



## RESOLUÇÃO CFM Nº 2.110/2014

[\(Publicada do D.O.U. em 19 nov. 2014, Seção I, p. 199\)](#)

Modificada pela [Resolução CFM n. 2.132/2015](#)

Modificada pela [Resolução CFM n. 2.139/2016](#)

Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional.

**O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842/13, e

**CONSIDERANDO** o direito à saúde estabelecido pelo artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e o direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde prestados pelo poder público, previsto no artigo 196 da Carta Magna;

**CONSIDERANDO** que o Código de Ética Médica estabelece os princípios da prática médica de qualidade e que os Conselhos de Medicina são os órgãos supervisores e fiscalizadores do exercício profissional e das condições de funcionamento dos serviços médicos prestados à população;

**CONSIDERANDO** que o Conselho Federal de Medicina deve regulamentar e normatizar as condições necessárias para o pleno e adequado funcionamento dos serviços pré-hospitalares móveis de urgência e emergência, tendo como objetivo que neles o desempenho ético-profissional da medicina seja exercido;

**CONSIDERANDO** o estabelecido na [Resolução CFM nº 1.493/98](#), que dispõe que a responsabilidade médica é individual em relação ao paciente; e a [Resolução CFM nº 1.671/2003](#), que dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar móvel na prática médica, da Regulação Médica e da assistência pontual em cena, oferecida pelo Médico Regulador e pelo Intervencionista, além de aprovar a “Normatização da Atividade na Área da Urgência-Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar”;

**CONSIDERANDO** a [Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002](#), que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, a “vaga zero”, com abrangência no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, e na necessidade de quantificação, qualificação e capacitação das equipes médicas;



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**CONSIDERANDO** o [Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004](#), que institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências;

**CONSIDERANDO** a [Portaria nº 2.657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004](#), que estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192;

**CONSIDERANDO** a [Portaria MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011](#), que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no sistema único de Saúde;

**CONSIDERANDO** a [Portaria MS nº 2.026, de 24 de agosto de 2011](#), que aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências;

**CONSIDERANDO** a [Portaria GM/MS nº 1010, de 21 maio de 2012](#), que redefine as diretrizes para a implantação do serviço de atendimento móvel de urgência e sua central de regulação das urgências, componente da rede de atenção às urgências;

**CONSIDERANDO** o grave quadro brasileiro de agravamento na morbimortalidade relativo às urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência;

**CONSIDERANDO** a baixa cobertura populacional e a insuficiente oferta de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência com estrutura e funcionamento adequados à legislação vigente, e a necessidade da extensão da cobertura a toda a população brasileira, ampliando o acesso e a abrangência do serviço;

**CONSIDERANDO** que as condições de trabalho do médico no serviço pré-hospitalar móvel de urgência podem comprometer sua capacidade de fazer o melhor pelo paciente;

**CONSIDERANDO** as responsabilidades do médico, ética, civil e criminal, como pessoal e intransferível;

**CONSIDERANDO** que as condições de atendimento que a maioria dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência no país frequentemente atenta contra a dignidade dos pacientes;

**CONSIDERANDO** que os hospitais devem disponibilizar leitos em número suficiente para suprir a demanda de pacientes oriundos dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, públicos e privados;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido em reunião plenária de 25 de setembro de 2014;

**RESOLVE:**



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**Art. 1º** Esta resolução se aplica aos serviços pré-hospitalares móveis de urgência e emergência, públicos e privados, civis e militares, em todos os campos de especialidade.

**Art. 2º** O sistema de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência é um serviço médico e, portanto, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada por médico, com ações que possibilitem a realização de diagnóstico imediato nos agravos ocorridos, com a consequente terapêutica.

**Art. 3º** Todo o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência deverá ter diretor clínico e diretor técnico, ambos com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) da Jurisdição onde se localiza o serviço, os quais responderão pelas ocorrências de acordo com as normas legais vigentes.

**Art. 4º** Todo o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência deverá ter comissão de ética, comissão de óbito, comissão de prontuários ou quaisquer outras que sejam obrigatórias pela legislação.

**Art. 5º** O serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência deve, obrigatoriamente, priorizar os atendimentos primários em domicílio, ambiente público ou via pública, por ordem de complexidade, e não a transferência de pacientes na rede.

**Parágrafo único.** Não é atribuição do serviço hospitalar móvel de urgência e emergência o transporte de pacientes de baixa e média complexidade na rede, assim como o transporte de pacientes para realizarem exames complementares, devendo ser acionado apenas para o transporte de pacientes de alta complexidade na rede.

**Art. 6º** Os serviços pré-hospitalares móveis privados de urgência e emergência deverão ter central de regulação médica própria, com médicos reguladores e intervencionistas, e estará subordinada à Central de Regulação de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), sempre que necessitar encaminhar pacientes para o SUS, a qual definirá os fluxos de encaminhamentos para os serviços públicos.

**Art. 7º** A responsabilidade da transferência de pacientes na rede privada é de competência das instituições ou operadoras dos planos de saúde, devendo as mesmas oferecer as condições ideais para a remoção.

**Art. 8º** A Central de Regulação do serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência deve contar com a presença permanente de médicos reguladores 24 horas por dia, que regularão as chamadas de acordo com sua complexidade.

**§1º** A comunicação da Central é permanente, seja repassando informações, via rádio ou outro meio, à equipe da ambulância, ou no contato com os hospitais referenciados para o encaminhamento do paciente.

**§2º** Para fins de boa assistência e segurança aos pacientes, é obrigatória a gravação de todas as ocorrências médicas pela central de regulação do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência.

**Art. 9º** Recomenda-se que, para o médico regulador quando em jornada de 12 horas de plantão, deverá ser observada uma hora de descanso remunerado para cada cinco horas de trabalho.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**Parágrafo único.** Os intervalos de descanso não poderão coincidir com os horários de maior demanda, tais como a primeira e última hora de cada plantão, bem como, não poderão comprometer o pronto atendimento às demandas do serviço.

**Art. 10.** O número mínimo de médicos reguladores e de ambulâncias capaz de atender a demanda de uma determinada região está dimensionado na [Portaria GM/MS nº 1010/2012](#);

**Parágrafo único.** Neste dimensionamento, outros aspectos devem ser contabilizados como instrumento de controle que visam determinar um quantitativo adequado de médicos e de ambulâncias para o atendimento, de acordo com a demanda.

**Art. 11.** A decisão técnica de todo o processo de regulação do serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência é de competência do médico regulador, ficando o médico intervencionista a ele subordinado em relação à regulação, porém mantida a autonomia deste quanto à assistência local.

**Art. 12.** O médico regulador, assim como o médico intervencionista no pré-hospitalar móvel, terá a função de supervisão médica direta ou a distância, nas intervenções conservadoras dos bombeiros, agentes da defesa civil e policiais militares, definindo a conduta e o destino dos pacientes.

**Art. 13.** O médico regulador do serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência não poderá ser responsabilizado por ações que não tenham sido executadas por razões que não dependam de seu controle, como indisponibilidade de ambulâncias e condições viárias adversas no momento.

**Art. 14.** Vaga zero é prerrogativa e responsabilidade exclusiva do médico regulador de urgências, e este é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.

**Art. 15.** O médico regulador no caso de utilizar o recurso “vaga zero”, deverá, obrigatoriamente, tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento.

**Art. 16.** O médico regulador do serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência frente a uma situação de risco, somente enviará a equipe após ser acionada a força de segurança pública, e serem asseguradas as condições de segurança para a equipe no local do atendimento.

**Parágrafo único.** A equipe pré-hospitalar móvel de urgência e emergência, frente a situações de risco evidente, deverá solicitar ao médico regulador que acione a força de segurança pública, de forma a garantir sua segurança, e na falta desta, avaliar a possibilidade ou não do atendimento.

**Art. 17.** Observadas as condições de segurança, o médico intervencionista é a autoridade na assistência ao paciente, obrigatoriamente assumindo a responsabilidade do atendimento do doente, mesmo no caso de que não médicos estejam no local realizando o mesmo, como civis, bombeiros ou qualquer outra força policial.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**Art. 18.** Todo paciente transferido de unidade de saúde para hospitais de maior complexidade deve ser acompanhado por relatório completo do quadro clínico, legível e assinado, com o número do CRM do médico assistente, que passará a integrar o prontuário no hospital de destino.

**Art. 19.** A equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência, ao chegar à unidade de saúde de referência com paciente, deve passar todas as informações clínicas do mesmo, bem como o boletim de atendimento por escrito, ao médico, no caso de paciente grave na sala de reanimação, ou ao enfermeiro, no caso de pacientes com agravo de menor complexidade, para serem classificados no setor de acolhimento com classificação de risco.

**Parágrafo único.** Nas unidades de saúde que não dispõem de Acolhimento com Classificação de Risco, a recepção do paciente transportado pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência deverá ser feita obrigatoriamente por médico da unidade.

**Art. 20.** O médico receptor na unidade de saúde de referência deverá, obrigatoriamente, assinar a folha de atendimento do serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência ao receber o caso, cabendo ao coordenador de fluxo e/ou diretor técnico estabelecer a obrigatoriedade para que as enfermeiras assinem o documento dos pacientes por elas recebidos no setor de acolhimento com classificação de risco.

**Art. 21.** É de responsabilidade do médico receptor da unidade de saúde que faz o primeiro atendimento a paciente grave na sala de reanimação liberar a ambulância e a equipe, juntamente com seus equipamentos, que não poderão ficar retidos em nenhuma hipótese.

**Parágrafo único.** No caso de falta de macas ou qualquer outra condição que impossibilite a liberação da equipe, dos equipamentos e da ambulância, o médico plantonista responsável pelo setor deverá comunicar imediatamente o fato ao coordenador de fluxo e/ou diretor técnico, que deverá (ão) tomar as providências imediatas para a liberação da equipe com a ambulância, sob pena de ser (em) responsabilizados pela retenção da mesma.

**Art. 22.** Não é responsabilidade da equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência, o encaminhamento ou acompanhamento do paciente a outros setores do hospital fora do serviço hospitalar de urgência e emergência, para a realização de exames complementares, pareceres, ou outros procedimentos;

**Art. 23.** O médico intervencionista, quando envolvido em atendimento que resulte em óbito de suposta causa violenta ou não natural (homicídio, acidente, suicídio, morte suspeita), deverá obrigatoriamente constatá-lo, mas não atestá-lo. Neste caso, deverá comunicar o fato ao médico regulador, que adotará as medidas necessárias para o encaminhamento do corpo para o Instituto Médico Legal – IML.

**Parágrafo único.** Em caso de atendimento a paciente que resulte em morte natural (com ou sem assistência médica) ou óbito fetal em que estiver envolvido, o médico intervencionista deverá observar o disposto na [Resolução CFM nº 1.779/05](#) em relação ao fornecimento da declaração de óbito. (Redação dada pela [Resolução CFM n. 2.139/2016](#))

(Redação anterior:

**Art. 23.** O médico intervencionista, quando acionado em situação de óbito não assistido, deverá obrigatoriamente constatá-lo, mas não atestá-lo. Neste caso, deverá comunicar o fato ao médico regulador, que acionará as polícias civil, militar ou o Serviço de Verificação de Óbito para que tomem as providências legais.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**Parágrafo único.** Paciente com morte natural assistida pelo médico intervencionista deverá ter o atestado de óbito fornecido pelo mesmo, desde que tenha a causa mortis definida.)

**Art. 24.** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 25 de setembro de 2014.

**ROBERTO LUIZ D'AVILA**

Presidente

**HENRIQUE BATISTA E SILVA**

Secretário-geral





**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## **ANEXO**

### **Conceitos**

#### **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**

Entende-se por Serviço Pré-hospitalar de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência aquele que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado por contato telefônico e acionado por uma Central de Regulação Médica das Urgências.

#### **Central de Regulação Médica das Urgências**

Entende-se por Central de Regulação Médica a estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM) e radio-operadores (RO) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção.

#### **Relação Ambulância x Demanda de Atendimento**

O binômio número de ambulâncias x satisfação do atendimento envolve muitas variáveis, tais como: conhecimento e confiança da população no Serviço; viabilidade de tráfego nas grandes cidades; horário de pico, entre outras. Assim, outros indicadores devem ser levados em conta, como: tempo médio de resposta ao chamado (TMRC), que é o tempo entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local da ocorrência; tempo médio decorrido no local da ocorrência; tempo médio de transporte até a Unidade de referência e o tempo médio de resposta total (entre a solicitação telefônica de atendimento e a entrada do paciente no Serviço Hospitalar de referência).

Toda vez que se identificar uma ocupação de 80% ou mais da frota, durante 20% ou mais do tempo é configurado o subdimensionamento da frota e esta deve ser redimensionada a partir de então.

#### **Capacitação da Equipe Médica**

A Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002, define os conteúdos teóricos e práticos necessários para a capacitação de médicos que atuam nos serviços pré-hospitalares móveis de urgência e emergência. A Portaria estabelece a necessidade de certificação dessas habilidades mediante instituição pública e de igual maneira indica a necessidade que a capacitação para instalar esses conhecimentos e habilidades deve dar-se mediante instituição pública.

Recomenda-se a criação dos núcleos de educação permanente em urgência e emergência, de modo a aplicar o previsto na Portaria GM/MS nº 2048/2002.

O perfil e as atribuições dos médicos reguladores e intervencionistas devem obedecer à [Portaria GM/MS nº 2048/2002](#).

**MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO**  
**Relator**



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## **EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.110/2014**

A crise no atendimento no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência no Brasil talvez seja o lado mais perverso do caos que assola a saúde pública no País.

O Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência é o segmento na cadeia de atenção à saúde mais exposto e visível para a população, e a precariedade de seu atendimento, agravada por tratar de pacientes graves que exigem cuidados imediatos, faz com que os problemas do Setor causem choque e indignação na população.

Quando analisamos a crise no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, enfocamos principalmente o componente hospitalar, porém não resolveremos os problemas neste segmento se não houver políticas públicas voltadas a toda a Rede de Atenção às Urgências, formadas pelos seguintes componentes:

1. Promoção, Prevenção e Vigilância
2. Salas de Estabilização
3. Força Nacional - SUS
4. SAMU 192
5. UPA 24 h
6. Componente Hospitalar
7. Atenção Domiciliar

Estes componentes têm na Rede como eixos transversais a Atenção Básica, Acolhimento com Classificação de Risco, Informação, Regulação, Qualificação Profissional e Resolutividade. No sistema privado o atendimento pré-hospitalar é realizado por serviços próprios.

Existe deficiência em toda a Rede de Atenção às Urgências no Brasil, e isto se reflete diretamente no componente Hospitalar, gerando crise permanente no Setor, cujas causas são multifatoriais, existindo inúmeros fatores que são determinantes para o caos que assola o setor. Entre as causas estão: dificuldade de acesso dos pacientes ao atendimento primário; falta de estrutura hospitalar no Interior dos estados; falta de equipe de profissionais adequada; grande rotatividade de médicos; pacientes atendidos por ordem de chegada, sem Acolhimento com Classificação de Risco, que prioriza o atendimento pela gravidade do paciente, e não por ordem de chegada ao PS; escalas de profissionais incompletas; falta de médicos especialistas de sobreaviso; área física dos hospitais inadequada; falta de leitos de retaguarda; e falta de leitos de CTI.

A Rede de Atenção às Urgências está estruturada, de maneira equivocada, em Hospitais de Referência em Urgência e Emergência, localizados nas Capitais ou grandes cidades do País, que em última instância acabam por ser os responsáveis por resolver todos os problemas dos outros componentes da Rede de Atenção às Urgências. Idealmente seria necessário que existissem hospitais estruturados em Urgência e Emergência em diversas regiões dos estados brasileiros, que serviriam de referência para a macrorregião onde se localizassem, resolvendo os problemas de saúde daquela região, evitando o encaminhamento em massa dos pacientes das cidades do interior para os Hospitais de Referência nas grandes cidades brasileiras, o que leva à superlotação e ao completo esgotamento destas unidades de bem atender a população.





**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência público no Brasil é feito pelo SAMU e Corpo de Bombeiros. O SAMU foi implantado há aproximadamente 10 anos e é, sem dúvida, um dos principais programas de saúde pública já implantado em benefício da assistência à população brasileira. O SAMU atende pacientes em Urgência e Emergência clínicas ou em acidentes urbanos, fazendo um trabalho de excelência, salvando milhares de vidas de pacientes que anteriormente morriam sem assistência médica.

O problema é que quando o SAMU foi implantado o sistema de Urgência e Emergência Hospitalar já estava esgotado para o atendimento da demanda existente na época. O SAMU trouxe um aumento excepcional na demanda de pacientes extremamente graves para os Hospitais de Referência, o que fez explodir a crise do setor no Brasil, ficando evidente a falta de profissionais de saúde em número suficiente para o atendimento nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, especialmente de médicos plantonistas e especialistas, a falta de regulação do sistema, a falta de estrutura de Centro Cirúrgico para atender a demanda, de enfermarias, de leitos de retaguarda, a de leitos de CTI, fazendo com que os doentes permaneçam intubados e em ventilação mecânica nas salas de reanimação dos Setores Hospitalares de Urgência e Emergência. Isto se caracteriza como uma agressão aos pacientes, que em um momento de risco extremo para suas vidas, não têm garantido pelo Estado as condições mínimas de assistência médica que lhes possibilitem chances reais de sobrevivência.

O atendimento Pré-Hospitalar Privado é de responsabilidade dos serviços particulares, que deverão ter Central de Regulação Médica e ambulâncias básicas e avançadas, em obediência à legislação existente. As Centrais de Regulação Privadas se subordinam às Públicas em caso de encaminhamento de pacientes da rede privada para a pública.

A crise no componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências impacta diretamente no SAMU, pois a superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência, além da falta de leitos de retaguarda e de UTI nos hospitais, faz com que a central de regulação dos serviços pré-hospitalares móveis de urgência e emergência não tenham para onde encaminhar os pacientes atendidos pelas equipes móveis, ocasionando o total desequilíbrio no sistema, com a manutenção de pacientes graves em UPAs, a retenção de macas nos hospitais, com a consequente paralisação das atividades das ambulâncias, causando prejuízos imensos à boa e necessária assistência pré-hospitalar a população.

Por todo o exposto, faz-se necessário a elaboração de Resolução pelo Conselho Federal de Medicina para que os problemas abordados em relação ao serviço pré-hospitalar móvel de urgência e emergência sejam normatizados.

**MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO**  
**Relator**