo o desenvolvimento do serviço e trazendo sérios prejuízos ao atendimento público em emergência pré-hospitalar. Por outro lado, a UFSC através do NAT, é a principal responsável em realizar e certificar o curso de “SBV” não apenas para os bombeiros militares, mas para diversas outras instituições como a Polícia Rodoviária Federal; curso não reconhecido pelo Ministério da Educação, ministério que regulamenta os cursos das Universidades. Portanto, o CB goza do convênio com a Universidade (UFSC), mas para atender interesses específicos e manter a irregularidade. Contudo, mediante os fatos decorridos até então, a última expectativa é criação de serviços de Saúde de APH. Inclusive para que a Universidade passe a desenvolver suas atividades de formação em saúde, vinculadas ao SUS, respeitando os limites das práticas de saúde.

Está ficando cada vez mais evidente a impossibilidade de integração do APH do CB no SUS, pelos inúmeros problemas de relacionamento do SvAPH com as instituições de Saúde. Está claro que isso decorre do fato que o CB é uma instituição de Segurança

Pública, com a agravante de ser organizada com base na hierarquia militar. Não obstante, a militarização do CB é um entrave real não apenas para uma possível articulação com outro SvAPH integrado ao SUS, como é um entrave à própria assistência à saúde, pela inexistência – no caso dos serviços de Saúde realizados por profissionais não oriundos da área da Saúde – de um código de ética que regule a relação profissional-paciente.

6.3 Atribuição Militar X Atribuição De Segurança Pública: Máscaras E Rostos Da Assistência Pré-Hospitalar Do Corpo De Bombeiros

A história da sociedade humana, até nossos dias, é a história da luta de classes

Karl Marx

Nas reflexões acerca da experiência e da prática assistencial, procurei demonstrar que a prática de APH do CB, no que se refere à assistência de saúde propriamente dita, é uma práxis reiterativa, imitativa das ações previamente estabelecidas, portanto, uma prática espontânea. A pergunta que se nos apresenta agora é: se não houvesse protocolo, ou melhor, se a assistência não fosse previamente determinada e pensada por outrem, se o conhecimento científico dos bombeiros-socorristas, agentes desta práxis, não fosse limitado, seria possível na respectiva instituição, construir-se um espaço de desenvolvimento uma práxis criativa e reflexiva?

Vejamos. Como geralmente ocorre na história, os homens criam o monstro e logo perdem o controle sobre ele. O exemplo cabal disso é o modo de produção da vida social em que vivemos. Em analogia, nesta altura, já não se desconhece que o marco que dá o impulso inicial da atividade de APH dos Corpos de Bombeiros no Brasil, foi o programa PEET/PAPH-MS, ou seja, o próprio MS delegando ações de saúde para os Corpos de Bombeiros Militares que por sua vez é uma instituição do setor de Segurança Pública não destinada à prestação de assistência à saúde, diretamente.

Os motivos que inspiraram a criação deste serviço – como vimos nos capítulos 2 e 3 – foi uma certa transição política, determinada de fora, pelos organismos financeiros internacionais liderados pelo país que se pretende hegemônico, imperialista: O EUA; inclusive emprestando o seu modelo de APH, alheio à nossa realidade.

Da transição política decorre, numa relação de causa e efeito, uma transição epidemiológica, peculiar, inconclusa, levando-nos a conviver com padrões epidemiológicos “arcaicos” e “modernos”, como diz Possas (1989, apud LESSA, 1994). Neste contexto, ou seja, no íterim das doenças transmissíveis (infecciosas e parasitárias) e doenças não-transmissíveis (oncológicas, cardiovasculares, metabólicas, entre outras), passam apresentar-se com frequência cada vez maior, as “causas externas”, das quais decorrem lesões e traumas em geral, causando um impacto social – e no Sistema de Saúde – negativo, difícil de ser mensurado. Dentre as causas externas – classificação utilizada pela Classificação Internacional de Doenças – encontramos as “causas violentas” que tem como resultado facilmente verificável – e por geralmente recair no Sistema de Saúde –, o trauma físico. Foram sobre as intercorrências, traumáticas, os problemas que estavam na base da fundação dos serviços de APH dos CB, que por não conseguirem desenvolver-se na perspectiva do PEET/PAPH-MS, mantêm-se precarizados, tal como surgiram.

Contanto, já não se desconhece que, o “trauma” como base daquele programa de saúde, tinha como pano de fundo o aumento assombroso dos acidentes e violências, sobretudo a violência interpessoal e no trânsito. Uma problemática que, se não controlada, poderia ameaçar – e ainda ameaça – a legitimação pelo consenso, de um certo regime político-social. Assim, vivemos atualmente, como nunca vivido antes, num “*contexto de insegurança*”, no qual a **violência** – em suas diversas facetas e a crescente **degradação social** – é uma das principais condicionantes que vem fundando a *sociedade do medo e da insegurança*. Contudo, existem instituições cuja prática social, desenvolveram-se com a finalidade de suprir esta necessidade social emergente, ou seja, a segurança pública. Portanto, acreditava-se que as instituições que compõem este setor, especialmente os Corpos de Bombeiros, por estarem muito próximas das ocorrências por causas externas e

violentas – quando as ações para evitabilidade falharam ou não foram suficientes – poderiam assumir

o desenvolvimento do projeto número dois [do PEET-MS] – ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR–PAPH – tendo como principal executor as corporações de bombeiros militares, cujas atividades-fins enquadram-se perfeitamente na proposição do Ministério da Saúde e, chamados a colaborar, atendem de imediato a solicitação, engajando-se no programa com responsabilidade pelo atendimento pré-hospitalar às emergências e traumas (BRASIL, 1990b).

Posteriormente, outras instituições de Segurança Pública, por exemplo, a Polícia Rodoviária Federal e as Polícias Militares, passaram a realizar o APH básico.

É verdade que, o setor de Segurança Pública, ou seja, as instituições com esta finalidade, específica, têm papel fundamental de intervenção social na problemática violência e, portanto, se constitui em fator desencadeador do processo social, onde através do Estado, pode direcionar ações em diferentes níveis de intervenção, especialmente a prevenção dos eventos violentos. Em contrapartida, as ações de uma prática específica tomada isoladamente, são limitadas; mesmo quando não reconhecem seus limites. Portanto, qualquer projeto político ou programa social que pretenda evitar a violência em qualquer campo – intervir na degradação social geradora da violência e vice-versa –, necessita envolver toda a sociedade e, principalmente, as instituições públicas, cada qual atuando dentro dos limites de suas práticas. Se fossem feitas tais considerações, as instituições de Segurança Pública não teriam assumido a assistência à saúde “às emergências e traumas” pré-hospitalares, mas sim as instituições de Saúde, através de suas práxis de saúde.

Entretanto, não podemos esquecer que vivemos numa sociedade de classes antagônicas, de interesses contraditórios, onde no Estado se efetiva, de fato, os interesses da classe dominante, por sua vez insuficientes para atenderem as necessidades de massa. Ou seja, o Estado no modo de produção capitalista, nada mais é que o palco do poder político da classe burguesa e por isso atende os interesses desta classe, minoritária, em detrimento da maioria.

A segurança pública – ou seja, seus agentes – no contexto de contradições, caracteriza-se enquanto processo social, parte de um complexo total, sendo determinada

pela ação humana na qual o Estado constitui-se em esfera coletiva de atuação a serviço de modelos de desenvolvimento, vinculados a interesses sociais subordinados ao regime de classe. Neste contexto, conforme vinha destacando anteriormente, as instituições de Segurança Pública, mais antigas, portanto históricas, assumem uma dupla atribuição designada pelo Estado (da classe dominante): uma atribuição de natureza civil e outra de natureza militar.

Já a partir desta constatação, é possível afirmar que a militarização dos organismos de Segurança Pública, neste momento histórico do desenvolvimento humano, só faz sentido ao efetivar a subordinação e manutenção deste regime de classe. Em outras palavras, temos então, estas instituições – da qual faz parte os CBMM – com duas funções completamente distintas: uma de segurança pública, ou seja, voltada ao atendimento da uma demanda social, de satisfação de necessidades humana, portanto práxis social, e outra de segurança interna, com a função de controlar a sociedade e manter o *status quo*. A primeira é eminentemente de natureza civil, uma prática que se funde no seio da sociedade, a segunda, por estar exclusivamente a serviço da classe dominante, da manutenção ou conservação de um regime desumanizante, só pode ser de natureza militar e, se não tem como finalidade a transformação de objetos de natureza social, para fazer deste mundo, um mundo mais humano, só pode caracterizar-se como uma antipráxis social.

Deste modo, se a militarização é, realmente, um entrave que impede que um segmento ou setor importante do Estado envolva a sociedade, e seja envolvido por ela – na busca de soluções dos problemas que fundam a sociedade do medo e da insegurança –, por que razão as instituições de Segurança Pública – por conseguinte o CB – se organizam com base nela? Que entrave esta organização militar traz como consequência no SvAPH realizado pelo CB, bem como, para uma possível articulação – ao assumir a prática que lhe compete – com um SvAPH do SUS? Será a organização militar o determinante da impossibilidade do exercício de uma prática criativa e reflexiva, seja na assistência de saúde pré-hospitalar – que de fato vem realizando – seja nas ações de segurança pública que lhe compete nesta área, por exemplo, o resgate?

Para responder a estas questões, precisamos identificar – mesmo que de forma breve – o entendimento atual sobre segurança pública e as instituições militares que integram tal setor, assim como, sua articulação no âmbito do respectivo modo de produção social e seu Estado.

Segurança pública nada mais é que segurança da sociedade, da qual ela participa e dispõe de instrumentos para satisfazer suas necessidades. Ou seja, é uma esfera coletiva de atuação cuja responsabilidade maior recai sobre o Estado, que atribui às suas instituições fundamentais, as PPMM, as ações ou atividades que satisfazem as necessidades de segurança pública. As PPMM mantém subordinados (em alguns Estados da Federação), os CBMM e são historicamente vinculadas aos interesses da classe dominante. Nesta ótica, através das contribuições deixadas por Filho (1989), num rigoroso estudo sobre as Polícias Militares, é possível reconhecer que é preciso discorrer sobre elas para que seja possível tratar da complexidade da segurança pública; mas é preciso antes disso, considerar sobre a que Estado estão ligados os organismos estatais PPMM e CBMM e, assim esclarecer sua dupla função.

Não obstante, é preciso definir antes, que o Estado engendra – e é engendrado – o modelo de desenvolvimento social. Contudo, é provável que no modelo de desenvolvimento social a que estamos submetidos, o Estado aparece como um instrumento de “dominação de classe” e não como um elemento conciliador dos conflitos de classes, que por serem antagônicas são inconciliáveis; deste modo, a manutenção da ordem através da “segurança interna” é simplesmente a “opressão de uma classe por outra” (LÊNIN, 1961, p. 13). O fato é que o “Estado surge no momento e na medida em que, objetivamente, as contradições de classe não podem conciliar-se. É a sua própria existência que prova esta impossibilidade” (LÊNIN, 1961, p. 12).

De acordo com Vázquez (2000, p. 228), como instituição social o Estado exerce um poder efetivo sobre os membros da sociedade, “visando a garantir a ordem e a unidade da sociedade, através de um sistema jurídico e dos respectivos dispositivos coercitivos”. Contudo, além de seu surgimento ser paralelo ao aparecimento da propriedade privada, destes surgem necessidades de normas Jurídicas ou o Direito que, segundo Vázquez

(2000, p. 98), “são normas que, diferente das normas morais, não exigem convicção íntima ou adesão interna” do sujeito. O Estado é quem faz cumprir estas normas através das instituições policiais e da justiça. Mesmo tendo o controle destes dispositivos coercitivos e sistema jurídico,

o poder estatal não se apóia exclusivamente no Direito ou na força, mas deseja contar, em grau maior ou menor, com o consenso voluntário dos súditos ou com o seu reconhecimento por parte da sociedade inteira. Daí a sua pretensão de universalidade – apesar de ser, sobretudo, a expressão de forças sociais particulares – a fim de poder contar com o apoio moral da maior parte dos membros da comunidade” (VÁZQUEZ, 2000, p. 228).

Por isso Vázquez (2000), também afirma que a cada classe corresponde uma moral particular; normas que atendem a interesses da respectiva classe, fato que justifica não apenas a necessidade de criar aparelhos armados que garantam o cumprimento dos interesses da classe dominante através da coerção – por implicar muitas vezes no uso da força –, mas principalmente de criar mecanismos que influenciem pelo consenso, a realização da moral da classe dominante. Nesta ótica, o Estado também tem papel decisivo na realização desta moral particular. Como afirma Vázquez (2000, p. 228), “a natureza de cada Estado determina a sua adesão [dos membros da sociedade] aos valores e princípios morais que, através das suas instituições, está interessado em manter e difundir”.

Com estas considerações sobre o Estado – atrelado a um certo modo de desenvolvimento social –, é possível definir com mais originalidade o significado das PPM: “dispositivo exterior coercitivo” que garante o cumprimento das normas jurídicas que não requerem a “adesão íntima do sujeito” (VÁZQUEZ, 2000). Isto é, “um organismo estatal capaz de impor a observância da norma jurídica ou de obrigar o sujeito a comportar-se de certa maneira, embora este não esteja convencido de que assim deve comportar-se devendo, pois, se necessário, passar por cima de sua vontade” (VÁZQUEZ, 2000, p. 98-99).

Estas “normas jurídicas gozam de expressão formal e oficial, em forma de códigos, leis e diversos atos do Estado” (VÁZQUEZ, 2000, p. 99). Assim, o Estado através de seus atos, é a representação legítima de uma classe proprietária dos meios de produção e, por

isso, hegemônica. Conseqüentemente, as PPMM são um dos braços armados que serve ao Estado, para manutenção da ordem, ou melhor, do *status quo*. O Estado – através de seus representantes legítimos –, para manter os interesses sociais subordinados a um determinado regime de classe, utiliza-se de diversas táticas como, por exemplo, mudar alguma coisa para que as coisas continuem exatamente como estão. Por exemplo, “desvincular” dois organismos Estatais de Segurança Pública. Em decorrência das considerações sobre o Estado na sociedade capitalista, podemos então situar os organismos militares de Segurança Pública.

A PM de SC, criada em 05 de maio de 1935, manteve subordinado por quase um século, o CB, fundado em 26 de setembro de 1926. Tempo durante o qual foi parte operacional desta polícia, como aconteceu em vários Estados brasileiros. Atrelado à PMSC, efetivava-se no mesmo contexto institucional, estando por isso mesmo, imbuído diretamente na mesma atribuição militar. Uma atribuição que vai um pouco além da compreensão que nos passam à primeira vista e, portanto, faz-se necessário abordarmos – dentro das circunstâncias das considerações que fizemos acima – a partir de uma visão menos superficial, as “verdadeiras” atribuições da PM de SC/CBM de SC; mesmo institucionalmente desvinculados.

Vejamos: as funções ou atividades que são de responsabilidade da PM na qual estava incluso o CBM, são definidas no artigo 144 da Constituição Federal (CF) promulgada em 1988, e respectivos incisos e parágrafos. Eis o que diz a CF com relação à competência e atribuições:

art. 144 – A segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, através dos seguintes órgãos: (...)

§ 5º. – Às polícias militares cabem a polícia ostensiva e a preservação da ordem pública; **aos corpos de bombeiros militares, além das atribuições definidas em lei, incumbe a execução de atividades de defesa civil.**

§ 6º. – As **polícias militares e corpos de bombeiros militares, forças auxiliares e reserva do Exército**, subordinam-se juntamente com as polícias civis, aos Governadores dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios... (BRASIL, 1998, p. 83, grifos meus).

Destacam-se aqui, as duas funções fundamentais, das Polícias Militares e Corpos de Bombeiros Militares, especificados na CF: a *segurança pública e a segurança interna*

sendo esta última implícita nos termos “*forças auxiliares e reservas do Exército*”. O setor de Segurança Interna, que pressupõe a militarização, foi antes definida no Decreto 667/1969 (BRASIL, 1969) e mantida na “nova constituição”.

A Constituição Estadual (SC), promulgada em 05 de outubro de 1989 – e elaborada por uma “Mesa Diretora de deputados constituintes” –, reproduz em seu artigo 105, “caput”, o mesmo teor da CF já descrita no Art. 144, limitando, porém, os órgãos de apoio à sua esfera de ação, em “Polícia Civil e Polícia Militar” e, atualmente, com a EC 33, o CB (SANTA CATARINA, 1997, p. 6). Ainda no Art. 105, parágrafo único, a CE diz que, “a lei disciplinará a organização, a competência, o funcionamento e os efetivos dos órgãos responsáveis pela segurança pública, do Estado, de maneira a garantir a eficiência de suas atividades” (SANTA CATARINA, 1997, p. 100).

Esta *Lei* que se refere a CE – Lei de Organização Básica (LOB) 6.218 de 10/02/83, “dispõe sobre o Estatuto dos Policiais Militares do Estado de SC, e dá outras providências” – no Art. 2º define a PMSC como “uma instituição permanente, organizada com base na hierarquia e disciplina, destinada à manutenção da ordem pública, na área do Estado, sendo considerada força auxiliar e reserva do Exército” (SANTA CATARINA, 1983, p. 1). Estes princípios gerais da hierarquia e disciplina foram antes decretados (Decreto-Lei) pelo Governador do Estado sob nº 12.112, de 16 de setembro de 1980 que aprova o Regulamento Disciplinar da PM do Estado de SC (RDPMSC). Neste decreto, especificamente no Capítulo II, estão traçados os “princípios gerais da hierarquia e disciplina” no qual, através do Art. 5º “a hierarquia militar é a ordenação da autoridade, em níveis diferentes, dentro da estrutura (...) por postos e graduações” e Art. 6º “a disciplina policial militar, é a rigorosa observância e o acatamento integral das leis, regulamentos, normas e disposições...” (SANTA CATARINA, 1980, p. 4).

Na desvinculação do CBM de SC da PM de SC, a “emenda constitucional 33” garantiu que os militares estaduais continuarão sob estes mesmos estatutos e regulamentos vigentes. Portanto, das respectivas observações destaca-se a profunda contradição expressa na CF, na medida em que mantém militarizados esses organismos e estabelece sua função de segurança pública. A CF se contradiz ao manter as

PPMM/CBMM organizadas (os) nos moldes do Exército – mesmo em época de “abertura democrática”. Ou seja, diz que são forças auxiliares e reservas do Exército ao mesmo tempo em que afirma no parágrafo 7º do Art. 144 que “a lei disciplinará a organização e o funcionamento dos órgãos responsáveis pela segurança pública”. Prevaleceu até então, a primeira pronúncia, de modo que “toda a legislação anterior [a CF], que regulamentou a organização e o funcionamento das PPMM e CBMM ainda está vigorando” (FILHO, 1989, p. 215).

Não houve qualquer alteração estrutural com o advento da CF. A desvinculação do CBM da PM de SC, também não trouxe qualquer alteração para o CBM. O CBM de SC continua subordinado às mesmas normas citadas acima e suas novas legislações de organização básica, seguem rigorosamente o que preconiza o Decreto-Lei 667/1969 (BRASIL, 1969).

Nestas legislações, arcaicas, obsoletas, estão traçadas os valores fundamentais que regem a organização Policial Militar e continuam a reger a organização CBM: *a hierarquia e a disciplina*. É baseado nos valores da hierarquia, da disciplina, do dever e da missão, que as PPMM e CBMM se organizam, porém, “estes valores que emanam da sua constituição piramidal e da centralização do comando, estão ligados por um lado ao funcionamento e, por outro, as funções da instituição, isto é, aos objetivos a que ela se propõe” (FILHO, 1989, p. 241). Restaria perguntar apenas: que objetivos são estes? Militares ou de segurança pública? Não resta dúvida que a base de organização destas instituições (estrutura militar) e sua função eminentemente civil, ou seja, seus “objetivos”, não se coadunam. Sua base de organização, já conhecemos. Seus objetivos, na prática, gozam de ambigüidades. Enquanto forças auxiliares e reservas do Exército são responsáveis pela **segurança interna**; como organismos de **Segurança Pública** são responsáveis pela segurança do povo – independente dos meios que venham fazer uso para atingir sua finalidade. Não por acaso, estas são expressões ambíguas e, a primeira é a única que justifica a militarização desses organismos.

Filho (1989) apresenta claramente o seu entendimento das diferenças destas funções ou objetivos. Para o autor,

segurança pública quer dizer segurança da coletividade; é, portanto, fenômeno social, elemento de equilíbrio essencial à permanência da vida comum. Traz implícita a idéia do direito que tem o cidadão de sentir-se resguardado de lesões à sua pessoa. Implica a obrigação que tem o Estado de criar condições que proporcionem aos cidadãos a garantia de existência livre de ameaças ou restrições abusivas a seus direitos. Segurança pública é o complexo de atividades exercidas pela administração no sentido de evitar a ocorrência de ilícitos penais ou de apontar ao Poder Judiciário os respectivos autores, ou ainda de **proteger a população contra sinistros ou calamidades de qualquer natureza**” (1989, p. 41-42, grifo meu).

Esta seria a função primordial dos organismos de Segurança Pública. Entretanto, segundo o autor, o outro objetivo – ignóbil do ponto de vista coletivo – permanece implícito nas entrelinhas da lei. E justifica entre outros argumentos dizendo que “na medida em que as PPMM se enquadram no conceito de segurança nacional e se militarizam para combater o ‘inimigo interno’, fogem do seu papel precípua qual seja o da segurança pública” (FILHO, 1989, p. 41). Ainda no mesmo raciocínio, prossegue dizendo que as PPMM e conseqüentemente os CBMM “são treinadas para ações de segurança interna, cujos métodos não se coadunam com a segurança pública” (FILHO, 1989, p. 41).

Além do treinamento, toda a estrutura organizacional está voltada para a segurança interna que passa a ser a sua “missão principal e a segurança pública aparece como missão secundária”. Mas o que vem a ser então, esta outra função determinada nas entrelinhas da lei? De acordo com Filho (1989, p. 40), “muito embora segurança pública e segurança interna sejam conceitos que guardam uma certa relação, são por isso mesmo, muitas vezes confundidos, pois na realidade apresentam essencial distinção no que se refere à origem e natureza das ameaças a que se antepõem”. Definitivamente, temos de um lado a segurança pública que deve estar voltada à “segurança da coletividade”, e por outro lado, “a segurança interna ocupando-se dos antagonismos e pressões que se manifestam dentro das fronteiras do país, sem considerar-lhes a origem, a natureza ou as formas com que se apresentam” (FILHO, 1989, 41). Por isso o Estado precisa manter a conduta policial militar e bombeiro militar – elementos das Forças Auxiliares e Reserva do Exército –, fundada na mesma doutrina e organização militar do Exército, porque a ele

se subordina para conter as ameaças à segurança interna, ou melhor, manter o poder da classe dominante.

Também não resta dúvida, nossa história recente, ou seja, a ditadura militar é a maior prova disso, que a função de segurança interna dos organismos militares de Segurança Pública, está voltada a reprimir as organizações ou os grupos internos que se rebelam contra o sistema social vigente, os quais visam (**do ponto de vista da classe dominante**) a desagregação da sociedade ou a violação da soberania nacional. Em outras palavras, a manifestação de repúdio “pelos de baixo” é mantida sob coerção até um limite que não ponha em risco o poder “dos de cima” limite este que leva a classe dominante a utilizar-se de todo o seu aparato armado e militarizado para manter a ordem (FERNANDES, 1984). Esta é, portanto, a razão dos organismos de Segurança Pública serem militarizados no molde do Exército, ou seja, para combater o “inimigo interno” e manter a “segurança” da classe dominante, ou pior, mantê-la no poder, mesmo que para tanto, se afastem do seu papel fundamental: a segurança do povo, da maioria da sociedade.

Fica claro então,

no que se refere, particularmente, a militarização das PPMM, que tal fato está intimamente ligado à sua organização interna, pois à medida que vão se burocratizando e se aperfeiçoando, tomando sempre como modelo a estrutura organizacional das FFAA [Forças Armadas], as PPMM entram na espiral militarizante, transformando-se em verdadeiros exércitos urbanos. Nesse ponto, as PPMM deixam de exercer o seu papel tipicamente policial de mantenedoras da ordem urbana, de defesa do indivíduo, da cidadania, para agirem como forças militares preocupadas com a defesa da ordem interna, visando o controle e a repressão dos movimentos sociais (FILHO, 1989, p. 3).

Também fica evidente que a militarização das PPMM só se explica por este vínculo bastante antigo com as FFAA acompanhando o processo desenvolvimentista no Brasil, e a consolidação da classe burguesa no poder. Um processo peculiar ou determinado modelo de desenvolvimento social, que criou uma enorme massa de proletários acirrando o antagonismo entre as *duas classes fundamentais do capitalismo*, gerando para a classe dominante, a necessidade de um exército urbano “para exercer o controle das forças sociais emergentes” (FILHO, 1989, p. 3). A militarização não pode ser

justificada como necessária às atividades de segurança pública, muito menos para as atividades de Bombeiros. Tanto a Polícia quanto os CB Militarizados, tem dificuldades para se inserir na sociedade, no sentido de buscar respostas – multiprofissionais e interinstitucionais –, para resolver ou atender os problemas sociais que nos afligem. Noutros termos, doutrina militar é incompatível com o exercício das práticas específicas que lhe competem.

Neste aspecto, o CB, embora desvinculado da PM, continua como antes. Tem no seu horizonte, mediante sua base organizativa fundada na doutrina militar, uma missão que sobrepõe àquela que lhe é específica no âmbito do setor de Segurança Pública quer seja, prevenir os eventos que põem em risco a vida de outrem e a segurança da sociedade, em suma, “proteger a população contra sinistros ou calamidades de qualquer natureza” (FILHO, 1989, p. 42). As forças contra-sociais ou da classe dominante tem interesses específicos em mantê-las assim e, mediante habilidades políticas, usam a tática da mudança para que tudo permaneça como está. Foi assim na CF, na CE e também na desvinculação do CBM da PM: todas marcadas por mudanças superficiais.

Na ocasião da realização da Prática Assistencial no CB, em que a cúpula do CBM de SC redigia as Legislações de Organização Básica do CB desvinculado da PMSC – a serem encaminhadas à aprovação na AL –, houve uma visita de um General do Exército no quartel do CB, que se reuniu com a comissão de oficiais do CBM que redigiam os anteprojetos de leis. Além de tal reunião ter o objetivo de fiscalizar o processo de desvinculação em andamento – no sentido de garantir que a respectiva “força auxiliar” continuará como está, ou seja, uma missão que não seria outra a não ser orientar aos comandantes do CB, que mantenham a estrutura organizativa nos moldes da Força Terrestre – a visita do General foi capaz de tirar do acesso à população, uma ambulância Auto Socorro de Urgência, e deixá-la à sua disposição durante um dia, exclusivamente para simular um atendimento. O encaminhamento dos anteprojetos de Leis por um Governador à casa das leis, deixa ares de que algo mudou em seu governo... na verdade apenas um pseudomudança, pois tudo se manteve como antes. Em suma, a militarização é

um entrave real, concreto, que prejudica e impossibilita, qualquer articulação com um SvAPH integrado ao SUS, ou seja, do Sistema de Saúde.

O CB, além de ser responsável por uma prática específica no que se refere à segurança pública, por ser militarizado, possui atribuições implícitas na sua organização militar que não se coadunam com sua atribuição específica muito menos com a prestação direta de assistência à saúde, como vem fazendo. No estrito exercício de sua práxis, de prevenção dos eventos, de proteção da população e, em última instância, quando estas ações não foram suficientes, realizar o salvamento, o resgate, a busca, o desencarceramento, enfim, tem um limiar que se encerra na necessidade de prestação da assistência direta à saúde que por sua vez pressupõe um conhecimento específico. Por isso, as ações dos bombeiros voltadas a intervir nos eventos que tem como consequência agravos à saúde humana, precisam obrigatoriamente contar com uma retaguarda de um serviço de Saúde de APH de urgência/emergência.

Infelizmente, sua organização com base na hierarquia e disciplina militar, seus códigos disciplinares, é contraditória à organização das instituições de Saúde congregadas por profissionais de saúde – cada qual com sua respectiva competência legal e profissional. Mesmo que faça parte do SUS, contribuindo indiretamente para a promoção da saúde, sua doutrina militar é contrária à participação, não apenas – no interior dos quartéis – dos soldados bombeiros que, efetivamente são quem prestam os serviços à população – mas especificamente da participação popular, viga mestra do SUS. Em vista disso, torna-se praticamente impossível discorrer sobre o desvio da função precípua do CBM para a prestação de assistência à saúde, assim como, as problemáticas que daí surgem, sem adentrar na estrutura de organização desta instituição, – sobre a qual se organiza o trabalho –, que determinando as relações no seu interior, com a população à qual presta seus serviços, assim como, as relações interinstitucionais.

A desmilitarização das instituições de Segurança Pública e conseqüentemente inversão da sua estrutura organizativa, é fundamental para que possam romper com o “autoritarismo”, com a “dicotomia estrutural” e assumirem suas “funções de natureza civil” (BRASIL, 2002c). De acordo com “o projeto de segurança pública para o Brasil”,

“as atividades inerentes ao combate aos incêndios e à defesa civil não pressupõem, para sua melhor execução, uma organização militar. As atividades do Corpo de Bombeiros são tipicamente civis” (BRASIL, 2002c).

Portanto, mesmo que as instituições de Saúde assumam o APH no tocante à assistência direta à saúde – da mais simples até a mais complexa – os Corpos de Bombeiros serão sempre a retaguarda desses serviços de Saúde, de APH, no âmbito das ocorrências de causas violentas e acidentes em gerais. São os bombeiros os responsáveis em resgatar a vítima do risco iminente de morte – utilizando-se de técnicas que não agravem lesões –, e proporcionar o acesso da equipe de saúde, proporcionando segurança em todo o atendimento. Por isso a necessidade de estreito vínculo interinstitucional e profissional cuja desmilitarização só viria favorecer, pelo fato de redirecionar as atribuições dos Corpos de Bombeiros – com novas filosofias – para sua verdadeira finalidade de proteção da sociedade.

Em verdade, mesmo que os Corpos de Bombeiros Militares reconheçam os limites de sua práxis no contexto da segurança pública, ao perdurar a estrutura militar, continuará tendo “rosto”, específico da sua práxis – voltada à satisfação de uma determinada necessidade humana, social –, escondido sob uma “máscara” – a estrutura militar – que, nos termos constitucionais e histórico-brasileiro, aspira somente a manutenção da classe burguesa no poder. Em outras palavras, o militarismo – nesses termos – em ação visa apenas a conservação de um determinado status social e, por isso, não pode ser considerado práxis.

Em suma, se o militarismo caracteriza-se como antipráxis, qualquer práxis que se organize tendo como estrutura a disciplina e a hierarquia militar, não poderá transitar níveis de práxis que vão além da reiteração, porque a doutrina autoritária e antidemocrática desta estrutura, só pode prover a obediência cega, ceifando qualquer espaço de liberdade, por sua vez, pressuposto do exercício da práxis criativa e reflexiva.

6.4 Em Busca De Uma Síntese E Algumas Recomendações

Não existe nenhuma alternativa de solução dos problemas de saúde da população brasileira que possa ser buscada apenas no interior do próprio setor SAÚDE.

Cristina Possas

Foi mediante o enfrentamento do dilema em que me envolvi, ou seja, ser enfermeiro e ser bombeiro militar no momento da prestação de assistência à saúde de seres humanos –sem nenhuma possibilidade de me abstrair de uma das modalidades do ser – que emergiu este conhecimento – mesmo inconcluso – cujas reflexões lançam as bases e apontam limites e possibilidades das práxis de Saúde e de Bombeiros na construção de serviços de APH comprometidos com o direito constitucional de assistência à saúde, pública e de qualidade⁹⁵.

Em outras palavras, pelo fato de, no desenvolvimento da prática assistencial, estar na condição de profissional enfermeiro e, ao mesmo tempo na condição de bombeiro militar, me vi envolvido num dilema que me impedia para ação – no sentido de se construir uma proposta de sistematização da assistência –, da mesma forma que os demais bombeiros com formação na área de Enfermagem de nível médio, os quais também seriam sujeitos do estudo. Mesmo se deparando com tal problemática, decidi levar adiante a prática assistencial, tendo como guia a máxima trabalhada pelas professoras responsáveis pela Disciplina Projetos Assistenciais de Enfermagem e Saúde, segundo as quais, o insucesso no desenvolvimento do projeto assistencial, ou alcance dos objetivos, também permite a construção do conhecimento.

Ao findar a prática assistencial, concluo que, o dilema que me envolveu, ou seja, orientar-me pelas normas do Exercício Profissional de Enfermagem ou pelos Protocolos de APH do CB, na sua articulação com a hierarquia militar – no desenvolvimento do

⁹⁵ Refiro-me ao direito garantido na CF - cujas diretrizes da saúde tiveram origem no Movimento da Reforma Sanitária (SCOREL, 1998) – ; tendo em vista que as constituições estaduais distorcem (como é o caso da CE de SC através da EC-33) ou não acatam os preceitos da Carta Magna (DALLARI, 1995).

processo –, foi o motivo pelo qual presumi, no início do trabalho, a inviabilidade da tentativa de percorrer o “caminho idealizado”.

Do conjunto de reflexões realizadas, algumas certezas são passíveis – até que novos estudos as re-avaliem – de afirmação, assim como, algumas recomendações também são possíveis. Como decorrência das constatações, posso afirmar que o APH é um serviço de Saúde de responsabilidade do Estado e, enquanto serviço institucionalizado que visa atender a saúde de seres humanos, é de exclusividade dos profissionais de saúde que, por intermédio de suas práxis, tem como finalidade, antes de tudo, garantir um atendimento com qualidade à saúde de pessoas em situações de urgência/emergência, em qualquer lugar, fora do hospital. Esta função primordial não pode estar subordinada a qualquer fôrma de assistência e/ou estrutura organizativa institucional que impeça a instauração de espaços de liberdade e autonomia, ingredientes sem os quais não é possível o exercício de práxis elevada ao mais alto nível de criação e reflexão, ou seja, com maior capacidade de transformação de seu objeto, ou melhor, de atendimento de necessidades humanas tendo no horizonte a humanização do ser humano.

Para tanto, algumas recomendações – mesmo que limitadas – se fazem necessárias. Primeiramente é preciso ter claro as especificidades das práxis que estão envoltas nesta modalidade de assistência à saúde. Foi isso que tentei fazer dizendo que no setor de Segurança Pública não pode haver prática de saúde, porque segurança é uma necessidade humana específica, diferente de saúde. Portanto, segurança pública não requer práxis de saúde, ainda menos segurança interna implícita nas entrelinhas da Lei (CF) – determinante da organização do CB no molde militar.

O setor de Segurança Pública tem objetivos ou atribuições diferenciadas das instituições de Saúde, portanto, prática de Bombeiros não é prática de saúde, mas sim de segurança pública, em que pese sua especificidade que a difere da prática policial e da justiça. Conseqüentemente, práxis de saúde e práxis de Bombeiros não se confundem, são práticas específicas. No âmbito do APH estão profundamente imbricadas, se relacionam. Mas só se relacionam porque são diferentes, senão, tratar-se-ia da mesma práxis.

Como vimos, nenhuma destas práticas pressupõe a estrutura militar, fator que soa como mero entrave às suas necessidades de se relacionarem, de atuarem de modo articulado ou na forma de sistemas – abertos – especialmente quando se trata de APH, pela sua dinâmica.

A fim de colocar as práxis em seus devidos lugares, nos quais podem alimentar-se de consciência filosófica, teórico-científica, necessária ao reconhecimento dos seus limites e possibilidades é preciso refazer o caminho no sentido inverso, no qual diversos agentes e instituições tem parcelas de responsabilidades. Ainda na ocasião, a Universidade precisa rever seus convênios de estágios com as instituições de Segurança Pública, especialmente dos cursos de graduação em Ciências da Saúde com os Corpos de Bombeiros. Conseqüentemente, esses cursos precisam redirecionar seus esforços na construção de Serviços de APH atribuídos, pelo Estado às instituições de Saúde, produzindo conhecimentos e implantando suas práticas no seio da sociedade, no sentido de fortalecer o SUS, reconhecendo a necessidade da participação indireta ou complementar do CB neste sistema. Para tanto, os profissionais de saúde também precisam envidar esforços no sentido de abandonar a consciência comum de suas práxis e galgar a consciência filosófica. Daí que a responsabilidade individual tem papel fundamental, sendo necessário apenas, que as instituições de Saúde, o SUS, em conjunto com as instituições formadoras, entre outras, re-direcionem suas práticas para que esta responsabilidade individual se transforme em coletiva.

Para que as participações indiretas dos Corpos de Bombeiros no SUS se efetivem, realmente, é urgente que essas instituições se desmilitarizem. Só assim será possível a “verdadeira” inter-relação com as instituições de Saúde e o respeito mútuo entre as práticas. Só assim será possível que a prática de Bombeiros se consolide, porque poderá organizar-se sobre uma estrutura que favoreça a promoção de espaços de liberdade, democráticos.

É preciso que os conselhos profissionais de normatização e fiscalização do exercício profissional, ou melhor, de regulação das práticas de saúde, sejam

democratizados no seio dos sujeitos das suas respectivas práticas. Esta é condição fundamental para que passem delimitar reconhecendo os limites e possibilidades de suas práxis, contribuindo assim, para a democratização da saúde. As mudanças necessárias nesses conselhos que, como vimos, exerceram e exercem fortes influências, quase sempre negativas, para o APH e para a saúde em geral, passam longe daquelas que foram – e estão sendo – apresentadas pelo modelo político ainda vigente, ou seja, o neoliberal.

Só para lembrar, o governo FHC, através de seu programa de (contra) reforma do Estado, transformou os conselhos de profissionais, através do artigo 58 da Lei nº 9.649/98⁹⁶, em organizações não-governamentais, “dotadas de personalidade jurídica de direito privado” (BRASIL, 1998). Felizmente, foi julgado inconstitucional – através de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) – e os conselhos profissionais voltaram a ser autarquias de interesse público – subordinadas à administração pública – devendo prestar contas, sempre que solicitados, ao Tribunal de Contas da União. Entretanto, as ameaças não cessaram, admitindo-se que, a política neoliberal continua reinante, de modo que, há novos Projetos de Lei – agora mais afinados para burlar a CF – tentando transformá-los em organizações não-governamentais de direito privado, sem qualquer vínculo com a administração pública, ou seja, com o Estado. Enfim, não é esta a mudança necessária, uma vez que não representa, em hipótese nenhuma, a democratização desses aparelhos de modo que estejam a serviços das suas respectivas práticas e da humanidade.

É preciso que o Estado, através de seus gestores da saúde, parem de monopolizar as informações pertinentes e tragam-nas para a discussão, nas instâncias de controle social da saúde, que por sua vez, também precisam ser democratizados. Uma forma de caminhar no sentido de pressionar a democratização é, no âmbito destas instâncias, as comunidades criarem seus Conselhos Locais de Saúde, independentes, autônomos, como embriões de efetivação do direito – até então negado – de participação verdadeiramente democrática da comunidade, nas decisões referentes à garantia do direito à saúde, como apontou Wendhausen (2002).

⁹⁶ Conforme o Art 58 da referida Lei, “os serviços de fiscalização de profissões regulamentadas serão exercidas em caráter privado, por delegação do poder público, mediante autorização legislativa” (BRASIL, 1998).

Acrescente-se ainda, que o Estado assumira a sua responsabilidade pelo garantia deste direito, de forma universal e igualitária, passando a investir os recursos necessários em programas sociais e de saúde, com seriedade. Especialmente para os programas na área de urgência e emergência e pré-hospitalar, embora tenha havido, recentemente, a iniciativa de lançamento de uma nova política para o setor, os investimentos não estão garantidos, de modo que a referida política tem características voláteis, ou seja, a Portaria nº 1.864/2003, deixa claro, em seu parágrafo único do artigo 11 que, “a liberação de recursos de investimentos dos projetos⁹⁷ aprovados ficará condicionada à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2003b). Uma afirmação desta, só pode ser feita pelos gestores, mediante a insegurança, a imprevisão, por parte do MS pela tal da “disponibilidade orçamentária e financeira”, em verdade, uma disponibilidade que diante da crise pela qual passa o setor, só pode ser efêmera.

Como destaquei sucintamente no desenvolvimento deste trabalho, a incógnita do financiamento da saúde, no Brasil, está longe de ser resolvida, ou melhor, cada vez mais distante. A parcela de recursos para a área da Saúde, do orçamento da Seguridade Social – prevista da CF – desde 1993 que não é mais destinada ao MS. As outras fontes de recursos, criadas, forma todas voláteis e insuficientes, quando não, desviadas para outras finalidades, como é o caso da CPMF. A Emenda Constitucional nº 29/2000, promulgada “para assegurar os recursos *mínimos* para o financiamento das ações e serviços de Saúde” (BRASIL, 2000), apesar de comprometer as três esferas do governo a aumentarem gradativamente, até 2004, seus investimentos com recursos provenientes da receita de impostos⁹⁸, ainda é insuficiente para satisfazer plenamente as necessidades e os direitos de todos os cidadãos com a saúde. Os investimentos previstos – apesar de tornarem-se estáveis –, estão longe de serem suficientes para suprir o *déficit* histórico de investimentos

⁹⁷ O MS exige, através da respectiva Portaria (artigo 7º), para a liberação de recursos que lhe competem, a apresentação – pelas Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde – de um projeto de acordo com os padrões exigidos na Política Nacional elaborada pelo Ministério.

⁹⁸ Com a aprovação da PEC, a União terá que agregar 5% a mais ao Orçamento da Saúde com base no repasse de 1999. Entretanto, o reajuste fica atrelado à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB); os Estados terão que gastar, no mínimo, 7% dos seus orçamentos com saúde. O percentual chegará a 12% até 2004; os Municípios comprometem 7% de suas contas, chegando a 15% também em 2004 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

no Sistema de Saúde. Além de que, para a reposição de Recursos Humanos, os governantes, nas três esferas de governo, freqüentemente se escondem atrás da Lei de Responsabilidade Fiscal, alegando que não tem recursos.

Diante disso, não resta outra alternativa a não ser a sociedade passar a exigir, “num coro polifônico” e com vigor, seus direitos, que vão além do básico e do mínimo – que estão se resumindo ao nada. Em se tratando de SvAPH é preciso exigir o necessário, ou seja, serviços “... que não prescindem de modernos recursos tecnológicos e do mais elevado conhecimento técnico-científico específicos às categorias profissionais que o devem compor, numa perspectiva multiprofissional e disponíveis de forma igualitária a toda a população” (PRADO, MARTINS, 2003, p. 75).

Definitivamente, precisamos parar de acreditar que não existem recursos financeiros nos cofres do Estado para atender as demandas sociais, caso contrário, ou tem dinheiro e seus devidos investimentos sejam feitos com urgência, ou não haverá, dentro em breve, sociedade brasileira.

6.4.1 Para Não Concluir: A Utopia Da Práxis

Muitas verdades vieram à terra, certos objetivos não resistiram ao confronto com a realidade e algumas esperanças desvaneceram-se. E ainda assim estou hoje mais convencido do que nunca de que nossos ideais – vinculados a essas verdades e a esses objetivos e esperanças – continuam sendo uma alternativa necessária, desejável e possível (...) para aqueles que lutam para transformar um mundo no qual se geram, hoje como ontem, não só a exploração e a opressão dos homens e dos povos, como também um risco mortal para a sobrevivência da humanidade. E embora o caminho para transformar o mundo presente tenha retrocessos, obstáculos e sofrimentos de que não suspeitávamos na juventude, nossa meta continua sendo esse outro mundo que sempre desejamos

Adolfo Sánchez Vázquez

É dentro da utopia, tão bem expressa por Vázquez (2002), e citada em epígrafe que finalizo o presente trabalho – mesmo sem concluí-lo – almejando desde já, que aponte para a sua superação. Não obstante, preciso inferir que a práxis de que fala Vázquez, e por minha vez, sobre a que dissertei na ocasião, traz na sua essência a utopia.

Entendo esta práxis, como um conceito sintético, que articula teoria e prática. Vejo a práxis como uma prática fundamentada teoricamente. Em outros termos, se a teoria desvinculada da prática se configura como mera contemplação, a prática desvinculada da teoria é puro espontaneísmo. É o fazer pelo fazer. Se assim é, a práxis pressupõe a intervenção da consciência no processo prático. Pressupõe a antecipação mental, ideal, do produto resultado da ação sobre o objeto que se quer transformar. Daí seu caráter utópico.

De acordo com Vázquez (2001, p. 362),

a utopia [da práxis] se encontra vinculada com a realidade não só porque esta gera sua idéia ou imagem do futuro, mas também porque incide na realidade, com seus efeitos reais. (...) Assim, pois, a utopia não só tem uma existência ideal como também real, efetiva, por sua capacidade de inspirar o comportamento prático de indivíduos ou grupos sociais, produzindo efeitos reais na realidade presente.

Em face disso, acredito que a utopia da práxis decorre da articulação do “...que ainda não é – mas se considera que possa ou deva ser” – (VÁZQUEZ, 2001, p. 362), com a realidade, com aquilo que é, concretamente. Por isso, a utopia da práxis é sempre inconclusa, porque o “...ideal não se esgota no real” (VÁZQUEZ, 2001, p. 362).

Quer dizer, a utopia – como projeto ou ideal – é irreduzível à realidade. Sua redução significaria irrevogavelmente o fim da utopia. Assim, por sua aproximação com a realidade, na medida em que nunca se concretiza plenamente e que na realidade, por sua vez, não é estática, as utopias se sucedem umas às outras. Ou seja, como há uma história real, em movimento e mudança, há também – como demonstra nosso retrospecto histórico – uma sucessão ou movimento de utopias, sem que, nesta superação histórica e relativa de sua incongruência ou contraste com o real, a utopia se dissolva no real (VÁZQUEZ, 2001, p. 362).

Portanto, compreendida a totalidade prático-social como a integração de diversas formas de práxis ou práxis específicas que tem em comum a ação do homem sobre a respectiva matéria, a práxis social, só pode ter um conteúdo utópico, pois é ação humana que nega uma realidade e se propõe a criar outra, humanizada ou mais humanizada. A práxis, elevada ao mais alto grau de consciência filosófica, onde se encontra o nível criador, é condição necessária para fazer deste mundo um mundo mais humano (VÁZQUEZ, 1977).

Ao analisar, neste estudo, aspectos referentes às práxis específicas – sobretudo as práxis de Enfermagem e de Bombeiros –, talvez no decorrer do texto tenha deixado a

impressão de que foi um trabalho de negação, somente! Negação inclusive das proposituras atuais do setor Saúde para solucionar a problemática. Contudo, mesmo que não pareça, meu esforço foi no sentido contrário, a fim de não deixar registrado este possível e exclusivo caráter unilateral de “denúncia”, ou de outro lado, de “anúncio”. Sob esta ótica, optei pelo caráter dialético, no qual “denúncia” e “anúncio” não se excluem.

Entretanto, se o primeiro teve maior peso, se a denúncia predominou, talvez tenha sido em virtude de minha afeição pela utopia, pela crença na possibilidade de se construir um mundo melhor. Uma utopia sim! Não no sentido pejorativo da palavra, com a qual já discordava Löwy (1985), mas sim utopia com o significado de algo possível e necessário de se concretizar. Pois, como afirmam Luckesi et al. (2003, p. 27)

é fundamental ao homem ter uma utopia. Esta se concretiza nos movimentos fundamentais de denunciar o falso existente em nosso contexto, ao tempo em que se anuncia o que se pretende construir. É isso que dá sentido à nossa luta e nossa história. E... muito do homem se forma na luta.

Foi nesta perspectiva que tentei me posicionar, ou seja, mediante a possibilidade de adentrar na essência dos fatos e “denunciar” a pseudo-realidade que se nos é apresentada diretamente e ao mesmo tempo “anunciar” aquilo que acredito necessário e possível de ser construído, não apenas para a humanização da prática de assistência à saúde no âmbito pré-hospitalar, mas para a saúde em geral e para a sociedade em particular. Portanto, inspirei-me neste movimento, de negação e afirmação – a um só tempo: negação de uma realidade que não queremos e afirmação de uma realidade que almejamos, mais humana e solidária. Talvez também, meus apontamentos para esta construção, se deram com maior ênfase sob exigências de transformações profundas em nosso modo de viver, de se organizar em sociedade e de produzir nossa existência; e isso é verdade – é nisso que também acredito.

Entretanto, muitos dos “anúncios” estão aqui, na nossa frente. Basta olharmos, idealizarmos e agirmos pautados em condutas moralmente positivas e aceitas sob a ótica das classes majoritárias... dos proletários, dos operários, dos camponeses, dos trabalhadores estatais, da saúde, enfim, dos sem classe – este exército de excluídos que cada dia cresce como escória, à margem da vida humana. Por isso não me detive apenas

em apontamentos enclausurados em aspectos específicos da assistência pré-hospitalar de urgência/emergência. Quiçá procurei evidenciar sua relação com os problemas mais gerais da saúde e da sociedade.

Por assim ser, resta-me afirmar que, toda vez que me debruçar sobre a atividade teórica, não será diferente. Meu pensamento estará sempre aqui e lá, “entre a realidade e a utopia”, como diz Vázquez (2001). Não por livre opção, somente, mas, essencialmente porque minha trajetória de vida me fez assim, perante a dura realidade em que vivemos. De tal modo que, definitivamente

Sou um caso perdido

Por fim um crítico sagaz revelou
(eu já sabia que iam descobrir)
que nos meus contos sou parcial
e tangencialmente apela
que assuma a neutralidade
como qualquer intelectual que se respeite

creio que tem razão
sou parcial
disto não tem dúvida
mais ainda eu diria que um parcial irrecuperável
caso perdido enfim
já que por mais esforço que faça
nunca poderei chegar a ser neutral

em vários países desse continente
especialistas destacados
fizeram o possível e o impossível
para curar-me da parcialidade...

...ter sido neutral
não teria necessitado
essas terapias intensivas
porém que se vai fazer
sou parcial
incuravelmente parcial
e mesmo que possa soar um pouco estranho
totalmente parcial

...além disso e a partir
das minhas confessas limitações
devo reconhecer que a esses poucos neutrais
tenho certa admiração
ou melhor lhes reservo certo assombro
já que na realidade é necessário uma têmpera de aço

para se manter neutral diante de episódios como
girón, tlatelolco, trelew, pand, la moneda

é claro que a gente
e talvez seja isto o que o crítico queria me dizer
poderia ser parcial na vida privada
e neutro nas belas-letas
digamos indignar-se contra Pinochet
durante a insônia
e escrever contos diurnos
sobre a atlântida
não é má idéia
e lógico
tem a vantagem
de que por um lado
a gente tem conflitos de consciência
e isso sempre representa
um bom nutrimento para a arte
e por outro não deixa flancos para que o fustigue
a imprensa burguesa e/ou neutral

não é má idéia
mas
já me vejo descobrindo ou imaginando
no continente submerso
a existência de oprimidos e opressores
parciais e neutrais
torturados e verdugos
ou seja a mesma confusão
cuba sim ianques não
dos continentes não submergidos

de modo que
como parece que não tenho remédio
e estou definitivamente perdido
para a frutífera neutralidade
mais provável é que continue escrevendo
contos não neutrais
e poemas e ensaios e canções e novelas não neutrais
mas aviso que será assim
mesmo que não tratem de torturas e prisões
ou outros tópicos que ao que parece
tornam-se insuportáveis para os neutros

será assim mesmo que tratem de borboletas e nuvens
duendes e peixinhos (**Mário Benedetti**).

Por fim, apoiando-me na robustez e sensibilidade do poeta, penso que este trabalho, ao pretender-se científico – mesmo com todas suas deficiências – como toda e

qualquer ciência, não é ideologicamente neutra, imparcial. Assumo posicionamentos da classe social a que pertenço, da práxis social que me insiro e por isso, somente por isso, o trabalho é forjado pela utopia. Uma “...utopia [que] se move sempre entre dois extremos, o impossível e o possível. O impossível não dá impulso à sua realização; o possível sim...” (VÁZQUEZ, 2001, p. 364). E por isso “... não só se assume como necessário e realizável, mas também como valioso e desejável” (VÁZQUEZ, 2001, p. 364).

Conseqüentemente, a utopia quando fundada na ciência só pode caminhar para o possível, em direção a sua realização. Ou seja, a utopia se torna tão possível de se realizar quanto maior for o conhecimento científico que traz dentro de si... este é o impulso à sua realização. Em face de tudo o que disse, acrescento somente que a elaboração deste trabalho foi repleta de sofrimento e insatisfação. Não apenas no ato de escrever, mas, sobretudo, na prática mesma que tem sua origem. Talvez por isso, sendo resultado de determinadas circunstâncias, adquiere esta forma e, assim sendo, faço minha a reflexão de Freda Indursky:

esse trabalho apresenta uma dupla face analítica em minha trajetória. No nível acadêmico, permitiu-me a realização de minha (...) [dissertação] e no nível pessoal possibilitou que exorcizasse alguns de meus fantasmas. Devolveu-me a voz que ficou por tanto tempo presa na garganta (INDURSKY, 1997, p. 260)

E assim vou ficando por aqui, logo abaixo: entre a melancolia do Poeta e a utopia do Filósofo. Assim me situo!



*Talvez que seja a brisa
Que ronda o fim da estrada,
Talvez seja o silêncio,
Talvez não seja nada.*

Fernando Pessoa

7. REFERÊNCIAS

AMORIM, M. A.; SOUZA, A. A. D.; LIMA, J. E. S; SILVA. E. A.; et al. **A importância da Enfermagem no atendimento pré-hospitalar do corpo de bombeiros: uma visão dos bombeiros socorristas.** Trabalho de Complementação (Curso Técnico em Saúde: Habilitação em Enfermagem) – Escola de Formação em Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

ALMOYNA, M. M.; NITSCHKE, C. S. (Org). **Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência.** SAMU, 1999. Disponível em: <<http://www.uvp5.univ-paris5.fr/SAMU/Regul/RegulPO/Regul.asp>>. Acesso em: 15 de jan de 2004.

BRASIL. **Decreto-lei nº 667, de 02 de julho de 1969.** Reorganiza as Polícias Militares e Corpos de Bombeiros dos Estados, dos Territórios e do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília, 1969.

_____. Presidência da República. **Lei nº 6.681 de 16 de agosto de 1979.** Dispõe sobre a inscrição de médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos militares em Conselhos Regionais de Medicina, Odontologia e Farmácia, e dá outras providências. Brasília, 1979.

_____. **Leis das contravenções penais.** Decreto, nº 3.688, de 3.10.1941, 23ª ed. São Paulo: Saraiva, 1985.

_____. Presidência da República. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987.** Regulamente a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1987.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para instrutores de socorristas.** Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília, 1990b.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (sus) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990c.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990d.

_____. **Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990.** Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Brasília, 1990e.

_____. Ministério da Saúde. Programa de enfrentamento às emergências e traumas. Brasília, 1990a. **In: DRUMMOND, J. P. Trauma e anestesiologia.** Rio de Janeiro: Medsi, 1992.

_____. **Código penal militar.** Decreto-Lei nº 1.001, de 21 de outubro de 1969. 7ª ed. São Paulo: Saraiva, 1993.

_____. **Código penal.** Decreto-Lei nº 2848 de 07 de Dez de 1940. São Paulo: Saraiva, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de suporte avançado de vida no trauma:** (atls/savt). Brasília, 1996.

_____. **Lei nº 9.649 de 22 de maio de 1998.** Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Brasília, 1998.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do Texto: Juarez de Oliveira. 20ª ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 814/GM de 01 de junho de 2001.** Normatiza o atendimento pré-hospitalar e transporte inter-hospitalar no Brasil. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 824/GM de 24 de junho de 1999.** Normatiza o atendimento pré-hospitalar e transporte inter-hospitalar no Brasil. Brasília, 1999.

_____. **Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.** Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048/GM de 05 de novembro de 2002.** Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, 2002a.

_____. Instituto Cidadania. **Projeto de segurança pública para o Brasil.** 2ª ed. Instituto Cidadania e Fundação Djalma Guimarães: São Paulo, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de enfrentamento às emergências e catástrofes**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 28 de maio de 2002c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova a norma operacional da assistência à saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília, 2002d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1863 de 29 de setembro de 2003**. Institui a política nacional de atenção às urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1864 de 29 de setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências, por intermédio da implantação de serviços de atendimento móvel de urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Serviço de atendimento móvel de urgência**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/samu>>. Acesso em: 10 de março de 2004.

BRINK, L. W.; NEUMAN, B.; WYNN, J. Air Transport. **Transport medicine**, Dallas, v. 40, n. 2, p. 439-456, apr. 1993.

BACKES, V. M. S. **Estilos de pensamento e práxis na enfermagem**: a contribuição do estágio pré-profissional. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999.

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer jurídico nº 008/2003.** Dispõe sobre a prescrição de medicamentos por enfermeiros. Rio de Janeiro, 1991a.

_____. **Parecer jurídico nº 068/91.** Dispõe sobre a possibilidade jurídica de enfermeiro autônomo prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Rio de Janeiro, 1991b.

_____. **Resolução nº 225, de 28 de fevereiro de 2000.** Dispõe sobre o cumprimento de prescrição medicamentosa/terapêutica à distância. Rio de Janeiro, 2000.

_____. **Resolução cofen nº 271/2002.** Regulamenta as ações de enfermagem na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Rio de Janeiro, 2002a.

_____. **Resolução cofen nº 272/2002.** Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem – sae – nas instituições de saúde brasileiras. Rio de Janeiro, 2002b.

_____. **Resolução cofen nº 260/2001 (revogada).** Fixa as especialidades de enfermagem. Rio de Janeiro, 2001.

_____. **Resolução cofen nº 290/2001.** Fixa as especialidades de enfermagem. Rio de Janeiro, 2004.

_____. **Parecer jurídico nº 056/2003.** Dispõe sobre a executoriedade da sentença que concedeu segurança ao sindicato dos médicos do

rio grande do sul, em face da resolução cofen nº 271/2002, na qual se declarou suspensos os efeitos dos artigos 2º, 3º, 4º e 6º do referido ato regulatório, nos autos do mandado de segurança coletivo, de nº 2002.34.00.036024-8/df, tramitado pelo juízo da 3º vara federal da seção judiciária do distrito federal. Rio de Janeiro, 2003.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA. **Resolução nº 27 de 1997**. Normatiza o transporte inter-hospitalar no estado de santa Catarina. Florianópolis, 1997a.

_____ . **Resolução nº 28 de 1997**. Normatiza o atendimento pré-hospitalar no estado de santa Catarina. Florianópolis, 1997b.

_____ . **Ética médica: atendimento pré-hospitalar e transferência inter-hospitalar de urgência e emergência em santa catarina**. Florianópolis, 2004. Disponível em: <<http://200.102.6.108/homepage/emergencia/4.htm>> acesso em 16 de 05 de 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução cfm nº 1.529 de 1998 (revogada)**. Normatiza a atividade médica na área de urgência/emergência na sua fase pré-hospitalar. Brasília, 1998.

_____ . **Resolução cfm nº 1.718 de 16 de abril de 2004**. Veda o ensino de atos médicos privativos, sob qualquer forma de transmissão de conhecimentos, a profissionais não-médicos, inclusive àqueles pertinentes ao suporte avançado de vida, exceto o atendimento de emergência à distância, até que sejam alcançados os recursos ideais. Brasília, 2004.

_____. **Resolução cfm nº 1.641 de 12 de julho de 2002.** Veta a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico e dá outras providências. Brasília, 2002.

_____. **Resolução cfm nº 1.671, de 19 de julho de 2003.** Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências. Brasília, 2003.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Decisão coren-sp-dir/008/1999.** Normatiza a implementação da sistematização da assistência de enfermagem – sae – nas instituições de saúde, no âmbito do estado de são paulo. São Paulo, 1999.

_____. **Decisão coren-sp-dir/001/2001.** Dispõe sobre a regulamentação da assistência de enfermagem em atendimento pré-hospitalar e demais situações relacionadas com o suporte básico e suporte avançado de vida. São Paulo, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 354, de 20 de setembro de 2000.** Dispõe sobre a assistência farmacêutica em atendimento pré-hospitalar às urgências/emergências. Brasília, 2000.

CARRARO, E. T.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org). **Metodologias para a assistência de enfermagem:** teorias, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001.

CARVALHO JR., D. C. **Conhecendo o comportamento do cliente no momento de urgência/emergência através da assistência de enfermagem em serviço de atendimento pré-hospitalar.** Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. **In:** COHN, A; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Pec da saúde: o caminho para o financiamento do sus**. Disponível em: <www.cns.gov.br> . Acesso em: 15 de maio de 2004.

DRUMMOND, J. P. **Trauma e anestesiologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 1992.

DISTRITO FEDERAL. Câmara Legislativa do Distrito Federal. **Lei nº 891, de 26 de julho de 1995**. Cria o Serviço de Atendimento ao Trauma no Distrito Federal. Brasília, 1995.

DALLARI, S. G. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DISTRITO FEDERAL, Juízo Federal da 3ª Vara. **Suspensão de segurança nº 2003.01.00.002410-0/df relativo ao processo de origem nº 2002.34.00.036024-8/df**. Dispões sobre a suspensão da execução da liminar deferida pela juíza da 3ª vara federal da seção judiciária do df, oriunda do mandado de segurança impetrado pelo sindicato dos médicos do rio grande do sul – simers – para suspender os efeitos dos artigos 2º, 3º, 4º e 6º da resolução cofen nº 271/2002. Brasília, 2003.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ELIAS, P. E. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. **In:** COHN, A; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

FILHO, N. B. **Estado e militarização:** as polícias militares como aparelhos repressivos do estado. Florianópolis. Tese (Doutorado em Direito) - Pós-graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1989.

FERNANDES, F. **O que é revolução.** São Paulo: Brasiliense, 1984.

FRANÇA. **Serviço de atendimento médico de urgência de Paris.** Disponível em: <http://www.samudeparis.org/>. Acesso em: 17 de jan de 2003.

GOMES, A. M. **Emergência:** planejamento e organização da unidade e assistência de enfermagem. São Paulo: E.P.U., 1994.

GALLO, M. B., HUDACK, C. **Cuidados intensivos de enfermagem:** uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

HABERMAS, J. **Técnica e ciência como ideologia.** Lisboa: Edições 70, 1968.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: E.P.U., 1979.

HECKMAN, J. D.; CHAIRMAN, M. D. **Emergency care e transportation.** 5ª ed. Rosemont: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1991.

HAFEN, B. Q.; KARREN, K. J. **Prehospital emergency care & Crisis intervention.** 2ª ed. Englewood: MP, 1983.

INDURSKY, F. **A fala dos quartéis e as outras vozes.** Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1997.

KAYSER, C. P.; PELISSARI, D. P.; BERNARDI, K. S.; BENEDIX, M. **Vivenciando momentos de estresse:** uma experiência de assistência de enfermagem junto ao indivíduo e família em situações de emergência. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1995.

LESSA, I. Doenças não-transmissíveis. **In:** ROUAUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde.** 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

LUNA, S. V. **Planejamento de pesquisa:** uma introdução. São Paulo: EDUC, 2002.

LUCKESI, C.; BARRETO, E.; COSMA, J.; BAPTISTA, N. **Fazer universidade:** uma nova proposta metodológica. 13ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

LÖWY, M. **Ideologias e ciência social:** elementos para uma análise marxista. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1985.

LÊNIN, V. I. **O estado e a revolução.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1961.

LECEA, T. R. **Instituto de Filosofia de Madrid.** Disponível em: <http://theoria.org/filosofia/a_sanchezvazquez/trdlecea.htm> acesso em 25 de 01 de 2004.

MARTINS, P. P. S. **Assistência de enfermagem às vítimas de traumas no serviço de emergência do hospital regional de são José, dr. Homero de Miranda Gomes.** Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. São José, 2001a.

_____, P. P. S. **Assistência de enfermagem no serviço de atendimento pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros do Estado de Santa Catarina.** Projeto de Prática Assistencial (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001b.

_____, P. P. S. **Metodologia da assistência de enfermagem em emergência hospitalar:** buscando um caminho. Plano de estudos apresentado para o processo de seleção do Mestrado em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002a.

_____, P. P. S. **Construindo um marco referencial teórico-metodológico para o ensino de enfermagem e supervisão/co-orientação de trabalho de conclusão de curso. Relatório final das atividades da disciplina de Estágio de Docência.** (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002b.

_____, P. P. S. Buscando caminhos para articulação graduação e pós-graduação – construindo pontes derrubando muros. **In:** 12º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. **Interfaces da Pesquisa em Enfermagem: aproximando o ensino e o cuidado com outros campos do conhecimento.** Porto Seguro: Anais do Seminário, 2003a. CD-ROM.

_____, P. P. S. **Assistência de enfermagem em serviço de emergência pré-hospitalar.** Relatório de Prática Assistencial de Enfermagem apresentado à disciplina Projetos Assistenciais de Enfermagem e de Saúde (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003b.

MCSWAIN, N. E. ; et. al. **Pre-hospital trauma life support:** basic and advanced. 4ª ed. St. Louis, 1992.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. L. 1, v. 1. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

_____. Manifesto do partido comunista. **In:** FILHO, D. A. R.; COUTINHO, C. N.; KONDER, L.; SANTOS, T.; FERNANDES, L.; PAULA, J. A.; et al. **O manifesto comunista 150 anos depois**. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1998.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, n. IV (3), p. 513-531, nov. 1997/ fev. 1998.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã: (Feuerbach)**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MORALES, A. P. Problemas éticos en la atención de urgencias: descripción de experiencias. **Rev. Cubana Enfermer.**, Havana, v. 15, n 2, p. 133-140, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MARTINS, L. S. **O desemprego na contemporaneidade**. Trabalho apresentado à disciplina Teoria Econômica I (Mestrado em Economia Rural e Regional), Universidade Federal da Paraíba. Campina Grande, 2000.

_____, L. S. **A crise estrutural do capital no limiar do século XXI**. Dissertação (Mestrado em Economia Rural e Regional), Universidade Federal da Paraíba, Centro de Humanidades. Campina Grande, 2001c.

MUGUERZA, J. Adolfo Sánchez Vázquez: Filósofo Espanhol no México, Filósofo Mexicano na Espanha. **In: VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. Filosofia e circunstâncias**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

MERCADANTE, O. A. (Org.); SCHECHTMAN, A.; CORTES, B. A.; JUNIOR, E. M.; MENDES, E. V.; UN, J. A. W. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. **In : FINKELMAN, J. (Org.). Caminhos da saúde pública no brasil**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2002.

MÉSZÁROS, I. **O século XXI: socialismo ou barbárie?** São Paulo: Boitempo, 2003.

NASI, A. L. (Org.). **Rotinas em pronto socorro: politraumatizados, emergências ambulatoriais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

NAZÁRIO, N. O. **Fragmentos de uma construção do assistir em situações de emergência/urgência**. Florianópolis: Insular, 1999.

NITSCHKE, C. S. SAMU. Mensagem recebida por: pedro@nfr.ufsc.br. 23 de agosto, 2003.

OFFE, C. Trabalho: categoria sociológica chave? In: **Capitalismo desorganizado**. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal**. São Paulo: LTR, 1999.

OLIVEIRA, M. **Avaliação do paciente no ambiente pré-hospitalar**. Disponível em: <www.pm.sc.gov.br/1bbm>. Acesso em: 15 jan. de 2003.

_____, M. **Fundamentos do socorro pré-hospitalar: suporte básico de vida**. Florianópolis: CIASC. 1996.

POLANCZYK, C. A.; KUCHENBECKER, R.; CAYE, L.; VACARO, R.; FERREIRA, j.; PROMPT, C. A. **Informatização de protocolos assistenciais como estratégia de adesão às melhores práticas clínicas**. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Disponível em: <www.avesta.com.br/anais/dados/trabalhos/323.pdf> Acesso em: 01 de fev de 2004.

PAGE, James O. **The paramedics: An illustrated history of paramedics in their first decade in the U.S.A.** Jems Magazine. Disponível em: <<http://www.jems.com/paramedics/index2.html>> Acesso em: 27 de dez de 2002.

PRADO, M. L.; MARTINS, P. P. S. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 71-75, jan./fev. 2003.

PRADO, M. L.; SOUZA, M. L. Epidemiologia da Violência: uma aproximação ao problema através da morte violenta na sociedade brasileira contemporânea – o caso de santa catarina. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, v. 49, n 2, p. 157-164, abr./jun. 1996.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

PRADO, M. L. do. **Caminhos perigosos: violência e saúde à luz das ocorrências de trânsito**. Pelotas: Universitária, 1998.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez Editora, 1989.

PAZ, C. D. **O treinamento e desenvolvimento como perspectiva estratégica para o atendimento pré-hospitalar: o caso dos unimed Florianópolis**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro de Ciências da Administração-ESAG, Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Serviço de atendimento médico de urgência (samu)**. Disponível em : <<http://www.portoalegre.rs.gov.br>>. Acesso em 28 de maio de 2002.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R.. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. **In: CIANCIARULLO, T. I. et al. (Org). Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001.

ROCHA, P. K. **Assistência de enfermagem em serviço de emergência pré-hospitalar e remoção aeromédica**. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

RIO DE JANEIRO (Estado). Corpo de Bombeiros. **Museu do corpo de bombeiros**. Disponível em:<<http://www.defesacivil.rj.gov.br>>. Acesso em: 12 de jan. de 2003.

RIBEIRO, M. L. S. **Educação escolar: que prática é essa**. Campinas, SP: Autores Associados, 2001.

REZENDE, A. L. M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1986.

SOUZA, M. F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. **In:** CIANCIARULLO, T. I. et al. (Org). **Sistema de assistência de enfermagem:** evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

SANTA CATARINA. **Protocolo de atendimento pré-hospitalar.** Corpo de Bombeiros Militar de SC. Florianópolis, 1999.

SAVIANI, D. **Escola e democracia.** 2ª ed. São Paulo: Cortez; Autores Associados, 1984.

_____, D. **Educação brasileira:** estrutura e sistema. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 1981.

SANTOS, R. R.; CANETTI, M. D.; JUNIOR, C. R.; ALVAREZ, F. S. **Manual de socorro de emergência.** São Paulo: Atheneu, 1999.

SILVA, G. B. S. **Enfermagem profissional:** análise crítica. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Serviço de Atendimento Médico de Urgência.** Disponível em: <<http://www.samusp.med.br/>>. Acesso em: 18 de jan. 2003.

SALOMON, D. V. **A maravilhosa incerteza:** ensaio de metodologia dialética sobre a problematização no processo do pensar, pesquisar e criar. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **Como fazer uma monografia.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

SCHELEMPER JR., B. R. **Atendimento pré-hospitalar e transferência inter-hospitalar de urgência e emergência em Santa Catarina:** diagnóstico, normatização técnica e orientação ética. 2ª ed. Florianópolis: CREMESC, 2000.

SANTA CATARINA. **Decreto nº 12.112, de 16 de Setembro de 1980.** Aprova o regulamento disciplinar da polícia militar do estado de santa catarina. Florianópolis: Centro de Ensino da Polícia Militar, 1980.

SANTA CATARINA. Constituição (1989). **Constituição do Estado de Santa Catarina:** promulgada em 5 de outubro de 1989. 3ª ed. Florianópolis: Insular, 1997.

SANTA CATARINA. **Emenda Constitucional nº 33 de 2003.** Emenda constitucional aprovada na assembléia legislativa de santa Catarina em maio de 2003. Florianópolis, 2003.

SANTA CATARINA. **Lei nº 6.218, de 10 de Fevereiro de 1983.** Dispõe sobre estatuto dos policiais militares de estado de santa Catarina, e dá outras providências. Florianópolis: Centro de Ensino da Polícia Militar, 1983.

SEBASTIÃO, J. **Responsabilidade médica:** civil, criminal e ética. 3ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na américa latina.** São Paulo: Cortez, 2000.

TACAHASHI, D. M. Assistência de enfermagem pré-hospitalar às emergências – um novo desafio para a enfermagem. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, v. 44, n 2/3, p. 113-115, abr./set. 1991.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem.** Florianópolis: UFSC, 1999.

THOMAZ, R. R.; MIRANDA, M. F. B.; SOUZA, G. G.; GENTIL, R. C. Enfermeiro de bordo: uma profissão no ar. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, 1999.

TUMOLO, P. S. **Da contestação à conformação**: a formação sindical da cut e a reestruturação capitalista. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2002.

TEIXEIRA, F. J. S. O neoliberalismo em debate. **In**: TEIXEIRA, F. J. S. (Org.), ALVES, G., NETO, J. M., OLIVEIRA, M. A. (Org.). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva**: as novas determinações do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; Universidade Estadual do Ceará, 1996.

VIRGINIA. Serviço de Emergências Médicas. **The history of sem (emergency medical services)**. Disponível em: <<http://warhammer.mcc.virginia.edu/cars/milestones.html>>. Acesso em: 10 de jan de 2003.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia e circunstâncias**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2002

_____, A. S. **Filosofia da práxis**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

_____, A. S. **Ética**. 20ª ed. Rio de Janeiro: brasileira, 2000.

_____, A. S. **Entre a realidade e a utopia**: ensaios sobre política, moral e socialismo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. F. G. Transição Demográfica e Epidemiológica. **In**: MEDRONHO, R. A.; CARVALHO, D. M.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2003.

WENDHAUSEN, A . **O duplo sentido do controle social:** (des) caminhos da participação em saúde. Itajaí: Editora UNIVALI, 2002.

8. APÊNDICE

APÊNDICE - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE : Consentimento Livre e Esclarecido

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
Tel. (48) 331.9480 - 331.9399 Fax (48) 331.9787
E-mail: pen@nfr.ufsc.br
Homepage: www.nfr.ufsc.br**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Colega,

Venho através deste, solicitar seu consentimento para participar do estudo que irei desenvolver junto ao Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar, no mês de maio do ano em curso, referente à Disciplina Projetos Assistenciais de Enfermagem e de Saúde, do Mestrado em Enfermagem.

A proposta envolvendo especificamente este serviço será desenvolvida junto às guarnições do Auto Socorro de Urgência do Bombeiro do Estreito – e coordenadores. Terá como objetivo central realizar um estudo sobre a metodologia do atendimento pré-hospitalar prestado pelo Serviço. O estudo será realizado com base numa abordagem construtivista do conhecimento que tem como pressuposto a participação dos envolvidos no cenário e a construção coletiva a partir da experiência dos mesmos. Serão realizadas discussões em grupos - no período de serviço - com horário previamente agendado, e outras estratégias/atitudes dialógicas reflexivas que se fizerem necessárias, norteadas pela missão Institucional, com vistas ao desencadeamento de um processo de mudanças no sentido de ampliar a qualidade dos serviços prestados.

Os relatos obtidos serão confidenciais e o seu nome não será divulgado, garantindo o sigilo do participante. Respeitadas essas condições, os dados obtidos através das

discussões, dos relatos, das experiências vividas e dos encaminhamentos - eventualmente propostos -, serão discutidos e apresentados no trabalho final. Saliento que está livre para desistir desta participação a qualquer momento que assim o desejar, sem prejuízos pessoais e/ou para o estudo. Será entregue a você uma cópia deste termo e uma outra ficará arquivada comigo.

Mdo. Pedro Paulo Scremin Martins

Eu,

Declaro estar ciente das condições colocadas e aceito participar do presente estudo..

Florianópolis, / / 2003