

**PROJETO DE LEI Nº , DE 2026**

(Do Sr. ROMERO RODRIGUES)

Dispõe sobre a vedação da retenção indevida de unidades móveis de atendimento pré-hospitalar nas unidades de saúde e estabelece diretrizes para assegurar sua disponibilidade no âmbito da rede de urgência e emergência.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a vedação da retenção indevida de unidades móveis de atendimento pré-hospitalar nas unidades de saúde públicas e privadas e estabelece diretrizes para assegurar sua disponibilidade no âmbito da rede de urgência e emergência.

Parágrafo único. Para os fins desta Lei, consideram-se unidades móveis de atendimento pré-hospitalar as ambulâncias e demais veículos habilitados ou credenciados pelo órgão sanitário competente ou cadastrados no sistema de informações em saúde pertinente, destinados ao atendimento de urgência e emergência, inclusive os do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), do Corpo de Bombeiros Militar e de outros serviços públicos ou privados regularmente autorizados.

Art. 2º É vedada a retenção indevida, pelas unidades de saúde públicas e privadas, de unidades móveis de atendimento pré-hospitalar, de suas macas, de seus equipamentos e de suas equipes, após a transferência da responsabilidade assistencial pelo paciente à equipe da unidade receptora.

§ 1º Configura retenção indevida a exigência de permanência da unidade móvel, de sua maca, de seus equipamentos ou de sua equipe na unidade receptora por motivo atribuível a esta, especialmente:

- I – insuficiência de pessoal da unidade receptora;
- II – indisponibilidade de maca, leito, cadeira ou outro dispositivo próprio da unidade receptora para a recepção do paciente;
- III – deficiência de fluxo interno ou demora administrativa da unidade receptora; e



IV – quaisquer outras causas estruturais ou organizacionais imputáveis à unidade receptora.

§ 2º A permanência da unidade móvel e de sua equipe na unidade receptora limitar-se-á ao tempo necessário à transferência do paciente e ao repasse das informações clínicas indispensáveis à continuidade do cuidado, não podendo exceder o prazo máximo fixado em regulamento na forma do § 3º deste artigo.

§ 3º O prazo máximo de permanência das unidades móveis de atendimento pré-hospitalar nas unidades receptoras será estabelecido em regulamento pelo órgão federal gestor do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 4º Não configura retenção indevida a permanência da unidade móvel e de sua equipe estritamente necessária à estabilização clínica do paciente que, a critério médico devidamente fundamentado e registrado em prontuário, apresente condição que impeça sua transferência segura no momento da chegada à unidade receptora, observado o prazo máximo definido em regulamento, desde que o evento seja comunicado de imediato ao médico plantonista responsável pelo setor e registrado nos termos do art. 6º desta Lei.

Art. 3º As unidades de saúde públicas e privadas que realizem atendimento de urgência e emergência deverão:

I – receber prontamente o paciente transportado por unidade móvel de atendimento pré-hospitalar;

II – disponibilizar maca, leito, cadeira ou outro dispositivo próprio para a recepção do paciente, antes ou no momento da chegada da unidade móvel, sempre que possível;

III – adotar fluxo interno que assegure a imediata assunção da responsabilidade assistencial pelo paciente transferido; e

IV – manter protocolos internos compatíveis com as diretrizes da rede de urgência e emergência.

Art. 4º Os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) adotarão medidas para assegurar a integração entre os componentes da rede de urgência e emergência, especialmente quanto à transição assistencial, ao monitoramento do tempo de permanência das unidades móveis nas portas de entrada, à regulação do acesso e à articulação com as Centrais de Regulação das Urgências.

Parágrafo único. O regulamento disporá sobre indicadores, procedimentos de monitoramento e critérios de apuração da retenção indevida.

Art. 5º A direção da unidade de saúde responderá administrativamente pelo descumprimento do disposto nesta Lei, no âmbito do regime sanitário aplicável e perante a autoridade sanitária competente de cada



esfera de governo, sem prejuízo das responsabilidades civil, sanitária e ética cabíveis.

§ 1º A responsabilização recairá prioritariamente sobre o gestor ou responsável pela organização do serviço, vedada a imputação automática aos profissionais de saúde ou às equipes de atendimento pré-hospitalar quando a retenção decorrer de deficiência estrutural ou falha de gestão da unidade receptora.

§ 2º Na hipótese de reincidência, a autoridade sanitária competente poderá, observado o contraditório e a ampla defesa, aplicar suspensão temporária da habilitação da unidade para o recebimento de pacientes transportados por unidades móveis de atendimento pré-hospitalar, na forma do regulamento.

Art. 6º As unidades de saúde abrangidas por esta Lei manterão registro dos eventos de retenção indevida e das permanências justificadas previstas no § 4º do art. 2º, em sistema de informação compatível com os sistemas da rede de urgência e emergência, na forma do regulamento.

§ 1º Os registros serão consolidados pelo gestor competente do Sistema Único de Saúde (SUS) e utilizados para fins de monitoramento, avaliação da rede de urgência e emergência e eventual instauração de processo administrativo sanitário.

§ 2º O gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) publicará relatório consolidado dos registros de que trata este artigo com periodicidade mínima anual.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

## JUSTIFICAÇÃO

A presente proposição tem por objetivo vedar a retenção indevida de unidades móveis de atendimento pré-hospitalar nas unidades de saúde públicas e privadas, preservando a disponibilidade dessas unidades para novos atendimentos e aprimorando o fluxo da rede de urgência e emergência. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) opera de forma ininterrupta e sua capacidade de resposta depende diretamente da disponibilidade das viaturas, macas e equipes. A permanência prolongada de



recursos pré-hospitalares nas unidades receptoras — por causa de insuficiência de pessoal, ausência de macas próprias, falhas de fluxo interno ou demoras administrativas imputáveis à unidade receptora — representa fator de ineficiência controlável que esta proposição busca eliminar.

Dados disponíveis demonstram a sensibilidade do sistema pré-hospitalar ao tempo de indisponibilidade de frota. Macedo (2015), em estudo com 1.580 atendimentos do SAMU de Porto Alegre realizados em 2013, identificou mediana de 19 minutos no tempo-resposta total. Furquim et al. (2024), ao analisarem atendimentos a trauma em serviço que abrangia 21 municípios do Sul do País, encontraram tempo médio de 31 minutos para socorros e de 78 minutos para transferências. Lima et al. (2022), em estudo conduzido no estado do Piauí, verificaram média de 46,18 minutos em atendimentos rurais, contrastando com 14,74 minutos em zona urbana — evidenciando que qualquer fator adicional de imobilização de viaturas agrava de forma desproporcional o atendimento em regiões com menor densidade de frota.

No plano da gestão pública, a Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul registrou, em 2023, tempo médio de cerca de 22 minutos e meio entre a chamada e a chegada da equipe ao local, com redução superior a oito minutos em relação a anos anteriores. Esses dados indicam que a disponibilidade da frota é elemento sensível para o desempenho do atendimento pré-hospitalar, e que a retenção indevida — por ser um fator de natureza organizacional e, portanto, passível de intervenção normativa — deve ser enfrentada com obrigações claras dirigidas às unidades receptoras.

A proposição encontra respaldo no quadro normativo vigente. A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.110, de 2014, já veda a retenção de equipes e equipamentos de atendimento pré-hospitalar nas unidades de saúde, atribuindo ao médico plantonista a responsabilidade pela liberação imediata e ao diretor técnico a responsabilidade pela solução de impedimentos estruturais. Esta proposição não substitui essa disciplina técnica de natureza deontológica. Seu objetivo é conferir tratamento legal ao tema, com obrigações institucionais exigíveis e parâmetros gerais dirigidos às



unidades públicas e privadas que atuam na rede de urgência e emergência, criando instrumento normativo de maior efetividade.

O fundamento constitucional para a incidência desta Lei sobre os serviços privados de saúde está no art. 197 da Constituição Federal, que consagra as ações e serviços de saúde como de relevância pública, atribuindo ao Poder Público o dever de dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle — independentemente de a execução ser realizada por pessoa jurídica de direito privado. Esse fundamento é reforçado pelo art. 22 da Lei nº 8.080, de 1990, segundo o qual, na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS quanto às condições para o seu funcionamento. A aplicação desta Lei aos estabelecimentos privados que realizam atendimento de urgência e emergência decorre, portanto, diretamente da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde, e não de vínculo contratual específico com o SUS.

Do ponto de vista da organização da rede, a proposição impõe às unidades receptoras deveres objetivos: receber prontamente o paciente, disponibilizar estrutura própria para a transferência, organizar fluxo interno de assunção imediata da responsabilidade assistencial e manter protocolos compatíveis com as diretrizes da rede de urgência e emergência. A responsabilização é concentrada na direção da unidade e no responsável pela organização do serviço, vedando a imputação automática a profissionais de saúde e às equipes móveis quando a retenção decorrer de falha estrutural ou de gestão. Para os casos reincidentes, prevê-se a possibilidade de suspensão temporária da habilitação da unidade para receber pacientes transportados por unidades móveis, como medida de última instância, observado o contraditório e a ampla defesa.

A proposição prevê ainda a única hipótese de permanência justificada: a instabilidade clínica do paciente que, a critério médico devidamente fundamentado e registrado em prontuário, impeça a transferência segura no momento da chegada. Essa ressalva é necessária para evitar que a norma produza efeito adverso — a transferência prematura de pacientes instáveis por receio de enquadramento no regime sancionador. O equilíbrio



entre a celeridade da liberação da unidade móvel e a segurança clínica do paciente é central para a efetividade da proposição.

O registro dos eventos de retenção indevida, com consolidação pelo gestor competente e publicação de relatório anual, complementa o mecanismo de controle e é compatível com a estrutura de informação já existente na rede de urgência e emergência — notadamente o Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar (SAPH) e os Relatórios de Atendimentos do Socorrista (RAS). A integração desses registros ao monitoramento da rede permitirá avaliação contínua do impacto da medida e subsidiará eventuais ajustes regulamentares.

Trata-se, assim, de medida de organização do fluxo assistencial, sem criação de órgãos, programas ou encargos incompatíveis com a iniciativa parlamentar. A *vacatio legis* de cento e oitenta dias destina-se a permitir que as unidades de saúde adaptem seus fluxos internos, protocolos e sistemas de registro antes da entrada em vigor das obrigações estabelecidas.

Diante do exposto, solicita-se o apoio dos nobres Pares para a aprovação da presente proposição.

Sala das Sessões, em        de        de 2026.

Deputado ROMERO RODRIGUES

