



## **CONSIDERAÇÕES ACERCA DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 375/2011 ANÁLISE TÉCNICA E JURÍDICA**

O presente trabalho busca analisar os aspectos legais e fáticos que permeiam a Resolução COFEN nº 375/2011, que em seu bojo traz a obrigatoriedade da presença de Enfermeiro em cada Unidade de Suporte Básico integrante do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), bem como as diversas implicações decorrentes da sua aplicação pelos Conselhos Regionais de Enfermagem no âmbito da Administração Pública.

### **I – INTRODUÇÃO**

Antes de adentrar ao mérito da questão, necessário, primariamente, compreender o contexto legal que envolve os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, abordando desde sua natureza jurídica, os limites do poder fiscalizador, normativo e regulamentador, o que se revela de extrema importância para a aferição de legalidade dos atos por eles proferidos, no que tange especificamente à edição e obrigatoriedades advindas da Resolução COFEN nº 375/2011.

Neste cenário introdutório, reportamos que o livre exercício do trabalho é uma garantia fundamental ao cidadão e encontra disposição no art. 5º, inciso XIII da Constituição Federal:

*Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:*

*XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;*

Como é possível observar no artigo supra, o trabalho será de livre exercício, ressalvados os casos em que a lei estabelecer as qualificações necessárias para uma atividade específica. Esse poder de regulamentação, fiscalização e disciplina dos ofícios profissionais compete à União, conforme os artigos 21, inciso XXIV e 22, inciso XVI da Constituição Federal<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Art. 21. Compete à União:



Mediante ao poder conferido pela Carta Magna, a União delegou-o aos Conselhos de Fiscalização Profissional, os quais são autarquias federais e, por conseguinte, pessoas jurídicas de direito público. O celebrado doutrinador Hely Lopes Meirelles relata: “*O que posiciona a autarquia como de regime especial são as regalias que a lei criadora lhe confere para o pleno desempenho das suas finalidades específicas, observadas as restrições constitucionais. Assim são consideradas autarquias de regime especial [...] as entidades encarregadas, por lei, dos serviços de fiscalização de profissões regulamentadas (CONFEA e congêneres), dentre outras que ostentam características próprias na sua organização, direção, operacionalidade e gestão de seus bens e serviço*”.<sup>2</sup>

As regalias que a lei confere às Autarquias supracitadas “*visam assegurar um melhor desempenho de suas funções tais como: imunidade de impostos sobre patrimônio, renda e serviços; prescrição quinquenal de suas dívidas, salvo disposição diversa de lei especial; execução fiscal de seus créditos; direito de regresso contra seus servidores; impenhorabilidade de seus bens e rendas; prazo em quádruplo para responder e em dobro para recorrer; proteção de seus bens contra usucapião*”.<sup>3</sup>

Como destinatários do poder de polícia do Estado no que tange à fiscalização das profissões, estes tem capacidade para estabelecer as restrições à liberdade absoluta das profissões, que podem ser de duas naturezas: condições para exercê-las e a maneira de exercê-las, sempre circunscritas à medida do poder que a Lei Criadora do respectivo Conselho conferiu a ele.

Desta forma, os profissionais (no exercício de suas atividades); as empresas (que prestem serviços em determinados campos de atividade que representem privacidade de certa categoria profissional) e os órgãos públicos (para conhecerem do regular provimento de cargo, que devam ser ocupados por técnicos devidamente habilitados) estão inseridos no campo de disciplina dos Conselhos de Fiscalização.

Por definição, a autonomia das Autarquias Corporativas compreende três campos: o da discricionariedade, auto-executoriedade e coercibilidade.

---

XXIV - organizar, manter e executar a inspeção do trabalho;

Art. 22. Compete privativamente à União legislar sobre:

XVI - organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões.”;

<sup>2</sup> DIREITO ADMINISTRATIVO BRASILEIRO. 39ª ed. São Paulo. Editora Melheiros, 2012: pgs. 404-405;

<sup>3</sup> <http://jus.com.br/artigos/9083/natureza-juridica-dos-conselhos-e-ordens-de-fiscalizacao-profissional#ixzz3ZUEwrfuu>



“**A DISCRICIONARIEDADE** se consubstancia na livre escolha pelo Conselho, da oportunidade e conveniência de exercer o PODER DE POLÍCIA, bem como de aplicar sanções e empregar meios que conduzam ao fim desejado, que é a PROTEÇÃO DO INTERESSE PÚBLICO. **A AUTO-EXECUTORIEDADE** é a faculdade que tem os Conselhos para decidir e executar diretamente a sua decisão, por seus próprios meios, sem intervenção do judiciário. **A COERCIBILIDADE** é a imposição coativa das medidas adotadas pelos Conselhos. Na realidade, todo ato de POLÍCIA é imperativo e obrigatório para o seu destinatário; admite até o EMPREGO DA FORÇA PÚBLICA para exigência de seu cumprimento, QUANDO HOVER RESISTÊNCIA do administrado, isto é, daquele que for fiscalizado. Não há ato de Polícia das Profissões que seja facultativo para o particular.”<sup>4</sup> (negritos nossos).

Há de convir, portanto, que os Conselhos de Fiscalização, sempre que se reportam à Lei Criadora ou outra que seja regulamentadora de categoria profissional, tem competência para direcionar atribuições das profissões sob sua delegação, fiscalizar o cumprimento das qualificações exigidas pela lei e disciplinar os profissionais e empresas que descumpram o disposto nos Códigos de Ética e nos ditames legais, podendo escolher entre as medidas cabíveis para sanção (discricionariedade), decidindo e executando essa escolha (auto executoriedade) e compelindo o destinatário da sanção ao seu devido cumprimento (coercibilidade).

## **II – A RESOLUÇÃO COFEN Nº 375/2011**

Dentro do mencionado contexto de competências de fiscalização e auto executoriedade, o Conselho Federal de Enfermagem editou a Resolução nº 375/2011, a qual dispõe ser obrigatória a presença de Enfermeiro em todas as Unidades Móveis que integram o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência:

*O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento Interno da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 242, de 31 de agosto de 2000, e:*

**CONSIDERANDO o Art. 11, Inciso I, alíneas “a, b, c, j, l e m” da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986;**

*CONSIDERANDO o Artigo 11, Inciso II, alíneas “a, b, c, f, g, h e l” da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986;*

<sup>4</sup> <http://ogestorimobiliario.blogspot.com.br/2012/05/entenda-o-poder-de-policia.html>



CONSIDERANDO o Artigo 12, alíneas “a, b, c e d” da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986;

CONSIDERANDO o Artigo 13, alíneas “a, b, c e d” da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986;

**CONSIDERANDO os Artigos 15 e 20 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986;**

CONSIDERANDO os Artigos 2º e 3º do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987;

CONSIDERANDO o Artigo 8o, Inciso I, alíneas “a, b, c, e, f, g e h” do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987;

CONSIDERANDO o Artigo 8o, Inciso II, alíneas “a, b, c, f, h, j e l” do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987;

**CONSIDERANDO os Artigos 13 e 15 do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987;**

CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº 311/2007, que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem;

CONSIDERANDO tudo o mais que consta nos autos do PAD/COFEN nº 480/2009 e o Parecer nº 04/2010/COFEN/CTLN/lp; e,

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário em sua 399ª Reunião Ordinária,

RESOLVE:

Art 1º - A assistência de Enfermagem em qualquer tipo de unidade móvel (terrestre, aérea ou marítima) destinada ao Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido, **somente deve ser desenvolvida na presença do Enfermeiro.**

§ 1º - A assistência de enfermagem em qualquer serviço Pré-Hospitalar, prestado por Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, **somente poderá ser realizada sob a supervisão direta do Enfermeiro.**

Art 2º - No Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, os profissionais de Enfermagem deverão atender o disposto na Resolução COFEN nº 358/2009.



*Art 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução Cofen nº 300/2005. (Texto alterado pela Resolução Cofen nº 379/2011). (negritos nossos)*

Conforme é possível observar, pelo menos em apreciação prefacial, a Resolução em apreço regulamenta a Lei nº 7.498/96, especificando que o trabalho desenvolvido pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem necessita de supervisão presencial de Enfermeiro, uma vez que os cuidados de enfermagem que exijam maior complexidade técnica são privativos deste último, hipótese que abarca os cuidados dispensados no atendimento pré-hospitalar, o que justificaria, portanto, a indispensabilidade da presença de Enfermeiro em todas as unidades de atendimento pré-hospitalar, incluindo as de suporte básico.

Apesar de a questão parecer simplória, quando vislumbrada somente pelo prisma da competência e motivação do COFEN para editar tal norma, a *contrario sensu*, a controvérsia envolve um conjugado de leis que conjuntamente regulam a matéria, visto que a exigência prevista no bojo da Resolução COFEN nº 375/2011 insere-se em áreas que extrapolam a mera regulamentação para o exercício da profissão, como dimensionamento de pessoal no âmbito da Administração Pública, responsabilidade fiscal, a vindicação constitucional de precedência de concurso público de provas e títulos para ingresso ao serviço público, competência do Ministério da Saúde para editar normas, exercer o controle e fiscalização das ações e serviços de saúde e afins.

Cada uma dessas hipóteses demanda tópico específico de estudo, com intuito de, ao final, estabelecer a legalidade, viabilidade, compatibilidade e aplicabilidade da Resolução COFEN nº 375/2011 tanto no ordenamento jurídico quanto no seio da sociedade.

### **III – DA ILEGALIDADE DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 375/2011**

#### **III.I – DA ILEGALIDADE EM RELAÇÃO A FORMA**

Em cognição destinada aos fundamentos legais que baseiam a imposição pela presença de Enfermeiro em cada unidade que presta atendimento pré-hospitalar, o dito Conselho se reportou a diversos artigos constantes da Lei Federal nº 7.498/86, dentre os quais dois merecem destaque:

*Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:  
**I - privativamente:***



- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;**
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;**
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;**
- [...]**
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;**
- i) consulta de enfermagem;**
- j) prescrição da assistência de enfermagem;**
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;**
- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;**

**Art. 15. As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.**

O primeiro artigo trata de atividades que só podem ser desempenhadas pelo Enfermeiro, conforme entendimento do legislador à época, ficando vedado ao restante da equipe de enfermagem de executá-las, sob pena de caracterizar exercício irregular da profissão. Exemplificando: Um Técnico e/ou Auxiliar de enfermagem não podem executar quaisquer das hipóteses listadas no inciso I, do artigo 11, da Lei Federal nº 7.498/86, da mesma forma que um Enfermeiro, por si só, não pode realizar cirurgia em pacientes por ser atividade privativa de profissional Médico.

No que tange ao segundo artigo supra transcrito, quis o legislador que as atividades desempenhadas pelos Técnicos e Auxiliares fossem orientadas e supervisionadas pelo profissional Enfermeiro, quando exercidas em instituições de saúde e em programas de saúde.

A conclusão lógica exprimida ao interpretar sistematicamente esses dois artigos é que uma atividade considerada privativa do Enfermeiro não comporta supervisão, e havendo supervisão do Enfermeiro, não é uma atividade privativa deste.



Por óbvio que o pensamento ora aludido é de extrema importância, visto que cabe privativamente ao Enfermeiro o “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem”. Até porque, é no mínimo estranho que um Enfermeiro execute uma atividade e ele mesmo se avalie, organize e supervisione. Por isso, toda vez que supervisiona uma determinada prestação de enfermagem, não é ele próprio que a executa.

Em razão disso, é impossível a aplicabilidade do fundamento de atividade privativa do Enfermeiro calcado no artigo 11, inciso I, da Lei Federal nº 7.498/86 usado para justificar a obrigatoriedade imposta pela Resolução COFEN nº 375/2011, porque ela só se justificaria para impedir que os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem desenvolvessem suas atividades no âmbito do SAMU, nunca para amparar a necessidade de supervisão presencial do Enfermeiro. Ademais, idealizamos que o aniquilamento de referidos técnicos da equipe do SAMU não é defendido pelo COFEN e tampouco se revela viável, considerando a magnitude do trabalho desenvolvido por referidos profissionais no âmbito de referido programa, o qual, inclusive, ressaltaremos adiante com maior clamor.

Deste modo, considerando a motivação indicada no preâmbulo da Resolução nº 375/2011, entendemos totalmente contraditório afirmar que o atendimento prestado na esfera pré-hospitalar requer cuidados de maior complexidade técnica, para justificar uma atividade que o Enfermeiro não vai executar, mas apenas supervisionar.

A esse respeito, no que concerne a supervisão do Enfermeiro se dar de forma presencial, necessário enfatizar que o artigo 15 da Lei Federal nº 7.498/86 não traz essa obrigatoriedade em seu bojo tampouco regulamenta especificamente sobre o atendimento pré-hospitalar que o SAMU executa.

O caso nos remete a uma omissão legal, que, peremptoriamente, não pode fundamentar uma Resolução. Neste sentido, a jurisprudência pátria:

**“O fato de o art. 15 da Lei nº 7498/86 estabelecer que as atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem devam ser supervisionadas por enfermeiro não conduz à conclusão de que é imperativa a presença de tal profissional em período integral no hospital (não havendo qualquer referência à necessidade de supervisão in loco e em tempo integral, como pretende a autora), tendo em vista a possibilidade de que algumas atividades podem ser realizadas por regime de plantão ou de sobreaviso, de maneira que não se mostra exigível, para a sua realização, a permanência do profissional durante todo o**



*período de funcionamento da Unidade Básica de Saúde. [...] Não se pode dizer que as atividades de planejamento, organização, orientação e supervisão sejam caracterizadas pela urgência a ponto de se presumir que, apesar da ausência de comando expresso da lei, o profissional que as exerça deva fazê-lo in loco e em período integral e que qualquer contingência não possa ser contornada mediante a convocação do profissional enfermeiro que esteja de sobreaviso, máxime em se tratando de pacientes submetidos a cuidados mínimos ou intermediários.” TRF-4 – AGRAVO DE INSTRUMENTO: AG 5031016-44.2014.404.0000 – COREN/RS X MUNICÍPIO DE LINDOLFO COLLOR (grifo nosso)*

A fim de dirimir definitivamente a dúvida que paira em razão da omissão legal, a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (Lei 12376/2010) leciona, em seu artigo 4º, que “quando a lei for omissa, o juiz decidirá o caso de acordo com a analogia, os costumes e os princípios gerais de direito.”.

A disposição legal retro faz menção a um importante artifício de hermenêutica jurídica: a analogia. A fim de dar efetividade às normas que tenham seu alcance restrito por uma omissão, o intérprete lança mão de situações específicas também reguladas pela lei que, embora não as mesmas, sejam compatíveis ou parecidas com a situação não alcançada pela lei.

No caso em tela não é necessário ir muito longe para achar um caso análogo compatível, vez que a Lei Federal 7.498/86 e Decreto Federal nº 94.406/87 regulamentam o exercício da enfermagem pelos Parteiros, uma situação que muito se assemelha com as atividades prestadas no âmbito do SAMU, porque ambos são espécies de prestação de enfermagem fora da unidade de saúde:

*LEI FEDERAL Nº 7.498/86*

*Art. 2º A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.*

*Parágrafo único. **A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.***

*DECRETO FEDERAL Nº 94.406/87*

*Art. 1º – **O exercício da atividade de Enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação,***





*é **privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro** e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.*

[..]

**Art. 7º – São Parteiros:**

*I – o titular de certificado previsto no Art. 1º do nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;*

*II – o titular do diploma ou certificado de Parteiro, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 26 de junho de 1988, como certificado de Parteiro.*

[...]

**Art. 12 – Ao Parteiro incumbe:**

*I – prestar cuidados à gestante e à parturiente;*

**II – assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e**

*III – cuidar da puérpera e do recém-nascido.*

**Parágrafo único – As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão de Enfermeiro Obstetra, quando realizadas em instituições de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.**  
**(negritos nossos)**

Pela leitura dos artigos acima relacionados, se tem que o trabalho dos Parteiros pode ser desenvolvido tanto em instituições de saúde quanto em domicílio, com a condição de estarem sob supervisão de um Enfermeiro Obstetra, no primeiro caso, ou de estarem vinculados a uma unidade de saúde para que seja feito o controle e supervisão, no segundo caso.

**Deste modo, quanto ao segundo caso, a supervisão regulamentada pelo Decreto Federal só pode ser entendida como não presencial, ou a distância, visto que o único requisito para a regular prestação de assistência ao parto é a vinculação a uma unidade de saúde, não se exigindo, portanto, a presença de um enfermeiro juntamente ao Parteiro na execução das atribuições conferidas pela Lei.**

**Com efeito, fazendo uma analogia, não existe diferença substancial entre a atividade procedida pelos Parteiros e a assistência ofertada pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem no âmbito do SAMU, sendo que ambas as atividades se desenvolvem sob supervisão e fora da instituição de saúde. Logo, o**



**mesmo tratamento aplicado ao primeiro deve ser também aplicado ao segundo, no sentido de ser permitida legalmente a supervisão à distância.**

**Assim, não resta dúvida que a obrigatoriedade da presença de enfermeiro, apreciada no bojo deste estudo, fundamentada no artigo 15 da Lei Federal 7.498/86 também não se sustenta, uma vez que a referida Lei e o Decreto Federal que a regulamenta, quando tratam de situação análoga, que é o caso dos Parteiros, permitiram a possibilidade de a assistência de enfermagem ser realizada fora da instituição de saúde sem a exigência de supervisão presencial.**

Desta forma, não há amparo legal imediato a fim de justificar a obrigação de ter um Enfermeiro em cada unidade de suporte pertencente ao serviço pré-hospitalar porque: a) O argumento de ser atividade de maior complexidade técnica reporta às atividades privativas do Enfermeiro, que somente ele pode realizar. Assim, considerando que a Resolução trata de atividades que serão supervisionadas, o fundamento supracitado se torna inaplicável a atividades que serão realizadas por outros profissionais da enfermagem e; b) A Lei Federal nº 7.498/86 não trata especificamente da supervisão às atividades dos Técnicos e Auxiliares de enfermagem no âmbito do atendimento pré-hospitalar, mas em caso análogo, qual seja, a dos Parteiros, permitindo que a supervisão se proceda à distância e também não reporta referida norma legal que referida supervisão seja de forma presencial.

Assim, considerando o exposto no tópico introdutório, a validação de todos os atos proferidos pelos Conselhos de Fiscalização Profissional se encontra nas leis regulamentadoras da profissão e criadoras dos Conselhos. Não havendo amparo legal que justifique a efetivação do ato, este será invariavelmente ilegal.

### **III. II – DA ILEGALIDADE EM RELAÇÃO À MATÉRIA**

A Constituição Federal estatuiu como de relevância pública as ações e serviços de saúde, fixou a competência do Poder Público para estabelecer, nos termos da lei, sua regulamentação, fiscalização e controle, segundo versa o artigo 197 da Carta Magna. Em decorrência, a Lei Federal nº 8.080/90, ao implementar o Sistema Único de Saúde, atribuiu ao Ministério da Saúde a competência para editar norma relativas aos serviços públicos de assistência à saúde:

***Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:***

***I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;***



*Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:*

*[...]*

*XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;*

*XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;*

*XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;*

*[...]*

*XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;*

*XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;*

***Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.***

***Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: (negritos nossos)***

No exercício dessa competência, este expediu a Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002, para regulamentar, dentre outros, os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, sendo assim definidos como “[...] nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.”

Nesse escopo, é que o Ministério da Saúde, por meio da aludida Portaria, disciplinou, no âmbito do atendimento pré-hospitalar móvel, acerca da tripulação das ambulâncias, aeronaves e embarcações que atuam na área de urgência, distribuindo conforme a complexidade dos casos as suas configurações, ora lançando mão de



Técnicos e Auxiliares para tripular as Unidades de Suporte Básico (Tipo B), ora dispondo de Médicos e Enfermeiros como tripulantes de Unidades de Suporte Avançado (Tipo D), conforme abaixo se verifica:

#### 5 – TRIPULAÇÃO

*Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar como tripulantes dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto - Capítulo VII.*

*5.1 - Ambulância do Tipo A: 2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um Técnico ou Auxiliar de enfermagem.*

**5.2 - Ambulância do Tipo B: 2 profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.**

*5.3 - Ambulância do Tipo C: 3 profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida.*

**5.4 - Ambulância do tipo D: 3 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.**

*5.5 - Aeronaves: o atendimento feito por aeronaves deve ser sempre considerado como de suporte avançado de vida e:*

*- Para os casos de atendimento pré-hospitalar móvel primário não traumático e secundário, deve contar com o piloto, um médico, e um enfermeiro;*

*- Para o atendimento a urgências traumáticas em que sejam necessários procedimentos de salvamento, é indispensável a presença de profissional capacitado para tal.*

*5.6 - Embarcações: a equipe deve ser composta 2 ou 3 profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida. (negritos nossos)*

Neste contexto, a Portaria nº 2048/02 estabeleceu também a criação de Centrais de Operação e Regulação Médicas, para as quais converge toda a demanda da prestação de socorro através do número 192. Uma vez efetuada a ligação, a ocorrência passa por uma triagem e é direcionada ao Médico Regulador de plantão, que



*“após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios.”<sup>5</sup>*

Nessa senda, além da presença do Médico Regulador 24 horas por dia, a Portaria 2.048/02 também exige a presença de um enfermeiro em tempo integral nas Bases Centralizadas, a fim de exercer a responsabilidade técnica acerca do trabalho executado pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem que tripulam as Unidades de Suporte Básico, bem como a supervisão educacional de toda equipe sob sua responsabilidade, através de treinamentos continuados e fixação dos protocolos existentes, visto que *“o SAMU opera a partir de protocolos, que permitem eficácia e eficiência para as atividades desenvolvidas.”<sup>6</sup>*

#### *1 - Equipe Profissional*

*Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel devem contar com equipe de profissionais oriundos constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar nos Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel (oriundos e não oriundos da área de saúde) devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente Regulamento e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto - Capítulo VII.*

##### *1.1 – Equipe de Profissionais Oriundos da Saúde*

*A equipe de profissionais oriundos da área da saúde deve ser composta por:*

- Coordenador do Serviço: profissional oriundo da área da saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas;*
- Responsável Técnico: Médico responsável pelas atividades médicas do serviço;*
- **Responsável de Enfermagem: Enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem;***
- Médicos Reguladores: médicos 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;*

<sup>5</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 4.

<sup>6</sup> REVISTA COREN SP nº 75 | Maio/Junho 2008 – “SAMU Vale do Ribeira supera adversidades na BR-116”;



- *Médicos Intervencionistas: médicos responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte;*
  - *Enfermeiros Assistenciais: enfermeiros responsáveis pelo atendimento de enfermagem necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte;*
  - ***Auxiliares e Técnicos de Enfermagem: atuação sob supervisão imediata do profissional enfermeiro;***
- OBS: As responsabilidades técnicas poderão ser assumidas por profissionais da equipe de intervenção, sempre que a demanda ou o porte do serviço assim o permitirem.*

Vislumbra-se, cristalinamente, que o normativo específico de regulamentação do SAMU primou por cumprir INTEIRAMENTE a legislação específica da enfermagem, quando impõe que seja privativo do Enfermeiro realizar o atendimento de casos que requeiram cuidados de enfermagem complexos (Artigo 11, inciso I, alíneas “l” e “m” da Lei Federal nº 7.498/86) quando o destina como tripulante necessário das Unidades de Suporte Avançado e, ainda, atende ao disposto no artigo 15 da Lei Federal nº 7.498/86, quando designa equipe de Enfermeiros de plantão nas Bases Centralizadas para supervisionar as atividades desenvolvidas pelos Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

A despeito de as normatizações ora aludidas apontarem para uma única interpretação, o COFEN tem se utilizado do contido no ANEXO da Portaria 356/2013 do Ministério da Saúde, alegando que o fato de constar na planilha de estruturação das Unidades de Suporte Básicas o Código Brasileiro de Ocupação do Enfermeiro (CBO), conduz invariavelmente à conclusão da obrigatoriedade da presença deste em cada ambulância pertencente ao SAMU.

*6. A Portaria MS/SAS nº 356/2013 do Ministério da Saúde, em seu Anexo II – Tabela de Serviço/Classificação, que define os tipos de transporte e suas respectivas equipes, quando trata da Ambulância de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB), considera como tripulantes o Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, o Enfermeiro e o Condutor de Veículo de Emergência e para a Ambulância de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA), a tripulação é constituída de Enfermeiro, Condutor de Veículo de Emergência e Médico Clínico<sup>7</sup>.*

<sup>7</sup> Parecer nº 32/2014 – COFEN/CTLN



Ocorre que a dita Portaria de maneira nenhuma “define os tipos de transportes e suas respectivas equipes”. Isso porque versa a respeito do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde e tem como finalidade precípua **O GERENCIAMENTO E CATALOGAÇÃO DA PRODUÇÃO OPERACIONAL** na esfera do Sistema Único de Saúde, no qual o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência está inserido.

Expondo em panorama, antes da edição da Portaria nº 356/2013, os Enfermeiros que devido a alguma eventualidade atendessem a uma ocorrência por meio do CNES de uma Unidade de Suporte Básica não poderiam registrar no Sistema do DataSUS esse atendimento como indicativo de produção, porque o Código Brasileiro de Ocupações do Enfermeiro não estava cadastrado para a USB. Exemplificando: Se de 100 atendimentos prestados por uma USB, 15 fossem realizados somente por Enfermeiros, apenas 85 poderiam ser inseridos no Sistema do DataSUS devido ao CBO do Enfermeiro não constar nas opções de cadastro.

A ausência dessa opção estava causando disparidade entre a produção real e a constante no Sistema, fugindo ao objetivo pelo qual o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde fora instituído. Com o advento da Portaria nº 356/2013, o CBO do Enfermeiro agora consta nas opções de cadastro e pode ser registrado como produção, que servirá de indicativo mais apurado de gestão para a Administração Pública, uma vez que poderá acompanhar o quantitativo de atendimentos realizados e direcionar melhor os recursos para as Bases Descentralizadas conforme a demanda que possuem.

**Somente por esse motivo é que consta na planilha em anexo da Portaria MS/SAS nº 356/2013 a figura do Enfermeiro na equipe de USB, e não porque o Ministério da Saúde estaria de alguma forma ratificando o entendimento defendido pelo COFEN acerca da necessidade do Enfermeiro estar presente em cada unidade móvel de atendimento pré-hospitalar. Aliás, o fato de constar também o CBO dos Técnicos e Auxiliares induz exatamente o contrário do fundamento legal usado para embasar a Resolução 375/2011, visto que se o Ministério da Saúde manteve o código desses profissionais da enfermagem como indicativo de produção é porque atesta não ser privativa do Enfermeiro a assistência de enfermagem nesta esfera. Se partilhasse da bandeira sustentada pelo COFEN, somente o Código do Enfermeiro poderia gerar a produção no Sistema do DataSUS.**

**De todo exposto, não resta dúvida da prevalência da competência do Ministério da Saúde para regular os serviços prestados no âmbito do atendimento pré-hospitalar integrante do Sistema Único de Saúde, bem como, não há dúvidas que inexistente conflito entre o imposto pelo referido órgão por meio da Portaria nº 2048/02 GM e a legislação específica que regula a profissão de enfermagem, a saber, Lei Federal nº 7498/86 e Decreto Federal nº 94.406/87.**





Desta forma, a Resolução n° 375/2011 também está revestida de ilegalidade no que tange a ter invadido competência privativa do Ministério da Saúde quanto à regulação do serviço de atendimento móvel prestado pelo SAMU, visto que este integra o Sistema Único de Saúde.

#### **IV – EFEITOS DA RESOLUÇÃO N° 375/2011**

Uma vez editada a Resolução n° 375/2011, as consequências de sua aplicação são duas: a obrigatoriedade de todos aqueles que oferecem atendimento pré-hospitalar procederem à imediata contratação de Enfermeiros na proporção de unidades de atendimento móveis que possuírem e a possibilidade de sanções administrativas aos profissionais de enfermagem e seus respectivos empregadores que não observarem os ditames prescritos na Resolução.

Entretanto, essas implicações vêm de encontro a princípios constitucionais e dispositivos legais específicos, principalmente quando opostas à Administração Pública, que torna a Resolução n° 375/2011, além de ilegal, ineficaz.

É sabido que a Constituição Federal estabeleceu como exigência peremptória ao ingresso nos quadros funcionais da Administração Pública a precedência de concurso público de provas ou de provas e títulos, conforme dita o artigo 37, inciso II da Carta Magna. Uma vez investido em cargo público, o servidor será estável após aprovação em estágio probatório. Assim a contratação de servidores detém duas características relevantes: ser enquadrada como despesa com pessoal e possuir caráter permanente.

Nesse sentido, tanto a Constituição, no seu artigo 169, quanto a Lei de Responsabilidade Fiscal, LC n° 101/2000, em seus artigos 18 e 19, impõem limites aos entes públicos para os gastos efetuados com pessoal:

*Art. 169. A despesa com pessoal ativo e inativo da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios não poderá exceder os limites estabelecidos em lei complementar.*

*§ 1º A concessão de qualquer vantagem ou aumento de remuneração, a criação de cargos, empregos e funções ou alteração de estrutura de carreiras, bem como a admissão ou contratação de pessoal, a qualquer título, pelos órgãos e entidades da administração direta ou indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público, só poderão ser feitas:*

*I - se houver prévia dotação orçamentária suficiente para atender às projeções de despesa de pessoal e aos acréscimos dela decorrentes;*





*II - se houver autorização específica na lei de diretrizes orçamentárias, ressalvadas as empresas públicas e as sociedades de economia mista.*

*Art. 18. Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como despesa total com pessoal: o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência.*

*§ 1º Os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos serão contabilizados como "Outras Despesas de Pessoal".*

*§ 2º A despesa total com pessoal será apurada somando-se a realizada no mês em referência com as dos onze imediatamente anteriores, adotando-se o regime de competência.*

*Art. 19. Para os fins do disposto no caput do art. 169 da Constituição, a despesa total com pessoal, em cada período de apuração e em cada ente da Federação, não poderá exceder os percentuais da receita corrente líquida, a seguir discriminados:*

*I - União: 50% (cinquenta por cento);*

*II - Estados: 60% (sessenta por cento);*

*III - Municípios: 60% (sessenta por cento).:*

**Ademais, o referido ordenamento também impõe que toda lei, medida provisória ou ato administrativo normativo que fixem despesa obrigatória de caráter continuado deverão ser instruídos com o respectivo impacto orçamentário-financeiro, com intuito de evitar que os Entes federativos ultrapassem os limites impostos às despesas estatais. Requisito ignorado pela Resolução em apreço.**

Fica cristalino, portanto, que ao impor a aplicação do disposto na Resolução COFEN N° 375/2011, que requer a contratação imediata de Enfermeiros na proporção das unidades atendimento pré-hospitalar móvel existentes, os COREN's levam o Gestor Público a exceder o limite de gasto com pessoal e ignorar a realização de concurso público, afrontando diretamente as disposições constitucionais elencadas, bem como os ditames da Lei de



Responsabilidade Fiscal. Descumprimento este que caracteriza ato ímprobo, podendo o Gestor ser réu de uma Ação de Improbidade Administrativa e/ou responder por Crime de Responsabilidade.

CONSTITUCIONAL. APELAÇÃO E REMESSA OFICIAL. MANDADO DE SEGURANÇA. NOMEAÇÃO EM CONCURSO PÚBLICO DA CBTU. CANDIDATO APROVADO DENTRO DO NÚMERO DE VAGAS. LIMITES COM GASTOS COM PESSOAL EXCEDIDO. INTERPRETAÇÃO DO ART. 22 DA LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL C/C ART. 169, PARÁGRAFO 1º, DA CARTA MAGNA. APELAÇÃO E REMESSA OFICIAL PROVIDAS. I - O art. 2º da Nova Lei de Mandado de Segurança, Lei nº 12016/2009, legalizando entendimento jurisprudencial já consolidado no STJ, é claro ao afirmar que se considera autoridade federal aquela cuja pessoa jurídica irá suportar as conseqüências patrimoniais do ato impugnado. II - Atingido o limite máximo com gasto de pessoal fixado pela Lei de Responsabilidade Fiscal, torna-se juridicamente inviável a nomeação de candidatos por parte do órgão ou Poder contratante, enquanto persistir o desequilíbrio fiscal. Vedação contida no art. 22 da LRF. III - Nos termos do art. 169, da CF "A despesa com pessoal ativo e inativo da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios não poderá exceder os limites estabelecidos em lei complr". IV - A CBTU não é uma sociedade de economia mista superavitária e necessita das verbas orçamentárias da União para a sua subsistência, pelo que se equipara a uma entidade da própria União, e, portanto, é de lhe ser aplicado o art. 169, parágrafo 1º, da Constituição Federal. V - Apelação e remessa oficial providas. (TRF-5 - REEX: 20108300003071, Relator: Desembargador Federal Lazaro Guimarães, Data de Julgamento: 12/04/2011, Quarta Turma, Data de Publicação: 19/04/2011)

Processo civil. Ação civil pública por ato de improbidade administrativa - lei nº 8.429/1992. Configuração de ato de improbidade administrativa. Violação aos princípios da administração pública. Dolo genérico. Sentença mantida. Apelação conhecida e improvida. Unanimidade. I. Presidente da Câmara Municipal de Codó teve suas contas do exercício financeiro de 2005 desaprovadas pelo Tribunal de Contas Estadual, em razão de ter gasto mais de 70% das receitas da Câmara Municipal com a folha de pagamento de pessoal. II. Violação aos princípios da Administração Pública. III. Exigência de dolo genérico para configuração do ato de improbidade. IV. Sentença mantida. V. Apelação conhecida e improvida. VI.



*Unanimidade. (TJ-MA - APL: 0607952013 MA 0001659-06.2011.8.10.0034, Relator: RICARDO TADEU BUGARIN DUAILIBE, Data de Julgamento: 30/03/2015, QUINTA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 13/04/2015)*

Outrossim, o poder de coercibilidade que detêm os COREN's, abordado no tópico introdutório, dá a eles o poder de aplicar multas, advertências e até mesmo de cassar o registro profissional dos profissionais de enfermagem, baseado não apenas no descumprimento da Resolução COFEN n° 375/2011, mas também de não se recusarem "a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, família e coletividade."<sup>8</sup>, cometendo assim uma infração ética punível com a cassação do registro.

Essa possibilidade, da qual os COREN's têm se valido, afeta não somente a estrutura psicológica dos profissionais da enfermagem que integram o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, principalmente os Técnicos e Auxiliares de enfermagem, que ficam entre atender a demanda de ocorrências e sofrer processo ético-disciplinar no âmbito do COREN ou se recusar a prestar socorro aos que sofreram agravo em sua saúde e sofrer processo administrativo disciplinar no âmbito da Administração Pública.

*ADMINISTRATIVO. AGRAVO DE INSTRUMENTO. COREN. FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL. PEDIDO DE INTERDIÇÃO ÉTICA DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DO SAMU. PERIGO DE DANO INVERSO.*

***1. Agravo de instrumento interposto pelo COREN/PB contra decisão que, nos autos da ação ordinária de origem, concedeu a tutela antecipada pleiteada pelo Município de Catingueira/PB, determinando a suspensão da Decisão COREN 75/2013, que interditou eticamente os técnicos de enfermagem pertencentes ao SAMU do referido município, por tripularem as Unidades de Transportes Móveis sem a presença de Enfermeiro.***

***2. Embora mereçam atenção, dado o elevado teor de relevância, os argumentos trazidos à baila pelo COREN/PB, verifico que a manutenção da Decisão COREN n° 75/2013, sem implicar em solução de continuidade do serviço, demandaria a imediata contratação de pessoal, o que não pode ser levado a efeito sem a realização dos diversos procedimentos que a lei impõe.***

***3. Por outro lado, se for mantida a interdição ética dos técnicos de enfermagem do SAMU, ao pressuposto de carência de Enfermeiro em seu quadro funcional, inexoravelmente haverá a paralisação do serviço de atendimento móvel de***

<sup>8</sup> Art. 10 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução COFEN 311/2007;



**urgência do Município de Catingueiras/PB, serviço público de alta relevância social, haja vista a Unidade de Suporte Básico de Vida ser tripulada apenas por dois profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico de enfermagem.**

**4. A interdição ética dos técnicos de enfermagem também não parece ser medida mais adequada, pois causaria maior prejuízo à saúde da população atendida por aquele serviço, uma vez que o município só conta com uma Unidade de Suporte Básico, destinado ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.**

**5. Agravo de instrumento a que se nega provimento. (AG 00053061720134050000, Desembargador Federal Manoel Erhardt, TRF5 - Primeira Turma, DJE - Data::17/10/2013 - Página::47.)(negritos nossos)**

De fato, o maior prejudicado com a coação realizada pelos COREN's é a população, uma vez que se vê muitas vezes tolhida do seu direito fundamental à saúde, dado que em certas localidades o serviço de atendimento pré-hospitalar conta apenas com uma ou duas unidades para realizar a prestação de socorro, sendo o diferencial entre a vida e morte daqueles que sofreram agravo em sua saúde.

Mister atentar que a norma em apreço se localiza na base da cadeia hierárquica de normas, mas que afronta diretamente diversos princípios veiculados pela Constituição Federal, fato inconcebível de ser perpetuado no ordenamento jurídico pátrio, em razão de a Carta Magna ser norma que valida todas as outras, as quais, segundo a lição preciosa do ilustre doutrinador MIGUEL REALE, gravitam em seu redor e são irradiadas pelos princípios por ela veiculados.

Impor que um profissional da saúde se recuse a realizar atendimento com o intuito de dar cumprimento a uma norma que é hierarquicamente inferior, ilegal e ineficaz, fere de morte os princípios da dignidade da pessoa humana, proteção à saúde, legalidade e eficiência administrativas, e ainda, continuidade dos serviços públicos.

### **III – RELEVÂNCIA DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO SAMU**

Até o presente, as análises abordadas indicam que a Resolução COFEN n° 375/2011 é inconstitucional, uma vez que viola princípios constitucionais; ilegal, pois não possui supedâneo na lei regulamentadora da enfermagem, invadindo também competência do Ministério da Saúde para tratar da matéria; e ineficaz, uma vez



que de seus efeitos decorrem a violação de outras obrigações impostas por Lei e ainda dão vazão a uma conduta coatora por parte do COFEN em relação aos profissionais a ele adstritos.

**Contudo, vê-se ainda que a Resolução sob análise também foi insensível em suas disposições, ignorando que a configuração do atendimento prestado pré-hospitalarmente nos moldes dispostos pela Portaria MS 2048/02 GM, visto que suas disposições próprias se dão em razão das particularidades operantes do sistema, cuja qualidade e eficiência foram alcançadas ao longo de uma década de atendimento pré-hospitalar bem sucedido. Impera, assim, abordar as ditas particularidades do serviço prestado pelo SAMU.**

Ao adentrar no âmago da prestação universal de saúde vislumbra-se que o SAMU foi criado **como atividade meio a atividade fim prestadas pelos Hospitais no quesito de preservar a vida do paciente em situação de risco e transportá-lo com rapidez e segurança até uma Unidade de Saúde que possa efetuar todos os cuidados necessários para tirá-lo da situação de risco.**

Diante disso, todas as ações efetuadas pelo SAMU são direcionadas para estabilização dos pacientes que sofreram agravo em sua saúde, EM CARÁTER PRIMÁRIO E COMPLEMENTAR, bem como o transporte seguro entre Instituições de Saúde quando o quadro de estabilização já tenha sido feito por equipe médica *intra* hospitalar, EM CÂRATER SECUNDÁRIO E COMPLEMENTAR. Esse serviço tem como característica primordial, portanto, levar assistência à saúde até o paciente em situação de urgência e emergência que se encontra fora de Unidade de Saúde. Exatamente por todas as atividades executadas nesse âmbito serem realizadas fora da estrutura “*estática e inerte*”, é que elas não podem ser condicionadas ao mesmo pensamento e regulação das atividades executadas no Atendimento “*Imóvel*” de Urgência.

Ocorre que, segundo o próprio Regulamento, ***“as necessidades imediatas da população ou necessidades agudas ou de urgência, são pontos de pressão por respostas rápidas. Então o Sistema deve ser capaz de acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento [...] Estas centrais, obrigatoriamente interligadas entre si, constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades.”***

A rapidez no atendimento é fator essencial na realidade fática de urgência e emergência, demandando estrutura e pensamentos próprios, diferentes dos processos “engessados” operantes em uma Unidade de Saúde. Essa afirmação não implica desídia ou insegurança na prestação de socorro aqui tratada, visto que a segurança fica a



encargo da “cultura de protocolos” operante no SAMU, dentro dos quais estão previstas as condutas que os profissionais da enfermagem tomarão após reportar o quadro encontrado ao Médico Regulador, que diagnosticará e direcionará a equipe de salvamento ao protocolo correto a ser realizado, a fim de diminuir ao máximo o risco de vida do paciente até que ele chegue a uma Instituição de Saúde.

Errôneo o pensamento que o diagnóstico por telemedicina constitui risco patente ao paciente, visto que se o SAMU não operasse dessa forma, certamente metade das ocorrências não poderiam ser atendidas. Sensível a essa realidade diferenciada, o Conselho Federal de Medicina regulou a questão da prestação de serviços médicos por telemedicina através da Resolução CFM nº 1.671/03.

Sabendo que os profissionais da enfermagem que integram as Unidades de Suporte Básico não podem de maneira nenhuma prescrever as medidas a serem tomadas, pois essa atividade é privativa do profissional médico, por óbvio que ao chegarem ao local da ocorrência precisam contatar o Médico Regulador **para que ele diagnostique e não realize a supervisão dos procedimentos realizados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem! Essa incumbência é exclusiva do Enfermeiro responsável que fica na base centralizada, conforme dispõe o Regulamento Técnico do SAMU.**

Em patente contradição, no ano de 2008, o COREN-SP veiculou uma notícia<sup>9</sup> a respeito do SAMU Vale da Ribeira, enaltecendo o trabalho efetuado pela equipe que atende esse trecho, cuja transcrição resta imperiosa:

*“Cada segundo pode valer uma vida quando se trata de vítimas de acidentes nas estradas. Por isso, qualquer indecisão ou falha pode ser crucial. Cientes da responsabilidade de terem que superar frio, cansaço, lama e chuva, nas condições mais adversas possíveis, enfermeiros e auxiliares de enfermagem buscam a superação todos os dias para trabalhar em uma das atividades mais desgastantes – e também mais gratificantes – da profissão: o atendimento pré-hospitalar móvel.*

*O primeiro grupo do gênero a ser criado em rodovias no país foi o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) Vale do Ribeira que completou, no último dia 3 de maio, 11 anos de funcionamento. A equipe é responsável pela rodovia BR-116 (Régis Bittencourt), no trecho de 250 Km que vai de São Lourenço até Barra do Turvo, na divisa com o Paraná, além de outros 450 Km de estradas vicinais, cobrindo no total 27 municípios.*

*Para atuar em todo esse trecho, são oito bases do SAMU, das quais três possuem ambulância de suporte avançado, dispondo de motorista-socorrista, médico e*

<sup>9</sup> Vide Item 8;



*enfermeiro, e funciona como uma mini-sala de emergência. **Nas outras cinco bases, a ambulância de suporte básico conta com dois motoristas-socorristas e um auxiliar de enfermagem. No total, a equipe é composta por 136 profissionais, dentre os quais 14 enfermeiros e 33 auxiliares de enfermagem.***

*Cada ambulância é dotada de Desfibrilador Externo Automático (DEA), ventilador metálico, marcapasso transcutâneo, entre outros equipamentos necessários para oferecer suporte à vida do paciente até chegar ao pronto-socorro mais próximo, que pode estar a dezenas de quilômetros.*

***Ao chegarem no local das ocorrências, a equipe de suporte básico entra em contato por rádio com a base administrativa, em Pariquera-Açú. Lá, há sempre um médico regulador que vai, com base no relato da equipe, informar quais são os procedimentos a serem adotados, dentro dos limites de competência do profissional.***

*“O segredo de um serviço emergencial é atuar em equipe, com todos os profissionais agindo em sintonia, mas cada um respeitando as suas atribuições. Posso dizer que tenho total confiança em todos os auxiliares de enfermagem, pois foram treinados para fazer manobras que possam salvar a vida do paciente”, afirma a enfermeira-chefe do SAMU, Jenny Arcentales Herrera.*

*Por ter sido o primeiro SAMU rodoviário do país, as experiências pioneiras vivenciadas no serviço do Vale do Ribeira serviram como modelo para consolidação das demais equipes do país, e também auxiliaram na elaboração da legislação pertinente, a portaria 2.048, baixada pelo Ministério da Saúde em 2002, que definiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Hoje, a denominação nacional do SAMU é Sistema de Atendimento Móvel de Urgência.*

*O SAMU opera a partir de protocolos, que permitem eficácia e eficiência para as atividades desenvolvidas. Para que o atendimento seja adequado, os profissionais de enfermagem necessitam possuir formação especializada ou experiência comprovada. Todos os membros da equipe, inclusive os motoristas, também passam por contínuo treinamento, cursos de capacitação e avaliação durante o ano. [...]*

*À custa do esforço de todos esses profissionais, o SAMU do Vale do Ribeira tem contribuído para diminuir o número de óbitos registrados em acidentes, mérito dividido com parceiros do dia-a-dia, como Bombeiros, Polícia*





***Rodoviária Federal, Polícia Militar e Polícia Civil, transformando aquela que um dia foi chamada “Rodovia da Morte” em “Rodovia da Vida”.***

Em consonância ao relatado na matéria supra, não é possível ignorar que o requisito legal mínimo para que **qualquer profissional** integre os quadros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é a comprovação de certificação específica em cursos de salvamento e resgate, além da formação na área profissional. Dito isso, é evidente que irresponsabilidade com a saúde pública não faz parte do *métier* pré-hospitalar, devido aos pré-requisitos de ingresso, bem como ao aperfeiçoamento constante dos protocolos e treinamentos continuados pelos quais toda a equipe é submetida.

Sobre este prisma, imperioso destacar que os relevantes serviços prestados pelo SAMU conferiram ao SAMU da cidade de São Paulo o prêmio pela Academia Internacional de Despacho de Emergências Médicas, sediada nos Estados Unidos<sup>10</sup>. Vale destacar que referido prêmio fora conferido para a estrutura do SAMU conforme o ditado pela Portaria nº 2048/02, ou seja, contando com Técnicos e Auxiliares como tripulantes das Unidades de Suporte Básico o que comprova que referidos serviços atendem o interesse social, guardando pela saúde e vida da população.

Certo é que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência se tornou, durante os seus onze anos de existência, não só de relevante importância, mas sim de indispensável funcionalidade, uma vez que em locais de difícil acesso se traduz em o único veículo de prestação a saúde que a população dispõe em raios de quilômetros. O interesse público, epicentro da existência estatal, pende a favor deste serviço, uma vez que a sua solução de continuidade em razão de entendimento insensível veiculado pelo COFEN na elaboração não pode ser suportada em detrimento do benefício da população inteira.

Em razão disso, é que o Ministério Público Federal propôs Ação Civil Pública em face do Conselho Federal de Enfermagem, sob nº 38716-28.2014.4.01.3400, tramitando perante Justiça Federal de Primeiro Grau, Seção Judiciária do Distrito Federal, requerendo a antecipação de tutela a fim de suspender os efeitos da Resolução COFEN nº 375/2011, o que foi deferido em primeira instância pelo judiciário em decisão que abaixo segue:

*[...] À derradeira, não se pode deixar de reconhecer a presença do requisito do periculum in mora, na medida em que, embora o ato normativo combatido seja de 2011, eventuais ações fiscalizatórias nele amparadas tem o condão de*

<sup>10</sup> <http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2012/04/samu-de-sao-paulo-recebe-premio-internacional-de-eficiencia.html>





***interferir de maneira negativa na prestação dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, sendo, por esse motivo, capaz de gerar riscos à saúde da coletividade ou, até mesmo, de impor onerosidade, sem causa legítima, a terceiros contratantes de serviços de saúde.***

A vista do exposto, concedo a medida antecipatória da tutela jurisdicional requerida, **para suspender, até final julgamento, a eficácia da Resolução 375/2011 do Conselho Federal de Enfermagem, vedando-lhe (e os respectivos Conselhos Regionais, por extensão), desse modo, a utilização do ato impugnado como fundamento para qualquer ação fiscalizatória nele baseada, sob pena do pagamento de multa cominatória no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a contar da respectiva intimação. [...]” (negritos nossos)**

**Insta mencionar que pende no processo apreciação de Agravo de Instrumento, o que pode confirmar ou reformar a decisão retro transcrita, mas que por enquanto, todos os efeitos da dita Resolução estão suspensos, sob pena de multa diária de R\$ 10.000,00 se descumprida a determinação judicial.**


Assim, *in casu*, compulsando os dispositivos constitucionais e legais que regem a matéria, entendemos que o Conselho Federal de Enfermagem ao editar a Resolução nº 375/2011 extrapolou a competência que lhe fora conferida e, simultaneamente, invadiu a do Ministério da Saúde ao criar obrigação que a Lei não exige, visto que o artigo 15 da Lei Federal nº 7.498/86 não distingue qual tipo de supervisão os profissionais da enfermagem estão submetidos, tampouco veda que a mesma seja feita a distância, eivando, assim, o ato de ilegalidade e, em razão da determinação nela contida afrontar princípios constitucionais e determinações legais impostas à Administração Pública, bem como cominar riscos à saúde da coletividade, também permeada de inconstitucionalidade, ineficácia e insensibilidade.

Por fim, esclarecemos que referido trabalho é meramente opinativo, não vinculando as ações do gestor que poderá ou não adotar as orientações aqui expressas quanto a análise do tema de tamanha relevância.

Sorocaba, em 26 de agosto de 2015.

  
Marina Isabel Queiroz Pereira  
OAB/SP 205.625-E

  
Cristiane Piazzentim Campanholi  
OAB/SP 220.719

  
Julio Cesar Machado  
OAB/SP 330.136