



Considerando o equilíbrio econômico e financeiro constatado pela análise histórica do CREFITO-12, notadamente, quanto à ausência de obtenção de mútuos financeiros nos últimos exercícios que demonstra estabilidade administrativa capaz de subsidiar a presente resolução, resolve:

Art. 1º Desmembrar a circunscrição administrativa anteriormente compreendida pelo CREFITO-12, visando à futura instalação do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 16ª Região - CREFITO-16, com sede e foro na cidade de São Luís/MA, e circunscrição administrativa sobre o Estado do Maranhão.

Art. 2º O Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 16ª Região, obedecendo aos ditames do artigo 6º da Lei nº 6.316/1975, será constituído de 9 (nove) Membros Efetivos e 9 (nove) Membros Suplentes, eleitos pelos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais com exercício profissional no Estado do Maranhão.

Art. 3º Determinar a realização de eleições diretas para preenchimento de cargos de Conselheiros Efetivos e Suplentes do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 16ª Região - CREFITO-16, sob a égide da Resolução-COFFITO nº 369/2009, e a posse dos membros que forem eleitos como condição para instalação dessa Entidade Autárquica Regional no Estado do Maranhão.

Art. 4º Competirá ao Presidente do COFFITO a designação, por intermédio do procedimento específico estabelecido na Resolução-COFFITO nº 369/2009, e a composição dos membros integrantes da Comissão Eleitoral para aplicação e direção do primeiro pleito do CREFITO-16.

Parágrafo único. Os valores e atos administrativos a serem despendidos e realizados para efeitos do pleito eleitoral a ser deflagrado serão de responsabilidade e competência do COFFITO na pessoa do seu Presidente.

Art. 5º Após a posse dos Conselheiros Efetivos e Suplentes comprometidos a permitir a concomitante instalação do CREFITO-16, serão aplicados à Entidade Regional os prazos, atribuições e competências previstos na Resolução-COFFITO nº 323, de 8 de dezembro de 2006, e outras congêneres, objetivando transferência direta de patrimônio mobiliário até então mantido na unidade instalada, créditos, arquivos, arquivos eletrônicos e listagens, cadastros, livros, fichários, substituições processuais em processos judiciais onde resida interesse específico da nova entidade regional, procedimentos ético-profissionais e processos administrativos referentes às pessoas físicas e jurídicas domiciliadas em sua circunscrição, registradas e atuadas e que se encontram sob guarda do CREFITO-12, devidamente atualizados; bem como transferência e sub-rogação de créditos inscritos ou não em dívida ativa, atribuídas às pessoas físicas e jurídicas domiciliadas na nova circunscrição e a substituição em processos judiciais de cobrança de anuidades e emolumentos que envolvam essas personalidades no Estado do Maranhão.

Art. 6º O Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 16ª Região, no prazo de 30 (trinta) dias, após a sua instalação, encaminhará ao Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional o orçamento-programa para o presente exercício, composto dentro das normas regulamentares vigentes.

Art. 7º Os casos omissos serão deliberados pelo Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Art. 8º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

CÁSSIO FERNANDO O. DA SILVA
Diretor-Secretário

ROBERTO MATTAR CEPEDA
Presidente do Conselho

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO Nº 2.110, DE 25 DE SETEMBRO DE 2014

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;

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 agravos 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:

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 ordenação, 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.

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.

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 agravos 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;