Irmandade SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO BERNARDO DO CAMPO

PALMAS PREFEITURA

PROPOSTA

TÉCNICA E PROPOSTA FINANCEIRA

Edital de Chamamento Público nº

001/2026

Secretaria Municipal da Saúde de Palmas

Gestão das Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h
UPA Norte – José de Souza Dourado
UPA Sul – Gerson Pires de Aguiar

Razão Social:
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo
CNPJ: 47.708.771/0001-00
e-mail: irmandade@santacasasbc.org.br

Sumário

IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE: **11**

NOSSA ESTRUTURA 11

EQUIPE TÉCNICA 12

DIRETRIZES INSTITUCIONAIS 12

ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DA ENTIDADE IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO 14

QUALIFICAÇÃO DOS DIRIGENTES DA IRMANDADE DA SCSBC 14

RESPONSABILIDADE SOCIAL 14

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA 15

Atestados de Capacidade Técnica *15*

Experiência *15*

Onde Estamos: *23*

CEBAS - Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social *27*

CARACTERÍSTICA DO MUNICÍPIO DE PALMAS **28**

CARACTERÍSTICAS DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS) 24 HORAS — NORTE E SUL **35**

1 FINALIDADE E ALCANCE DA PROPOSTA TÉCNICA **44**

2 PARTE I — ÁREA DE ATIVIDADE (FA.1) **45**

2.1 FLUXOS OPERACIONAIS 46

V.1.1— FLUXO ASSISTENCIAL DO USUÁRIO, DO ACOLHIMENTO À ALTA OU TRANSFERÊNCIA *47*

a. Descrição do percurso do usuário desde a recepção até a alta, a transferência para outro serviço ou o óbito, com identificação dos pontos de decisão e dos profissionais responsáveis por cada etapa 48

b. Protocolo de acolhimento com classificação de risco adotado, com a identificação dos níveis de prioridade e dos tempos-alvo de atendimento correspondentes, compatíveis com os do Anexo II 56

c. Descrição do funcionamento da sala de estabilização, com os critérios de admissão, a composição da equipe e a rotina de acionamento da regulação 70

d. Descrição do funcionamento da área de observação, com os critérios de admissão e de permanência e a periodicidade de reavaliação médica e de enfermagem 79

e. Representação gráfica do fluxo, em fluxograma, coerente com a descrição textual 88

V.1.2 — FLUXO UNIDIRECIONAL DE MATERIAIS ESTERILIZADOS E DE ROUPAS 90

a. Descrição do fluxo de materiais desde o recebimento no expurgo até a distribuição do material esterilizado, demonstrando a ausência de cruzamento entre material sujo e material processado 91

b. Descrição do fluxo de roupas, da coleta da roupa suja à distribuição da roupa limpa, com o mesmo requisito de unidirecionalidade 101

c. Indicação dos locais de guarda, dos controles de rastreabilidade dos lotes esterilizados e dos registros de monitoramento dos processos de esterilização 111

d. Representação gráfica dos dois fluxos 120

V.1.3 — FLUXO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGREGADO E UNIDIRECIONAL 120

a. Identificação dos grupos de resíduos gerados e dos respectivos pontos de geração na unidade 122

b. Descrição da segregação, do acondicionamento, da coleta interna, do armazenamento temporário e do armazenamento externo, demonstrando a segregação e a unidirecionalidade 133

c. Identificação da destinação final de cada grupo e da forma de contratação do transporte e do tratamento 163

d. Compromisso de elaboração e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, com indicação do responsável técnico 170

e. Representação gráfica do fluxo 174

V.1.4 — FLUXO DE REGISTROS, DOCUMENTOS E PRONTUÁRIOS DE USUÁRIOS 176

a. Descrição do fluxo do prontuário do usuário, da abertura ao arquivamento, com os responsáveis por cada etapa e a forma de vinculação ao registro de classificação de risco 177

b. Política de guarda, de temporalidade e de sigilo dos registros, com referência à legislação aplicável e à Lei Federal nº 13.709/2018 179

c. Forma de disponibilização de registros à Secretaria Municipal da Saúde, aos órgãos de controle e ao próprio usuário, com prazos de atendimento 181

d. Rotina de recuperação e de continuidade dos registros em caso de indisponibilidade do sistema informatizado 183

e. Representação gráfica do fluxo 185

2.2 INSTRUMENTOS DE GESTÃO 186

V.1.5 — PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE 187

V.1.6 — PROPOSTA DE REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM 218

V.1.7 — PROPOSTA DE REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO 243

V.1.8 — PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E PRONTUÁRIO ELETRÔNICO 268

a. Descrição da solução de prontuário eletrônico, com os módulos de acolhimento e classificação de risco, atendimento médico, prescrição, dispensação de medicamentos e resultados de exames 273

b. Demonstração de integração ou interoperabilidade com os sistemas oficiais de informação em saúde, nominalmente identificados, incluindo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os sistemas de produção ambulatorial e os sistemas de regulação adotados pelo Município 277
c. Descrição da infraestrutura de rede, servidores, estações de trabalho e solução de contingência, com política de cópia de segurança e prazo de retenção 279
d. Plano de implantação com cronograma e plano de capacitação dos usuários, compatíveis com o prazo de início da execução 281
e. Política de segurança da informação e de proteção de dados pessoais, em conformidade com a Lei Federal nº 13.709/2018, com indicação do encarregado pelo tratamento de dados 285
f. demonstração de que a solução gera os dados necessários à apuração das metas e dos indicadores do Anexo II e à prestação de contas do Anexo VIII 287
2.3 PROCESSOS E MANUAIS 288
V.1.9 — MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE URGÊNCIA 288
a. Protocolo de acolhimento com classificação de risco 294
b. Protocolo de dor torácica 295
c. Protocolo de acidente vascular cerebral 296
d. Protocolo de sepse 297
e. Protocolo de trauma 298
f. Indicação, para cada protocolo, das referências técnicas adotadas, do responsável pela sua atualização e da periodicidade de revisão 299
V.1.10 — MANUAL DE ROTINAS DE ALMOXARIFADO, FARMÁCIA E PATRIMÔNIO E DE TRANSPORTE SANITÁRIO 303
V.1.11 - MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVO-FINANCEIRAS E DE GESTÃO DE CUSTOS 363
2.4 INCREMENTO DE ATIVIDADES 384
V.1.12 — PROPOSTA DE PROJETOS ASSISTENCIAIS QUE AMPLIEM A RESOLUTIVIDADE 384
a. Descrição de ao menos um projeto assistencial adicional, com objetivo, população-alvo, atividades e resultado esperado 385
b. Demonstração do ganho de resolutividade pretendido, com indicador próprio de aferição 386
c. Cronograma de implantação e indicação dos recursos humanos e materiais envolvidos 387
d. Declaração de que a execução do projeto não implica acréscimo ao valor da parceria, redução das metas pactuadas ou remanejamento de recursos vinculados às atividades obrigatórias 393
3 PARTE II — ÁREA DE QUALIDADE (FA.2) 393
3.1 QUALIDADE OBJETIVA — COMISSÕES E NÚCLEOS 394
V.2.1 — COMISSÕES E NÚCLEOS OBRIGATÓRIOS 396
a. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários 397
a.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional 398
a.4. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações 403
a.5. Cronograma anual de atividades 410
b. Comissão de Revisão de Óbitos 411
b.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional 412
b.2. Forma de designação dos membros 413
b.3. Finalidade 414
b.4. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações 426
b.5. Cronograma anual de atividades 447
c. Comissão de Ética Médica 449
c.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional 449

c.2. Forma de escolha, eleição e formalização dos membros 450
c.3. Forma de designação dos membros 451
C4. Finalidade 452
c.5. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações 454
c.6. Cronograma anual de atividades 461
d. Comissão de Ética de Enfermagem 463
d.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional 465
d.2. Forma de designação dos membros 467
d.3. Finalidade 467
d.4. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações 469
d.5. Cronograma anual de atividades 472
e. Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde 473
e.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional 475
e.2. Forma de designação dos membros 476
e.3. Finalidade 477
e.4. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações 481
e.5. Cronograma anual de atividades 494
e.6. Documentação E Acompanhamento 494
f. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes 496
f.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional 496
f.2. Forma de designação dos membros 498
f.3. Finalidade e atribuições 499
f.4. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações 501
f.5. Cronograma anual de atividades 514
F.6. Monitoramento e comprovação das atividades 515
g. Comissão de Farmácia e Terapêutica 516
g.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional 519
g.2. Forma de designação dos membros 521
g.3. Finalidade 522
g.4. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações 524
g.5. Cronograma anual de atividades 538
h. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde 540
h.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional 541
h.2. Forma de designação dos membros 544
h.3. Finalidade 546
h.4. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações 548
h.5. Cronograma anual de atividades 561
i. Núcleo de Segurança do Paciente 562
i.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional 567
i.2. Forma de designação dos membros 568
I.3. Finalidade 570
i.4. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações 572
i.5. Cronograma anual de atividades 590
j. Núcleo de Educação Permanente em Saúde 592
j.1. Proposta de constituição, com a composição por categoria profissional 593

j.2. Forma de designação dos membros 597
j.3. Minuta de regimento interno, com competências, periodicidade de reunião e forma de registro das deliberações 598
j.4. Cronograma anual de atividades 610
3.2 QUALIDADE SUBJETIVA 611
V.2.2 — MANUAL DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 613
V.2.3 — PROPOSTA DE OUVIDORIA E PESQUISA DE SATISFAÇÃO 654
a. Descrição dos canais de recebimento de manifestações, contemplando o atendimento presencial, o telefônico e o eletrônico, e do respectivo fluxo de tratamento, com prazos de resposta 655
b. Forma de articulação com a Ouvidoria da Secretaria Municipal da Saúde e periodicidade de envio dos relatórios de manifestações 660
c. Instrumento e metodologia da pesquisa de satisfação, com a periodicidade de aplicação e a Forma de amostragem, compatíveis com o indicador de satisfação do usuário do Anexo II 662
d. Forma de divulgação dos resultados e de retorno ao usuário quanto às providências adotadas 668
V.2.4 — PUBLICIZAÇÃO DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS E DOS RESULTADOS ASSISTENCIAIS 672
a. Compromisso de manutenção de página específica sobre a parceria no sítio eletrônico da entidade, com indicação do endereço eletrônico 672
b. Relação do conteúdo a publicar, contemplando o instrumento da parceria, as prestações de contas do Anexo VIII, os relatórios de execução e os resultados dos indicadores do Anexo II 674
c. Periodicidade de atualização e indicação do responsável pela publicação 679
d. Demonstração de atendimento ao art. 11 da Lei Federal nº 13.019/2014, inclusive quanto à divulgação em local visível na sede e no estabelecimento em que exerça as ações 683
3.3 IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS 688
V.2.5 — ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS ÁREAS ASSISTENCIAIS UPA NORTE E SUL DE PALMAS 688
V.2.6 — ORGANIZAÇÃO DO APOIO DIAGNÓSTICO 716
a. Descrição da organização do laboratório de análises clínicas, com o elenco de exames ofertados e a indicação de execução própria ou contratada 717
b. Descrição dos serviços de radiologia e de ultrassonografia, com equipe, cobertura horária e forma de emissão do laudo 720
c. Descrição do serviço de eletrocardiografia, com a forma de realização e de interpretação do laudo, inclusive à distância, quando aplicável 723
d. Tempo de resposta comprometido para cada modalidade, expresso em unidade de tempo e discriminado por nível de prioridade da classificação de risco 723
e. Rotina de identificação e de comunicação imediata de resultados críticos ao médico assistente, com registro em prontuário 727
V.2.7 — ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO 731
a. Descrição da farmácia, com a cobertura horária, a rotina de dispensação e a responsabilidade técnica 731
b. Descrição do processamento de materiais e do serviço de rouparia e lavanderia, coerentes com o fluxo do item V.1.2 742
c. Descrição da higienização e limpeza, com a periodicidade por área, segundo o risco de contaminação, e a forma de supervisão 751
d. Descrição do gerenciamento de resíduos, da vigilância patrimonial e do serviço de alimentação 760
e. Descrição da manutenção predial e da manutenção preventiva e corretiva de equipamentos, com plano anual, prazos de atendimento e forma de registro dos chamados 763
f. Indicação, para cada serviço, se a execução será direta ou contratada, com a forma de fiscalização das contratadas. 766

V.2.8 — CONTRARREFERÊNCIA E ARTICULAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE .. 768

a. Fluxo de contrarreferência à Atenção Primária, com o instrumento utilizado, o meio de envio e o prazo contado da alta 770

b. Fluxo de encaminhamento e de transferência para os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, com a forma de acionamento da regulação e o registro do horário da solicitação 775

c. Descrição da utilização do transporte sanitário no âmbito desses fluxos, com os critérios de acionamento da ambulância de suporte básico da unidade e da articulação com o SAMU 192, por meio da Central de Regulação das Urgências, nos casos que exijam suporte avançado de vida 778

d. Indicadores próprios de acompanhamento da contrarreferência, com metas internas e periodicidade de aferição 783

3.4 POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO 790

V.2.9 — QUADRO DE PESSOAL POR ÁREA E CATEGORIA PROFISSIONAL 790

V.2.10 — ORGANOGRAMA DA UNIDADE ATÉ O TERCEIRO NÍVEL 815

a. Organograma gráfico até o terceiro nível hierárquico 815

b. Descrição das atribuições de cada cargo representado no organograma 816

c. Identificação, na estrutura, do Responsável Técnico Médico, do Responsável Técnico de Enfermagem e do responsável administrativo-financeiro indicados nos itens V.3.7 e V.3.8 835

d. Indicação das linhas de subordinação e das relações de assessoramento 836

V.2.11 — NORMAS DE SELEÇÃO, CONTRATAÇÃO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO 837

V.2.12 — PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE 892

4 PARTE III — ÁREA DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA (FA.3) 923

4.4. EXPERIÊNCIA ANTERIOR — TEMPO DE GESTÃO 923

V.3.1 — GESTÃO DE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS DE PORTE III 924

01 UPA Sul da Ilha Florianópolis SC 924

a. Identificação da unidade gerida e do respectivo número de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 924

b. Identificação da entidade mantenedora e do instrumento jurídico que amparou a gestão, com o respectivo número 926

c. Indicação do período de gestão, com as datas de início e de término ou a menção expressa de que a gestão permanece vigente 926

d. Declaração da mantenedora, assinada por quem tenha poderes de representação, ou instrumento de parceria, contrato de gestão ou termo equivalente, com indicação dos serviços prestados 926

e. Comprovação do porte da unidade mediante ato de habilitação junto ao Ministério da Saúde, quando houver 927

V.3.2 — GESTÃO DE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS DE PORTE II 927

V.3.3 — GESTÃO DE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS DE PORTE I OU DE OUTRO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE FUNCIONAMENTO ININTERRUPTO 929

01 Pronto Socorro Dr. Conrado Cesarino Nuvolini PS Santo Antônio 929

a. Identificação da unidade gerida e do respectivo número de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 929

b. Identificação da entidade mantenedora e do instrumento jurídico que amparou a gestão, com o respectivo número 929

c. Indicação do período de gestão, com as datas de início e de término ou a menção expressa de que a gestão permanece vigente 930

d. Declaração da mantenedora, assinada por quem tenha poderes de representação, ou instrumento de parceria, contrato de gestão ou termo equivalente, com indicação dos serviços prestados 930

e. Comprovação do porte da unidade mediante ato de habilitação junto ao Ministério da Saúde, quando houver 930
02 Hospital Municipal Antônio Giglio 930
a. Identificação da unidade gerida e do respectivo número de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 930
b. Identificação da entidade mantenedora e do instrumento jurídico que amparou a gestão, com o respectivo número 931
c. Indicação do período de gestão, com as datas de início e de término ou a menção expressa de que a gestão permanece vigente 931
d. Declaração da mantenedora, assinada por quem tenha poderes de representação, ou instrumento de parceria, contrato de gestão ou termo equivalente, com indicação dos serviços prestados 931
e. Comprovação do porte da unidade mediante ato de habilitação junto ao Ministério da Saúde, quando houver. 932
03 Pronto Atendimento Municipal Irio Taino 932
a. Identificação da unidade gerida e do respectivo número de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 932
b. Identificação da entidade mantenedora e do instrumento jurídico que amparou a gestão, com o respectivo número 932
c. Indicação do período de gestão, com as datas de início e de término ou a menção expressa de que a gestão permanece vigente 932
d. Declaração da mantenedora, assinada por quem tenha poderes de representação, ou instrumento de parceria, contrato de gestão ou termo equivalente, com indicação dos serviços prestados 933
e. Comprovação do porte da unidade mediante ato de habilitação junto ao Ministério da Saúde, quando houver. 933
04 PSA Dr. Ideir Hamamoto e PSI Givaldo Soares da Silva antiga Unidade Mista Rosa Santa Pasin Aguiar 933
a. Identificação da unidade gerida e do respectivo número de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 933
b. Identificação da entidade mantenedora e do instrumento jurídico que amparou a gestão, com o respectivo número 934
c. Indicação do período de gestão, com as datas de início e de término ou a menção expressa de que a gestão permanece vigente 934
d. Declaração da mantenedora, assinada por quem tenha poderes de representação, ou instrumento de parceria, contrato de gestão ou termo equivalente, com indicação dos serviços prestados 934
e. Comprovação do porte da unidade mediante ato de habilitação junto ao Ministério da Saúde, quando houver. 934
05 Pronto Atendimento de Laranjeiras 935
a. Identificação da unidade gerida e do respectivo número de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 935
b. Identificação da entidade mantenedora e do instrumento jurídico que amparou a gestão, com o respectivo número 935
c. Indicação do período de gestão, com as datas de início e de término ou a menção expressa de que a gestão permanece vigente 935
d. Declaração da mantenedora, assinada por quem tenha poderes de representação, ou instrumento de parceria, contrato de gestão ou termo equivalente, com indicação dos serviços prestados 935
e. Comprovação do porte da unidade mediante ato de habilitação junto ao Ministério da Saúde, quando houver. 936
06 Pronto Atendimento Municipal de Mairinque 936

a. Identificação da unidade gerida e do respectivo número de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 936
d. Identificação da entidade mantenedora e do instrumento jurídico que amparou a gestão, com o respectivo número 936
c. Indicação do período de gestão, com as datas de início e de término ou a menção expressa de que a gestão permanece vigente 936
d. Declaração da mantenedora, assinada por quem tenha poderes de representação, ou instrumento de parceria, contrato de gestão ou termo equivalente, com indicação dos serviços prestados 937
e. Comprovação do porte da unidade mediante ato de habilitação junto ao Ministério da Saúde, quando houver. 937
07 Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso Manoel de Paiva HMPB 937
a. Identificação da unidade gerida e do respectivo número de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 937
b. Identificação da entidade mantenedora e do instrumento jurídico que amparou a gestão, com o respectivo número 937
c. Indicação do período de gestão, com as datas de início e de término ou a menção expressa de que a gestão permanece vigente 938
d. Declaração da mantenedora, assinada por quem tenha poderes de representação, ou instrumento de parceria, contrato de gestão ou termo equivalente, com indicação dos serviços prestados 938
e. Comprovação do porte da unidade mediante ato de habilitação junto ao Ministério da Saúde, quando houver. 938
08 Hospital Municipal de Urgências HMU 939
a. Identificação da unidade gerida e do respectivo número de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 939
b. Identificação da entidade mantenedora e do instrumento jurídico que amparou a gestão, com o respectivo número 939
c. Indicação do período de gestão, com as datas de início e de término ou a menção expressa de que a gestão permanece vigente 939
d. Declaração da mantenedora, assinada por quem tenha poderes de representação, ou instrumento de parceria, contrato de gestão ou termo equivalente, com indicação dos serviços prestados 939
e. Comprovação do porte da unidade mediante ato de habilitação junto ao Ministério da Saúde, quando houver. 939
09 Pronto Socorro do Parque Imperial José Agostinho dos Santos 940
a. Identificação da unidade gerida e do respectivo número de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 940
b. Identificação da entidade mantenedora e do instrumento jurídico que amparou a gestão, com o respectivo número 940
c. Indicação do período de gestão, com as datas de início e de término ou a menção expressa de que a gestão permanece vigente 940
d. Declaração da mantenedora, assinada por quem tenha poderes de representação, ou instrumento de parceria, contrato de gestão ou termo equivalente, com indicação dos serviços prestados 940
e. Comprovação do porte da unidade mediante ato de habilitação junto ao Ministério da Saúde, quando houver. 941
4.5. EXPERIÊNCIA ANTERIOR — AMPLITUDE 941
V.3.4 — NÚMERO DE UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA GERIDAS *941*
a. Identificação da unidade gerida e do respectivo número de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 941

b. Identificação da entidade mantenedora e do instrumento jurídico que amparou a gestão, com o respectivo número 942
c. Indicação do período de gestão, com as datas de início e de término ou a menção expressa de que a gestão permanece vigente 942
d. Declaração da mantenedora, assinada por quem tenha poderes de representação, ou instrumento de parceria, contrato de gestão ou termo equivalente, com indicação dos serviços prestados 942
e. Comprovação do porte da unidade mediante ato de habilitação junto ao Ministério da Saúde, quando houver 943
4.6. SERVIÇO PRÓPRIO 943
V.3.5 — SERVIÇO AMBULATORIAL OU DE PRONTO ATENDIMENTO PRÓPRIO 943
4.7. QUALIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS INDICADOS 945
V.3.6 — RESPONSÁVEL TÉCNICO MÉDICO INDICADO 945
V.3.7 — RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO-FINANCEIRO INDICADO 946
4.8. ACREDITAÇÃO E CERTIFICAÇÃO 946
V.3.8 — ACREDITAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE 946
V.3.9 — CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL 947

5 PARTE IV — PROPOSTA FINANCEIRA 947

5.1 APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA 948
5.2 METODOLOGIA E PREMISSAS 949
5.3 PARÂMETROS DE REFERÊNCIA DO TERMO DE REFERÊNCIA 951
5.4 PREMISSAS DE CONFORMIDADE FINANCEIRA 952
5.5 PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS — UPA NORTE — JOSÉ DE SOUZA DOURADO 952
5.6 PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS — UPA SUL — GERSON PIRES DE AGUIAR 973
5.7 QUADRO DE PESSOAL — UPA NORTE 995
5.8 QUADRO DE PESSOAL — UPA SUL 1002
5.9 ORÇAMENTO ANALÍTICO — MEMÓRIA DE CÁLCULO 1009
5.10 ORÇAMENTO SINTÉTICO — GRUPOS A A D 1010
5.11 PROJEÇÃO DOS ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS 1010
5.12 DEMONSTRAÇÃO DOS PISOS SALARIAIS E INSTRUMENTOS COLETIVOS 1011
5.13 CONCILIAÇÃO ENTRE QUADRO DE PESSOAL E CUSTOS DE PESSOAL 1011
5.14 DEMONSTRAÇÃO DO LIMITE DE 70% PARA DESPESAS COM PESSOAL 1012
5.15 QUADRO CONSOLIDADOR DA PROPOSTA FINANCEIRA 1012
5.16 DECLARAÇÕES DA PARTICIPANTE 1013
5.17 ASSINATURA 1013

6 PARTE V — FORMULÁRIOS 1014

6.1 DOS PREENCHIMENTOS DOS FORMULÁRIOS - OS FORMULÁRIOS DESTE ANEXO SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E INTEGRAM A PROPOSTA TÉCNICA. A SUA REPRODUÇÃO É LIVRE QUANTO À DIAGRAMAÇÃO, MANTIDOS O CONTEÚDO E A ORDEM DAS COLUNAS. 1014
6.2 FORMULÁRIO V-A — SUMÁRIO ANALÍTICO DA PROPOSTA TÉCNICA 1014
6.3 FORMULÁRIO V-B — EXPERIÊNCIA ANTERIOR: TEMPO DE GESTÃO 1016
6.4 FORMULÁRIO V-C — EXPERIÊNCIA ANTERIOR: UNIDADES GERIDAS 1017
6.5 FORMULÁRIO V-D — RESPONSÁVEIS INDICADOS 1019

7 ANEXOS 1019

IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE:

Razão Social: Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo

CNPJ: 47.708.771/0001-00

End.: Av. Robert Kennedy, nº 2.900, Bairro Assunção – São Bernardo do Campo

Responsável: **Paulo André Matta Chagas**

CPF: **420.526.748-70**

Função: Presidente do Conselho de Administração (2025 a 2029)

Nossa Estrutura

O Projeto da Santa Casa é embasado de acordo com as especialidades afins, otimizando a melhor performance, a maior economia e a mais considerável eficiência de cada Unidade, com isto beneficiando a Administração Maior e visando um atendimento mais humanizado.

Santa Casa de São Bernardo do Campo



Equipe Técnica

Os fatores que agregam confiabilidade e segurança nos serviços prestados pela O.S., deve-se aos profissionais de larga experiência que estão aderentes a todos os programas que executam e se propõe a colaborar.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, idealista e persistente e seus Gestores com visão empreendedora resolvem ampliar o leque de atendimentos na Área da Saúde que pratica. DINAMISMO, ARROJO, DETERMINAÇÃO E PROFISSIONALISMO. resolvem através das suas Finalidades Estatutárias, além de manter o próprio hospital em vertiginoso crescimento no Município, alcançar o nível de ORGANIZAÇÃO SOCIAL que ostenta o Sobre Nome da Irmandade.

Além da experiência utilizada nos contratos de gestão e contratos administrativos, firmados com instituições públicas, nossa Organização Social assume toda a operação do complexo, seguindo rigorosamente a execução do plano aprovado pela Gestão.

Nosso trabalho está estruturado para aplicação imediata em ambiente de qualquer porte, âmbito e complexidade administrativo hospitalar, residências terapêuticas, clínicas, e outros, atendendo plataformas públicas e privadas.

Temos entre outros objetivos, firmar concessões, convênios, contratos diversos, inclusive de gestão, termo de compromisso, termo de cooperação, termo de fomento e outros instrumentos para um bom andamento e desempenho. Articular-se pela forma conveniente, com órgãos ou entidades públicas e privadas, nacionais e estrangeiras. Bem como firmar parcerias com organização da sociedade civil, poder público, comissões e conselhos municipais, estaduais e federais, assim como compor câmaras setoriais ou técnicas.

Diretrizes Institucionais

A Irmandade tem como suas principais Diretrizes, proporcionar ao colaborador um ambiente de trabalho seguro e saudável;

Compreender que nenhum trabalho pode ser executado sem considerar a Segurança e Saúde do colaborador, nem qualquer razão, seja urgência, importância ou qualquer outra poderá ser alegada para justificar o não cumprimento dos requisitos de Segurança e Saúde Ocupacional;

Considerar a Segurança e Saúde Ocupacional como parte integrante da Gestão Estratégica de Pessoas, comprometendo os gestores, inclusive pelo seu exemplo, e demais profissionais como fator de sucesso;

Assegurar que as metas e os indicadores em segurança e saúde ocupacional estejam vinculados à estratégia da entidade;

Considerar as atitudes em Segurança e Saúde Ocupacional como parte do desenvolvimento profissional dos colaboradores da Entidade;

Promover continuamente a informação e o treinamento como ferramentas fundamentais para a conscientização e capacitação dos profissionais da Entidade e demais partes interessadas de Segurança e Saúde Ocupacional;

Determinar o cumprimento da legislação, regulamentos e outros requisitos sobre Segurança e Saúde Ocupacional vigentes, subscritos pela Empresa;

Identificar, avaliar, controlar e mitigar os fatores de riscos à segurança e saúde das pessoas envolvidas com está Entidade, inclusive os que possam atingir a população, de forma a prevenir acidentes em todas as atividades dos processos;

Disponibilizar aos órgãos de Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional, os meios necessários para o exercício de suas atividades;

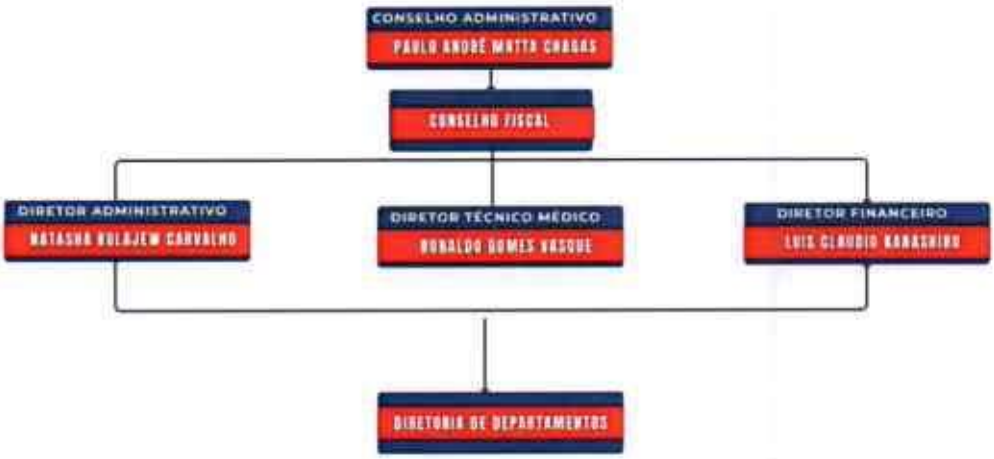
Atuar permanentemente na pesquisa de novas tecnologias de segurança e saúde ocupacional.

Estrutura Administrativa da Entidade Irmandade da Santa Casa Misericórdia de São Bernardo do Campo

Conselho Administrativo

SANTA CASA
São Bernardo do Campo

ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL



Qualificação dos Dirigentes da Irmandade da SCSBC

Compete a diretoria Geral da Irmandade da Santa Casa de São Bernardo do Campo dirigir, planejar, organizar e controlar as atividades de diversas áreas da Empresa, estabelecendo políticas de gestão de recursos financeiros, administrativos, estruturação, racionalização e adequação dos Projetos a serem desenvolvidos com entidades públicas ou privadas.

Responsabilidade Social

Nos últimos anos a ISCSBC vem procurando destacar-se também nas questões de responsabilidade social. Nas ações voltadas à conscientização ambiental, há trabalhos com as diversas comunidades, e os processos de integração e capacitação são compromissos Institucionais. Assim, neste contexto,/ a gestão da Santa Casa mostra total comprometimento em minimizar os impactos ao meio ambiente por meio da participação do entrosamento dos colaboradores com a comunidade.

Qualificação Técnica

Atestados de Capacidade Técnica

Apresentaremos no item **4. PARTE III - ÁREA DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA (FA.3), e no ANEXO II** desta Proposta Técnica, os Atestados de Capacidade Técnica conforme solicitação do Edital.

Experiência

A Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo atuante na área de prestação de atendimento hospitalar está apta a prestar serviços médicos devidamente comprovados pela sua vasta experiência.

A instituição atua na prestação de serviços na área pública e privada, elaborando e acompanhando a gestão, execução de projetos na saúde como UPA, PSF, UBS. CAPS, Pronto Socorro/Atendimento, SAMU, Hospital, entre outros. Essas parcerias são comprovadas pelos atestados de capacidade técnica constantes a serem apresentados.

Através de parcerias seguimos realizando diversos projetos visando o comprometimento com o cidadão. Priorizando a saúde e a vida, contamos com todo suporte técnico de apoio junto as secretarias de saúde, trabalhamos para melhoria do sistema de saúde e para benefício de todos os cidadãos que dela usufruem.

Resumidamente apresentamos alguns de nossos projetos que seguem sendo executados pela instituição:

UniHosp



Atuante desde 26 de abril de 2017, no hospital Irmandade de Santa Casa da Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, no endereço da Av. Robert Kennedy, 2900 -- São Bernardo do Campo - São Paulo, o hospital atende diariamente casos de tratamentos clínicos e cirúrgicos, serviços de diagnósticos tratamentos e terapias (SADT) em regime hospitalar. Com uma equipe multiprofissional altamente capacitada, ambientes climatizados e harmônicos e com a gestão e acompanhamento pela equipe administrativa, contamos com:

- Hospital geral;
- Pronto socorro 24 hsl
- Ambulatório I
- Consulta de pronto socorro Adultos
- Visita Hospitala r(paciente internado);
- SADT - Serviço de apoio ao diagnóstico terapêutico/exames

- Fisioterapias pacientes internadosl Hemoterapias - paciente internado.

Dentro dos atendimentos contratados, temos as seguintes especialidades:

Cardiologista
Clínico geral
Dermatologia
Gastroenterologista (a partir de 7 anos)
Ginecologia e obstetrícia
Ortopedia e traumatologia
Otorrinolaringologia
Psiquiatria infantil
Nutrição;
Psicologia
Acupuntura com agulhas
Fonoterapia

Serviços inclusos dentro do atendimento realizado:

Honorários médicos
e Curativos, suturas e retirada de pontos
e Serviços de enfermagem;
B Inalação;
e SADT (Análises clinicas, Raio X, eletrocardiograma, Ultrassonografia)
Oxigênio;
Dieta nutricional via oral ou enteral;
e Fisioterapia respiratória, motora, circulatória, neurológicas
Gasoterapia;
Preparo do corpo em caso de óbito

Pronto Socorro Dr. Conrado Cesariano Nuvolini:



A Irmandade de Santa Casa da Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, no endereço da Av. Robert Kennedy, 2900 — São Bernardo do Campo - São Paulo presta serviços de Administração/Gestão do Pronto Socorro Dr. Conrado Cesariano Nuvolini, situado na Av. João de Andrade, 958 — Jd. Santo Antônio — Osasco - SP, desde 19 de outubro de 2020 atendendo a demanda da microrregião.

Com uma equipe multiprofissional altamente capacitada, ambientes climatizados e harmónicos e com a gestão e acompanhamento pela equipe administrativa, contamos com:

Atendimentos Gerais;
Urgência e Emergência/PS Adulto;
Urgência e Emergência/PS Infantil;
Exames Radiológicos de diagnóstico Gerais;
Exames laboratoriais/Análises Clínicas Gerais;
Atendimentos Multiprofissionais Gerais

Complexo Hospitalar Municipal Antônio Giqlio



A Irmandade de Santa Casa da Misericôrdia de São Bernardo do CAMPO, no endereço da Av. Robert Kennedy, 2900 — São Bernardo do Campo - São Paulo presta serviços de Administração/Gestão do Complexo Hospitalar Municipal Antônio Giglio, situado na Rua: Pedro Fioretti, 48 — Centro - Cidade de Osasco — SP, desde 29 de janeiro de 2021

Com uma equipe multiprofissional altamente capacitada, ambientes climatizados e harmônicos e com a gestão e acompanhamento pela equipe administrativa, prestamos os seguintes serviços no periodo de 29/01/2021 a 30/04/2021:

Atendimentos Gerais;
Urgência e Emergência/PS e PA;
Exames Radiológicos de diagnóstico Gerais;
Exames laboratoriais/Análises Clínicas Gerais;
Atendimentos Multiprofissionais Gerais;
Cirurgias de Urgência / Emergência Gerais;
Cirurgias Efetivas Gerais.

Equipe médica formada por:

Médicos,Enfermeiros,Técnicose Auxiliares de Enfermagem, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Assistentes Sociais, Psicólogos e Farmacêuticos.

Medical Health Assistência Médica

Atuante desde 14 de dezembro de 2011, no hospital Irmandade de Santa Casa da Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, no endereço da Av. Robert Kennedy, 2900 -- São Bernardo do Campo - São Paulo, o hospital atende diariamente casos hospitalares disponibilizando 63 leitos, atendimento ambulatorial, pronto atendimento, SADT serviços de apoio ao diagnóstico, UTI - Unidade de terapia Intensiva e fisioterapia. Com uma equipe multiprofissional altamente capacitada, ambientes climatizados e harmónicos e com a gestão e acompanhamento pela equipe administrativa, contamos com:

Hospital geral
Pronto socorro 24 horas;
Ambulatórios;
Visita Hospitalar(paciente internado);
SADT - Serviço de apoio ao diagnóstico terapêutico/exame;
Fisioterapias pacientes internados.

Dentro dos atendimentos contratados, temos as seguintes especialidades:

Cardiologista;
Clínico geral;
Dermatologia;
Gastroenterologia (a partir de 7 anos)
Ginecologia e obstetrícia

Ortopedia e traumatologia
Otorrinolaringologia
Psiquiatria infantil
Nutrição;
Psicologia
Acupuntura com agulhas
Fonoterapia

Serviços inclusos dentro do atendimento realizado:

Honorários médicos
e Curativos, suturas e retirada de pontos
e Serviços de enfermagem;
B Inalação;
e SADT (Análises clínicas, Raio X, eletrocardiograma, Ultrassonografia)
Oxigênio;
Dieta nutricional via oral ou enteral;
e Fisioterapia respiratória, motora, circulatória, neurológicas
Gasoterapia;
Preparo do corpo em caso de óbito

Pronto Atendimento Adulto e Infantil de Barueri/SP e Maternidade Nair Fonseca Leitão Arantes





A Irmandade de Santa Casa da Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, no endereço da Av. Robert Kennedy, 2900 -- São Bernardo do Campo - São Paulo presta serviços de Administração/Gestão do Pronto Atendimento Adulto e Infantil de Barueri/SP e Maternidade Nair Fonseca Leitão Arantes,.situado na Rua: Professor Jogo da Mata e Luz, 262 -- Centro -- Barueri/SP, desde 01 de março de 2019.

Com uma equipe multiprofissional altamente capacitada, ambientes climatizados e harmónicos e com a gestão e acompanhamento pela equipe administrativa, atendemos a microrregião nos seguintes serviços:

Atendimentos Gerais;
Urgência e Emergência/PS Adultos;
Urgência e Emergência/PS Infantil;
Exames Radiológicos de diagnóstico Gerais;
Atendimentos Multiprofissionais Gerais;
Cirurgias de Urgência / Emergência Gerais;
Remoção de pacientes através de ambulâncias.

Onde Estamos:

Matriz

SÃO BERNARDO DO CAMPO



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO (MATRIZ)

Barueri

BARUERI



PAAI BARUERI



P.S. JOSÉ AGOSTINHO DOS SANTOS
PARQUE IMPERIAL

Caieiras

CAIEIRAS



UNIDADE MISTA
ROSA SANTA PASIN AGUIAR



PRONTO ATENDIMENTO
PARQUE DAS LARANJEIRAS

Caçapava

CAÇAPAVA



CAÇAPAVA

Ferraz de Vasconcelos

FERRAZ DE VASONCELOS



UNIDADES ESF
FERRAZ DE VASCONCELOS

SAMU
FERRAZ DE VASCONCELOS

Guarulhos

GUARULHOS





HOSPITAL MUNICIPAL
PIMENTAS BONSUCESSO (HMPB)

HOSPITAL MUNICIPAL
DE URGÊNCIAS (HMU)

Mairinque e Mairiporã

MAIRINQUE



CAPS, ESF E UBS
DE MAIRINQUE

MAIRIPORÃ



PRONTO ATENDIMENTO
MASUO OSATO

Mogi das Cruzes

MOGI DAS CRUZES



UNIDADES CAPS
MOGI DAS CRUZES

Osasco

OSASCO



PRONTO SOCORRO
DR. CONRADO CESARINO NUVOLINI



HOSPITAL MUNICIPAL
ANTONIO GIGLIO

São Vicente e Santa Isabel

SÃO VICENTE



PRONTO SOCORRO
JARDIM RIO BRANCO

SANTA ISABEL



CAPS, ESF E UBS
SANTA ISABEL

FONTE: HTTPS://OS.SANTACASASBC.ORG.BR/

CEBAS - Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social

A instituição realiza prestação de serviços com instituições públicas e privadas na elaboração, acompanhamento e gestão de projetos nas áreas de Saúde, e estão devidamente corroboradas pelos atestados de capacidade técnica e contratos de Gestão.

CEBAS



A Entidade possui o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS) concedido pelo Ministério da Saúde à pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como Entidade Beneficente de Assistência Social para a prestação de serviços na Área de Saúde. A obtenção do CEBAS possibilita a isenção das contribuições sociais e a celebração de convênios com o poder público, dentre outros. Apresenta

CARACTERÍSTICA DO MUNICÍPIO DE PALMAS

História

Planejada para ser a capital do Tocantins, Palmas foi criada em 20 de maio de 1989 (pouco tempo depois da criação do Estado) e instalada em 1º de janeiro de 1990, após a transferência da capital provisória, Miracema.

O primeiro passo para o planejamento da capital definitiva foi dado logo após a eleição do governador Siqueira Campo s, em 15 de novembro de 1988, que solicitou levantamento para definir a localização de uma cidade que lhe

possibilitasse ser um pólo de irradiação de desenvolvimento econômico e social do Estado.

O resultado do estudo determinou uma área localizada entre os municípios de Porto Nacional e Taquaruçu do Porto, a leste do povoado Canela. A instalação de Palmas só foi possível com a transferência da sede administrativa do município de Taquaruçu para Palmas, tornando o prefeito eleito de Taquaruçu, Fenelon Barbosa, o primeiro prefeito de Palmas. Com esta decisão, Taquaruçu do Porto transformou-se em Distrito de Palmas, assim como aquarelo e Canela. O nome de Palmas foi escolhido em homenagem à comarca de São João da Palma, sede do primeiro movimento separatista do norte goiano, e também pela grande quantidade de palmeiras na região.

Formação Administrativa

Elevado à categoria de município com a denominação de Taquarussu do Porto, pela Lei Estadual n.º 10.419, de 01-01-1988, desmembrado do município de Porto Nacional. Sede no atual distrito de Taquarussu do Porto (ex-povoado de Taquarussinho). Constituído do distrito sede. Instalado em 01-06-1989.

Em divisão territorial datada de 1988, o município é constituído do distrito sede.

Pela Resolução n.º 1, de 18-12-1989, é criado o distrito de Taquaralto e Canela e anexado ao município Taquarassu do Porto. Pela Resolução n.º 28, de 29-12-1989, o município de Taquarussu do Porto, foi extinto, (mudança de Sede), passando o município a chamar-se Palmas e Taquarussu do Porto a condição de distrito do município de Palmas.

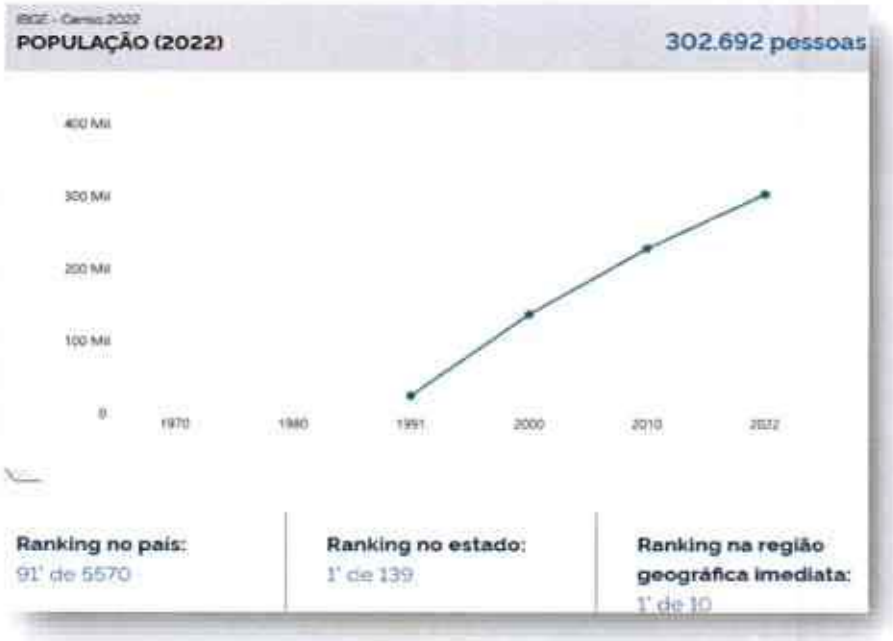
Em 01-01-1990, o município de Palmas passa a ser Capital do Estado.

Pela Lei Municipal n.º 33, de 13-02-1990, é criado o distrito de Canela e anexado ao município de Palmas. Em divisão territorial datada de 1995, o município é constituído de 3 distritos: Palmas, Taquaralto e Taquarussu do Porto.

Em divisão territorial datada 2001, o município é constituído de 3 distritos: Palmas, Butirana e Taquarussu do Porto.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007.

Fonte: Palmas (TO). Governo do Estado. 2014. Disponível em: http://portal.to.gov.br. Acesso em: Novembro 2026.



De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base nos dados do Censo Demográfico de 2022, o município registrou uma população de 302.692 habitantes, ocupando a 91ª posição no ranking nacional, entre os 5.570 municípios brasileiros. No âmbito estadual, ocupa a 1ª posição entre os 139 municípios considerados, assim como se encontra na 1ª posição na Região Geográfica Imediata, entre os 10 municípios que a compõem.

A série histórica apresentada pelo IBGE demonstra o crescimento populacional do município entre os anos de 1991 e 2022, evidenciando a ampliação de sua população ao longo das décadas. Esses dados constituem subsídios importantes para o planejamento das políticas públicas municipais, especialmente na área da saúde, pois contribuem para dimensionar a demanda

por serviços assistenciais, orientar a organização da rede de atenção e apoiar a previsão de recursos humanos, materiais e estruturais necessários ao atendimento da população.

IBGE - Censo 2022

DENSIDADE DEMOGRÁFICA (2022)		135,9 hab. / Km2
Ranking no país: 566° de 5570	**Ranking no estado:** 1° de 139	**Ranking na região geográfica imediata:** 1° de 10

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes ao Censo Demográfico de 2022, o município apresenta densidade demográfica de 135,9 habitantes por quilômetro quadrado (hab./km²). No ranking nacional, ocupa a 566ª posição entre os 5.570 municípios brasileiros. No âmbito estadual, encontra-se na 1ª posição entre os 139 municípios considerados, assim como ocupa a 1ª posição na Região Geográfica Imediata, entre os 10 municípios que a compõem. Esses indicadores permitem contextualizar a distribuição da população no território e sua posição relativa nos recortes geográficos apresentados pelo IBGE, contribuindo para a caracterização demográfica municipal e para o planejamento das políticas públicas e dos serviços de saúde.

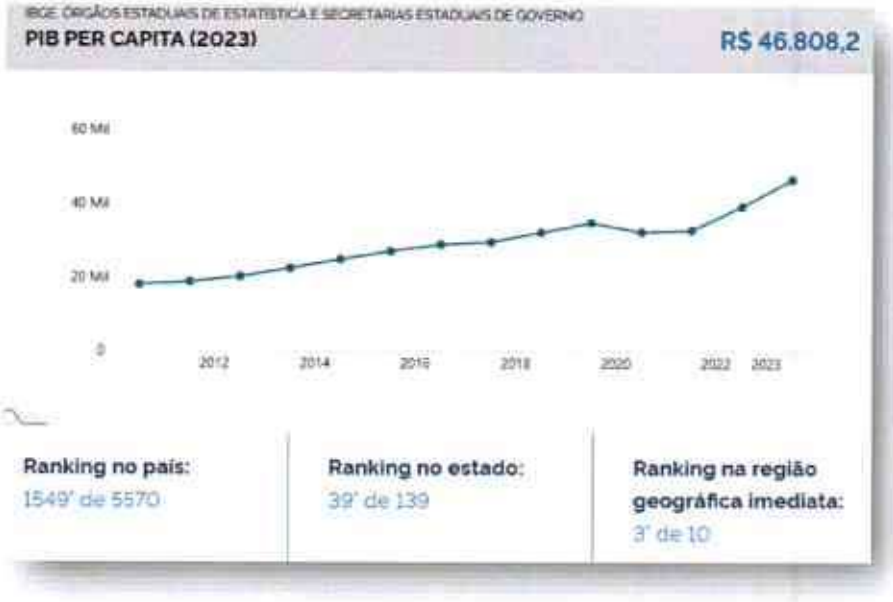
IBGE - Área territorial brasileira

ÁREA TERRITORIAL (2025)		2.227,329 Km2
Ranking no país: 677° de 5570	**Ranking no estado:** 35° de 139	**Ranking na região geográfica imediata:** 5° de 10

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes à área territorial brasileira de 2025, o município possui uma

extensão territorial de 2.227,329 km². No ranking nacional, ocupa a 677ª posição entre os 5.570 municípios brasileiros. No âmbito estadual, encontra-se na 35ª posição entre os 139 municípios considerados, enquanto, na Região Geográfica Imediata, ocupa a 5ª posição entre os 10 municípios que a compõem. Essas informações contribuem para a caracterização territorial do município, permitindo compreender a dimensão de sua área geográfica e subsidiar o planejamento e a organização das políticas públicas, especialmente no que se refere à distribuição dos serviços de saúde, à definição de áreas de abrangência e ao acesso da população aos equipamentos e serviços assistenciais.

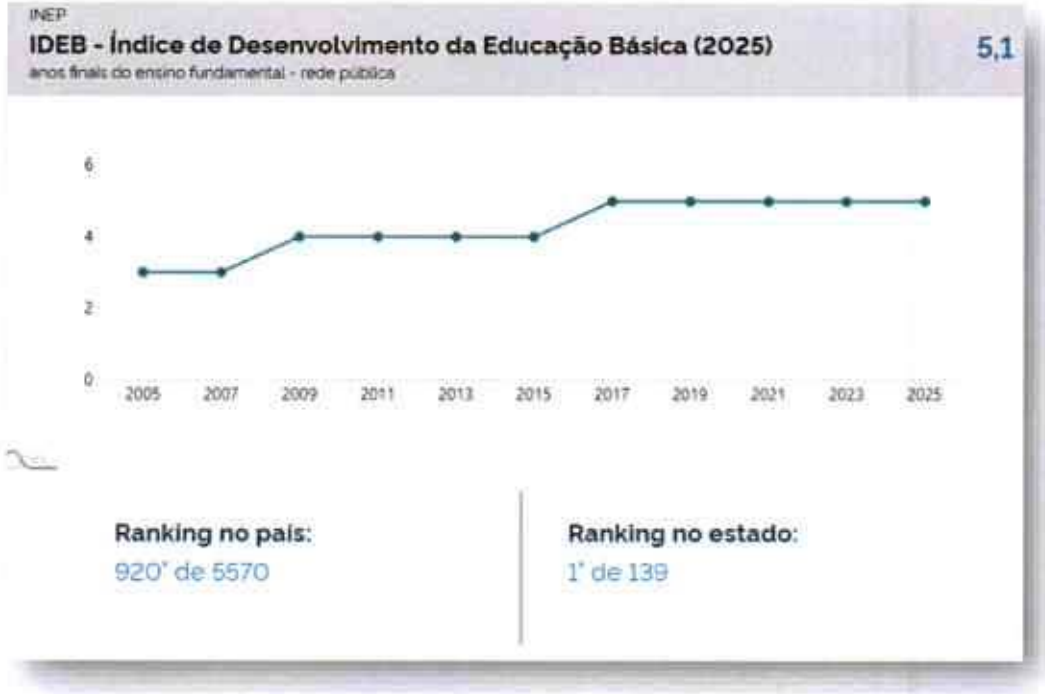




De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o PIB per capita do município atingiu R$ 46.808,20 em 2023. Ao longo da série histórica, o indicador apresentou crescimento, passando de aproximadamente R$ 18 mil nos primeiros anos analisados para cerca de R$ 34 mil em 2020. Em 2021, houve uma redução, seguida de recuperação nos anos posteriores, com destaque para o aumento expressivo em 2023. No ranking nacional, o município ocupa a 1.549ª posição entre 5.570 municípios; no ranking estadual, está em 39º lugar entre 139 municípios e, na região geográfica imediata, ocupa a 3ª posição entre 10 municípios. Esses resultados evidenciam a evolução do valor econômico por habitante, embora o PIB per capita, isoladamente, não represente a renda efetivamente recebida pela população nem permita avaliar a distribuição de renda no município.



De acordo com os dados do DATASUS, em 2025, a taxa de mortalidade infantil foi de 11,23 óbitos por mil nascidos vivos. Ao longo da série histórica, o indicador apresentou oscilações, atingindo seu maior valor em 2009, com aproximadamente 14 óbitos por mil nascidos vivos. Em 2013 e 2015, registrou-se uma redução, chegando a cerca de 9 óbitos por mil nascidos vivos. Nos anos seguintes, a taxa voltou a oscilar, alcançando aproximadamente 13 óbitos em 2022 e mantendo-se em torno de 11 óbitos entre 2023 e 2025. No ranking nacional, o município ocupa a 2.604ª posição entre 5.570 municípios; no ranking estadual, está em 59º lugar entre 139 municípios e, na região geográfica imediata, ocupa a 7ª posição entre 10 municípios. Esses dados reforçam a importância de fortalecer as políticas públicas de atenção à saúde materno-infantil, com foco no acompanhamento pré-natal, na assistência ao parto e nos cuidados com os recém-nascidos.



O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de 2025, divulgado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), apresentou nota de 5,1 nos anos finais do ensino fundamental da rede pública. Ao longo da série histórica, o índice passou de 3,0 em 2005 para 4,0 em 2009, permanecendo nesse patamar até 2015. Em 2017, houve um avanço para 5,0, resultado mantido até 2025. No ranking nacional, o resultado ocupa a 920ª posição entre 5.570 municípios, enquanto, no ranking estadual, alcança o 1º lugar entre 139 municípios, demonstrando destaque no cenário estadual.

CARACTERÍSTICAS DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAs) 24 HORAS — NORTE E SUL

1. Caracterização Geral das Unidades

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar integram a Rede de Atenção às Urgências do Município de Palmas/TO, constituindo estabelecimentos públicos de saúde destinados ao atendimento ininterrupto de situações de urgência e emergência, à estabilização clínica, à observação de pacientes e ao encaminhamento regulado para outros pontos da rede assistencial, sempre que necessário.

Ambas estão habilitadas como UPA Porte III – Opção VIII, conforme o Edital de Chamamento Público nº 001/2026, e funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, inclusive sábados, domingos e feriados.

A Irmandade organizará a gestão, a operacionalização e a execução dos serviços considerando as características estruturais, a capacidade instalada, o perfil epidemiológico, a demanda assistencial e os recursos disponíveis em cada unidade, observando as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS), as normas do Sistema Único de Saúde (SUS) e os parâmetros estabelecidos no Termo de Referência.

A organização dos serviços deverá contemplar o acolhimento com classificação de risco, o atendimento médico e de enfermagem, os procedimentos de urgência, a observação clínica, a estabilização, o apoio diagnóstico e terapêutico e a articulação com os serviços de referência e contrarreferência.

As particularidades da UPA Norte e da UPA Sul serão consideradas no planejamento das equipes, na distribuição dos recursos, na organização dos fluxos assistenciais e no acompanhamento das metas e dos indicadores pactuados.

2. Identificação e localização das unidades

IDENTIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO		
Palmas/TO • Edital de Chamamento Público nº 001/2026		
Característica	**UPA Norte**	**UPA Sul**
Denominação	José de Souza Dourado	Gerson Pires de Aguiar
CNES	2755289	2492555
Município	Palmas/TO	Palmas/TO
Endereço	203 Norte, Alameda LO 06, APM 02, S/N — Bairro Plano Diretor Norte	Avenida Perimetral 02, nº 04, Quadras 72/73 — Setor Aureny II
Habilitação	Porte III – Opção VIII	Porte III – Opção VIII
Funcionamento	24 horas, todos os dias	24 horas, todos os dias
Abrangência	Regiões Norte e Central, com demanda referenciada	Região Sul, com demanda referenciada

3. Estrutura física e capacidade instalada

A infraestrutura das duas unidades compreende ambientes destinados ao acolhimento, à classificação de risco, ao atendimento médico, à administração de medicamentos, à observação de pacientes e à estabilização de situações graves, além dos espaços de apoio diagnóstico, administrativo e operacional.

A capacidade instalada de cada UPA, conforme o Quadro I-2 do Anexo I do Termo de Referência, encontra-se discriminada a seguir.

PARÂMETROS ESTRUTURAIS | UPAs PALMAS/TO

Comparativo — UPA Norte José de Souza Dourado | UPA Sul Gerson Pires de Aguiar

Parâmetro estrutural	UPA Norte	UPA Sul
Área construída	2,000.88 m²	2,131.47 m²
Área útil	1,918.05 m²	1,811.39 m²
Leitos de observação e sala vermelha — total indicado no Anexo I	33	34
Observação masculina	**9**	**12**
Observação feminina	9	12
Observação pediátrica	9	8
Leitos na sala vermelha	6	4
Leitos de isolamento informados separadamente	2	3
Poltronas de medicação	27	30
Consultórios indiferenciados	4	5
Salas de classificação de risco	3	4

Nota: os leitos de isolamento foram informados separadamente dos totais de 33 e 34 leitos indicados no Anexo I.

UPA Norte – José de Souza Dourado: localizada na 203 Norte, Alameda LO 06, APM 02, s/n, Bairro Plano Diretor Norte, Palmas/TO. Além da população

de sua área de abrangência, absorve demanda espontânea de Porto Nacional, especialmente da região de Luzimangues, conforme identificado no Termo de Referência.

UPA Sul – Gerson Pires de Aguiar: localizada na Avenida Perimetral 02, nº 04, Quadras 72/73, Setor Aureny II, Palmas/TO. Atende a população da região Sul e recebe demanda de municípios referenciados por regionalização, incluindo Lajeado, Novo Acordo, Miranorte, Miracema e Tocantínia, conforme a Resolução CIB/TO nº 001/2017.

Na UPA Norte, dos seis leitos da sala vermelha, um é reservado à pediatria. Na UPA Sul, dos oito leitos de observação pediátrica, dois são destinados ao isolamento, conforme a composição descrita no edital.

Observação técnica: o quantitativo de 33 leitos da UPA Norte e 34 da UPA Sul já contempla os respectivos leitos da sala vermelha. Os leitos de isolamento aparecem em linha própria no Anexo I e não devem ser somados automaticamente à capacidade total, sem a confirmação de sua distribuição física.

Fonte: Anexo I do Termo de Referência, Quadro I-2 – Capacidade instalada por unidade.

3. Serviços assistenciais e de apoio diagnóstico

As duas UPAs possuem os seguintes serviços instalados, de acordo com o Quadro I-3 do Anexo I:

SERVIÇOS INSTALADOS — UPAs NORTE E SUL

PALMAS/TO • EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2026

Referência: Quadro I-3 do Anexo I | Serviços informados

Serviços ofertados	UPA Norte	UPA Sul

Clínica médica de urgência	Sim	Sim
Pediatria 24 horas	Sim	Sim
Ortopedia e procedimentos ortopédicos	Sim	Sim
Confecção de aparelhos gessados	Sim	Sim
Acolhimento com classificação de risco	Sim	Sim
Observação clínica e estabilização	Sim	Sim
Laboratório de análises clínicas	Sim	Sim
Radiologia	Sim	Sim
Eletrocardiografia	Sim	Sim
Ultrassonografia	Sim	Sim
Ambulância de suporte básico Tipo B	1	1

Observação: quantitativo das ambulâncias expresso em unidades (1 por UPA).

A assistência compreende o acolhimento, a avaliação e a classificação de risco, o atendimento médico e de enfermagem, a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a estabilização de pacientes graves e a permanência em observação clínica, com alta ou encaminhamento regulado conforme a necessidade assistencial.

O serviço de ultrassonografia foi implantado em 2026, encontrando-se sua série histórica de produção em consolidação, conforme o Termo de Referência.

4. Características dos serviços de nutrição e alimentação

As unidades apresentam particularidades quanto à infraestrutura destinada à alimentação:

- **UPA Norte:** dispõe de cozinha destinada à produção de refeições, reformada em 2025.
- **UPA Sul:** realiza o porcionamento e a distribuição de refeições.

Ambas contam com responsável técnico nutricionista, observadas as disposições do item 5.5.4 do Termo de Referência.

Essa diferenciação deverá ser considerada na organização dos serviços de alimentação e nutrição, nos fluxos de distribuição, no controle higiênico-sanitário e na definição dos procedimentos operacionais aplicáveis a cada unidade.

5. Perfil da demanda assistencial

O perfil de atendimento apresentado no edital foi elaborado com base nos registros assistenciais de janeiro de 2025 a agosto de 2026.

PERFIL DA DEMANDA ASSISTENCIAL | UPAs PALMAS/TO

Comparativo de indicadores — UPA Norte e UPA Sul

Indicador	UPA Norte	UPA Sul
Média diária de atendimentos	392	455
Mediana diária	391	451
Percentil 95 de atendimentos diários	497	566
Máximo diário observado	590	645
Dia de maior procura	Segunda-feira	Segunda-feira
Concentração da demanda no período diurno (7h às 19h)	70.0%	70.0%
Média mensal de atendimentos de menores de 12 anos	1,431	2,327

Participação de menores de 12 anos	12.0%	16.8%
Média mensal de atendimentos com diagnóstico ortopédico ou traumatológico	1,532	1,935
Usuários que não aguardaram atendimento médico	1.0%	2.1%

Fonte: Anexo I do Termo de Referência, Quadro I-4 – Perfil da demanda apurado, janeiro de 2025 a agosto de 2026.

O histórico evidencia maior volume assistencial na UPA Sul, especialmente nos atendimentos pediátricos e ortopédicos.

Nas duas unidades, aproximadamente 70% dos atendimentos concentram-se no plantão diurno, com maior procura entre 8h e 10h. Esses dados devem orientar a distribuição dos profissionais, a organização dos fluxos assistenciais e o planejamento dos serviços de apoio, sem prejuízo da manutenção da assistência ininterrupta.

6. Vigilância em saúde

As unidades também desempenham atividades de vigilância epidemiológica, incluindo a identificação e a notificação de doenças e agravos sujeitos à comunicação compulsória.

No período de janeiro a junho de 2026, foram registradas:

INDICADORES ASSISTENCIAIS | UPAs PALMAS/TO		
Indicador	**UPA Norte**	**UPA Sul**
Notificações compulsórias	2,915	3,668

Comparativo de notificações compulsórias por unidade

Esses quantitativos demonstram a importância da integração entre a assistência às urgências, a vigilância em saúde e os setores municipais responsáveis pelo monitoramento epidemiológico.

7. Diretrizes para a gestão e operacionalização das unidades

Considerando as características físicas, a capacidade instalada, os serviços existentes e o perfil da demanda, a Irmandade propõe a organização da gestão assistencial e administrativa das UPAs Norte e Sul de maneira integrada, preservando as particularidades operacionais de cada estabelecimento.

A execução dos serviços será estruturada para assegurar assistência contínua, acolhimento com classificação de risco, resposta oportuna às situações de urgência e emergência, acompanhamento dos pacientes em observação e integração aos mecanismos municipais de regulação.

A organização dos serviços de apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, higienização, processamento de materiais, rouparia, lavanderia, alimentação, manutenção e demais atividades de suporte observará a infraestrutura disponível, os requisitos sanitários aplicáveis e as responsabilidades estabelecidas no Termo de Referência.

O planejamento das equipes e dos recursos operacionais considerará as diferenças de demanda entre as unidades, especialmente a maior concentração de atendimentos na UPA Sul, respeitando os parâmetros de dimensionamento de pessoal previstos no capítulo 7 do Termo de Referência.

A gestão contemplará, ainda, o acompanhamento sistemático dos indicadores assistenciais, da segurança do paciente, da utilização da capacidade instalada e da qualidade dos serviços, em conformidade com as metas contratuais e os instrumentos de monitoramento previstos no edital.

Dessa forma, a proposta da Santa Casa busca assegurar condições operacionais adequadas às duas unidades, com padronização dos procedimentos essenciais e organização dos serviços de acordo com as necessidades específicas da população assistida.

1 FINALIDADE E ALCANCE DA PROPOSTA TÉCNICA

A presente Proposta Técnica, apresentada pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, estabelece as diretrizes de gestão, organização e execução dos serviços da UPA Norte e da UPA Sul, reunindo as soluções assistenciais e operacionais propostas pela instituição para assegurar atendimento contínuo, humanizado, resolutivo e seguro à população.

Seu conteúdo compreende o modelo de funcionamento das unidades, a organização das equipes, os fluxos de atendimento, os mecanismos de integração com a rede de saúde e as estratégias de monitoramento e melhoria da qualidade. As ações propostas pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo buscam assegurar o cumprimento das metas pactuadas, a utilização adequada dos recursos e a efetividade da assistência, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde.

O planejamento abrange as duas unidades de forma integrada, com padronização das diretrizes institucionais e dos processos comuns. As particularidades de cada UPA são tratadas especificamente quando envolvem diferenças de estrutura, implantação, demanda, riscos, composição das equipes

ou fluxos assistenciais, garantindo a adequação das soluções às necessidades de cada serviço.

O dimensionamento de pessoal considera a totalidade dos profissionais necessários à execução das atividades, à cobertura das escalas e à continuidade do atendimento. A eventual disponibilização de servidores públicos municipais será incorporada à organização dos serviços mediante definição de atribuições, escalas, referências de supervisão e mecanismos de integração com as demais equipes, respeitadas as competências profissionais e os respectivos vínculos funcionais.

A proposta contempla, ainda, a estrutura de governança, as responsabilidades de gestão e os instrumentos de acompanhamento dos resultados, com ênfase na segurança do paciente, na qualificação das práticas assistenciais, na educação permanente e na transparência da execução da parceria.

As informações técnicas são acompanhadas dos documentos e das evidências necessários à sua comprovação, organizados de modo a facilitar a análise e a localização dos conteúdos. Os regimentos, manuais e protocolos exigidos nesta etapa são apresentados integralmente, permitindo a avaliação de suas diretrizes, responsabilidades e procedimentos. Os demais instrumentos de gestão serão desenvolvidos e submetidos à aprovação antes do início da operação, conforme as exigências aplicáveis.

Por meio desta Proposta Técnica, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresenta seu modelo de gestão para as duas UPAs, orientado pela qualidade assistencial, pela eficiência operacional, pela integração com a rede pública de saúde e pelo compromisso com as necessidades da população.

2 PARTE I — ÁREA DE ATIVIDADE (FA.1)

2.1 FLUXOS OPERACIONAIS

Os fluxos operacionais constituem instrumentos essenciais para a organização, a padronização e a integração dos processos de trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas Norte — José de Souza Dourado — e Sul — Gerson Pires de Aguiar — do Município de Palmas/TO. Sua estruturação tem como finalidade estabelecer diretrizes claras para a circulação de usuários, profissionais, materiais, insumos e informações, promovendo a articulação entre os setores assistenciais, administrativos e de apoio, em consonância com as características funcionais e a capacidade operacional de cada unidade.

A definição dos fluxos busca assegurar a continuidade e a eficiência dos processos, delimitar responsabilidades, estabelecer pontos de controle e decisão e reduzir cruzamentos inadequados, deslocamentos desnecessários, falhas de comunicação e riscos relacionados à assistência. Para tanto, os percursos e procedimentos devem ser organizados de maneira lógica, segura e compatível com as necessidades do serviço, respeitando as normas sanitárias vigentes, os protocolos institucionais, as atribuições profissionais e os princípios de qualidade, humanização e segurança do paciente.

No âmbito assistencial, os fluxos contemplam o percurso do usuário desde a recepção e o acolhimento com classificação de risco até a avaliação clínica, a realização de exames e procedimentos, a estabilização, a observação e a definição do desfecho, seja por alta, transferência para outro serviço de saúde ou óbito. Paralelamente, os fluxos de apoio operacional abrangem a movimentação de materiais, medicamentos, roupas, resíduos de serviços de saúde e demais recursos necessários ao funcionamento ininterrupto das unidades, observando critérios de segregação, controle, rastreabilidade e prevenção de riscos.

A implementação desses fluxos será acompanhada de orientações operacionais, definição de responsabilidades, monitoramento dos processos e

revisão periódica, de modo a permitir a identificação de não conformidades e a adoção de medidas corretivas e preventivas. Dessa forma, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo busca promover uma gestão integrada, eficiente e segura, contribuindo para a otimização dos recursos disponíveis, a qualificação dos processos de trabalho e a prestação de atendimento oportuno, resolutivo e humanizado à população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

V.1.1— FLUXO ASSISTENCIAL DO USUÁRIO, DO ACOLHIMENTO À ALTA OU TRANSFERÊNCIA

O fluxo assistencial do usuário estabelece a sequência organizada das etapas de atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas Norte — José de Souza Dourado — e Sul — Gerson Pires de Aguiar — de Palmas/TO, contemplando desde a recepção e o acolhimento com classificação de risco até a avaliação médica, a realização de exames e procedimentos, a estabilização clínica, a observação e a definição do desfecho assistencial, incluindo alta, transferência para outro serviço de saúde ou óbito.

A condução do atendimento será orientada pela gravidade clínica, pela identificação de sinais de alerta e pela necessidade de intervenção imediata, respeitando os protocolos institucionais e os tempos-alvo estabelecidos no edital. O processo prevê a atuação integrada dos profissionais envolvidos, com definição de responsabilidades, registro das condutas e reavaliação contínua do usuário, assegurando o encaminhamento oportuno para a área assistencial compatível com sua condição clínica.

A seguir, apresenta-se a descrição das etapas do percurso assistencial, dos pontos de decisão e dos profissionais responsáveis, acompanhada da representação gráfica do fluxo operacional.

a.Descrição do percurso do usuário desde a recepção até a alta, a transferência para outro serviço ou o óbito, com identificação dos pontos de decisão e dos profissionais responsáveis por cada etapa

OBJETIVO E ABRANGÊNCIA

O presente fluxo assistencial tem por objetivo estabelecer e padronizar o percurso do usuário nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas Norte — José de Souza Dourado — e Sul — Gerson Pires de Aguiar, localizadas no município de Palmas/TO, desde o primeiro contato com o serviço, incluindo recepção, identificação e acolhimento com classificação de risco, até a definição do desfecho assistencial, compreendido pela alta, transferência para outro serviço de saúde ou óbito.

A sistematização do processo assistencial contempla as etapas de acolhimento, classificação de risco, avaliação médica, realização de exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos indicados, administração de tratamentos, encaminhamento para a sala de estabilização ou área de observação, reavaliação clínica e definição da conduta subsequente. Estabelece, ainda, os principais pontos de decisão, as atribuições dos profissionais envolvidos e os registros necessários à rastreabilidade, à continuidade do cuidado e à segurança do paciente.

A organização do fluxo fundamenta-se na priorização do atendimento conforme a gravidade clínica, o risco de agravamento e a necessidade de intervenção imediata, não se restringindo à ordem cronológica de chegada dos usuários. A classificação de risco constitui instrumento de priorização assistencial e deve orientar o direcionamento do paciente à área de atendimento compatível com sua condição clínica, observados os protocolos institucionais, os tempos-alvo estabelecidos no edital e as competências legais de cada categoria profissional.

O processo deverá ocorrer de forma continua, integrada e ininterrupta, considerando o funcionamento das unidades durante 24 horas por dia, todos os dias da semana. Em qualquer etapa do percurso, a identificação de sinais de instabilidade, deterioração clinica ou agravamento do quadro deverá determinar reavaliação imediata, priorização do atendimento e, quando indicado, transferência para a sala de estabilização, acionamento da equipe médica e adoção das medidas assistenciais necessárias.

A execução do fluxo pressupõe comunicação efetiva entre as equipes, registro sistemático das avaliações, condutas, reavaliações e decisões no prontuário do paciente, bem como articulação com a rede de atenção à saúde e com os mecanismos de regulação assistencial, especialmente nos casos que demandem transferência para serviços de maior complexidade. Dessa forma, busca-se assegurar atendimento oportuno, integral, humanizado e seguro, com definição clínica fundamentada do desfecho e continuidade do cuidado conforme as necessidades de cada usuário.

DESCRIÇÃO DO PERCURSO ASSISTENCIAL E RESPONSABILIDADES

Etapa 1 — Recepção e identificação

Responsáveis: recepcionista/atendente administrativo; equipe assistencial quando houver sinal evidente de gravidade.

Realizar identificação e registro do usuário, abertura da ficha e direcionamento ao acolhimento. A recepção não deve retardar o acesso à equipe assistencial em situações de emergência; usuários com sinais de instabilidade são encaminhados imediatamente para avaliação e atendimento prioritário.

Etapa 2 — Acolhimento com classificação de risco

Responsável principal: enfermeiro capacitado para classificação de risco.

Investigar queixa principal, início e evolução dos sintomas, antecedentes relevantes e sinais de alerta; aferir e registrar sinais vitais e demais parâmetros previstos no protocolo; atribuir prioridade clínica e encaminhar para a área correspondente. A classificação organiza a prioridade e não substitui diagnóstico médico. O usuário deve ser reavaliado se houver piora durante a espera.

Etapa 3 — Definição da prioridade e tempo-alvo

Responsáveis: enfermeiro classificador; coordenação de enfermagem para monitoramento do fluxo; médico conforme prioridade.

Adotar os tempos-alvo do edital/Anexo II para o tempo porta-médico: Vermelho — atendimento imediato, até 5 minutos; Laranja — até 10 minutos; Amarelo — até 60 minutos; Verde — até 120 minutos; Azul — até 240 minutos. Os tempos são metas máximas por prioridade e não impedem atendimento antecipado. Sinais de agravamento exigem reclassificação e atendimento imediato.

Etapa 4 — Avaliação médica e conduta

Responsável: médico assistencial; apoio da equipe de enfermagem e demais profissionais conforme necessidade.

Realizar anamnese e exame clínico, estabelecer hipóteses diagnósticas e plano terapêutico, solicitar exames e procedimentos quando indicados, prescrever tratamento e definir o destino assistencial. A equipe de enfermagem executa cuidados e prescrições dentro de suas competências e registra os procedimentos e a resposta clínica.

Etapa 5A — Sala de estabilização / emergência

Responsáveis: médico assistencial e equipe de enfermagem; demais profissionais habilitados conforme o quadro.

Indicação: risco iminente à vida, instabilidade hemodinâmica ou respiratória, alteração aguda grave do nível de consciência, necessidade de suporte avançado ou outra condição definida no protocolo institucional. Realizar abordagem imediata, monitorização contínua, suporte ventilatório/circulatório e

intervenções compatíveis com a competência da unidade. O médico coordena as decisões clínicas; a enfermagem executa e registra os cuidados. Quando houver necessidade de recurso não disponível ou transferência para maior complexidade, o médico aciona a regulação e mantém estabilização até a remoção segura.

Etapa 5B — Área de observação

Responsáveis: médico assistencial e equipe de enfermagem; profissionais de apoio conforme plano terapêutico.

Indicação: necessidade de acompanhamento clínico, resposta a tratamento, monitorização ou conclusão diagnóstica por período limitado. A admissão deve conter justificativa clínica, prescrição, parâmetros de monitoramento e critérios de alta/transferência. A equipe de enfermagem acompanha sinais vitais, sintomas, administração de medicamentos e intercorrências; o médico reavalia periodicamente e sempre que houver mudança clínica. A permanência deve observar o limite de referência de até 24 horas indicado no edital, com definição de desfecho antes de ultrapassá-lo e acionamento da regulação quando necessário.

Etapa 6 — Ponto de decisão: alta, continuidade de observação ou transferência

Responsável pela decisão clínica: médico assistencial, com participação da enfermagem e da equipe multiprofissional quando aplicável.

Após avaliação e resposta ao tratamento, o médico decide: (i) alta, se houver estabilidade clínica e condições de continuidade segura fora da unidade; (ii) manutenção em observação, quando houver justificativa e necessidade de reavaliação; (iii) transferência, quando o usuário necessitar de recurso diagnóstico/terapêutico ou nível de complexidade não disponível; ou (iv) retorno à sala de estabilização, em caso de agravamento. A decisão, os critérios clínicos e as orientações devem constar do prontuário.

Etapa 7A — Alta responsável

Responsável: médico pela decisão e registro da alta; enfermagem reforça orientações e documenta cuidados de saída.

Formalizar diagnóstico ou hipótese, tratamento realizado, prescrição e orientações, sinais de alerta, cuidados domiciliares e necessidade de retorno ou acompanhamento na rede. Confirmar compreensão do usuário/acompanhante, entregar documentos pertinentes e registrar data, horário, condição clínica e destino. Quando aplicável, orientar a continuidade do cuidado na Atenção Primária ou serviço especializado.

Etapa 7B — Transferência para outro serviço

Responsáveis: médico solicitante pela indicação clínica e solicitação de regulação; equipe de regulação conforme fluxo municipal; enfermagem e equipe de transporte pela preparação e segurança durante o deslocamento.

Indicar o motivo da transferência, estabilizar o usuário dentro das possibilidades da unidade, registrar a solicitação e acompanhar a regulação/aceite do serviço de destino. Preparar resumo clínico, exames, prescrições, identificação, riscos e cuidados necessários; definir suporte de transporte compatível com a condição clínica; realizar passagem estruturada do caso à equipe receptora e registrar unidade de destino, horários, profissionais envolvidos e condições na saída/entrega.

Etapa 7C — Óbito

Responsável: médico para constatação e registros clínicos e legais; enfermagem para apoio assistencial e registros; equipe designada para comunicação e acolhimento familiar.

Em caso de óbito, o médico realiza a constatação e os registros conforme normas vigentes e protocolos institucionais, definindo os encaminhamentos cabíveis. A equipe deve preservar a dignidade, privacidade e respeito ao usuário, comunicar os familiares de forma acolhedora por profissional habilitado/designado, oferecer suporte e orientar procedimentos administrativos

e legais. A movimentação do corpo e a liberação devem seguir o fluxo institucional aplicável, incluindo acionamento dos serviços competentes quando a causa ou circunstância exigir.

PONTOS DE DECISÃO E CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Ponto 1 — Classificação de risco: A gravidade determina a prioridade. Vermelho e instabilidade: encaminhamento imediato à emergência/sala de estabilização. Demais prioridades: atendimento conforme tempo-alvo, com vigilância e reavaliação se houver piora.

Ponto 2 — Necessidade de estabilização: Instabilidade ou risco iminente à vida exige sala de estabilização e atuação imediata. O médico define intervenções e necessidade de acionamento da regulação.

Ponto 3 — Necessidade de observação: Quando o quadro exigir monitorização, resposta terapêutica ou investigação por tempo limitado, o médico indica observação e registra plano, critérios de reavaliação e desfecho.

Ponto 4 — Definição de desfecho: Alta se clinicamente segura; transferência se houver necessidade de recursos/complexidade indisponíveis; retorno à estabilização se houver deterioração; óbito conforme constatação e procedimentos legais.

Ponto 5 — Transporte e entrega: Na transferência, confirmar regulação/aceite, suporte de transporte adequado, documentação clínica e passagem de caso ao serviço receptor.

Fluxograma assistencial

A representação gráfica a seguir sintetiza o percurso e os principais pontos de decisão. O fluxo deve ser aplicado em conjunto com os protocolos clínicos, de classificação de risco, de regulação, de transporte sanitário e de comunicação de óbito vigentes nas unidades.

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo

FLUXO ASSISTENCIAL DO USUÁRIO

UPA NORTE E UPA SUL | IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

1 — RECEPÇÃO / REGISTRO
Identificação, abertura de ficha e direcionamento imediato se houver sinais de gravidade.

2 — ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
Enfermeiro capacitado aplica protocolo institucional, identifica prioridade e registra sinais vitais e queixa.

3 — PONTO DE DECISÃO 1 – PRIORIDADE CLÍNICA

VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
Imediato (porta-médico até 5 min)	Até 10 min	Até 60 min	Até 120 min	Até 240 min

- Grave / Instável → **3A — EMERGÊNCIA / SALA DE ESTABILIZAÇÃO**
  Enfermagem e médico iniciam atendimento imediato, monitorização e suporte avançado conforme necessidade. Acionamento da regulação quando indicado.
  → **3A.1 — REAVALIAÇÃO E DECISÃO MÉDICA**
  Estabilizou? Investigar/tratar e definir destino. Persistindo risco: manter suporte, acionar regulação e organizar transferência.
- Demais prioridades → **3B — CONSULTA MÉDICA**
  Médico avalia, solicita exames/procedimentos quando indicados, estabelece hipótese diagnóstica e plano terapêutico.
  → **3C — PONTO DE DECISÃO 2 – NECESSIDADE DE OBSERVAÇÃO?**
  Não: concluir conduta e avaliar alta ou transferência.
  Sim: encaminhar à área de observação com prescrição e plano de monitoramento.
  → **4 — OBSERVAÇÃO / TRATAMENTO**
  Equipe de enfermagem executa cuidados e monitorização; médico reavalia periodicamente e sempre que houver mudança clínica. Registrar evolução, resposta e pendências.
  → **5 — PONTO DE DECISÃO 3 – DESFECHO CLÍNICO**
  Melhora/estabilidade: considerar alta.
  Necessidade de recurso não disponível ou maior complexidade: solicitar regulação/transferência.
  Agravamento: sala de estabilização.

Alta

5A — ALTA RESPONSÁVEL
Médico formaliza alta, orientações, prescrição/receitas, sinais de alerta e encaminhamentos. Enfermagem reforça orientações e registra saída.

Transferência

5B — TRANSFERÊNCIA
Médico justifica e solicita regulação; equipe acompanha aceite, estabilização, documentação e transporte seguro. Enfermagem prepara paciente e passagem de caso.

Agravamento

5C — ÓBITO
Médico confirma e registra conforme normas; equipe comunica/acolhe familiares, providencia registros e aciona fluxos institucionais.

Decisões e registros devem ser documentados no prontuário; fluxos aplicam-se às duas UPAs, com adequação à estrutura local.

Registros, monitoramento e segurança do usuário

•Registrar no prontuário a classificação de risco, horário de chegada, horário de classificação, avaliação médica, prescrições, exames, procedimentos, reavaliações, intercorrências e desfecho.

•Monitorar os tempos porta-médico por classificação de risco e a permanência na unidade/observação, conforme indicadores e metas do edital e do Anexo II.

•Garantir identificação correta do usuário, comunicação efetiva entre profissionais, passagem estruturada de caso e rastreabilidade das decisões assistenciais.

•Em caso de espera, manter orientação ao usuário e acompanhante e reavaliar conforme protocolo, especialmente diante de piora clínica ou alteração dos sinais vitais.

•Aplicar os fluxos de forma contínua, 24 horas por dia, respeitando as atribuições profissionais, protocolos institucionais, regulação municipal e normas sanitárias vigentes.

Aplicação nas duas unidades

O fluxo é comum às duas unidades — UPA Norte (José de Souza Dourado) e UPA Sul (Gerson Pires de Aguiar) —, ambas de funcionamento ininterrupto e classificadas como Porte III, Opção VIII. A execução deverá respeitar a estrutura física, a capacidade instalada, os recursos diagnósticos e a organização de equipes de cada unidade, sem alterar os critérios de prioridade clínica nem os tempos-alvo previstos no edital.

b.Protocolo de acolhimento com classificação de risco adotado, com a identificação dos niveis de prioridade e dos tempos-alvo de atendimento correspondentes, compatíveis com os do Anexo II

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Unidades abrangidas:

Unidade de Pronto Atendimento 24 horas Norte – José de Souza Dourado – CNES nº 2755289.

Unidade de Pronto Atendimento 24 horas Sul – Gerson Pires de Aguiar – CNES nº 2492555.

Município: Palmas/TO

1. Finalidade e abrangência

O presente Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco estabelece as diretrizes técnicas e operacionais para identificação da gravidade clínica, definição das prioridades assistenciais e organização do acesso aos serviços de urgência e emergência das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte e Sul do Municipio de Palmas/TO.

Sua aplicação tem como finalidade assegurar que todos os usuários sejam recebidos de maneira humanizada e avaliados conforme suas necessidades de saúde, com prioridade de atendimento determinada pela gravidade do quadro clínico e pelo risco de agravamento, e não exclusivamente pela ordem de chegada.

A classificação de risco integra o processo assistencial desde a entrada do usuário na unidade, permitindo reconhecer precocemente condições potencialmente graves, direcionar os pacientes aos ambientes adequados de atendimento e estabelecer respostas proporcionais à urgência identificada.

O protocolo será aplicado ininterruptamente, 24 horas por dia, sete dias por semana, inclusive aos finais de semana e feriados, observando os princípios do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Humanização e os parâmetros assistenciais definidos no Termo de Referência.

2. Metodologia de classificação de risco

As unidades adotarão uma sistemática estruturada de classificação de risco em cinco níveis de prioridade, identificados pelas cores vermelha, laranja, amarela, verde e azul, com critérios clínicos compatíveis com o modelo de cinco prioridades utilizado em protocolos de triagem de urgência.

A avaliação será realizada por enfermeiro devidamente habilitado e capacitado, em ambiente específico, mediante escuta qualificada, identificação da queixa principal, verificação de sinais e sintomas, avaliação dos parâmetros clínicos pertinentes e reconhecimento de fatores de risco.

A classificação considerará, entre outros elementos, o estado geral, o nível de consciência, a condição respiratória, a estabilidade hemodinâmica, a intensidade da dor, os mecanismos de trauma, os sinais de deterioração clínica e as condições individuais que possam exigir maior vigilância.

A cor atribuída ao usuário deverá ser registrada no prontuário eletrônico, acompanhada dos achados clínicos que fundamentaram a decisão, do horário da classificação e da identificação do profissional responsável.

O sistema de cinco níveis constitui a estrutura de priorização prevista nesta proposta, sem pressupor certificação ou licença de uso de protocolo proprietário específico. Os discriminadores clínicos detalhados serão formalizados em instrumento institucional validado pela responsabilidade técnica assistencial, preservando integralmente os tempos estabelecidos no edital.

3. Níveis de prioridade e tempos-alvo de atendimento

Em conformidade com o Anexo II do Termo de Referência, ficam estabelecidos os seguintes parâmetros:

Santa Casa de São Bernardo do Campo

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – TEMPO DE ATENDIMENTO E METAS

CLASSIFICAÇÃO	PRIORIDADE CLÍNICA	TEMPO-ALVO PARA O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO	META DE CUMPRIMENTO
Vermelha	Emergência	Imediato, até **5 minutos** para aferição	≥ 95%
Laranja	Muito urgente	Até **10 minutos**	≥ 95%
Amarela	Urgente	Até **60 minutos**	≥ 90%
Verde	Pouco urgente	Até **120 minutos**	≥ 85%
Azul	Não urgente	Até **240 minutos**	≥ 85%

Fonte: Anexo II, Ficha IN 2.1, e Quadro 8 do Termo de Referência.

A cor vermelha exige atendimento imediato; os 5 minutos constituem o limite de aferição do indicador, não uma autorização para aguardar.

Prioridade vermelha – Emergência

Compreende pacientes com risco iminente de morte ou comprometimento grave de funções vitais, que exigem intervenção assistencial imediata.

Entre as situações indicativas desse nível encontram-se parada cardiorrespiratória, insuficiência respiratória grave, choque circulatório, rebaixamento profundo da consciência, hemorragia maciça e outras condições de instabilidade crítica.

O usuário deverá ser encaminhado imediatamente à sala de estabilização, com acionamento simultâneo da equipe médica e de enfermagem.

Os procedimentos de suporte à vida serão iniciados sem aguardar a conclusão de etapas administrativas, conforme protocolos clínicos institucionais.

O atendimento é imediato, sendo considerado, exclusivamente para aferição do indicador contratual, o limite de até cinco minutos.

Prioridade laranja – Muito urgente

Abrange usuários com condições clínicas potencialmente graves, risco elevado de deterioração ou necessidade de avaliação médica em curtíssimo prazo.

São exemplos indicativos: dor torácica com suspeita de síndrome coronariana aguda em paciente inicialmente estável, sinais sugestivos de acidente vascular cerebral, dificuldade respiratória importante, alteração aguda do estado mental e dor intensa associada a sinais de alerta.

O paciente deverá permanecer sob vigilância assistencial e ser direcionado prioritariamente ao ambiente de atendimento adequado, respeitado o tempo-alvo máximo de dez minutos para o primeiro atendimento médico.

A identificação de instabilidade ou agravamento determinará reclassificação imediata e acionamento da equipe de emergência.

Prioridade amarela – Urgente

Compreende condições que exigem avaliação médica em periodo oportuno, embora não apresentem, no momento da classificação, sinais de ameaça iminente à vida.

Incluem-se, de forma exemplificativa, quadros de dor moderada com necessidade de investigação, febre associada a sinais de alerta sem instabilidade, desidratação moderada, traumas sem comprometimento vital e outras condições que demandem intervenção em curto prazo.

O tempo-alvo para atendimento médico será de até 60 minutos.

Durante a espera, o usuário permanecerá sujeito à vigilância da equipe assistencial, com reavaliação sempre que houver mudança do quadro clínico ou aproximação do limite de atendimento.

Prioridade verde – Pouco urgente

Destina-se aos usuários com condições clínicas de menor gravidade, sinais vitais estáveis e ausência de indicadores de comprometimento imediato das funções vitais.

Podem enquadrar-se nessa categoria sintomas leves, pequenas lesões, queixas musculoesqueléticas sem sinais de gravidade e outras condições agudas de baixo risco, desde que afastados os critérios de maior prioridade.

O atendimento médico deverá ocorrer em até 120 minutos, com manutenção do acolhimento e orientação durante a espera.

A equipe deverá assegurar que eventual piora clínica seja prontamente identificada, com reclassificação sempre que necessária.

Prioridade azul – Não urgente

Corresponde a situações de baixa complexidade, sem evidências de urgência clínica imediata, que comportem atendimento em prazo ampliado, conforme a capacidade assistencial e a organização do fluxo da unidade.

Podem incluir queixas leves e estáveis, sem sinais de alerta ou indicação de intervenção imediata.

O tempo-alvo será de até 240 minutos.

Quando pertinente, o usuário poderá receber orientações sobre a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde, respeitando os fluxos

pactuados com a rede municipal. A classificação azul, por si só, não justificará recusa automática de atendimento.

Importante: Os exemplos clínicos apresentados são orientativos e não substituem os discriminadores estabelecidos no instrumento de classificação institucional. A definição da prioridade dependerá da avaliação individual do paciente.

Organização do acolhimento e fluxo assistencial

O acolhimento começa na porta da unidade, não no balcão da recepção. Desde a chegada até o atendimento médico e as etapas seguintes, o percurso do usuário segue sem interrupção. Cada etapa tem um responsável definido, e nenhuma depende de a anterior estar formalmente concluída para começar.

Recepção e enfermagem trabalham juntas, no mesmo espaço e com comunicação direta. Um profissional de enfermagem fica na entrada, observando quem chega. Sinais de gravidade, como dor torácica, falta de ar, rebaixamento de consciência, sangramento importante ou sinais de AVC, são reconhecidos antes de qualquer cadastro. Nesses casos, o usuário vai direto para a classificação de risco ou para a sala de estabilização. A recepção abre um registro provisório, completado depois com o acompanhante ou com o próprio paciente já estabilizado.

Falta de documento ou de Cartão SUS não impede nem atrasa o atendimento. O registro é feito com os dados disponíveis e regularizado em seguida, em respeito à universalidade de acesso garantida pelo art. 7º, I, da Lei nº 8.080/1990.

A comunicação também não pode virar barreira. O sistema de senhas tem recursos visuais e sonoros, e as equipes são orientadas a atender pessoas com deficiência auditiva ou visual, idosos sem acompanhante, estrangeiros e usuários com dificuldade de compreensão. Quando for preciso, a unidade aciona apoio em Libras ou a ajuda do acompanhante.

A classificação de risco segue o protocolo adotado pela unidade e é registrada no prontuário eletrônico com o horário exato. Esse registro abre a contagem do tempo porta-médico em cada nível de prioridade:



Fluxograma proposto para ambas as unidades. Pacientes críticos terão acesso direto à estabilização, sem aguardar a classificação formal.

Recepção e identificação inicial

Na chegada à unidade, o usuário será recebido por profissional responsável pelo primeiro contato, com orientação sobre o funcionamento do serviço e identificação de eventuais sinais evidentes de gravidade.

Serão observadas as necessidades de acessibilidade, comunicação e apoio, especialmente de crianças, idosos, gestantes, pessoas com deficiência e usuários com dificuldade de expressão ou compreensão.

Sempre que forem identificados sinais de emergência, a equipe assistencial será imediatamente acionada, independentemente da conclusão do cadastro.

Avaliação pelo enfermeiro classificador

A classificação será realizada em sala específica, assegurando privacidade, condições adequadas de escuta e disponibilidade de equipamentos necessários à avaliação.

O enfermeiro deverá:

1.Identificar a queixa principal, o início e a evolução dos sintomas.

2.Avaliar sinais vitais e parâmetros clínicos pertinentes à apresentação.

3.Reconhecer sinais de alerta, fatores de risco e condições de vulnerabilidade.

4.Aplicar os critérios do instrumento institucional de classificação.

5.Atribuir a cor correspondente à prioridade identificada.

6.Registrar o horário, os achados clínicos, a classificação e sua identificação profissional.

7.Orientar o encaminhamento do usuário e as providências necessárias enquanto aguarda atendimento.

A classificação será entendida como processo dinâmico, sujeito à revisão conforme a evolução clínica, e não como diagnóstico definitivo.

Direcionamento para atendimento

Após a classificação, os usuários serão encaminhados conforme a prioridade e as condições assistenciais identificadas.

Pacientes classificados como vermelhos receberão assistência imediata na sala de estabilização. Os classificados como laranja terão atendimento médico prioritário e vigilância compatível com o risco apresentado.

Os usuários das categorias amarela, verde e azul aguardarão em ambientes apropriados, observados os respectivos tempos-alvo, com possibilidade de reavaliação e antecipação do atendimento diante de alterações clínicas.

A equipe deverá manter comunicação entre o acolhimento, a classificação de risco, os consultórios, a sala de estabilização e a observação, de modo a preservar a continuidade do cuidado.

Reavaliação e reclassificação dos usuários

A classificação inicial não será considerada definitiva. Todo usuário em espera poderá ser reavaliado sempre que apresentar novos sintomas, piora clínica, alteração de sinais vitais, aumento significativo da dor ou qualquer manifestação que indique possível agravamento.

A reavaliação será obrigatoriamente desencadeada diante de queixa de piora, identificação de sinais de alerta ou ocorrência de intercorrência clínica. Também serão adotadas rotinas de vigilância dos usuários que se aproximarem dos respectivos tempos-alvo.

Quando identificada alteração da gravidade, o enfermeiro registrará nova avaliação, justificará a mudança da prioridade e providenciará o encaminhamento correspondente, comunicando a equipe médica sempre que necessário.

A reclassificação deverá permanecer documentada no prontuário eletrônico, com preservação do histórico de registros e horários para permitir rastreabilidade e análise assistencial.

A eventual mudança de classificação não poderá ser utilizada para apagar registros anteriores, modificar artificialmente o tempo de espera ou comprometer a confiabilidade dos indicadores.

Integração com a sala de estabilização e a observação

O acolhimento estará diretamente articulado às áreas de estabilização e observação das UPAs, assegurando o encaminhamento oportuno dos usuários conforme sua condição clínica.

A sala de estabilização destina-se aos pacientes com instabilidade ou risco de deterioração aguda, exigindo monitorização, medidas imediatas de suporte e atuação integrada da equipe médica e de enfermagem.

Nos casos em que houver necessidade de continuidade do cuidado em serviço hospitalar, a equipe providenciará a solicitação de transferência junto ao Complexo Regulador Estadual, observando os fluxos assistenciais pactuados.

A área de observação será utilizada para monitoramento clínico, tratamento e elucidação diagnóstica, respeitado o limite de permanência de 24 horas previsto no Termo de Referência.

A equipe assistencial deverá registrar as reavaliações, a evolução do quadro e as decisões clínicas adotadas, permitindo acompanhamento contínuo até a alta ou transferência.

Registro eletrônico e rastreabilidade das informações

Todas as etapas relacionadas ao acolhimento e à classificação de risco serão documentadas no prontuário eletrônico utilizado pelas unidades, com informações suficientes para assegurar a continuidade da assistência, a supervisão técnica e a apuração dos indicadores contratualmente estabelecidos.

O registro deverá contemplar, no mínimo, a identificação do usuário, o horário da classificação de risco, os dados clínicos relevantes, a prioridade atribuída, a identificação do profissional classificador e o horário do primeiro atendimento médico.

Também serão documentados os eventos de reclassificação, as intercorrências, os encaminhamentos e o desfecho assistencial, conforme os módulos disponíveis no sistema.

A gestão das informações observará os requisitos de confidencialidade, integridade, rastreabilidade e proteção de dados pessoais aplicáveis aos serviços de saúde.

Monitoramento dos tempos-alvo e indicadores de desempenho

O cumprimento dos tempos de atendimento será acompanhado por meio de relatórios gerenciais, extraídos do prontuário eletrônico e do sistema de Business Intelligence municipal, conforme os instrumentos de acompanhamento definidos pela Secretaria Municipal da Saúde.

Para fins de apuração do indicador IN 2.1, denominado Tempo porta-médico por classificação de risco, será utilizada a metodologia expressamente estabelecida no Anexo II do Termo de Referência.

O cálculo considerará o intervalo entre o horário do registro da classificação de risco e o horário do registro do primeiro atendimento médico.

Fórmula de cálculo:

$$\text{Cumprimento (\%)} = \frac{\text{Atendimentos dentro do tempo-alvo}}{\text{Total de usuários da prioridade}} \times 100$$

Finalidade

Avaliar o percentual de usuários atendidos dentro do tempo máximo estabelecido para cada nível de prioridade da classificação de risco.

Exemplo prático

Se 200 usuários foram classificados na prioridade amarela e 180 receberam atendimento médico dentro do tempo-alvo:

$$\frac{180}{200} \times 100 = 90\%$$

Resultado: 90% dos atendimentos da prioridade amarela ocorreram dentro do prazo estabelecido.

Observação técnica

Para assegurar a precisão do indicador, o tempo deve ser contado entre a conclusão da classificação de risco e o início efetivo do atendimento médico, respeitando os critérios estabelecidos no edital e no protocolo adotado pela unidade.

A aferição será realizada separadamente para cada um dos cinco níveis de prioridade. Serão observados os critérios de exclusão previstos na Ficha IN 2.1 do Anexo II, especialmente os registros documentados de usuários que deixaram a unidade antes do atendimento médico e as regras específicas aplicáveis aos registros incompletos.

As metas deverão ser monitoradas individualmente nas UPAs Norte e Sul, sem compensação entre classificações ou unidades.

A equipe gestora acompanhará mensalmente o percentual de cumprimento de cada faixa de prioridade, com análise das situações de atraso e identificação dos fatores relacionados ao fluxo de atendimento.

Os resultados subsidiarão medidas de melhoria, como readequação dos processos assistenciais, reforço da comunicação entre setores, capacitação profissional e revisão da organização interna dos atendimentos.

O monitoramento contemplará, ainda, a cobertura da classificação de risco e o volume de acolhimentos registrados, observando as metas e fórmulas próprias previstas no Anexo II do Termo de Referência.

Responsabilidades dos profissionais envolvidos

Profissional ou setor	Responsabilidades
Recepção	Recepcionar o usuário, identificar necessidades imediatas, orientar sobre o fluxo de atendimento e acionar prontamente a equipe assistencial diante de sinais aparentes de gravidade.
Enfermeiro classificador	Realizar a avaliação clínica e a classificação de risco, definir o nível de prioridade conforme o protocolo adotado, registrar as informações, orientar o encaminhamento e proceder à reclassificação sempre que necessária.
Técnico ou auxiliar de enfermagem	Prestar apoio à assistência, executar os cuidados e procedimentos compatíveis com suas atribuições profissionais e comunicar imediatamente ao enfermeiro qualquer alteração no quadro clínico do usuário.
Médico assistente	Realizar a avaliação médica conforme a prioridade clínica, estabelecer hipóteses diagnósticas e condutas terapêuticas, determinar a necessidade de observação, alta ou transferência.
Enfermeiro responsável pelo setor	Supervisionar a assistência de enfermagem, organizar os fluxos assistenciais, acompanhar os usuários em espera e assegurar a continuidade e a segurança dos cuidados prestados.
Coordenação médica e de enfermagem	Monitorar o cumprimento do protocolo, avaliar os indicadores assistenciais, identificar e corrigir não conformidades e promover ações permanentes de capacitação das equipes.
Gestão da unidade	Garantir a disponibilidade de profissionais, equipamentos, insumos e infraestrutura necessários à execução contínua e segura do acolhimento com classificação de risco.

Educação permanente e avaliação da qualidade

A aplicação adequada do protocolo exige capacitação contínua e alinhamento entre as equipes assistenciais.

Serão promovidas atividades de educação permanente direcionadas aos profissionais envolvidos no acolhimento, classificação, atendimento médico, estabilização e observação, com abordagem dos critérios de prioridade, identificação de sinais de alerta, reclassificação e registro das informações.

O processo de qualificação contemplará discussão de casos, avaliação de situações de atraso, análise de eventos adversos e atualização dos fluxos assistenciais.

A coordenação assistencial realizará acompanhamento dos indicadores e dos registros, buscando identificar inconsistências, dificuldades operacionais e oportunidades de aperfeiçoamento.

As medidas de melhoria serão formalizadas e acompanhadas pela gestão das unidades, em articulação com os responsáveis técnicos e os mecanismos institucionais de segurança do paciente.

11. Disposições finais

O Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco será adotado nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte e Sul como instrumento de organização do acesso, priorização assistencial e segurança do paciente.

Sua execução observará os cinco níveis de prioridade clínica, os respectivos tempos-alvo de atendimento médico e as metas de desempenho estabelecidas no Anexo II do Termo de Referência, assegurando uniformidade de critérios entre as unidades, sem prejuízo da avaliação individual de cada usuário.

A aplicação do protocolo estará integrada aos processos de atendimento médico, estabilização, observação, transferência regulada e monitoramento dos resultados assistenciais.

Caberá às coordenações técnicas das unidades acompanhar sua implementação, orientar as equipes e promover os ajustes necessários à manutenção da qualidade e da segurança do atendimento, preservando os parâmetros contratuais pactuados com a Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

c.Descrição do funcionamento da sala de estabilização, com os critérios de admissão, a composição da equipe e a rotina de acionamento da regulação

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará o funcionamento da Sala de Estabilização da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) como ambiente destinado à assistência imediata de pacientes em condições clínicas graves ou potencialmente fatais, assegurando atendimento contínuo, suporte avançado à vida, monitoramento permanente e intervenções necessárias à estabilização do quadro clínico.

A Sala de Estabilização permanecerá operacional durante as 24 horas do dia, inclusive aos finais de semana e feriados, com estrutura física, equipamentos, medicamentos e profissionais capacitados para o atendimento de situações críticas.

Seu funcionamento será integrado aos demais setores assistenciais da UPA, especialmente ao acolhimento com classificação de risco, consultórios médicos, serviços de apoio diagnóstico, áreas de observação e à Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

A assistência será organizada para garantir a identificação precoce de agravos, a adoção imediata de medidas terapêuticas e o encaminhamento oportuno dos pacientes que necessitem de recursos hospitalares de maior complexidade.

A Sala de Estabilização não será utilizada como ambiente de internação prolongada. Sua finalidade será prestar assistência intensiva inicial e temporária, mantendo o paciente sob cuidados contínuos até a definição da conduta médica, transferência regulada ou encaminhamento a outro ambiente assistencial compatível com sua condição clínica.

Esse modelo observa as diretrizes da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 e da Nota Técnica nº 21/2024 do Ministério da Saúde, respeitadas as particularidades da estrutura de emergência da UPA.

Critérios de admissão dos pacientes

A admissão na Sala de Estabilização ocorrerá mediante avaliação da gravidade clínica e identificação de condições que representem risco iminente à vida, comprometimento de funções vitais ou necessidade de monitoramento e intervenção imediata.

Terão prioridade de admissão os pacientes classificados como vermelhos (emergência), bem como aqueles classificados inicialmente em outros níveis de risco que apresentem deterioração clínica ou necessitem de medidas imediatas de estabilização.

Constituem critérios clínicos de admissão, entre outros:

❖Parada cardiorrespiratória ou necessidade de reanimação cardiopulmonar.

❖Insuficiência respiratória aguda, hipoxemia grave ou necessidade de suporte ventilatório avançado.

❖Instabilidade hemodinâmica, choque circulatório ou hipotensão grave acompanhada de sinais de hipoperfusão.

❖Síndrome coronariana aguda com instabilidade, arritmias graves ou outras emergências cardiovasculares.

❖Rebaixamento importante do nível de consciência, crises convulsivas prolongadas ou recorrentes e emergências neurológicas.

❖Suspeita de acidente vascular cerebral com comprometimento clínico grave ou necessidade de suporte imediato.

❖Trauma grave, hemorragias importantes, politraumatismos e lesões com risco à vida.

❖Sepse com disfunção orgânica e choque séptico.

❖Intoxicações agudas graves, reações anafiláticas e emergências metabólicas com instabilidade.

❖Outras condições clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou psiquiátricas que impliquem risco iminente à vida ou exijam intervenções emergenciais.

A identificação de sinais de gravidade permitirá o encaminhamento direto à Sala de Estabilização, sem aguardar a conclusão das etapas administrativas ou da classificação formal de risco, que serão regularizadas oportunamente, sem prejuízo da assistência.

A admissão será determinada pelo médico responsável ou executada imediatamente pela equipe assistencial diante de uma emergência evidente, com acionamento médico simultâneo e posterior registro em prontuário.

Composição e atribuições da equipe assistencial

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará a atuação de equipe multiprofissional habilitada para atendimento de pacientes críticos, com dimensionamento compatível com a capacidade instalada da UPA, o perfil epidemiológico, a demanda assistencial e o quadro de recursos humanos previsto no instrumento convocatório.

A composição funcional compreenderá:



A distribuição dos profissionais considerará a manutenção da assistência aos demais usuários da UPA, com mecanismos de reforço da equipe durante situações de emergência simultâneas.

Os profissionais receberão capacitação periódica em atendimento às urgências, ressuscitação cardiopulmonar, manejo de vias aéreas, reconhecimento da deterioração clínica, segurança do paciente e utilização dos equipamentos de suporte à vida.

O quantitativo de profissionais por plantão deverá corresponder ao dimensionamento aprovado na Proposta Técnica e Financeira e às exigências do edital, não se confundindo a composição funcional acima com a definição de postos exclusivos.

Rotina operacional de atendimento e estabilização

O atendimento será realizado de maneira coordenada, com definição clara das responsabilidades e prioridade absoluta às intervenções necessárias à preservação da vida.

Admissão e avaliação inicial: na entrada do paciente, a equipe realizará avaliação primária sistematizada, com identificação e tratamento imediato das ameaças à vida, utilizando abordagem ABCDE quando pertinente à condição clínica.

Estabilização e suporte terapêutico: serão adotadas as intervenções indicadas pelo quadro clínico, incluindo monitorização cardiorrespiratória, oxigenoterapia, suporte ventilatório, acesso vascular, administração de medicamentos, controle hemodinâmico e procedimentos de emergência.

Monitoramento e reavaliação contínua: o paciente permanecerá sob vigilância da equipe, com acompanhamento dos parâmetros clínicos, resposta terapêutica e identificação precoce de complicações. A periodicidade dos registros e das reavaliações será definida conforme a gravidade e os protocolos assistenciais.

Definição da conduta: após avaliação e intervenções iniciais, o médico estabelecerá a necessidade de permanência temporária na Sala de Estabilização, encaminhamento à observação, transferência hospitalar ou outra destinação clinicamente adequada.

Registro assistencial: todos os procedimentos, medicamentos administrados, avaliações, intercorrências e decisões clínicas serão registrados no prontuário, permitindo a rastreabilidade do cuidado e a continuidade da assistência.

Rotina de acionamento da Central de Regulação

O acionamento da regulação ocorrerá sempre que a avaliação médica identificar necessidade de recursos diagnósticos, terapêuticos, cirúrgicos ou de internação que ultrapassem a capacidade assistencial da UPA.

A solicitação será iniciada tão logo seja reconhecida a necessidade de transferência, sem aguardar a conclusão de todas as medidas de estabilização. O tratamento e a regulação ocorrerão simultaneamente, de forma a reduzir atrasos e favorecer o acesso oportuno ao serviço de referência.

O procedimento seguirá o seguinte fluxo:



A solicitação de regulação conterá, no mínimo, identificação do paciente, hipótese diagnóstica, quadro clínico, sinais vitais relevantes, medidas

terapêuticas realizadas, exames disponíveis, recursos assistenciais necessários e justificativa médica para transferência.

Enquanto aguarda a definição da unidade receptora, o paciente permanecerá sob os cuidados da equipe da UPA, recebendo tratamento, monitoramento e reavaliações compatíveis com sua condição.

Nos casos de agravamento clínico ou demora incompatível com a gravidade, o médico realizará nova comunicação à Central de Regulação, solicitando reavaliação da prioridade e adotando os mecanismos de escalonamento previstos nos protocolos locais.

O transporte será articulado com o serviço competente, inclusive SAMU 192 quando indicado e disponível conforme a organização regional. A transferência somente será realizada nas condições de segurança compatíveis com a situação clínica, com equipe, equipamentos e suporte adequados.

5. Segurança do paciente, qualidade e monitoramento

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará rotinas para assegurar a disponibilidade e a operacionalidade dos equipamentos e insumos essenciais ao atendimento emergencial, contemplando verificações sistemáticas, controle de medicamentos, conferência de materiais, manutenção preventiva e registros das não conformidades identificadas.

A qualidade assistencial será acompanhada por indicadores operacionais, entre eles:

- Tempo entre a identificação da emergência e o início da assistência.
- Tempo entre a indicação médica de transferência e a solicitação de regulação.
- Tempo de permanência dos pacientes na Sala de Estabilização.
- Tempo de espera por transferência regulada, com análise dos fatores internos e externos.

❖Percentual de registros assistenciais completos.

❖Ocorrência de eventos adversos e intercorrências durante o atendimento ou transferência.

Os resultados serão analisados periodicamente pela coordenação assistencial e pelo Núcleo de Segurança do Paciente, subsidiando medidas corretivas, capacitações e aperfeiçoamento dos fluxos de atendimento.

Compromisso institucional

A solicitação de regulação conterá, no mínimo, identificação do paciente, hipótese diagnóstica, quadro clínico, sinais vitais relevantes, medidas terapêuticas realizadas, exames disponíveis, recursos assistenciais necessários e justificativa médica para transferência.

Enquanto aguarda a definição da unidade receptora, o paciente permanecerá sob os cuidados da equipe da UPA, recebendo tratamento, monitoramento e reavaliações compatíveis com sua condição.

Nos casos de agravamento clínico ou demora incompatível com a gravidade, o médico realizará nova comunicação à Central de Regulação, solicitando reavaliação da prioridade e adotando os mecanismos de escalonamento previstos nos protocolos locais.

O transporte será articulado com o serviço competente, inclusive SAMU 192 quando indicado e disponível conforme a organização regional. A transferência somente será realizada nas condições de segurança compatíveis com a situação clínica, com equipe, equipamentos e suporte adequados.

6. Segurança do paciente, qualidade e monitoramento

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará rotinas para assegurar a disponibilidade e a operacionalidade dos

equipamentos e insumos essenciais ao atendimento emergencial, contemplando verificações sistemáticas, controle de medicamentos, conferência de materiais, manutenção preventiva e registros das não conformidades identificadas.

A qualidade assistencial será acompanhada por indicadores operacionais, entre eles:

- Tempo entre a identificação da emergência e o inicio da assistência.
- Tempo entre a indicação médica de transferência e a solicitação de regulação.
- Tempo de permanência dos pacientes na Sala de Estabilização.
- Tempo de espera por transferência regulada, com análise dos fatores internos e externos.
- Percentual de registros assistenciais completos.
- Ocorrência de eventos adversos e intercorrências durante o atendimento ou transferência.

Os resultados serão analisados periodicamente pela coordenação assistencial e pelo Núcleo de Segurança do Paciente, subsidiando medidas corretivas, capacitações e aperfeiçoamento dos fluxos de atendimento.

7. Compromisso institucional

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo compromete-se a manter a Sala de Estabilização em condições permanentes de funcionamento, com equipe capacitada, equipamentos disponíveis, protocolos assistenciais definidos e comunicação efetiva com os serviços de referência.

A organização proposta busca assegurar que o paciente grave receba assistência imediata e continua, independentemente da forma de ingresso na unidade, com definição tempestiva da conduta e encaminhamento seguro quando necessária a continuidade do tratamento em estabelecimento de maior complexidade.

Fundamentação normativa: Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Portaria GM/MS nº 1.997/2023 e Nota Técnica nº 21/2024-CGURG/DAHU/SAES/MS, além dos protocolos assistenciais e fluxos de regulação estabelecidos pela gestão municipal e regional.

d.Descrição do funcionamento da área de observação, com os critérios de admissão e de permanência e a periodicidade de reavaliação médica e de enfermagem

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo organizará o funcionamento das áreas de observação das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, no município de Palmas/TO, assegurando assistência contínua, monitoramento clínico, reavaliação periódica e definição oportuna da conduta terapêutica.

A Área de Observação será destinada ao atendimento de pacientes que, após avaliação médica inicial, necessitem permanecer temporariamente na unidade para acompanhamento da evolução clínica, administração de medicamentos, realização de exames complementares, esclarecimento diagnóstico ou avaliação da resposta ao tratamento instituído.

O serviço funcionará ininterruptamente, 24 horas por dia, inclusive aos finais de semana e feriados, integrado aos setores de acolhimento com classificação de risco, consultórios médicos, sala de estabilização, apoio diagnóstico e terapêutico e aos sistemas de regulação assistencial.

A permanência observará o limite de 24 (vinte e quatro) horas, período destinado à estabilização clínica ou à elucidação diagnóstica. Caso não existam condições para alta ao término desse período, o paciente deverá ser encaminhado à unidade hospitalar de referência, por meio do Complexo

Regulador Estadual, observados os fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal da Saúde.

A organização dos ambientes respeitará a capacidade física instalada de cada unidade, com distribuição adequada dos pacientes conforme suas necessidades clínicas, faixa etária, condições de isolamento e segurança assistencial.

Estrutura e capacidade instalada

Estrutura	UPA Norte	UPA Sul
Leitos de observação, incluindo sala vermelha	33	34
Observação masculina	9	12
Observação feminina	9	12
Observação pediátrica	9	8
Leitos na sala vermelha	6	4
Poltronas de medicação	27	30

Na UPA Norte, um dos seis leitos da sala vermelha é reservado à pediatria. Na UPA Sul, dois dos oito leitos de observação pediátrica são destinados ao isolamento.

Os quantitativos acima correspondem à capacidade instalada descrita no edital e não representam acréscimo de leitos ou compromisso de ampliação da estrutura.

Critérios de admissão na Área de Observação

A admissão ocorrerá mediante indicação médica fundamentada, após avaliação clínica inicial e definição da necessidade de acompanhamento assistencial temporário.

Serão considerados elegíveis os pacientes que apresentem uma ou mais das seguintes condições:

❖Necessidade de observação da evolução clínica antes da definição de alta ou transferência.

❖Administração de medicamentos por via endovenosa, intramuscular ou outras vias, quando necessário acompanhamento prolongado.

❖Necessidade de hidratação venosa, controle da dor ou acompanhamento da resposta terapêutica.

❖Investigação diagnóstica que exija exames complementares e reavaliação médica.

❖Condições clínicas agudas que demandem monitoramento periódico, sem indicação imediata de suporte intensivo.

❖Necessidade de acompanhamento após procedimentos médicos ou de enfermagem.

❖Quadros respiratórios, gastrointestinais, metabólicos, infecciosos ou outras condições que justifiquem observação temporária.

❖Necessidade de acompanhamento clínico enquanto são definidos os encaminhamentos assistenciais, respeitada a capacidade da unidade.

A indicação será registrada no prontuário eletrônico, contendo a hipótese diagnóstica, justificativa da admissão, plano terapêutico, cuidados prescritos e previsão de reavaliação.

Pacientes com instabilidade grave ou risco iminente à vida serão direcionados imediatamente à Sala de Estabilização, sem prejuízo das medidas emergenciais iniciadas no próprio local de atendimento.

Critérios de permanência e definição da conduta

A permanência na Área de Observação estará condicionada à necessidade clínica, à resposta ao tratamento e à possibilidade de resolução do quadro dentro da capacidade assistencial da UPA.

Durante esse período, serão assegurados os cuidados médicos e de enfermagem, a administração dos medicamentos prescritos, os procedimentos necessários, a alimentação compatível com as condições do paciente e o acompanhamento interdisciplinar quando indicado.

A continuidade da observação dependerá de reavaliação médica, considerando:

❖Persistência dos sintomas ou necessidade de complementação terapêutica.

❖Evolução dos sinais vitais e dos parâmetros clínicos.

❖Resultados dos exames e esclarecimento diagnóstico.

❖Necessidade de monitoramento adicional.

❖Possibilidade de alta segura, com orientações.

❖Indicação de transferência hospitalar ou encaminhamento a outro serviço.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará mecanismos de acompanhamento do tempo de permanência, permitindo identificar antecipadamente os pacientes que necessitem de encaminhamento à rede hospitalar.

A indicação de internação ou transferência deverá desencadear o acionamento oportuno da regulação, sem aguardar o esgotamento das 24 horas quando a necessidade clínica já estiver identificada.

Periodicidade de reavaliação médica e de enfermagem

O acompanhamento dos pacientes será realizado de forma sistemática, com periodicidade definida conforme o estado clínico, os riscos identificados e a resposta ao tratamento.

Para fins de padronização assistencial, A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo propõe os seguintes parâmetros operacionais:

Tipo de acompanhamento	Periodicidade proposta	Responsável
Avaliação inicial na observação	No momento da admissão	Médico e enfermeiro
Reavaliação médica programada	No máximo a cada 6 horas, ou antes, conforme a condição clínica	Médico plantonista
Reavaliação médica por intercorrência	Imediatamente após identificação de agravamento ou alteração relevante	Médico plantonista
Reavaliação de enfermagem	No mínimo a cada 2 horas, com maior frequência conforme a gravidade	Enfermeiro
Monitoramento de sinais vitais	Conforme prescrição e protocolo, adotando-se como referência até 2 horas nos pacientes estáveis	Equipe de enfermagem
Avaliação da resposta a intervenções	Após procedimentos e administração de medicamentos, conforme risco e efeito esperado	Médico e equipe de enfermagem
Revisão da necessidade de permanência	A cada reavaliação médica e diante de alteração clínica	Médico plantonista

Os intervalos de 6 horas para reavaliação médica e 2 horas para reavaliação de enfermagem constituem parâmetros propostos para a operação da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, não prazos expressamente fixados no trecho consultado do edital. Deverão ser

reduzidos sempre que a gravidade clínica exigir e ajustados aos protocolos institucionais aprovados.

A reavaliação médica compreenderá exame clínico, análise da evolução, interpretação dos resultados dos exames, revisão da prescrição e definição sobre continuidade da observação, alta ou transferência.

A avaliação de enfermagem contemplará o estado geral do paciente, sinais vitais, nível de consciência, dor, padrão respiratório, hidratação, resposta às intervenções, riscos assistenciais e necessidades individuais de cuidado.

Qualquer alteração significativa deverá ser comunicada imediatamente ao médico responsável, independentemente do horário previsto para a próxima reavaliação.

Todos os acompanhamentos serão registrados no prontuário eletrônico, com identificação do profissional, data, horário, achados clínicos e condutas adotadas.

Fluxo assistencial da Área de Observação



Acompanhantes, segurança e humanização da assistência

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo garantirá condições de acolhimento humanizado, privacidade, respeito à dignidade e comunicação adequada com pacientes e familiares.

Será assegurada a presença de acompanhante em tempo integral nas observações de crianças, adolescentes, gestantes, pessoas com deficiência e

pessoas idosas, observadas as disposições legais e as condições assistenciais previstas no Termo de Referência.

A equipe manterá atenção especial aos riscos de quedas, lesões por pressão, falhas na administração de medicamentos, deterioração clínica e outros eventos adversos, adotando medidas preventivas compatíveis com o perfil do paciente.

A permanência em observação será calculada a partir do registro da admissão no leito até a saída por alta, transferência ou óbito.

Os períodos associados à indisponibilidade de vagas reguladas serão identificados e documentados nos relatórios de execução, observadas as regras específicas do Termo de Referência.

Os indicadores serão utilizados para acompanhar a resolutividade assistencial, identificar atrasos, aprimorar os processos de trabalho e subsidiar ações de melhoria contínua.

Compromisso institucional

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará o funcionamento contínuo das áreas de observação, com assistência médica e de enfermagem, disponibilidade dos recursos previstos, reavaliações periódicas e definição tempestiva das condutas.

O modelo proposto prioriza a segurança do paciente, a utilização adequada dos leitos e a integração com a Rede de Atenção às Urgências, evitando permanências desnecessárias e garantindo o encaminhamento oportuno à unidade hospitalar de referência sempre que a condição clínica ultrapassar a capacidade resolutiva da UPA.

Monitoramento dos indicadores assistenciais

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo acompanhará a utilização dos leitos e a eficiência do fluxo de atendimento por meio dos registros do prontuário eletrônico e dos indicadores previstos no Anexo II do Termo de Referência.

O indicador IN 2.2 contempla três componentes distintos:

Indicador	Meta prevista no edital
Tempo médio de permanência na unidade, sem realização de exames	**≤ 2 horas**
Tempo médio de permanência na unidade, com realização de exames	**≤ 6 horas**
Tempo médio de permanência em observação	**≤ 24 horas**

A permanência em observação será calculada a partir do registro da admissão no leito até a saída por alta, transferência ou óbito.

Os períodos associados à indisponibilidade de vagas reguladas serão identificados e documentados nos relatórios de execução, observadas as regras específicas do Termo de Referência.

Os indicadores serão utilizados para acompanhar a resolutividade assistencial, identificar atrasos, aprimorar os processos de trabalho e subsidiar ações de melhoria contínua.

Compromisso institucional

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará o funcionamento contínuo das áreas de observação, com assistência médica e de enfermagem, disponibilidade dos recursos previstos, reavaliações periódicas e definição tempestiva das condutas.

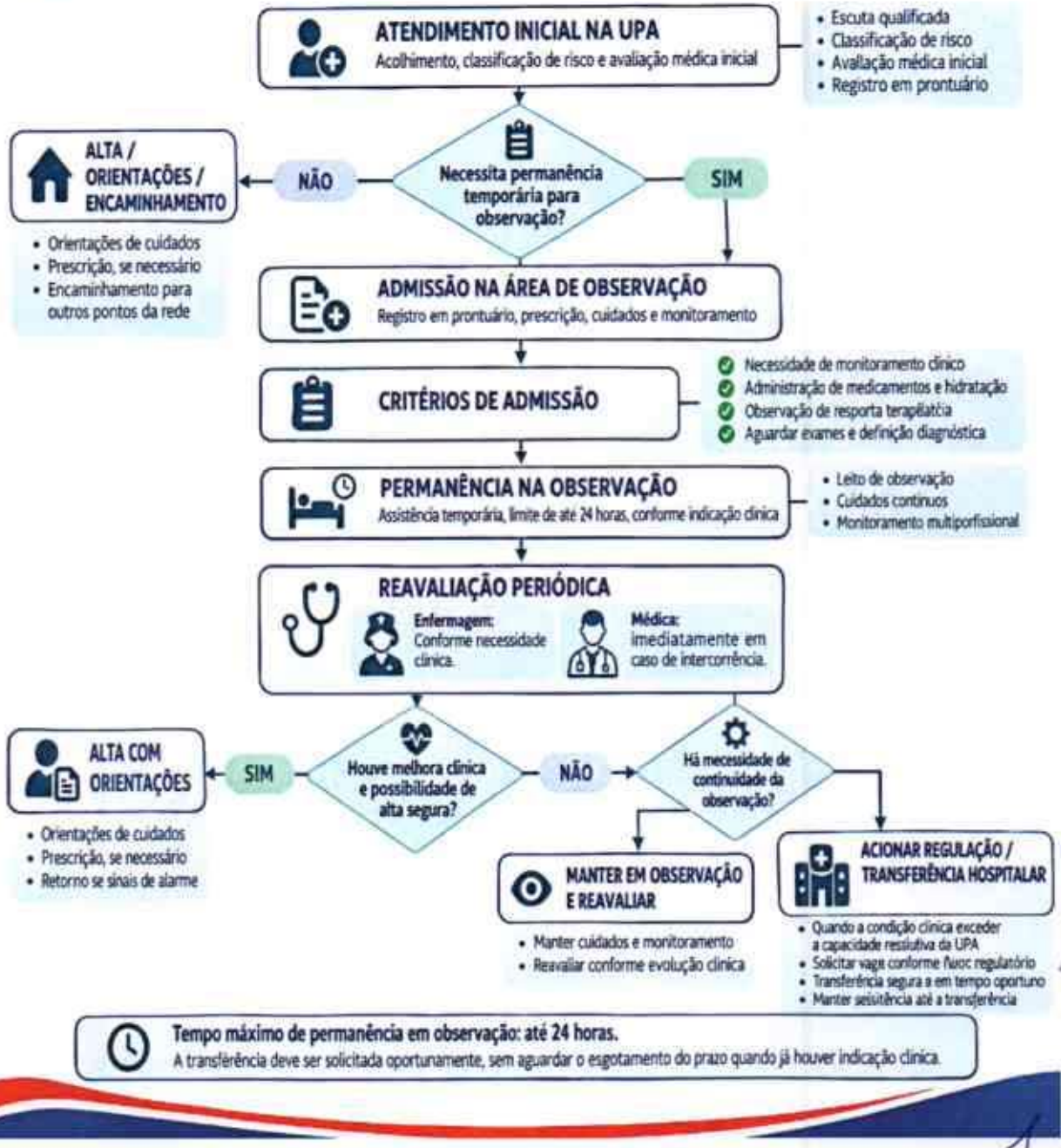
O modelo proposto prioriza a segurança do paciente, a utilização adequada dos leitos e a integração com a Rede de Atenção às Urgências, evitando permanências desnecessárias e garantindo o encaminhamento oportuno à unidade hospitalar de referência sempre que a condição clínica ultrapassar a capacidade resolutiva da UPA.

e.Representação gráfica do fluxo, em fluxograma, coerente com a descrição textual

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo

FLUXO OPERACIONAL DA ÁREA DE OBSERVAÇÃO

Representação gráfica do fluxo assistencial coerente com a descrição textual



Tempo máximo de permanência em observação: até 24 horas.
A transferência deve ser solicitada oportunamente, sem aguardar o esgotamento do prazo quando já houver indicação clínica.

V.1.2 — FLUXO UNIDIRECIONAL DE MATERIAIS ESTERILIZADOS E DE ROUPAS

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará, nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte e Sul do município de Palmas/TO, um fluxo operacional unidirecional para o processamento, armazenamento, transporte e distribuição de materiais esterilizados e roupas hospitalares, com o objetivo de prevenir a contaminação cruzada, reduzir os riscos de infecções relacionadas à assistência à saúde e garantir condições adequadas de segurança para pacientes e profissionais.

A organização desses processos observará a separação entre materiais limpos e contaminados, com definição de áreas, rotinas e procedimentos específicos para recebimento, recolhimento, acondicionamento, transporte e armazenamento. O fluxo será estruturado de forma a evitar o cruzamento entre materiais utilizados e aqueles destinados ao atendimento, respeitando as características físicas e operacionais de cada unidade.

No gerenciamento dos materiais utilizados nos procedimentos assistenciais, serão estabelecidas rotinas de segregação, limpeza, desinfecção, esterilização, quando aplicável, armazenamento e distribuição, conforme a natureza dos artigos e a estrutura disponível. O processamento será realizado em conformidade com os requisitos sanitários pertinentes, especialmente a RDC ANVISA nº 15/2012, observadas as competências e responsabilidades dos profissionais envolvidos.

Quanto às roupas hospitalares, será mantida a separação entre o fluxo de roupas utilizadas e o de roupas higienizadas, abrangendo coleta, acondicionamento, transporte, processamento por serviço habilitado ou contratado, recebimento e distribuição. Serão adotados procedimentos destinados à preservação das condições higiênico-sanitárias, em conformidade com as orientações da ANVISA para o processamento de roupas em serviços de saúde.

A operacionalização desses fluxos contará com procedimentos padronizados, identificação dos pontos de armazenamento, utilização de recipientes e equipamentos adequados, capacitação das equipes e acompanhamento das condições de higiene e segurança.

O princípio da unidirecionalidade será aplicado tanto à circulação dos materiais quanto à organização das etapas de trabalho, de modo que artigos contaminados não retornem às áreas limpas sem o devido processamento, e roupas higienizadas sejam protegidas contra novas fontes de contaminação.

Com essa organização, A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo busca assegurar a continuidade do abastecimento assistencial, a rastreabilidade dos processos e a manutenção de condições sanitárias adequadas, integrando as rotinas de materiais esterilizados e roupas hospitalares às ações de prevenção e controle de infecções, segurança do paciente e qualidade dos serviços prestados nas UPAs.

A implantação dos fluxos considerará a estrutura existente nas unidades, os serviços efetivamente contratados e as exigências estabelecidas no Termo de Referência, sem pressupor a existência de Central de Material e Esterilização própria ou lavanderia interna quando tais serviços forem executados externamente.

a. **Descrição do fluxo de materiais desde o recebimento no expurgo até a distribuição do material esterilizado, demonstrando a ausência de cruzamento entre material sujo e material processado**

Organização do fluxo de processamento de materiais

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará, nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, em Palmas/TO, um sistema de

processamento de produtos para saúde organizado em fluxo unidirecional, com separação entre as etapas de recebimento, limpeza, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição dos materiais utilizados na assistência.

O modelo tem como finalidade assegurar que os produtos contaminados sigam exclusivamente pelas etapas necessárias ao seu processamento, sem contato ou cruzamento com os materiais já limpos, preparados ou esterilizados, reduzindo os riscos de contaminação cruzada e de infecções relacionadas à assistência à saúde.

A organização dos processos observará os requisitos sanitários aplicáveis, especialmente a RDC ANVISA nº 15/2012, os protocolos de prevenção e controle de infecções e as condições estruturais e operacionais existentes em cada unidade.

A Proposta Técnica deverá demonstrar a unidirecionalidade do fluxo, desde o recebimento no expurgo até a distribuição dos produtos esterilizados. O edital também exige a identificação dos locais de guarda, dos controles de rastreabilidade e dos registros de monitoramento dos processos.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá procedimentos operacionais padronizados para cada etapa, com definição das responsabilidades, dos pontos de controle e das medidas de segurança necessárias à manutenção da integridade dos materiais.

Etapas do fluxo operacional de materiais

1.Recebimento dos materiais contaminados no expurgo

Os materiais reutilizáveis provenientes dos consultórios, salas de procedimentos, sala de estabilização, observação e demais ambientes assistenciais serão recolhidos após a utilização e encaminhados ao expurgo, por trajeto destinado ao transporte de artigos contaminados.

O recolhimento observará procedimentos específicos de segurança, compreendendo o acondicionamento em recipientes rígidos, resistentes, identificados e adequados às características dos materiais transportados.

No expurgo, os artigos serão recebidos, conferidos e separados conforme sua natureza, condição de uso e necessidade de processamento, observando-se as recomendações dos fabricantes.

A equipe responsável realizará a identificação dos produtos que poderão ser reprocessados, daqueles que necessitem de cuidados específicos e dos materiais que deverão ser descartados por apresentarem danos, comprometimento funcional ou impossibilidade de reutilização segura.

O expurgo constituirá a área destinada ao recebimento e processamento inicial dos materiais contaminados, sendo vedada a entrada ou permanência de artigos esterilizados nesse ambiente.

2.Limpeza e descontaminação dos materiais

Após o recebimento e a conferência na área de expurgo, os produtos para saúde reutilizáveis serão submetidos ao processo de limpeza e descontaminação, observadas as características de cada artigo, sua finalidade de uso e as recomendações dos fabricantes. Essa etapa é fundamental para a remoção de resíduos orgânicos e inorgânicos, secreções, matéria orgânica e demais sujidades que possam comprometer a eficácia das etapas subsequentes de desinfecção ou esterilização.

O processamento será realizado exclusivamente na área destinada aos materiais contaminados, por profissionais devidamente capacitados, mediante procedimentos operacionais padronizados (POPs), com adoção de medidas de biossegurança e prevenção de riscos ocupacionais.

A limpeza poderá ocorrer por método manual ou automatizado, conforme a complexidade dos artigos, suas características estruturais, a compatibilidade com os equipamentos disponíveis e as orientações técnicas dos fabricantes. Serão utilizados produtos saneantes regularizados pela Agência Nacional de

Vigilância Sanitária (Anvisa), utensilios apropriados e equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados à natureza dos procedimentos executados.

Conforme as particularidades dos materiais, o processo compreenderá a desmontagem dos componentes removiveis, a aplicação de soluções de limpeza na concentração e pelo tempo recomendados, a fricção das superfícies externas e internas, a higienização de articulações, conexões e lúmens, seguida de enxágue com água de qualidade compativel com o processamento e posterior secagem, quando aplicável.

O controle da eficácia da limpeza constituirá etapa obrigatória antes da liberação dos artigos para preparo e esterilização. Todos os materiais serão submetidos à inspeção visual criteriosa, complementada, quando necessário, por métodos de verificação compatíveis com suas caracteristicas e com os protocolos institucionais.

Os artigos que apresentarem resíduos, sujidades persistentes ou qualquer condição que comprometa a segurança do processamento serão imediatamente segregados e submetidos a novo ciclo de limpeza, ficando impedidos de avançar para as etapas seguintes até que sejam considerados adequados.

Todo o procedimento observará o fluxo unidirecional de processamento, com separação fisica e operacional entre as áreas suja e limpa, de modo a prevenir a contaminação cruzada e assegurar que somente materiais devidamente higienizados sejam encaminhados às etapas de inspeção, preparo, acondicionamento e esterilização.

Fundamentação técnica e normativa: A descrição está alinhada às disposições da RDC Anvisa nº 15/2012, especialmente aos artigos 15, 65 a 76, que estabelecem os requisitos para limpeza, monitoramento, inspeção e fluxo de processamento dos produtos para saúde.

3.Secagem, inspeção e transferência para a área limpa

Os materiais aprovados na etapa de limpeza serão submetidos à secagem completa, utilizando métodos e recursos compatíveis com suas características.

Após a secagem, será realizada inspeção para verificar:

- Ausência de sujidades e umidade residual.
- Integridade física e funcional dos artigos.
- Condições de conservação e funcionamento.
- Presença de danos, corrosão, deformações ou outras alterações.
- Necessidade de manutenção ou substituição.

A transferência dos materiais para a área limpa ocorrerá por passagem ou barreira física definida, sem retorno à área contaminada.

O acesso de profissionais entre os ambientes observará os procedimentos de higiene das mãos, utilização de vestimentas apropriadas e demais medidas de biossegurança.

4. Preparo, conferência e embalagem

Na área limpa, os produtos serão preparados de acordo com sua finalidade assistencial e com os requisitos do método de esterilização aplicável.

Essa etapa compreenderá a conferência dos componentes, a organização dos instrumentais, a montagem dos conjuntos e a utilização de sistemas de barreira estéril apropriados.

As embalagens serão selecionadas conforme as características dos artigos e do processo de esterilização, assegurando a passagem do agente esterilizante, a manutenção da esterilidade e a abertura asséptica no momento da utilização.

Cada pacote receberá identificação que permita o acompanhamento e a rastreabilidade do processamento, observando os requisitos normativos aplicáveis.

5.Esterilização e monitoramento do processo

Os materiais preparados serão encaminhados à esterilização por método compatível com as características dos artigos e com as especificações dos fabricantes.

O processamento será realizado por profissionais capacitados, mediante utilização de equipamentos regularizados, submetidos à manutenção e aos controles de desempenho exigíveis.

Cada ciclo será acompanhado por controles físicos, químicos e biológicos, conforme os requisitos aplicáveis ao equipamento, ao método e ao tipo de carga processada.

Os registros permitirão identificar a carga, o ciclo, os parâmetros de funcionamento, os resultados dos indicadores e os responsáveis pelo processamento.

A liberação dos produtos dependerá da avaliação dos parâmetros de esterilização e da conformidade dos controles estabelecidos.

Materiais provenientes de ciclos com falhas, resultados insatisfatórios ou dúvidas quanto à eficácia do processamento não serão liberados para utilização assistencial.

6.Armazenamento dos materiais esterilizados

Após a conclusão e liberação do processo, os produtos esterilizados serão encaminhados à área de armazenamento limpo, em local protegido contra umidade, poeira, manipulação excessiva, danos às embalagens e outras condições que possam comprometer a esterilidade.

O armazenamento será organizado em armários, prateleiras ou estruturas apropriadas, com identificação dos materiais e controle das condições de guarda.

A disposição dos produtos favorecerá a conferência, a rastreabilidade e a utilização conforme os critérios institucionais de gerenciamento de estoque e validade.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará inspeções periódicas das embalagens, retirando de circulação os produtos que apresentem violação, umidade, danos ou qualquer condição capaz de comprometer a barreira estéril.

7.Distribuição às unidades assistenciais

A distribuição dos materiais esterilizados ocorrerá mediante solicitação ou reposição programada, conforme a necessidade dos setores assistenciais.

Os produtos serão transportados em recipientes ou carros limpos, fechados ou adequadamente protegidos, por trajetos definidos para circulação de materiais processados.

O transporte não poderá ocorrer simultaneamente ao de materiais contaminados no mesmo recipiente ou equipamento sem o devido processamento de higienização entre as operações.

No momento da entrega, serão verificados a identificação, a integridade das embalagens e os quantitativos distribuídos.

A equipe assistencial realizará o recebimento e a guarda dos materiais, preservando as condições necessárias à manutenção da esterilidade até sua utilização.

8.Medidas de prevenção do cruzamento entre materiais contaminados e esterilizados

Para assegurar a unidirecionalidade, A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará procedimentos destinados a impedir o cruzamento entre materiais contaminados e processados.

Serão observadas a separação entre áreas sujas e limpas, a definição de rotas de circulação, a utilização de recipientes adequados e a capacitação dos profissionais responsáveis.

O transporte de materiais contaminados não ocorrerá simultaneamente ao de materiais processados no mesmo recipiente ou equipamento. A eventual utilização sequencial de equipamento compartilhado dependerá da compatibilidade sanitária e dos procedimentos de limpeza e desinfecção exigíveis.

Quando as condições estruturais não permitirem rotas inteiramente independentes, será realizada avaliação técnica para definição de solução compatível com as exigências sanitárias, sem substituir barreiras físicas obrigatórias por simples separação de horários.

Medida de controle	Procedimento adotado
Separação das áreas	Delimitação dos setores sujo e limpo, com barreiras compatíveis com a classificação da CME e a legislação sanitária.
Sentido único do processamento	Deslocamento dos materiais do expurgo para as etapas limpas, sem retorno de artigos processados à área contaminada.
Transporte segregado	Utilização de recipientes e carros identificados, com higienização apropriada e prevenção de contato entre cargas sujas e limpas.
Controle de circulação	Restrição do acesso às áreas de processamento, com regras específicas para profissionais, materiais e equipamentos.
Higiene e paramentação	Utilização de equipamentos de proteção individual, higiene das mãos e troca de paramentação conforme o risco de cada ambiente.
Liberação controlada	Encaminhamento ao armazenamento somente após conferência dos resultados dos controles de esterilização.
Rastreabilidade	Identificação dos lotes, registros dos ciclos, responsáveis, resultados dos indicadores e destino dos materiais.
Tratamento de não conformidades	Segregação de materiais com falhas de processamento ou embalagens comprometidas e encaminhamento para novo processamento quando tecnicamente permitido.

A RDC ANVISA nº 15/2012, em seus arts. 15, 44 a 48, estabelece a direção do fluxo da área suja para a área limpa e os requisitos de separação dos ambientes de processamento, conforme a classificação do serviço.

Nos pontos em que a estrutura física não permitir acessos inteiramente independentes, a organização deverá ser tecnicamente avaliada e ajustada às exigências sanitárias, sem considerar a simples separação de horários como substituta de barreiras físicas legalmente obrigatórias.

Representação sequencial do fluxo de materiais



9.Controle e responsabilidade pelo processamento

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá a supervisão técnica do processamento de materiais, assegurando a execução dos procedimentos operacionais, a capacitação dos profissionais e a documentação dos controles de qualidade.

Caso o processamento seja executado por empresa especializada, serão formalizados os procedimentos de coleta, pré-limpeza, transporte, processamento, devolução e conferência dos materiais esterilizados, observando os arts. 16 a 19 da RDC ANVISA nº 15/2012.

RDC nº 15, de 15/03/2012

A terceirização não afastará as responsabilidades de acompanhamento, fiscalização e segurança assistencial da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo .

10.Compromisso institucional

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará que o processamento dos produtos para saúde observe uma sequência organizada e controlada, sem cruzamento entre materiais contaminados e materiais limpos ou esterilizados, mediante medidas físicas, operacionais e de biossegurança compatíveis com a legislação sanitária.

O fluxo adotado nas UPAs Norte e Sul será integrado às rotinas de prevenção e controle de infecções, segurança do paciente, gestão de materiais e continuidade da assistência, garantindo que os artigos disponibilizados aos profissionais apresentem condições adequadas para utilização segura.

11. Representação sequencial do fluxo de materiais



b.Descrição do fluxo de roupas, da coleta da roupa suja à distribuição da roupa limpa, com o mesmo requisito de unidirecionalidade

Organização e funcionamento do fluxo de roupas hospitalares

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará, nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, no município de Palmas/TO, um sistema organizado de gerenciamento de roupas hospitalares, abrangendo coleta, segregação, acondicionamento, transporte, processamento, recebimento, armazenamento e distribuição do enxoval limpo.

O fluxo será estruturado de forma unidirecional, assegurando a separação entre roupas utilizadas e roupas higienizadas, de modo a impedir o contato entre materiais contaminados e peças prontas para utilização assistencial.

A organização observará as orientações sanitárias da ANVISA para processamento de roupas em serviços de saúde, os protocolos institucionais de prevenção e controle de infecções e as características operacionais de cada unidade.

O gerenciamento compreenderá as roupas de cama, lençóis, fronhas, cobertores, Campo s e demais peças reutilizáveis utilizadas na assistência, conforme o enxoval padronizado para as UPAs.

A execução do serviço será acompanhada pela coordenação administrativa e pela equipe responsável pela rouparia, em articulação com os setores assistenciais e as instâncias de controle de infecção.

Etapas do fluxo operacional de roupas hospitalares

Coleta das roupas utilizadas nos setores assistenciais

A coleta das roupas utilizadas será realizada nos setores assistenciais conforme a demanda e a programação operacional estabelecida, abrangendo consultórios, salas de procedimentos, observação, estabilização e demais ambientes onde houver utilização de enxoval hospitalar.

As peças serão retiradas e acondicionadas diretamente em recipientes ou sacos apropriados, resistentes, identificados e compatíveis com o volume e o risco envolvido.

Durante a coleta, os profissionais adotarão medidas destinadas a evitar a dispersão de partículas e a contaminação das superfícies, sendo vedado sacudir as roupas ou depositá-las diretamente no piso.

As peças não serão submetidas a procedimentos de lavagem, enxágue ou manipulação desnecessária nos ambientes assistenciais.

Roupas excessivamente molhadas ou que apresentem condições especiais de risco serão acondicionadas conforme protocolos específicos, com utilização de recipientes que impeçam vazamentos e exposição ocupacional.

Segregação e acondicionamento das roupas sujas

Após a retirada dos leitos e demais ambientes, as roupas serão segregadas conforme suas características e necessidades de processamento.

A segregação observará a presença de sujidade, umidade, risco de contaminação e eventuais condições que exijam tratamento diferenciado.

Serão adotados cuidados para identificar e retirar, de forma segura, objetos ou materiais indevidamente misturados ao enxoval, especialmente artigos perfurocortantes, evitando acidentes ocupacionais.

Os sacos serão fechados antes do transporte e mantidos em recipientes apropriados, devidamente identificados.

Não será permitida a mistura de roupas utilizadas com roupas limpas, nem seu acondicionamento em recipientes destinados ao enxoval higienizado.

Transporte interno das roupas sujas

As roupas recolhidas serão encaminhadas ao local de armazenamento temporário por meio de percurso previamente definido, utilizando carros ou recipientes exclusivos para essa finalidade.

Os equipamentos de transporte deverão apresentar superfícies laváveis, resistência adequada e condições que permitam sua limpeza e desinfecção.

A circulação será organizada para evitar o contato com carros de roupa limpa, medicamentos, alimentos, materiais esterilizados e outros produtos destinados à assistência.

Quando a configuração física da unidade exigir a utilização de corredores compartilhados, serão adotados procedimentos de segregação operacional, transporte em recipientes fechados e controle da circulação, respeitadas as exigências sanitárias relativas à separação dos fluxos.

Armazenamento temporário das roupas sujas

As roupas utilizadas serão encaminhadas a local específico de guarda temporária, separado das áreas destinadas ao armazenamento e à distribuição do enxoval limpo.

O ambiente será mantido em condições adequadas de higiene, ventilação e organização, evitando acúmulo excessivo de roupas, exposição desnecessária e comprometimento das condições sanitárias da unidade.

A retirada para processamento ocorrerá conforme programação estabelecida e demanda assistencial, de modo a assegurar a continuidade do abastecimento.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá controle dos volumes encaminhados, com registros que permitam acompanhar a movimentação e identificar eventuais divergências.

Encaminhamento ao serviço de lavanderia

As roupas serão encaminhadas ao serviço responsável pelo processamento, conforme a modalidade de execução prevista na organização operacional e financeira da parceria.

Quando o processamento for realizado por lavanderia contratada, a coleta e o transporte externo ocorrerão mediante procedimentos formalizados, com identificação dos volumes, registros de retirada e utilização de veículos ou compartimentos adequados.

O transporte deverá preservar a segregação entre as roupas sujas e limpas, impedindo o contato entre as cargas.

O serviço contratado deverá atender aos requisitos sanitários aplicáveis e manter procedimentos documentados para as etapas de recebimento, lavagem, desinfecção, secagem, acabamento, embalagem e expedição.

Processamento e higienização das roupas

No serviço de lavanderia, as peças serão recebidas e encaminhadas ao processamento conforme a natureza dos tecidos, grau de sujidade e procedimentos técnicos estabelecidos.

O processamento compreenderá, conforme aplicável, classificação das peças, lavagem, desinfecção pelo método validado, enxágue, secagem e acabamento.

Serão utilizados produtos saneantes regularizados, equipamentos adequados e parâmetros de processamento compatíveis com os tecidos e com as necessidades de higienização hospitalar.

O fluxo interno da lavanderia deverá preservar a separação entre as áreas suja e limpa, evitando que peças processadas retornem aos ambientes destinados ao recebimento e à manipulação de roupas contaminadas.

As roupas que apresentarem sujidade residual ou processamento insatisfatório retornarão à etapa apropriada, sem liberação para utilização.

Inspeção, conferência e acondicionamento das roupas limpas

Após o processamento, as roupas serão submetidas à inspeção para verificação das condições de limpeza, integridade, conservação e adequação ao uso.

As peças que apresentarem manchas persistentes, rasgos, desgaste excessivo ou outras condições que comprometam sua utilização serão separadas para novo processamento, reparo ou substituição, conforme avaliação técnica.

As roupas aprovadas serão dobradas, organizadas e acondicionadas em embalagens ou recipientes limpos, de forma a preservar suas condições higiênicas durante o armazenamento e o transporte.

O acondicionamento observará a separação por tipo de peça, facilitando a conferência e a distribuição aos setores assistenciais.

Transporte e recebimento das roupas limpas

O retorno do enxoval higienizado às UPAs será realizado em veículos, compartimentos ou carros apropriados, protegidos contra poeira, umidade e contato com superfícies contaminadas.

Os recipientes utilizados deverão estar limpos e em condições adequadas, sem compartilhamento simultâneo com cargas sujas.

No recebimento, a equipe responsável realizará a conferência dos quantitativos, da identificação e das condições das peças e embalagens.

Eventuais divergências, avarias ou não conformidades serão registradas e comunicadas ao responsável pelo processamento, para adoção das providências cabíveis.

Armazenamento das roupas limpas

As peças higienizadas serão encaminhadas à rouparia limpa ou ao local destinado à guarda do enxoval, em ambiente organizado, protegido e separado das áreas de armazenamento de roupas utilizadas.

O armazenamento ocorrerá em armários ou prateleiras apropriados, evitando o contato direto com o piso, a exposição à umidade e a proximidade de fontes de contaminação.

Será adotado controle de estoque para acompanhamento dos quantitativos disponíveis, consumo por setor, reposição e necessidade de substituição das peças.

O acesso ao local será restrito aos profissionais autorizados, preservando as condições sanitárias do enxoval até sua distribuição.

Distribuição das roupas limpas aos setores assistenciais

A distribuição será realizada conforme as necessidades dos setores, a ocupação dos leitos e a programação de reposição do enxoval.

As roupas serão transportadas em carros ou recipientes limpos e protegidos, por percurso definido para o abastecimento assistencial.

A entrega será acompanhada de conferência dos quantitativos, permitindo o controle do consumo e a reposição adequada das peças.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará mecanismos para garantir a disponibilidade contínua de roupas limpas, especialmente nas áreas de observação e estabilização, nas quais a troca de enxoval poderá ocorrer em maior frequência, conforme as condições clínicas e assistenciais dos pacientes.

Medidas para assegurar a ausência de cruzamento entre roupas sujas e limpas

A unidirecionalidade será garantida mediante a separação dos percursos, a identificação dos equipamentos de transporte, o controle dos locais de armazenamento e a adoção de procedimentos operacionais específicos.

Medida de controle	Procedimento adotado
Separação dos fluxos	Definição de trajetos para recolhimento de roupas sujas e distribuição de roupas limpas, evitando contato entre as cargas.
Acondicionamento diferenciado	Utilização de sacos e recipientes apropriados, identificados conforme a finalidade.
Transporte protegido	Movimentação em carros ou recipientes que impeçam exposição e contato com outras cargas.
Armazenamento segregado	Locais distintos para guarda temporária de roupas sujas e armazenamento do enxoval higienizado.
Controle da lavanderia	Separação das áreas de recebimento e processamento sujo das áreas de acabamento e expedição limpa.
Higienização de equipamentos	Limpeza dos carros, recipientes e superfícies de transporte conforme rotinas estabelecidas.
Controle de acesso	Circulação de profissionais autorizados, com observância das medidas de biossegurança.
Conferência e rastreabilidade	Registros de coleta, encaminhamento, recebimento, quantitativos processados e distribuição.
Tratamento de não conformidades	Segregação das peças inadequadas e encaminhamento para novo processamento, reparo ou substituição.

Representação sequencial do fluxo de roupas hospitalares

O serviço de rouparia e lavanderia garante que cada leito, maca, consultório e sala de procedimento tenha enxoval limpo e em bom estado, 24 horas por dia. Pelo item 5.5 do Termo de Referência, cabe à Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo processamento das roupas, observados os padrões da ANVISA, e o fornecimento do enxoval e dos uniformes das duas unidades.

O serviço começa na retirada da roupa usada nos setores. A peça é colocada em saco próprio, no próprio local de uso, sem ser sacudida nem separada à mão na área assistencial.

Os profissionais da área sujam trabalham com os equipamentos de proteção exigidos pela NR-32. Roupa suja e roupa limpa não dividem espaço, carro ou horário em nenhuma etapa.

O controle é feito por peso e por peça, na saída e no retorno. Esse controle mostra o volume processado, as perdas e a necessidade de reposição do enxoval. A reposição é planejada para que nenhuma unidade trabalhe com estoque abaixo do mínimo, inclusive nos períodos de maior demanda.

FLUXO DE ROUPAS SUJAS

1. 
Coleta das roupas utilizadas nos setores assistenciais
Coleta realizada nos setores, com identificação e acondicionamento adequado.

2. 
Segregação e acondicionamento adequado
Separação conforme o tipo de roupa e acondicionamento em sacos/recipientes apropriados.

3. 
Transporte interno em recipientes identificados
Movimentação em carros fechados e identificados, evitando exposição e contato com outras cargas.

4. 
Armazenamento temporário em local segregado
Área exclusiva e identificada para guarda temporária das roupas sujas, até o encaminhamento à lavanderia.

5. 
Encaminhamento ao serviço de lavanderia
Transporte externo realizado por empresa especializada, conforme contrato e protocolos de biossegurança.

BARREIRA SANITÁRIA E PROCESSAMENTO

6. 
Recebimento, lavagem, desinfecção, secagem e acabamento
Processamento realizado em áreas físicas distintas, com separação entre fluxo de roupas sujas e limpas, conforme legislação sanitária.

FLUXO DE ROUPAS LIMPAS

7. 
Inspeção, conferência e acondicionamento
Verificação da qualidade, integridade e adequada dobradura, com acondicionamento em sacos/recipientes limpos e identificados.

8. 
Transporte protegido do enxoval higienizado
Movimentação em carros fechados, exclusivos para roupas limpas.

9. 
Recebimento e conferência na UPA
Conferência dos quantitativos e da qualidade das roupas recebidas.

10. 
Armazenamento na rouparia limpa
Guarda em local exclusivo, limpo, seco e organizado, com controle de estoque.

11. 
Distribuição aos setores assistenciais
Entrega controlada e rastreável das roupas limpas, conforme demanda das unidades.

Monitoramento e controle operacional

O monitoramento compreenderá a verificação dos parâmetros operacionais, o acompanhamento dos indicadores exigíveis, a avaliação dos resultados e o registro das condições de liberação dos lotes.

Os materiais não serão liberados quando houver resultados insatisfatórios, falhas de processamento ou ausência de comprovação dos controles obrigatórios.

As ocorrências serão registradas e comunicadas ao responsável técnico, com adoção das providências cabíveis.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá os documentos de monitoramento e rastreabilidade pelo período exigido pela legislação sanitária, assegurando sua disponibilidade para fiscalização, auditoria e acompanhamento institucional.

Compromisso institucional

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará a organização do fluxo de roupas hospitalares de maneira contínua, segura e unidirecional, mantendo a separação entre peças utilizadas e higienizadas desde a coleta até sua disponibilização aos setores assistenciais.

A execução compreenderá procedimentos padronizados de acondicionamento, transporte, processamento, conferência, armazenamento e distribuição, com responsabilidades definidas e medidas preventivas destinadas a reduzir os riscos de contaminação cruzada.

A adoção desta proposta permitirá manter o abastecimento das UPAs Norte e Sul, preservar as condições higiênico-sanitárias do enxoval e contribuir para a segurança dos pacientes e profissionais.

c.Indicação dos locais de guarda, dos controles de rastreabilidade dos lotes esterilizados e dos registros de monitoramento dos processos de esterilização

Organização do armazenamento, rastreabilidade e controle dos materiais esterilizados

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará, nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, no município de Palmas/TO, procedimentos padronizados para o armazenamento, a identificação, a rastreabilidade e o monitoramento dos produtos para saúde submetidos à esterilização.

A organização desses processos terá como finalidade assegurar a integridade dos materiais esterilizados, permitir a identificação dos lotes processados e manter registros que comprovem a execução e a conformidade das etapas de esterilização, desde o preparo dos artigos até sua utilização nos setores assistenciais.

O sistema de controle será estruturado de acordo com os requisitos da RDC ANVISA nº 15/2012, observando a classificação do serviço de processamento, as características dos produtos, os métodos de esterilização empregados e as condições operacionais de cada unidade.

Os procedimentos serão integrados às rotinas de prevenção e controle de infecções, gerenciamento de riscos e segurança do paciente, contemplando mecanismos de identificação de não conformidades, segregação de cargas comprometidas e adoção de medidas corretivas.

Locais de guarda e armazenamento dos materiais

O armazenamento dos produtos para saúde observará a separação entre materiais contaminados, materiais limpos ainda não esterilizados e artigos devidamente esterilizados e liberados para utilização.

Serão estabelecidos locais específicos para cada etapa, evitando o contato entre artigos em diferentes condições de processamento.

Local de guarda	Finalidade e condições de utilização
 **Expurgo — área suja**	Recebimento temporário dos artigos contaminados, devidamente acondicionados, até o início da limpeza.
 **Área limpa de preparo**	Organização e guarda transitória dos materiais limpos, destinados à inspeção, montagem e embalagem.
 **Área de liberação de cargas**	Conferência dos resultados do processamento, inspeção das embalagens e liberação dos produtos esterilizados.
 **Armazenamento de materiais esterilizados**	Guarda dos artigos processados e liberados, em ambiente limpo, seco, protegido e com acesso controlado.
 **Armários dos setores assistenciais**	Armazenamento descentralizado de materiais esterilizados destinados à utilização nos procedimentos.
 **Área de segregação de não conformidades**	Guarda identificada e separada de materiais com embalagens danificadas, falhas de processamento ou outras irregularidades, até definição da conduta.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá os produtos esterilizados em armários fechados, prateleiras ou estruturas apropriadas, protegidos contra poeira, umidade, incidência solar direta, manipulação desnecessária e condições capazes de comprometer a integridade das embalagens.

A disposição dos artigos permitirá a identificação dos lotes, a organização dos estoques e a inspeção das condições de conservação.

A guarda dos produtos não ocorrerá diretamente sobre o piso nem em locais expostos a fontes de contaminação.

O armazenamento descentralizado nos setores assistenciais seguirá os mesmos critérios de proteção e controle adotados na área central de guarda.

Os locais definitivos de armazenamento em cada UPA serão identificados e compatibilizados com a planta física e com as condições sanitárias existentes, preservando a separação entre os ambientes sujos, limpos e de armazenamento estéril.

Controle de rastreabilidade dos lotes esterilizados

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará um sistema de rastreabilidade que permita identificar os produtos submetidos à esterilização, os ciclos realizados, os profissionais responsáveis e os setores aos quais os materiais foram destinados.

Cada carga processada receberá identificação individualizada, vinculada aos registros do respectivo ciclo.

Os controles compreenderão, no mínimo:

- Identificação do produto ou conjunto de instrumentais.
- Número de identificação do lote ou carga esterilizada.
- Data da esterilização.
- Identificação do equipamento utilizado.
- Número ou identificação do ciclo de esterilização.
- Método de esterilização empregado.
- Identificação do profissional responsável pelo preparo e pelo processamento.
- Resultados dos controles de monitoramento exigíveis.
- Identificação do responsável pela liberação da carga.
- Destino dos materiais processados, conforme o sistema de distribuição adotado.

As informações serão registradas em sistema informatizado ou formulários padronizados, assegurando organização, integridade, possibilidade de consulta e recuperação dos dados.

A identificação aposta nas embalagens permitirá relacionar os materiais aos registros do ciclo de processamento, favorecendo a investigação de falhas e a adoção de medidas corretivas.

Em caso de suspeita de falha de esterilização ou identificação de resultado insatisfatório, será possível localizar os produtos vinculados ao ciclo comprometido, interromper sua distribuição e providenciar o recolhimento dos materiais já encaminhados aos setores.

A rastreabilidade será mantida também quando o processamento for realizado por empresa contratada, mediante exigência de registros individualizados dos ciclos, identificação dos lotes e documentação comprobatória da liberação das cargas.

Registros de monitoramento dos processos de esterilização

O monitoramento será realizado por meio de controles físicos, químicos e biológicos, de acordo com o método utilizado, a classificação do serviço, as características das cargas e as exigências sanitárias aplicáveis.

Monitoramento físico

O controle físico compreenderá o acompanhamento e o registro dos parâmetros operacionais do equipamento durante cada ciclo de esterilização. Serão observados os parâmetros pertinentes ao método empregado, como temperatura, pressão e tempo de exposição, quando aplicáveis.

Os registros serão obtidos por meio dos dispositivos de monitoramento dos equipamentos e vinculados à identificação do respectivo ciclo.Qualquer alteração relevante, interrupção ou inadequação dos parâmetros deverá ser avaliada antes da liberação dos materiais.

Monitoramento químico

O monitoramento químico será realizado mediante utilização de indicadores apropriados ao método de esterilização e às características da carga processada.

Os indicadores permitirão verificar a exposição dos materiais às condições do processo, conforme sua classe, finalidade e instruções de utilização.

Os resultados serão conferidos e registrados, sendo vedada a liberação de cargas quando os controles indicarem falhas ou condições incompatíveis com os critérios de aceitação.

Monitoramento biológico

O monitoramento biológico será realizado conforme a periodicidade e as situações previstas na legislação sanitária, considerando o método de esterilização empregado e as características dos produtos processados.

Os resultados serão documentados e vinculados aos ciclos correspondentes, permitindo demonstrar a conformidade do processamento.

Quando houver resultado insatisfatório, serão adotadas medidas imediatas de segregação, investigação e controle dos materiais potencialmente comprometidos.

Registro das não conformidades

Todas as falhas identificadas durante o preparo, a esterilização, a liberação, o armazenamento ou a distribuição serão documentadas.

Os registros deverão contemplar a descrição da ocorrência, identificação da carga ou produto, medidas adotadas, responsável pela avaliação e conclusão do tratamento da não conformidade.

Os materiais comprometidos serão segregados e somente poderão retornar ao fluxo de distribuição após novo processamento e liberação, quando tecnicamente permitido

Quadro de controle e periodicidade dos registros

Para assegurar a padronização e a rastreabilidade, A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará a seguinte matriz de controle operacional, observadas as normas aplicáveis ao método de processamento.

Controle	Periodicidade	Registro
Identificação do lote	A cada carga	Ficha de identificação e rastreabilidade
Parâmetros físicos	A cada ciclo	Registro eletrônico ou impresso do equipamento
Indicadores químicos	A cada carga, conforme o teste e a rotina exigidos	Ficha de monitoramento químico
Indicador biológico	Diariamente e nas situações específicas exigidas	Registro do teste, resultado e responsável
Conferência e liberação	A cada carga	Registro de liberação do lote
Integridade das embalagens	Antes da guarda, distribuição e utilização	Checklist ou registro de não conformidades
Condições de armazenamento	Conforme rotina institucional e sempre que identificada irregularidade	Checklist de inspeção
Manutenção e qualificação dos equipamentos	Conforme exigências normativas e programação técnica	Relatórios de manutenção, calibração e qualificação
Não conformidades	A cada ocorrência	Formulário de ocorrência e ação corretiva

Os controles de cada carga e ciclo observarão os arts. 96 a 100 da RDC ANVISA nº 15/2012. Os registros de processamento serão mantidos por, no mínimo, cinco anos, ressalvados prazos superiores estabelecidos em legislação específica.

Controle de liberação e recolhimento de materiais

A liberação dos produtos esterilizados dependerá da conferência dos parâmetros de monitoramento, da integridade das embalagens e da identificação adequada da carga.

Caso seja identificada falha durante ou após a distribuição, A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará procedimento de bloqueio e recolhimento dos materiais potencialmente comprometidos.

O processo compreenderá a identificação do lote, localização dos setores destinatários, comunicação aos responsáveis, segregação dos artigos e avaliação da necessidade de novo processamento.

As ocorrências serão documentadas e analisadas para identificação das causas e implantação de medidas preventivas, com participação da equipe responsável pelo processamento e das instâncias de controle de infecção e segurança do paciente, quando pertinente.

Supervisão técnica e melhoria contínua

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá responsabilidades pela supervisão dos processos, conferência dos registros e acompanhamento das condições de armazenamento e distribuição.

A avaliação periódica contemplará a verificação dos registros de esterilização, a identificação de falhas recorrentes, as condições de manutenção dos equipamentos e o cumprimento dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs).

Quando o processamento for terceirizado, A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo exigirá da empresa contratada documentação que permita comprovar a rastreabilidade das cargas, os resultados dos monitoramentos e a regularidade sanitária do serviço.

A documentação permanecerá disponível para fiscalização, auditoria e verificação pelas autoridades competentes, respeitadas as responsabilidades da organização executora e do serviço processador.

Compromisso institucional

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo compromete-se a manter um sistema de armazenamento, rastreabilidade e

monitoramento dos materiais esterilizados que assegure a identificação dos produtos, o acompanhamento dos ciclos de processamento e a disponibilidade dos respectivos registros.

A integração desses controles aos processos de qualidade e segurança do paciente contribuirá para a continuidade dos serviços prestados nas UPAs Norte e Sul, preservando a integridade dos materiais disponibilizados e a confiabilidade dos procedimentos assistenciais.

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo

FICHA DE CONTROLE E RASTREABILIDADE DE ESTERILIZAÇÃO

Unidade: ☐ UPA Norte - José de Souza Dourado ☐ UPA Sul - Gerson Pires de Aguiar

Código: POP/CME – FR 001
Versão: 01
Data: ____/____/_____
Nº da ficha: _____

1 IDENTIFICAÇÃO DO LOTE E DOS MATERIAIS

Número do lote/carga: _____
Data do processamento: ____/____/_____
Horário de início: _____:_____
Horário de término: _____:_____
Material/instrumental processado: _____
Quantidade de pacotes: _____

Origem dos materiais: _____
Responsável pelo preparo: _____
Identificação das embalagens: _____
Condição das embalagens antes do ciclo: ☐ Conforme ☐ Não conforme
Observações: _____

2 IDENTIFICAÇÃO DO EQUIPAMENTO E DO CICLO

Equipamento utilizado: _____
Código/patrimônio: _____
Método de esterilização: ☐ Vapor saturado ☐ Óxido de etileno ☐ Outro: _____
Número do ciclo: _____
Programa selecionado: _____

Temperatura programada: _____ °C
Pressão registrada: _____
Tempo de exposição: _____ minutos
Resultado dos parâmetros físicos: ☐ Conforme ☐ Não conforme
Identificação do operador: _____

3 MONITORAMENTO DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO

Controle	Identificação / Resultado	Situação
Parâmetros físicos do ciclo (temperatura, pressão, tempo)		☐ Conforme ☐ Não conforme
Indicador químico externo		☐ Conforme ☐ Não conforme
Indicador químico interno		☐ Conforme ☐ Não conforme
Integrador químico, quando aplicável		☐ Conforme ☐ Não conforme
Indicador biológico, quando aplicável		☐ Conforme ☐ Não conforme
Teste Bowie-Dick, quando aplicável		☐ Conforme ☐ Não conforme ☐ Não aplicável
Integridade das embalagens após processamento		☐ Conforme ☐ Não conforme

Identificação do indicador biológico: _____ Data e hora da leitura: ____/____/_____ às _____:_____
Responsável pela leitura: _____
Observações: _____

4 AVALIAÇÃO E LIBERAÇÃO DA CARGA

Resultado da avaliação:
☐ Carga aprovada e liberada para armazenamento/distribuição.
☐ Carga reprovada e segregada.
☐ Carga retida, aguardando conclusão dos controles.
☐ Necessidade de novo processamento.
Data e horário da liberação: ____/____/_____ às _____:_____

Motivo da reprovação ou retenção: _____
Medidas adotadas: _____
Nome do profissional responsável: _____
Categoria profissional / Registro: _____

5 ARMAZENAMENTO DOS MATERIAIS

Local de armazenamento: _____
Identificação do armário/prateleira: _____
Identificação do lote: _____

Condições de guarda: ☐ Conforme ☐ Não conforme
Integridade das embalagens: ☐ Conforme ☐ Não conforme
Responsável pelo armazenamento: _____

6 CONTROLE DE DISTRIBUIÇÃO AOS SETORES ASSISTENCIAIS

Data	Setor destinatário	Material / Quantidade	Lote	Responsável pelo recebimento (nome e assinatura)
____/____/____				
____/____/____				
____/____/____				
____/____/____				

7 REGISTRO DE NÃO CONFORMIDADES E AÇÕES CORRETIVAS

Houve não conformidade? ☐ Sim ☐ Não
Descrição da ocorrência: _____
Lote(s) afetado(s): _____

Conduta adotada:
☐ Segregação e bloqueio dos materiais.
☐ Reprocessamento, quando permitido.
☐ Recolhimento dos materiais distribuídos.
☐ Avaliação técnica do equipamento.
☐ Comunicação à supervisão responsável.
☐ Outra: _____

Responsável pelo tratamento da ocorrência: _____
Data da conclusão: ____/____/_____
Resultado: _____

8 CONFERÊNCIA E SUPERVISÃO

Responsável pela conferência dos registros: _____ Categoria profissional / Registro: _____ Data: ____/____/_____
Assinatura: _____

ORIENTAÇÕES

1. Cada carga de esterilização deverá possuir identificação individualizada e registro correspondente.
2. Os resultados dos indicadores e os parâmetros físicos serão documentados conforme o método e a legislação aplicável.
3. A liberação da carga está condicionada à aprovação dos controles para o processo e o tipo de carga.
4. Materiais não conformes permanecerão segregados, sem distribuição aos setores assistenciais.
5. Os registros permitirão localizar os materiais vinculados a cada lote, identificar seu destino e adotar eventuais medidas corretivas de rastreabilidade.
6. A documentação deverá ser mantida conforme a política institucional vigente.

d.**Representação gráfica dos dois fluxos**



V.1.3 — FLUXO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGREGADO E UNIDIRECIONAL

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará, nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, no município de Palmas/TO, um sistema integrado de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, estruturado para assegurar a segregação adequada, o acondicionamento seguro, a coleta, o transporte interno, o armazenamento temporário e externo, o tratamento e a destinação final ambientalmente adequada dos resíduos gerados nas atividades assistenciais, administrativas e de apoio.

A organização do fluxo observará os princípios da prevenção, biossegurança, responsabilidade ambiental e proteção à saúde pública, em conformidade com a Resolução RDC ANVISA nº 222/2018, a Resolução CONAMA nº 358/2005, a Lei Federal nº 12.305/2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos, e demais normas sanitárias, ambientais e de segurança do trabalho aplicáveis.

O gerenciamento será fundamentado na segregação dos resíduos no próprio local e momento de sua geração, conforme sua classificação, características e riscos associados, contemplando os Grupos A (infectantes), B (químicos), C (radioativos, quando houver), D (comuns) e E (perfurocortantes). Cada grupo seguirá procedimentos específicos de identificação, acondicionamento, coleta, armazenamento, tratamento e destinação, de acordo com as exigências normativas pertinentes.

A circulação dos resíduos será organizada em fluxo segregado e unidirecional, com definição dos pontos de geração, recipientes de acondicionamento, trajetos internos, locais de armazenamento e procedimentos de retirada. O objetivo será impedir o retorno dos resíduos às áreas assistenciais após a coleta, evitar o cruzamento inadequado com materiais esterilizados, roupas limpas, medicamentos e alimentos e reduzir os riscos de acidentes ocupacionais e contaminação ambiental.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá rotinas operacionais padronizadas para a coleta e o transporte interno, com utilização de recipientes e carros apropriados, identificação dos resíduos, higienização dos equipamentos e capacitação dos profissionais envolvidos. A movimentação observará horários e percursos definidos, considerando as características físicas das unidades e a necessidade de preservar a continuidade e a segurança do atendimento.

Os resíduos serão encaminhados aos locais de armazenamento temporário e externo, quando aplicáveis, em condições que garantam sua contenção, identificação e proteção até a coleta pelos serviços responsáveis. O

transporte externo, o tratamento e a destinação final serão realizados por prestadores devidamente habilitados e licenciados, conforme as exigências aplicáveis à natureza dos resíduos e aos serviços executados.

Todo o processo será orientado pelo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), que contemplará a identificação dos resíduos gerados, a definição dos procedimentos operacionais, as responsabilidades técnicas, as medidas preventivas, os mecanismos de rastreabilidade e as ações de resposta a acidentes e não conformidades.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará a elaboração, implantação, atualização e acompanhamento do PGRSS de cada unidade, considerando suas particularidades estruturais, os volumes de resíduos gerados e os serviços efetivamente prestados, em articulação com as equipes assistenciais, de higienização, segurança do trabalho e demais responsáveis pelo gerenciamento.

A execução será acompanhada por registros de coleta, documentos de transporte e comprovantes de tratamento e destinação final, conforme as exigências legais, permitindo a fiscalização dos serviços contratados, a identificação de irregularidades e a adoção de medidas corretivas.

Com essa sistemática, A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo busca garantir que os resíduos percorram um trajeto organizado e controlado, desde sua geração até a destinação final, sem retorno às etapas anteriores e com a devida separação entre os diferentes grupos de risco.

a.Identificação dos grupos de resíduos gerados e dos respectivos pontos de geração na unidade

1. Identificação e classificação dos resíduos de serviços de saúde

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará, nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, no município de Palmas/TO, procedimentos padronizados para identificação, classificação e segregação dos resíduos gerados nas atividades assistenciais, diagnósticas, terapêuticas, administrativas e de apoio operacional.

A classificação será realizada no próprio ponto de geração, considerando a natureza dos resíduos, suas características físicas, químicas e biológicas e os riscos que possam representar aos trabalhadores, pacientes, à saúde pública e ao meio ambiente.

O gerenciamento observará a Resolução RDC ANVISA nº 222/2018, a Resolução CONAMA nº 358/2005 e demais normas sanitárias e ambientais aplicáveis, assegurando que cada resíduo receba tratamento compatível com sua classificação.

A identificação dos pontos de geração considerará a estrutura assistencial das duas UPAs, abrangendo acolhimento com classificação de risco, consultórios médicos, salas de medicação e procedimentos, áreas de observação, salas de estabilização, atendimento ortopédico, laboratório, serviços de diagnóstico, farmácia, áreas de apoio e ambientes administrativos.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá a segregação dos resíduos desde o momento de sua geração, evitando misturas que possam aumentar os riscos sanitários, dificultar o tratamento ou comprometer a destinação ambientalmente adequada.

2. Classificação dos resíduos e identificação dos pontos de geração

Os resíduos serão classificados nos Grupos A, B, C, D e E, conforme os critérios estabelecidos na RDC ANVISA nº 222/2018.

2.1. Grupo A — Resíduos com possível presença de agentes biológicos

Grupo A — Resíduos potencialmente infectantes

Identificação pelo símbolo de risco biológico, conforme as exigências aplicáveis.

Compreende os resíduos que, por suas características, possam apresentar risco de infecção em razão da possível presença de agentes biológicos.

Nas UPAs Norte e Sul, poderão ser gerados durante procedimentos invasivos, curativos, atendimento de urgência e emergência, coleta de amostras e assistência a pacientes com condições infectocontagiosas.

Categoria	Resíduos previstos	Principais pontos de geração
 **Gases, compressas e materiais de curativo**	Gases, compressas e materiais de curativo enquadrados como infectantes, conforme suas características.	• Salas de procedimentos • Curativos • Observação • Estabilização
 **Materiais utilizados na assistência a pacientes sob precauções**	Materiais utilizados na assistência a pacientes sob precauções específicas, quando enquadrados no Grupo A.	• Áreas de isolamento • Observação • Estabilização
 **Sobras de amostras laboratoriais**	Sobras de amostras laboratoriais com material biológico, conforme classificação aplicável.	• Laboratório de análises clínicas
 **Bolsas transfusionais com sangue ou hemocomponentes**	Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes, quando houver utilização e conforme enquadramento normativo.	• Sala de estabilização • Demais áreas assistenciais habilitadas para o procedimento
 **Peças anatômicas e tecidos humanos**	Peças anatômicas e tecidos humanos, quando eventualmente gerados.	• Salas de procedimentos • Atendimentos de emergência

A segregação observará os subgrupos A1 a A5, conforme o enquadramento específico. Materiais que tenham apenas entrado em contato com o paciente não serão automaticamente classificados como infectantes.

2.2 Grupo B — Resíduos químicos

Grupo B — Resíduos contendo substâncias químicas

Identificação conforme a substância e suas características de periculosidade.

Compreende resíduos contendo produtos químicos que possam apresentar riscos à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

Categoria	Resíduos previstos	Principais pontos de geração
 **Medicamentos vencidos, avariados ou impróprios para utilização**	Medicamentos vencidos, avariados ou impróprios para utilização, quando sujeitos a gerenciamento como resíduos químicos.	Farmácia e áreas de armazenamento de medicamentos.
 **Sobras de medicamentos e soluções com substâncias químicas perigosas**	Sobras de medicamentos e soluções contendo substâncias químicas perigosas.	Salas de medicação, observação, estabilização e procedimentos.
 **Reagentes laboratoriais e resíduos de análises**	Reagentes laboratoriais e resíduos de análises contendo substâncias perigosas.	Laboratório de análises clínicas.
 **Saneantes e desinfetantes químicos descartados**	Saneantes e desinfetantes químicos descartados, conforme classificação.	Expurgo, higienização e áreas de apoio.
 **Produtos químicos utilizados na manutenção de equipamentos**	Produtos químicos utilizados na manutenção de equipamentos.	Áreas técnicas e manutenção.
 **Resíduos de processamento radiológico químico**	Resíduos de processamento radiológico químico, caso haja utilização de tecnologia convencional.	Serviço de radiologia.
 **Resíduos químicos odontológicos**	Resíduos químicos odontológicos, quando gerados, inclusive resíduos contendo mercúrio.	Serviço de odontologia, conforme atividades efetivamente executadas.

O acondicionamento considerará a compatibilidade química entre as substâncias, as recomendações dos fabricantes e os riscos envolvidos.

Produtos incompatíveis não serão misturados, sendo adotados recipientes adequados, identificados e resistentes às características dos resíduos.

2.3 Grupo C — Rejeitos radioativos

Grupo C — Rejeitos radioativos

Aplicável apenas quando houver materiais contendo radionuclídeos nas condições previstas nas normas da autoridade nuclear competente.

Compreende materiais resultantes de atividades que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de dispensa estabelecidos pelas normas pertinentes.

Considerando o perfil assistencial descrito no Termo de Referência, não se identifica geração rotineira de rejeitos do Grupo C nas UPAs Norte e Sul, uma vez que os serviços de radiologia convencional, ultrassonografia e demais métodos diagnósticos informados não pressupõem a utilização de materiais radioativos.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do CAMPO, entretanto, manterá previsão de identificação e encaminhamento específico caso sejam incorporados procedimentos ou atividades que efetivamente produzam rejeitos radioativos, observada a regulamentação da autoridade competente.

A existência de equipamentos de raios X não caracteriza, por si só, geração de rejeitos radioativos.

2.4 Grupo D — Resíduos comuns

Grupo D — Resíduos sem risco biológico, químico ou radiológico específico

Resíduos equiparáveis aos domiciliares, com possibilidade de reciclagem quando aplicável. Compreende resíduos que não apresentem riscos biológicos, químicos ou radiológicos que exijam procedimentos especiais de gerenciamento.

Resíduos previstos	Principais pontos de geração
 Papéis, documentos descartados e materiais administrativos sem contaminação	Recepção, classificação de risco e setores administrativos.
 **Embalagens de papelão, papel e** plástico sem contaminação	Almoxarifado, farmácia e áreas de apoio.
 Restos alimentares e resíduos comuns de preparo e distribuição de refeições	Copa, cozinha, refeitórios e áreas de alimentação.
 Resíduos de limpeza sem características de periculosidade	Áreas administrativas, corredores e ambientes de circulação.
 Materiais de uso assistencial sem contaminação e sem características de outros grupos	Consultórios e áreas assistenciais.
 Resíduos de gesso ortopédico não contaminados e sem características de periculosidade	Sala de imobilização e ortopedia.

A segregação contemplará a diferenciação entre resíduos recicláveis e não recicláveis, conforme a estrutura municipal de coleta seletiva e os serviços contratados.

A destinação será definida segundo as características de cada resíduo, evitando o encaminhamento indevido de resíduos perigosos ao sistema de coleta comum.

2.5. Grupo E — Resíduos perfurocortantes ou escarificantes

Grupo E — Materiais perfurocortantes ou escarificantes

Acondicionamento em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento.

Compreende materiais capazes de provocar cortes, perfurações ou outros acidentes durante sua manipulação.

Resíduos previstos	Principais pontos de geração
 Agulhas hipodérmicas e dispositivos perfurocortantes utilizados na assistência	Salas de medicação, observação e administração.
 Lâminas de bisturi e outros instrumentais cortantes descartáveis	Salas de procedimentos e pequenas intervenções.
 Lancetas utilizadas para punção capilar	Classificação de risco, laboratório e áreas assistenciais.
 Ampolas de vidro quebradas e demais materiais perfurocortantes	Salas de medicação, farmácia e estabilização.
 Tubos capilares, lâminas e lamínulas descartáveis	Laboratório de análises clínicas.
 Agulhas e outros instrumentais perfurocortantes odontológicos	Consultório odontológico, quando aplicável.

Os resíduos serão descartados imediatamente após o uso, no próprio local de geração, em coletores apropriados, respeitando o limite de preenchimento indicado pelo fabricante e a legislação aplicável.

Será proibido o descarte de perfurocortantes em sacos destinados aos demais grupos de resíduos, bem como seu reencape manual inadequado, esvaziamento ou reaproveitamento dos coletores.

1.Matriz consolidada de identificação dos grupos e pontos de geração

A matriz abaixo sistematiza os principais pontos de geração previstos para a operação assistencial das UPAs.

Ambiente ou setor	Grupos potencialmente gerados
 Acolhimento e classificação de risco	A, D e E
 Consultórios médicos	A, D e E; B quando aplicável
 Sala de medicação	A, B, D e E
 Sala de procedimentos e curativos	A, B, D e E
 Sala de estabilização	A, B, D e E
 Observação adulta e pediátrica	A, B, D e E
 Áreas de isolamento	A, B, D e E, conforme os procedimentos
 Laboratório de análises clínicas	A, B, D e E
 Radiologia e ultrassonografia	D e, conforme os insumos e técnicas, B
 Sala de imobilização e ortopedia	A, D e E; B quando aplicável
 Farmácia	B e D; E quando gerado
 Expurgo e processamento de materiais	A, B, D e E
 Rouparia e lavanderia	D e, eventualmente, A ou E, quando encontrados materiais descartados irregularmente
 Copa, cozinha e refeitório	D
 Recepção e áreas administrativas	D
 Almoxarifado	D e B, quando houver descarte de produtos químicos
 Áreas de manutenção	B e D; E quando gerado
 Atendimento odontológico, quando executado	A, B, D e E

A matriz apresenta os grupos potencialmente associados às atividades de cada setor, e não uma afirmação de geração permanente de todos eles. A classificação definitiva será feita conforme as características do resíduo efetivamente produzido.

2.Identificação dos pontos de geração e disponibilização dos coletores

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará a identificação dos pontos de geração de resíduos em cada ambiente, estabelecendo a localização dos recipientes e coletores conforme os procedimentos realizados, o fluxo de atendimento e os riscos associados.

A distribuição considerará a proximidade entre o local de geração e o ponto de descarte, evitando o transporte desnecessário de resíduos pelos ambientes assistenciais.

Os coletores deverão apresentar capacidade compatível com a produção, identificação visível, resistência adequada e características construtivas exigidas para cada grupo.

Nas áreas de procedimentos, medicação, estabilização e laboratório, os recipientes destinados a perfurocortantes serão posicionados próximos aos locais de utilização, em condições que permitam o descarte imediato e seguro.

Nas áreas administrativas e de apoio, serão disponibilizados recipientes destinados aos resíduos comuns e, quando viável, à coleta seletiva.

Cada unidade contará com um levantamento de seus pontos de geração, contemplando:

- Identificação do setor e ambiente.
- Tipos de resíduos efetivamente gerados.
- Classificação por grupo e subgrupo, quando aplicável.
- Quantidade, capacidade e localização dos recipientes.
- Frequência prevista para recolhimento.
- Responsável pela verificação das condições de segregação.
- Procedimentos específicos para situações de risco ou não conformidade.

3.Controle e atualização do inventário de resíduos

A identificação dos resíduos será consolidada no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) de cada unidade, permitindo o acompanhamento dos quantitativos gerados, dos pontos de descarte e das necessidades de adequação dos procedimentos operacionais.

O levantamento será atualizado sempre que houver alterações nas atividades assistenciais, incorporação de equipamentos, implantação de serviços, modificação dos processos ou identificação de novos resíduos.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá registros que permitam acompanhar a geração por grupo e setor, identificar situações de segregação inadequada e estabelecer medidas corretivas.

A equipe responsável pelo gerenciamento realizará orientações e capacitações periódicas aos profissionais, com atenção especial aos setores de maior geração de resíduos infectantes, químicos e perfurocortantes.

4.Compromisso institucional

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará que a identificação e a segregação dos resíduos ocorram desde o momento e local de sua geração, mediante critérios técnicos, recipientes adequados e responsabilidades operacionais definidas.

A organização proposta permitirá reconhecer os resíduos produzidos nas diferentes áreas das UPAs Norte e Sul, estabelecer procedimentos específicos para cada grupo e garantir sua integração ao fluxo segregado e unidirecional de coleta, transporte, armazenamento e destinação final.

O modelo contribuirá para a prevenção de acidentes ocupacionais, redução dos riscos de contaminação, utilização adequada dos recursos e atendimento às exigências sanitárias e ambientais aplicáveis.

b.**Descrição da segregação, do acondicionamento, da coleta interna, do armazenamento temporário e do armazenamento externo, demonstrando a segregação e a unidirecionalidade**

O gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) constitui uma atividade essencial à segurança sanitária, à proteção da saúde dos trabalhadores, dos usuários e da coletividade, bem como à preservação do meio ambiente. Sua execução exige procedimentos padronizados, responsabilidades definidas e mecanismos permanentes de acompanhamento, capazes de assegurar o manejo adequado dos resíduos desde sua geração até a destinação final ambientalmente adequada.

Em 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em iniciativa conjunta com o Ministério do Meio Ambiente, publicou o Manual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, com orientações técnicas destinadas à elaboração e à implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS). Embora permaneça como referência histórica e conceitual, o documento foi elaborado sob regulamentação posteriormente atualizada, razão pela qual sua utilização deverá observar as disposições normativas atualmente aplicáveis.

Nesse contexto, destaca-se a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e substituiu a RDC nº 306/2004. A regulamentação estabelece os requisitos sanitários relacionados à segregação, ao acondicionamento, à identificação, à coleta, ao armazenamento, ao transporte, ao tratamento e à destinação dos resíduos, considerando suas características e os riscos associados.

De forma complementar, permanece aplicável a Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde, estabelecendo diretrizes de proteção à saúde pública, à segurança ocupacional e à qualidade ambiental.

A estrutura normativa é complementada pela Lei Federal nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, que instituiu a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), e pelo Decreto Federal nº 10.936, de 12 de janeiro de 2022, responsável por sua regulamentação.

Esses instrumentos estabelecem princípios voltados à prevenção e à redução da geração de resíduos, à adoção de práticas ambientalmente adequadas, ao aproveitamento de materiais quando tecnicamente permitido e à responsabilização dos agentes envolvidos no gerenciamento.

Quanto à classificação dos resíduos sólidos em relação à periculosidade, deverão ser consideradas as disposições da ABNT NBR 10004-1:2024 e da ABNT NBR 10004-2:2024, observadas as regras de transição e as determinações dos órgãos ambientais competentes. No âmbito dos serviços de saúde, a classificação dos resíduos por grupos de risco seguirá as disposições específicas da RDC Anvisa nº 222/2018.

Os resíduos de serviços de saúde compreendem aqueles resultantes de atividades relacionadas à atenção à saúde humana ou animal, incluindo estabelecimentos hospitalares, unidades de pronto atendimento, serviços ambulatoriais, laboratórios, farmácias, unidades móveis e demais atividades abrangidas pela regulamentação sanitária e ambiental.

O gerenciamento desses resíduos deverá priorizar ações preventivas, com identificação dos riscos presentes em cada etapa operacional e adoção de medidas que reduzam a possibilidade de acidentes, contaminações e impactos ambientais.

Para tanto, o PGRSS deverá contemplar o diagnóstico dos resíduos gerados, sua caracterização e quantificação, a identificação dos pontos de

geração, os procedimentos de segregação e acondicionamento, os fluxos de coleta e transporte, as condições de armazenamento, os métodos de tratamento aplicáveis e os mecanismos de controle da destinação final.

Também deverão ser estabelecidas responsabilidades operacionais, medidas de proteção individual e coletiva, procedimentos para situações de emergência, ações de educação permanente e instrumentos de monitoramento e avaliação dos resultados.

A responsabilidade pelo gerenciamento adequado dos resíduos permanece vinculada ao estabelecimento gerador, inclusive quando determinadas etapas forem executadas por empresas especializadas, observadas as disposições legais aplicáveis e a responsabilidade dos demais agentes envolvidos.

Assim, a contratação de serviços terceirizados de coleta, transporte, tratamento ou destinação final não afasta o dever de fiscalização, acompanhamento e manutenção dos registros necessários à comprovação da regularidade dos procedimentos adotados.

A elaboração e a implementação do PGRSS deverão partir de um diagnóstico das condições operacionais da unidade, permitindo identificar os tipos e volumes de resíduos produzidos, os pontos críticos de geração, as necessidades de infraestrutura e eventuais oportunidades de aperfeiçoamento dos processos.

A partir dessas informações, serão definidas medidas proporcionais à realidade assistencial, com atenção à segurança dos profissionais, à prevenção de infecções, à racionalização dos recursos e ao cumprimento dos requisitos sanitários e ambientais.

A melhoria do gerenciamento dos resíduos não pressupõe alterações indiscriminadas na rotina dos serviços, mas exige revisão periódica dos procedimentos, capacitação das equipes, acompanhamento de indicadores e correção das não conformidades identificadas.

Dessa forma, o gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde será conduzido como parte integrante da gestão assistencial e ambiental da unidade, mediante processos organizados, rastreáveis e continuamente avaliados, assegurando a conformidade legal, a proteção da saúde pública e a redução dos impactos ambientais decorrentes das atividades desenvolvidas.



Organização e operacionalização do fluxo de resíduos de serviços de saúde

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará, nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, no município de Palmas/TO, um sistema integrado de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, estruturado para assegurar a segregação na origem, o acondicionamento adequado, a coleta interna segura e o encaminhamento controlado aos locais de armazenamento temporário e externo.

O modelo operacional será fundamentado no princípio da unidirecionalidade, estabelecendo uma sequência contínua de movimentação dos resíduos, desde os pontos de geração até sua retirada pelo serviço de coleta externa, sem retorno às áreas assistenciais ou contato indevido com materiais limpos, medicamentos, alimentos e roupas higienizadas.

A organização observará a classificação dos resíduos estabelecida pela RDC ANVISA nº 222/2018, contemplando os Grupos A (potencialmente infectantes), B (químicos), C (radioativos, quando existentes), D (comuns) e E (perfurocortantes), respeitadas as particularidades de cada grupo e as exigências relativas ao acondicionamento, transporte e armazenamento.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo estabelecerá procedimentos operacionais padronizados para cada etapa, com definição dos responsáveis, identificação dos trajetos internos, utilização de equipamentos apropriados, adoção de medidas de biossegurança e acompanhamento contínuo das condições de execução.

O fluxo será integrado ao Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) de cada unidade, considerando sua estrutura física, os serviços efetivamente prestados, o volume de resíduos gerados e a frequência necessária de recolhimento.

Segregação dos resíduos no ponto de geração

A segregação será realizada imediatamente no local e no momento da geração, pelos profissionais responsáveis pelas atividades assistenciais, administrativas ou de apoio, conforme a natureza e os riscos associados aos resíduos.

Cada ambiente contará com recipientes identificados, adequadamente dimensionados e posicionados próximos aos locais de utilização, permitindo o descarte seguro sem necessidade de deslocamento desnecessário dos materiais.

A separação obedecerá à classificação estabelecida na legislação sanitária, impedindo a mistura de resíduos pertencentes a grupos que exijam formas distintas de gerenciamento.

Grupo	Identificação	Procedimento de segregação
Grupo A	Potencialmente infectantes	Separação conforme o subgrupo e as características de risco biológico, com acondicionamento específico.
Grupo B	Químicos	Segregação segundo a composição, a periculosidade e a compatibilidade entre substâncias.
Grupo C	Radioativos	Segregação específica, caso sejam gerados, conforme as normas da autoridade nuclear competente.
Grupo D	Comuns	Separação entre resíduos recicláveis e não recicláveis, quando aplicável, sem mistura com resíduos perigosos.
Grupo E	Perfurocortantes	Descarte imediato em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, identificados e posicionados próximos à geração.

Etapas Do Manejo Dos Resíduos

❖**Geração e segregação:** a separação correta e criteriosa permite o tratamento diferenciado, a racionalização de recursos despendidos, além de facilitar a reciclagem. Caso haja mistura de resíduos de classes diferentes, um resíduo não perigoso pode ser contaminado e tornar-se perigoso, dificultando seu gerenciamento, bem como um aumento dos custos a ele associados.

❖**Manuseio, acondicionamento e armazenamento:** o manuseio e o acondicionamento correto dos resíduos possibilitam a maximização das oportunidades com a reutilização e a reciclagem, já que determinados resíduos podem ficar irrecuperáveis no caso de serem acondicionados de forma incorreta.

❖**Coleta, transporte, destinação e disposição final:** são etapas que requerem muita atenção no processo de gerenciamento por apresentarem riscos quanto à alteração da qualidade dos resíduos gerados, podendo ser alterada a classe, caso os resíduos sejam misturados. É preciso estabelecer mecanismos

de controle para permitir a rastreabilidade e monitoramento das quantidades geradas, podendo influenciar nos custos para tratamento e disposição final.

OBJETIVOS

O PGRSS tem como objetivo minimizar a geração de resíduos na fonte, adequar à segregação na origem, controlar e reduzir riscos ao meio ambiente e assegurar o correto manuseio e disposição final, em conformidade com a legislação vigente.

Caracterização De Resíduos

Os resíduos sólidos podem ser classificados de várias formas. Com relação aos riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública, a NBR 10004/2004 classifica os resíduos sólidos em:

❖**Resíduos classe I,** denominados perigosos, são aqueles que, em função de suas propriedades físicas, químicas ou biológicas, podem apresentar riscos à saúde e ao meio ambiente. São caracterizados por possuírem uma ou mais das seguintes propriedades: inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade e patogenicidade.

❖**Resíduos classe II** denominados não perigosos são subdivididos em duas classes: classe II-A e classe II-B.

❖**Os resíduos classe II-A-não inertes podem ter as seguintes propriedades:** biodegradabilidade, combustibilidade ou solubilidade em água, enquanto que os resíduos classe II-B-inertes não apresentam nenhum de seus constituintes solubilizados a concentrações superiores aos padrões de potabilidade de água, com exceção dos aspectos cor, turbidez, dureza e sabor.

❖**Quanto à origem e natureza, os resíduos sólidos são classificados em:** domiciliar, comercial, varrição e feiras livres, serviços de

saúde, portos, aeroportos e terminais rodoviários e ferroviários, industriais, agrícolas e resíduos de construção civil.

❖**Entretanto, de acordo com a responsabilidade pelo gerenciamento dos resíduos, pode-se agrupá-los em dois grandes grupos.** O primeiro grupo refere-se aos resíduos sólidos urbanos, compreendido pelos resíduos domésticos ou residenciais; resíduos comerciais; resíduos públicos.

❖**O segundo grupo, dos resíduos de fontes especiais, abrange:** resíduos industriais; resíduos da construção civil; rejeitos radioativos; resíduos de portos, aeroportos e terminais rodoferroviários; resíduos agrícolas; resíduos de serviços de saúde.

❖Além disso, os resíduos podem ser classificados ainda por sua natureza física (seco ou molhado) e por sua composição química (matéria orgânica e inorgânica).

Classificação dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS)

A caracterização e classificação dos resíduos de serviços de saúde (RSS) consistiram na formação de grupos e subgrupos de resíduos, conforme disposições das resoluções vigentes, em função das suas características e dos riscos potenciais à saúde pública e ao meio ambiente, tendo como objetivos principais:

❖O conhecimento das atividades desenvolvidas no estabelecimento de saúde e os resíduos nele gerados;

❖A identificação dos resíduos de serviços de saúde gerados em cada setor do estabelecimento de saúde;

❖A possibilidade da segregação dos resíduos na origem visando aos processos e instalações disponíveis para tratamento e as vias possíveis de minimização, entre outros.

❖De acordo com a RDC/Anvisa nº 306/2004), os resíduos de serviço de saúde podem ser subdivididos em cinco diferentes grupos descritos na figura abaixo:

Infectante					Químico	Radioativo	Reciclável	Resíduos Comum	Perfuro cortante
									
A1	A2	A3	A4	A5	B	C	D	D	E

INFECTANTES – GRUPO A

O grupo A é identificado, no mínimo, pelo símbolo de risco biológico, com rótulo de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da expressão RESÍDUO INFECTANTE.



A1

❖Culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados, meios de cultura e instrumentais para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética.

❖Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microrganismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas.

❖Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes com classe de risco, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.

❖Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemoderivados rejeitados por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.

❖Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

A2

❖Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com

risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou a confirmação diagnóstica.

❖Resíduos contendo microrganismos com alto risco de transmissibilidade e alto potencial de letalidade.

A3

❖Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal, e não tenha havido requisição pelo pacienta ou por familiares.

A4

❖Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados. Filtros de ar ou gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares. Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde não

❖contendo sangue ou líquidos corpóreos; resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos, peças anatômicas e outros resíduos provenientes de animais não submetidos à inoculação de microrganismos; bolsas transfusionais vazias ou com volume residual.

❖Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações.

A5

❖Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes, e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.

QUÍMICOS – GRUPO B

Resíduos químicos são aqueles que contêm substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Estes podem ser divididos em:

PERIGOSOS:

Apresentam características de toxidade, reatividade, inflamabilidade e/ou corrosividade, já descritas anteriormente.

NÃO PERIGOSOS:

Resultantes das atividades laboratoriais de estabelecimentos de prestação de serviços de saúde que não apresentam características de toxicidade, reatividade, inflamabilidade e/ ou corrosividade, enquadrando-se no grupo D.

A periculosidade é avaliada pelo risco que esses compostos representam à saúde ou ao meio ambiente, levando em consideração as concentrações de uso. Como exemplos de resíduos perigosos, temos as soluções de brometo de etídio, diaminobenzidina (DAB), formol e fenol-clorofórmio, cianetos, solventes contendo flúor, cloro, bromo ou iodo, benzenos e derivados e soluções contendo metais, como chumbo, mercúrio, cádmio, etc.

De modo geral, nos rótulos dos produtos químicos existem símbolos impressos que dão ideia da periculosidade do produto. Em produtos fabricados antes de 1990, os símbolos podem não estar impressos. Informações sobre as

características de cada produto podem ser encontradas nas Fichas de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), conforme NBR 14725 da ABNT e Decreto/PR 2657/98 e ou no site dos fabricantes. A FISPQ não se aplica aos produtos farmacêuticos e cosméticos.

RADIOATIVOS – GRUPO C

Rejeitos radioativos; resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

Enquadram-se neste grupo quaisquer materiais resultantes de laboratórios de pesquisa e ensino na área de saúde, laboratórios de análises clínicas se serviços de medicina nuclear e radioterapia que contenham radionuclídeos em quantidade superior aos limites de eliminação.

COMUM – GRUPO D

Resíduos Comuns são aqueles que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

❖Papel de uso sanitário, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, resto alimentar de paciente;

❖Sobras de alimentos e do preparo de alimentos;

❖Resto alimentar de refeitório;

❖Resíduos provenientes das áreas administrativas;

❖Resíduos de varrição, flores, podas e jardins;

❖Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.

PERFUROCORTANTES – GRUPO E

Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; ponteiras de micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

MANUSEIO

No manuseio de resíduos de serviços de saúde, o funcionário deverá:

❖Utilizar equipamentos de proteção individual (EPIs), como uniforme, luvas, avental impermeável, máscara, óculos e botas, para recolhimento destes resíduos;

❖Realizar a higienização das mãos antes de calçar as luvas e depois de retirá-las e após o manuseio dos RSS;

❖Estar capacitado para segregar adequadamente os RSS e reconhecer o sistema de identificação e a forma de acondicionamento;

❖Remover os RSS acondicionados na unidade geradora para o expurgo (armazenamento intermediário) e deste para o depósito de resíduos, respeitando frequência, horário e demais exigências deste serviço;

❖Os sacos plásticos e os recipientes de perfurocortantes devem ser fechados e recolhidos quando seu preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou quando necessário;

❖Não apertar os sacos plásticos com intuito de diminuir o volume para facilitar seu fechamento, a fim de evitar acidentes de trabalho, e distribuição de particulados;

❖Manipular e transportar os sacos plásticos distantes do corpo, a fim de evitar contaminação;

❖Os sacos plásticos recolhidos das unidades geradoras devem ser acondicionados em containers específicos para armazenamento temporário, impedindo que os resíduos sejam dispostos diretamente no chão do expurgo;

❖Remover cuidadosamente os resíduos de forma a não permitir o rompimento dos sacos plásticos e no caso de acidentes ou derramamentos realizar imediatamente a limpeza e desinfecção simultânea do local, notificando a chefia do local (ou da unidade);

❖Remover as embalagens das unidades geradoras até o depósito de resíduos para armazenamento, sem esforço excessivo ou risco de acidente para o funcionário, e ou pessoas em seu entorno.

MANUSEIO DE RESÍDUOS INFECTANTES

❖Os resíduos infectantes deverão ser acondicionados em sacos brancos, com simbologia infectante e encaminhados para tratamento e destinação final, por empresa terceirizada, devidamente autorizada e licenciada a este fim;

❖O tratamento dos resíduos perfurocortantes (devido à complexidade dessa classe), por conterem seringas e tubos com sangue, frascos de vacinas e tubos de coleta de exames com líquidos corpóreos na forma livre, podendo apresentar ou não, microrganismos de relevância epidemiológica;

❖A empresa que realizará a coleta e processará o material para encaminhar ao destino final será contatada antes do inicio das atividades;

❖No processo de utilização de seringas com agulhas, as mesmas não devem ser reencapadas, desconectadas e/ou desprezadas em locais não específicos a fim de evitar acidentes ocupacionais com os servidores;

❖Os materiais perfurocortantes devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, em recipientes rígidos resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, obedecendo ao limite de segurança para preenchimento, 2/3 de sua capacidade ou 05 (cinco) cm de distância da boca do recipiente, e identificado como lixo infectante, conforme norma ABNT;

❖Após preenchido, os recipientes serão encaminhados para o abrigo externo, até o momento da coleta para tratamento e destinação final.

Incompatibilidade Química

A lista abaixo contém uma relação de produtos químicos que, devido as suas propriedades químicas, podem reagir violentamente entre si resultando numa explosão, ou podendo produzir gases altamente tóxicos ou inflamáveis.

Por este motivo quaisquer atividades que necessitem o transporte, o armazenamento, a utilização e o descarte deverá ser executado de tal maneira que as substâncias da coluna da esquerda, acidentalmente, não entrem em contato com as correspondentes substâncias químicas na coluna do lado direito por conta do grande número de substâncias perigosas, relacionamos aqui apenas as principais.

SUBSTÂNCIA	INCOMPATÍVEL COM:
Acetona	Ácido nítrico (concentrado); Ácido sulfúrico (concentrado); Peróxido de hidrogênio.
Acetonitrila	Oxidantes, ácidos.
Ácido acético	Ácido crômico; Ácido nítrico; Ácido perclórico; Peróxido de hidrogênio; Permanganatos.
Ácido clorídrico	Metais mais comuns; Aminas; Óxidos metálicos; Anidrido acético; Acetato de vinila; Sulfato de mercúrio; Fosfato de cálcio; Formaldeído; Carbonatos; Bases fortes; Ácido sulfúrico; Ácido clorossulfônico.
Ácido clorossulfônico	Materiais orgânicos; Água; Metais na forma de pó.
Ácido crômico	Ácido acético; Naftaleno; Cânfora; Glicerina; Alcoóis; Papel.
Ácido fluorídrico (anidro)	Amônia (anidra ou aquosa).
Ácido nítrico (concentrado)	Ácido acético; Acetona; Alcoóis; Anilina; Ácido crômico.
Ácido oxálico	Prata e seus sais; Mercúrio e seus sais; Peróxidos orgânicos.
Ácido perclórico	Anidrido acético; Alcoóis; Papel; Madeira.
Ácido sulfúrico	Cloratos; Percloratos; Permanganatos; Peróxidos orgânicos.
Metais alcalinos e alcalino-terrosos (sódio, potássio, lítio, magnésio, cálcio)	Dióxido de carbono; Tetracloreto de carbono e outros hidrocarbonetos clorados; quaisquer ácidos livres; quaisquer halogênios; Aldeídos; Cetonas. **NÃO USAR ÁGUA, ESPUMA, NEM EXTINTORES DE PÓ QUÍMICO EM INCÊNDIO QUE ENVOLVAM ESTES METAIS. USAR AREIA SECA.**
Álcool amílico, etílico e metílico	Ácido clorídrico; Ácido fluorídrico; Ácido fosfórico.
Carvão ativo	Hipoclorito de cálcio; Todos os agentes oxidantes.
Cianetos	Ácidos.

MANUSEIO DE RESÍDUOS COMUNS

❖Descartarão os resíduos comuns nos recipientes especificados por cor e identificação, respeitando o grupo de resíduos, como papel, plástico, vidro e metal, e de assistência ao cliente, a fim de facilitar o a destinação para reciclagem através de cooperativa de catadores;

❖Descartarão os resíduos comuns não recicláveis e de assistência ao cliente, salas administrativas, e laboratórios, desde que não estejam contaminados por produtos químicos, radioativos ou materiais infectantes, nos recipientes com sacos plásticos de cor preta, não sendo necessário tratamento prévio para disposição final no aterro municipal;

❖Vidro quebrado e material perfurocortante não contaminados devem ser descartados em caixas de papelão, devidamente lacrada e identificada.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **NBR 10004:2004.**

Resíduos Sólidos – Classificação. 71 p.

BRASIL. **Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010**. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei no 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências.

CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE-CONAMA. **Resolução nº. 275 de 25**

de abril de 2001. Estabelece o código de cores para os diferentes tipos de resíduos, a ser adotado na identificação de coletores e transportadores, bem como nas campanhas informativas para a coleta seletiva.

FONSECA, J. C. L.; MARCHY, M. R. R. **Manual para gerenciamento de resíduos perigosos**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 92 p.

MONTEIRO, J. H. P. *et al*. **Manual de Gerenciamento Integrado de resíduos**. Rio de Janeiro: IBAM, 2001. 200 p.

NR, **Norma Regulamentadora Ministério do Trabalho e Emprego. NR-7** - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. 2009.

NR, Norma Regulamentadora Ministério do Trabalho e Emprego. NR-9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. 2009.

PIVA, H. L.; FILHO, A. A. **Coleta seletiva e reciclagem de excedentes industriais.**

São Paulo: FIESP/CIESP, 2003.

OLIVEIRA, M. L. B., GIANI, R. A.. **Relatório estatístico acidentário trimestral referência ao ano de 2017.** SOST HCUFTM, 2017.

SISTEMA FIRJAN. **Manual de Gerenciamento de Resíduos: guia de procedimento passo a passo.** Rio de Janeiro: GMA, 2006. 27 p.

ANEXO I – RESOLUÇÃO CONAMA Nº 358, DE 29 DE ABRIL DE 2005.

RESOLUÇÃO CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005 Publicada no DOU nº 84, de 4 de maio de 2005, Seção 1, páginas 63-65.

Correlações:

·Revoga as disposições da Resolução nº 5/93, que tratam dos resíduos sólidos oriundos dos serviços de saúde, para os serviços abrangidos no art. 1º desta Resolução.

·Revoga a Resolução nº 283/01

Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.

O CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE-CONAMA, no uso das competências que lhe são conferidas pela Lei no 6.938, de 31 de agosto de 1981, regulamentada pelo Decreto nº 99.274, de 6 de julho de 1990, e tendo em vista o disposto em seu Regimento Interno, anexo à Portaria nº 499, de 18 de dezembro de 2002152, e o que consta do Processo nº 02000.001672/2000-76, volumes I e II, resolve:

Considerando os princípios da prevenção, da precaução, do poluidor pagador, da correção na fonte e de integração entre os vários órgãos envolvidos para fins do licenciamento e da fiscalização;

Considerando a necessidade de aprimoramento, atualização e complementação dos procedimentos contidos na Resolução CONAMA nº 283153, de 12 de julho de 2001, relativos ao tratamento e disposição final dos resíduos dos serviços de saúde, com vistas a preservar a saúde pública e a qualidade do meio ambiente;

Considerando a necessidade de minimizar riscos ocupacionais nos ambientes de trabalho e proteger a saúde do trabalhador e da população em geral;

Considerando a necessidade de estimular a minimização da geração de resíduos, promovendo a substituição de materiais e de processos por alternativas de menor risco, a redução na fonte e a reciclagem, dentre outras alternativas;

Considerando que a segregação dos resíduos, no momento e local de sua geração, permite reduzir o volume de resíduos que necessitam de manejo diferenciado;

Considerando que soluções consorciadas, para fins de tratamento e disposição final de resíduos de serviços de saúde, são especialmente indicadas para pequenos geradores e municípios de pequeno porte;

Considerando que as ações preventivas são menos onerosas do que as ações corretivas e minimizam com mais eficácia os danos causados à saúde pública e ao meio ambiente;

Considerando a necessidade de ação integrada entre os órgãos federais, estaduais e municipais de meio ambiente, de saúde e de limpeza urbana com o objetivo de regulamentar o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, resolve:

Art. 1º Esta Resolução aplica-se a todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de Campo ; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos; importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de tatuagem, entre outros similares.

Parágrafo único. Esta Resolução não se aplica a fontes radioativas seladas, que devem seguir as determinações da Comissão Nacional de Energia Nuclear- CNEN, e às indústrias de produtos para a saúde, que devem observar as condições específicas do seu licencia- mento ambiental.

Portaria revogada pela Portaria MMA nº 168, de 10 de junho de 2005. 153 Resolução revogada pela Resolução nº 358/05

Art. 2º Para os efeitos desta Resolução considera-se:

Agente de classe de risco 4 (elevado risco individual e elevado risco para a comunidade): patógeno que representa grande ameaça para o ser humano e para os animais, representando grande risco a quem o manipula e tendo grande poder de

transmissibilidade de um indivíduo a outro, não existindo medidas preventivas e de tratamento para esses agentes;

Estabelecimento: denominação dada a qualquer edificação destinada à realização de atividades de prevenção, produção, promoção, recuperação e pesquisa na área da saúde ou que estejam a ela relacionadas;

estação de transferência de resíduos de serviços de saúde: é uma unidade com instalações exclusivas, com licença ambiental expedida pelo órgão competente, para executar transferência de resíduos gerados nos serviços de saúde, garantindo as características originais de acondicionamento, sem abrir ou transferir conteúdo de uma embalagem para a outra;

líquidos corpóreos: são representados pelos líquidos cefalorraquidiano, pericárdico, pleural, articular, ascítico e amniótico;

materiais de assistência à saúde: materiais relacionados diretamente com o pro- cesso de assistência aos pacientes;

prion: estrutura protéica alterada relacionada como agente etiológico das diversas formas de encefalite espongiforme;

redução de carga microbiana: aplicação de processo que visa a inativação microbiana das cargas biológicas contidas nos resíduos;

nível III de inativação microbiana: inativação de bactérias vegetativas, fungos, vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e microbactérias com redução igual ou maior que 6Log10, e inativação de esporos do bacilo Stearothermophilus ou de esporos do bacilo Subtilis com redução igual ou maior que 4Log10;

sobras de amostras: restos de sangue, fezes, urina, suor, lágrima, leite, colostro, líquido espermático, saliva, secreções nasal, vaginal ou peniana, pelo

e unha que permanecem nos tubos de coleta após a retirada do material necessário para a realização de investigação;

resíduos de serviços de saúde: são todos aqueles resultantes de atividades exercidas nos serviços definidos no art. 1º desta Resolução que, por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final;

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS: documento integrante do processo de licenciamento ambiental, baseado nos princípios da não geração de resíduos e na minimização da geração de resíduos, que aponta e descreve as ações relativas ao seu manejo, no âmbito dos serviços mencionados no art. 1º desta Resolução, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, reciclagem, tratamento e disposição final, bem como a proteção à saúde pública e ao meio ambiente;

sistema de tratamento de resíduos de serviços de saúde: conjunto de unidades, processos e procedimentos que alteram as características físicas, físico- químicas, químicas ou biológicas dos resíduos, podendo promover a sua descaracterização, visando a minimização do risco à saúde pública, a preservação da qualidade do meio ambiente, a segurança e a saúde do trabalhador;

disposição final de resíduos de serviços de saúde: é a prática de dispor os resíduos sólidos no solo previamente preparado para recebê-los, de acordo com critérios técnico-construtivos e operacionais adequados, em consonância com as exigências dos órgãos ambientais competentes; e

redução na fonte: atividade que reduza ou evite a geração de resíduos na origem, no processo, ou que altere propriedades que lhe atribuam riscos, incluindo modificações no processo ou equipamentos, alteração de insumos, mudança de tecnologia ou procedimento, substituição de materiais, mudanças na prática de gerenciamento, administração interna do suprimento e aumento na eficiência dos equipamentos e dos processos.

Art. 3º Cabe aos geradores de resíduos de serviço de saúde e ao responsável legal, referidos no art. 1º desta Resolução, o gerenciamento dos

resíduos desde a geração até a disposição final, de forma a atender aos requisitos ambientais e de saúde pública e saúde ocupacional, sem prejuízo de responsabilização solidária de todos aqueles, pessoas físicas e jurídicas que, direta ou indiretamente, causem ou possam causar degradação ambiental, em especial os transportadores e operadores das instalações de tratamento e disposição final, nos termos da Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981.

Art. 4º Os geradores de resíduos de serviços de saúde constantes do art. 1º desta Resolução 154, em operação ou a serem implantados, devem elaborar e implantar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde-PGRSS, de acordo com a legislação vigente, especialmente as normas da vigilância sanitária.

§ 1º Cabe aos órgãos ambientais competentes dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a fixação de critérios para determinar quais serviços serão objetos de licenciamento ambiental, do qual deverá constar o PGRSS.

§ 2º O órgão ambiental competente, no âmbito do licenciamento, poderá, sempre que necessário, solicitar informações adicionais ao PGRSS.

§ 3º O órgão ambiental, no âmbito do licenciamento, fixará prazos para regularização dos serviços em funcionamento, devendo ser apresentado o PGRSS devidamente implantado.

Art. 5º O PGRSS deverá ser elaborado por profissional de nível superior, habilitado pelo seu conselho de classe, com apresentação de Anotação de Responsabilidade Técnica - ART, Certificado de Responsabilidade Técnica ou documento similar, quando couber.

Art. 6º Os geradores dos resíduos de serviços de saúde deverão apresentar aos órgãos competentes, até o dia 31 de março de cada ano, declaração, referente ao ano civil anterior, subscrita pelo administrador principal da empresa e pelo responsável técnico devidamente habilitado, acompanhada da respectiva ART, relatando o cumprimento das exigências previstas nesta Resolução.

Parágrafo único. Os órgãos competentes poderão estabelecer critérios e formas para apresentação da declaração mencionada no caput deste artigo,

inclusive, dispensando-a se for o caso para empreendimentos de menor potencial poluidor.

Art. 7º Os resíduos de serviços de saúde devem ser acondicionados atendendo às exigências legais referentes ao meio ambiente, à saúde e à limpeza urbana, e às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, ou, na sua ausência, às normas e critérios internacionalmente aceitos.

Art. 8º Os veículos utilizados para coleta e transporte externo dos resíduos de serviços de saúde devem atender às exigências legais e às normas da ABNT.

Art. 9º As estações para transferência de resíduos de serviços de saúde devem estar licenciadas pelo órgão ambiental competente.

Parágrafo único. As características originais de acondicionamento devem ser mantidas, não se permitindo abertura, rompimento ou transferência do conteúdo de uma embalagem para outra.

Art. 10. Os sistemas de tratamento e disposição final de resíduos de serviços de saúde devem estar licenciados pelo órgão ambiental competente para fins de funcionamento e submetidos a monitoramento de acordo com parâmetros e periodicidade definidos no licenciamento ambiental.

Parágrafo único. São permitidas soluções consorciadas para os fins previstos neste artigo.

Art. 11. Os efluentes líquidos provenientes dos estabelecimentos prestadores de ser- viços de saúde, para serem lançados na rede pública de esgoto ou em corpo receptor, devem atender às diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

Art. 12. Para os efeitos desta Resolução e em função de suas características, os resíduos de serviço de saúde são classificados de acordo com o anexo I desta Resolução.

Art. 13. Os resíduos não caracterizados no anexo I desta Resolução devem estar contemplados no PGRSS, e seu gerenciamento deve seguir as orientações específicas de acordo com a legislação vigente ou conforme a orientação do órgão ambiental competente.

Art. 14. É obrigatória a segregação dos resíduos na fonte e no momento da geração, de acordo com suas características, para fins de redução do volume dos resíduos a serem tratados e dispostos, garantindo a proteção da saúde e do meio ambiente.

Art. 15. Os resíduos do Grupo A1, constantes do anexo I desta Resolução, devem ser submetidos a processos de tratamento em equipamento que promova redução de carga microbiana compatível com nível III de inativação microbiana e devem ser encaminhados para aterro sanitário licenciado ou local devidamente licenciado para disposição final de resíduos dos serviços de saúde.

Art. 16. Os resíduos do Grupo A2, constantes do anexo I desta Resolução, devem ser submetidos a processo de tratamento com redução de carga microbiana compatível com nível III de inativação e devem ser encaminhados para:

aterro sanitário licenciado ou local devidamente licenciado para disposição final de resíduos dos serviços de saúde, ou sepultamento em cemitério de animais.

Parágrafo único. Deve ser observado o porte do animal para definição do processo de tratamento. Quando houver necessidade de fracionamento, este deve ser autorizado previamente pelo órgão de saúde competente.

Art. 17. Os resíduos do Grupo A3, constantes do anexo I desta Resolução, quando não houver requisição pelo paciente ou familiares e/ou não tenham mais valor científico ou legal, devem ser encaminhados para:

sepultamento em cemitério, desde que haja autorização do órgão competente do Município, do Estado ou do Distrito Federal; ou tratamento térmico por incineração ou cremação, em equipamento devidamente licenciado para esse fim.

Parágrafo único. Na impossibilidade de atendimento dos incisos I e II, o órgão ambiental competente nos Estados, Municípios e Distrito Federal pode aprovar outros processos alternativos de destinação.

Art. 18. Os resíduos do Grupo A4, constantes do anexo I desta Resolução, podem ser encaminhados sem tratamento prévio para local

devidamente licenciado para a disposição final de resíduos dos serviços de saúde.

Parágrafo único. Fica a critério dos órgãos ambientais estaduais e municipais a exigência do tratamento prévio, considerando os critérios, especificidades e condições ambientais locais.

Art. 19. Os resíduos do Grupo A5, constantes do anexo I desta Resolução, devem ser submetidos a tratamento específico orientado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA

Art. 20. Os resíduos do Grupo A não podem ser reciclados, reutilizados ou reaproveitados, inclusive para alimentação animal.

Art. 21. Os resíduos pertencentes ao Grupo B, constantes do anexo I desta Resolução, com características de periculosidade, quando não forem submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento e disposição final específicos.

- § 1º As características dos resíduos pertencentes a este grupo são as contidas na Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos-FISPQ.
- § 2º Os resíduos no estado sólido, quando não tratados, devem ser dispostos em aterro de resíduos perigosos - Classe I.
- § 3º Os resíduos no estado líquido não devem ser encaminhados para disposição final em aterros.

Art. 22. Os resíduos pertencentes ao Grupo B, constantes do anexo I desta Resolução, sem características de periculosidade, não necessitam de tratamento prévio.

- § 1º Os resíduos referidos no caput deste artigo, quando no estado sólido, podem ter disposição final em aterro licenciado.
- § 2º Os resíduos referidos no caput deste artigo, quando no estado líquido, podem ser lançados em corpo receptor ou na rede pública de esgoto, desde que atendam respectivamente as diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

Art. 23. Quaisquer materiais resultantes de atividades exercidas pelos serviços referidos no art. 1o desta Resolução que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados na norma CNEN-

NE-6.02 - Licencia- mento de Instalações Radiativas, e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista, são considerados rejeitos radioativos (Grupo C) e devem obedecer às exigências definidas pela CNEN.

- § 1º Os rejeitos radioativos não podem ser considerados resíduos até que seja decorrido o tempo de decaimento necessário ao atingimento do limite de eliminação.

- § 2º Os rejeitos radioativos, quando atingido o limite de eliminação, passam a ser considerados resíduos das categorias biológica, química ou de resíduo comum, devendo seguir as determinações do grupo ao qual pertencem.

Art. 24. Os resíduos pertencentes ao Grupo D, constantes do anexo I desta Resolução, quando não forem passíveis de processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser encaminhados para aterro sanitário de resíduos sólidos urbanos, devidamente licenciado pelo órgão ambiental competente.

Parágrafo único. Os resíduos do Grupo D, quando for passível de processo de reutilização, recuperação ou reciclagem devem atender as normas legais de higienização e descontaminação e a Resolução CONAMA nº 275, de 25 de abril de 2001.

Art. 25. Os resíduos pertencentes ao Grupo E, constantes do anexo I desta Resolução, devem ter tratamento específico de acordo com a contaminação química, biológica ou radiológica.

§ 1º Os resíduos do Grupo E devem ser apresentados para coleta acondicionados em coletores estanques, rígidos e hígidos, resistentes à ruptura, à punctura, ao corte ou à escarificação.

§ 2º Os resíduos a que se refere o caput deste artigo, com contaminação radiológica, devem seguir as orientações contidas no art. 23, desta Resolução.

§ 3º Os resíduos que contenham medicamentos citostáticos ou antineoplásicos, devem ser tratados conforme o art. 21, desta Resolução.

§ 4º Os resíduos com contaminação biológica devem ser tratados conforme os

arts. 15 e 18 desta Resolução.

Art. 26. Aos órgãos ambientais competentes, integrantes do Sistema Nacional de Meio Ambiente-SISNAMA, incumbe a aplicação desta Resolução, cabendo-lhes a fiscalização, bem como a imposição das penalidades administrativas previstas na legislação pertinente.

Art. 27. Para os municípios ou associações de municípios com população urbana até 30.000 habitantes, conforme dados do último censo disponível do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, e que não disponham de aterro sanitário licenciado, admite- se de forma excepcional e tecnicamente motivada, por meio de Termo de Ajustamento de Conduta, com cronograma definido das etapas de implantação e com prazo máximo de três anos, a disposição final em solo obedecendo aos critérios mínimos estabelecidos no anexo II, desta Resolução, com a devida aprovação do órgão ambiental competente.

Art. 28. Os geradores dos resíduos dos serviços de saúde e os órgãos municipais de limpeza urbana poderão, a critério do órgão ambiental competente, receber prazo de até dois anos, contados a partir da vigência desta Resolução, para se adequarem às exigências nela prevista.

§ 1º O empreendedor apresentará ao órgão ambiental competente, entre outros documentos, o cronograma das medidas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Resolução.

§ 2º O prazo previsto no caput deste artigo poderá, excepcional e tecnicamente motivado, ser prorrogado por até um ano, por meio de Termo de Ajustamento de Conduta, ao qual se dará publicidade, enviando-se cópia ao Ministério Público.

Art. 29. O não cumprimento do disposto nesta Resolução sujeitará os infratores às penalidades e sanções previstas na legislação pertinente, em especial na Lei no 9.605, de 12 de fevereiro de 1998, e no seu Decreto regulamentador.

Art. 30. As exigências e deveres previstos nesta resolução caracterizam obrigação de relevante interesse ambiental.

Art. 31. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 32. Revogam-se a Resolução CONAMA nº 283, de 12 de julho de 2001, e as disposições da Resolução nº 5, de 5 de agosto de 1993, que tratam dos resíduos sólidos oriundos dos serviços de saúde, para os serviços abrangidos no art. 1º desta Resolução.

MARINA SILVA - Presidente do Conselho

Fluxo Interno de Coleta de Resíduos

O fluxo interno de coleta de resíduos será determinado a partir da verificação da demanda das atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde, entretanto segue quadro modelo ilustrativo.

CRONOGRAMA DE COLETA E TRANSPORTE INTERNO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (RSS)

O cronograma de coleta e transporte interno dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) será organizado conforme a rotina operacional da unidade, observando os horários previamente estabelecidos, os setores geradores e os procedimentos de segregação, acondicionamento e transporte.

As atividades serão executadas por colaboradores devidamente capacitados, utilizando equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados e carros coletores identificados, de acordo com os grupos de resíduos, em conformidade com os arts. 25 e 26 da RDC Anvisa nº 222/2018



Transporte dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS)

O transporte dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) será planejado e organizado previamente ao início das atividades assistenciais, observando as diretrizes estabelecidas pelo Município de Palmas/TO, especialmente a Lei Municipal nº 2.322, de 13 de julho de 2017, a Lei Complementar Municipal nº 400/2018 e o Plano Municipal de Gestão de Resíduos Sólidos, consideradas suas atualizações.

A definição dos horários, itinerários, frequência de coleta e procedimentos operacionais observará as características da unidade, o volume estimado de resíduos gerados, sua classificação e as exigências dos órgãos sanitários e ambientais competentes.

O transporte interno será realizado por profissionais capacitados, mediante utilização de equipamentos adequados e devidamente identificados, respeitando a segregação dos diferentes grupos de resíduos e os fluxos estabelecidos no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final serão realizados por prestadores devidamente habilitados, observadas as exigências de licenciamento e as responsabilidades legalmente atribuídas ao estabelecimento gerador.

Os procedimentos atenderão às disposições da RDC Anvisa nº 222/2018, da Resolução CONAMA nº 358/2005, da Lei Federal nº 12.305/2010 e do Decreto Federal nº 10.936/2022, sem prejuízo das demais normas estaduais e municipais aplicáveis.

O gerenciamento compreenderá, ainda, o acompanhamento dos serviços executados, o controle dos comprovantes de coleta e destinação e a manutenção dos registros necessários à rastreabilidade dos resíduos, garantindo segurança sanitária, responsabilidade ambiental e conformidade legal.

c.Identificação da destinação final de cada grupo e da forma de contratação do transporte e do tratamento

1. Apresentação e escopo

Cada grupo de resíduo gerado nas UPAs 24h Norte e Sul de Palmas/TO sai da unidade com destino já definido, por empresa licenciada e com documento que prove onde ele foi parar. É isso que este plano amarra.

Na prática, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo vai contratar uma única empresa para coleta, transporte, tratamento

e destinação final dos Grupos A, B e E. O Grupo D segue para a coleta pública municipal e para cooperativa de recicláveis. Toda coleta gera Manifesto de Transporte de Resíduos (MTR). Todo mês, a contratada entrega o Certificado de Destinação Final (CDF).

Um ponto que não pode ficar de fora: contratar terceiro não transfere a responsabilidade. O gerador continua respondendo pelo resíduo até a disposição final, como diz a Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei 12.305/2010, art. 27, § 1º) e a própria lei municipal de Palmas (Lei 2.104/2014). Por isso o plano não termina na assinatura do contrato — ele segue na fiscalização.

Este documento integra o PGRSS de cada UPA e responde ao item de identificação da destinação final e da forma de contratação exigido pela RDC Anvisa 222/2018.

O gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) das UPAs Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar observará a classificação dos resíduos, suas características e os riscos associados, assegurando que cada grupo receba tratamento e destinação final compatíveis com a legislação sanitária e ambiental vigente.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo será responsável por estruturar e acompanhar a contratação dos serviços especializados necessários à coleta externa, ao transporte, ao tratamento e à destinação final dos resíduos que demandem manejo por empresas licenciadas ou devidamente autorizadas pelos órgãos competentes.

A destinação e a forma de contratação serão organizadas conforme a classificação dos resíduos:

Grupo	Caracterização e destinação final	Forma de contratação e controle

A – Resíduos com possível presença de agentes biológicos	Serão encaminhados para tratamento compatível com sua classificação e com o risco associado. Após o tratamento exigido, terão destinação final em instalação devidamente licenciada.	Contratação de empresa especializada para coleta externa, transporte e tratamento, com comprovação da destinação final.
B – Resíduos químicos	Serão encaminhados para tratamento e destinação específicos, considerando a composição química, a periculosidade e as características de cada resíduo.	Contratação de prestador habilitado para coleta, transporte, tratamento e destinação final dos resíduos químicos, observadas as exigências aplicáveis a cada substância.
C – Rejeitos radioativos	Caso sejam gerados nas unidades, serão submetidos ao gerenciamento específico previsto nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), com armazenamento e destinação por serviços autorizados.	A contratação de serviço especializado ocorrerá quando houver geração desse tipo de rejeito, observadas as autorizações e exigências específicas.
D – Resíduos comuns	Serão destinados à coleta pública ou a serviço autorizado, conforme sua natureza. Os materiais recicláveis poderão ser encaminhados à coleta seletiva ou a organizações habilitadas, quando disponível e tecnicamente viável.	Utilização do serviço público de limpeza urbana ou contratação de prestador autorizado, conforme a modalidade de coleta e destinação adotada.
E – Materiais perfurocortantes ou escarificantes	Serão encaminhados para tratamento compatível com o risco apresentado e, posteriormente, para destinação final em instalação licenciada.	Contratação de empresa especializada para coleta externa, transporte, tratamento e destinação final, com emissão dos respectivos comprovantes.

2. Base Normativa

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo

PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)

Base normativa
UPAs 24h Norte e Sul - Palmas/TO

Nº	Esfera	Norma	Objeto / O que estabelece	Etapas do manejo dos resíduos de serviços de saúde						
				Segregação	Acondicionamento	Armazenamento	Transporte	Tratamento	Disposição final	Documentação
1	Federal	Lei nº 12.305/2010 (PNRS)	Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos, com diretrizes para a gestão integrada, responsabilidade compartilhada e gerenciamento ambientalmente adequado.						✓	✓
2	Federal	Decreto nº 10.936/2022	Regulamenta a PNRS e define instrumentos, planos e requisitos do Sistema Nacional de Informações sobre Resíduos Sólidos (SINIR).				✓			✓
3	Federal	RDC Anvisa nº 222/2018	Dispõe sobre o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (RSS), com classificação (Grupos A, B, C, D e E) e requisitos para segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, tratamento, disposição final e registros.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	Federal	Resolução Conama nº 358/2005	Estabelece o tratamento e a disposição final ambientalmente adequados dos resíduos de serviços de saúde.					✓	✓	
5	Federal	Resolução Conama nº 316/2002	Dispõe sobre procedimentos e critérios para o tratamento térmico por incineração de resíduos.					✓		
6	Federal	Resolução ANTT nº 5.998/2022	Regulamenta o transporte rodoviário de produtos perigosos, com requisitos de classificação, embalagem, sinalização, rotulagem, veículos, condutor e operações de transporte aplicáveis aos RSS.				✓			✓
7	Técnica	ABNT NBR 7500	Define a simbologia de risco aplicável às embalagens, rótulos, rótulos de risco e sinalização de veículos no transporte de produtos perigosos, quando aplicável.		✓		✓			
8	Federal	NR-32	Estabelece diretrizes de segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, incluindo o manejo seguro de resíduos.	✓	✓	✓				
9	Municipal	Lei Municipal nº 2.104/2014 (Palmas)	Dispõe sobre a concessão de serviços públicos de limpeza urbana e manejo de resíduos no Município de Palmas, definindo diretrizes para a organização, a prestação e a fiscalização desses serviços.				✓	✓	✓	
10	Municipal	Lei Municipal nº 1.548/2008 (Palmas)	Altera o Código de Posturas do Município de Palmas, incluindo disposições relacionadas ao acondicionamento de resíduos de serviços de saúde.		✓					

Observação: *a aplicabilidade das normas técnicas e municipais deve ser confirmada conforme contrato, licenciamento e versões vigentes.*

3.Contratação, fiscalização e comprovação da destinação

A contratação dos serviços externos deverá estabelecer, de forma expressa, as responsabilidades de cada prestador, os grupos de resíduos abrangidos, a frequência de coleta, as condições de transporte, o tratamento previsto e a unidade responsável pelo recebimento e pela destinação final.

Antes do início da execução dos serviços, serão verificadas as licenças ambientais, autorizações e demais documentos exigíveis dos prestadores e das instalações de tratamento e destinação final, de acordo com a atividade desenvolvida e a legislação aplicável.

A fiscalização será realizada por meio da conferência e do arquivamento dos documentos que comprovem a regularidade da operação, incluindo contratos, licenças, registros de coleta, comprovantes de transporte, Manifestos de Transporte de Resíduos (MTR), quando exigíveis, certificados de tratamento e comprovantes de recebimento ou destinação final.

Os documentos serão mantidos organizados e disponíveis para fiscalização dos órgãos competentes e para acompanhamento pela Administração Pública, permitindo rastrear o percurso dos resíduos desde sua retirada da unidade até a destinação final.

Os procedimentos específicos de cada unidade serão incorporados ao respectivo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), com indicação dos prestadores contratados, das instalações de tratamento e destinação, dos responsáveis pelo acompanhamento e dos mecanismos de controle adotados.

4.Procedimentos de contratação

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará a seleção dos prestadores conforme seu regulamento próprio de compras e contratações com recursos públicos, observando os princípios de economicidade, razoabilidade e transparência estabelecidos no edital. A avaliação das propostas considerará, além do preço, a regularidade documental, a capacidade operacional, a adequação da tecnologia de tratamento e a comprovação de destinação final compatível com cada resíduo.

Antes da mobilização dos serviços, serão verificadas as licenças ambientais e demais autorizações exigíveis para cada atividade, incluindo o transporte, o tratamento e a disposição final. Os prestadores e as instalações receptoras serão identificados nos contratos e no PGRSS, com acompanhamento da validade e do escopo de suas licenças durante toda a execução.

Os instrumentos contratuais estabelecerão, no mínimo:

❖Os grupos e tipos de resíduos abrangidos e as respectivas rotas de tratamento e destinação;

❖A frequência de coleta por unidade, compatível com a geração e a capacidade de armazenamento;

❖As condições de retirada, pesagem, transporte e recebimento;

❖Os critérios de medição, pagamento e comprovação dos serviços;

❖As responsabilidades por incidentes, atrasos, recusa de recebimento e interrupção operacional;

❖A obrigação de apresentar os documentos de rastreabilidade e comunicar alterações nos destinos ou nas condições de licenciamento.

5.Controle e comprovação da destinação

O profissional indicado como responsável técnico pelo PGRSS acompanhará a execução dos serviços e a correspondência entre os resíduos retirados, as quantidades registradas e os destinos comprovados. Serão mantidos, por unidade, os comprovantes de coleta e pesagem, os manifestos de transporte e os certificados ou documentos equivalentes de tratamento e destinação final, conforme aplicáveis.

A fiscalização contratual verificará a regularidade das coletas, a integridade dos recipientes, a documentação dos prestadores e a comprovação do recebimento pelas instalações autorizadas. Eventuais não conformidades serão registradas e submetidas a medidas corretivas, com acionamento de alternativa regularizada quando necessário para assegurar a continuidade do serviço.

6.Destinação final por grupo

O risco do resíduo decide o caminho. Infectante e perfurocortante passam por tratamento antes do aterro; químico vai para incineração ou aterro industrial; o comum entra na coleta municipal e na reciclagem.



A2 (carcaças de animais) e C (rejeito radioativo) não são gerados nas UPAs.

Se algum dia aparecerem, a RT do PGRSS aciona coleta específica antes de qualquer descarte.

O que o PGRSS de cada unidade precisa completar com dado real: a estimativa de geração em kg/mês por grupo, levantada nos primeiros 90 dias de operação.

Dessa forma, A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo providenciará a destinação ambientalmente adequada dos resíduos dos grupos A, B, D e E, com transporte e tratamento compatíveis com os riscos de cada grupo e executados por prestadores devidamente habilitados. A definição das responsabilidades contratuais, a fiscalização dos serviços e a rastreabilidade dos resíduos, desde a retirada das unidades até a destinação final, integrarão o PGRSS, garantindo o atendimento às exigências do edital, a continuidade operacional e a proteção dos trabalhadores, da população e do meio ambiente.

d.**Compromisso de elaboração e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, com indicação do responsável técnico**

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo se compromete a elaborar, implantar, monitorar e manter atualizado o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde de cada unidade sob sua gestão, a UPA 24h Norte e a UPA 24h Sul. Serão dois planos, um por unidade. Cada estabelecimento é um gerador próprio, com perfil de atendimento, volume de resíduos e estrutura física diferentes, e o plano precisa refletir essa realidade.

O PGRSS será usado no dia a dia da unidade. Vai orientar a equipe de enfermagem na hora de descartar um perfurocortante, o pessoal da higienização na rota de recolhimento e a gerência na fiscalização das empresas de coleta.

Fundamento normativo

O plano seguirá integralmente:

❖**RDC ANVISA nº 222/2018**, que estabelece as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e obriga todo serviço gerador a dispor de PGRSS;

❖**Resolução CONAMA nº 358/2005**, que trata do tratamento e da disposição final desses resíduos e exige que o plano seja elaborado por profissional de nível superior habilitado, com Anotação de Responsabilidade Técnica ou documento equivalente;

❖**Lei nº 12.305/2010** (Política Nacional de Resíduos Sólidos), em especial os arts. 20 a 24, e o **Decreto nº 10.936/2022**;

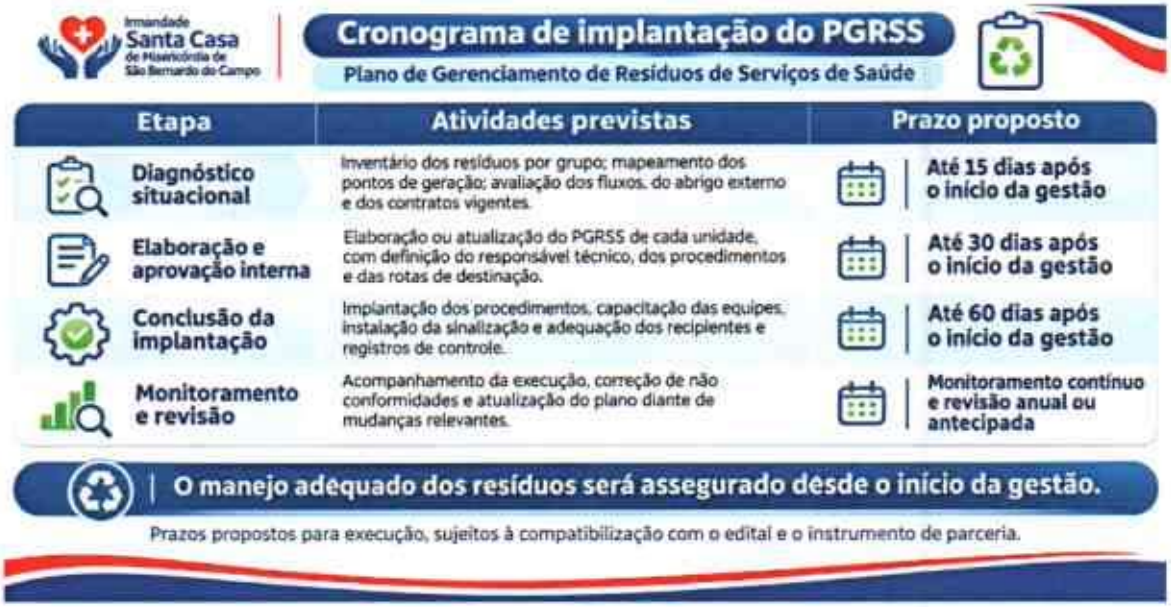
❖**NR-32** (segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde) e **NR-6** (EPI);

❖**Portaria MMA nº 280/2020**, que instituiu o Manifesto de Transporte de

Resíduos (MTR) pelo SINIR;

❖**ABNT NBR 10004, NBR 12808, NBR 12809, NBR 7500 e NBR 13853**, quanto à classificação, manuseio, simbologia e coletores de perfurocortantes;

❖normas complementares estaduais e municipais e as exigências do órgão ambiental e da vigilância sanitária competentes.



Considera-se mudança relevante qualquer alteração no perfil assistencial, ampliação de leitos ou serviços, troca de empresa coletora ou de destinação, alteração normativa ou recomendação da vigilância sanitária.

Conteúdo mínimo do plano

Cada PGRSS vai trazer, no mínimo:

❖**Estimativa de geração** por grupo (A, B, D e E), em kg/mês e em kg por atendimento. Não se prevê geração de rejeitos radioativos (Grupo C). Se a unidade passar a gerá-los, o plano será revisto conforme as normas da CNEN;

❖**Segregação na origem**, com indicação de coletores por setor: sala vermelha, sala amarela, observação, procedimentos, laboratório, farmácia, raio-X, áreas administrativas;

❖**Acondicionamento e identificação**: saco branco leitoso para

infectantes, coletor rígido para perfurocortantes respeitando o limite de enchimento, recipientes compatíveis para químicos, e simbologia padronizada;

❖**Coleta e transporte interno**, com rotas e horários que não cruzem fluxo de pacientes, alimentos ou roupa limpa;

❖**Armazenamento temporário e abrigo externo**, com descrição das condições físicas, higienização e controle de acesso;

❖**Coleta, transporte externo, tratamento e disposição final**, apenas por empresas licenciadas, com emissão de MTR em cada coleta e guarda do Certificado de Destinação Final (CDF);

❖**Gestão dos resíduos do Grupo B**: medicamentos vencidos, saneantes, reagentes de laboratório, revelador e fixador, se houver, com a respectiva FISPQ;

❖**Resíduos comuns e recicláveis**, com estímulo à reciclagem onde for viável;

❖**Plano de contingência** para falha na coleta externa, rompimento de embalagem, derramamento de químico ou acidente com material biológico;

❖**Saúde do trabalhador**: EPI por atividade, vacinação (hepatite B, tétano e demais exigidas pela NR-32) e fluxo de atendimento pós-exposição;

❖**Capacitação**: treinamento admissional e reciclagem periódica para toda a equipe, inclusive terceirizados da limpeza.

Monitoramento e manutenção

Não basta elaborar o plano. Ele precisa ser acompanhado. Por isso, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo vai:

❖acompanhar mensalmente indicadores como geração por grupo, custo de destinação por kg, percentual de segregação correta e acidentes com perfurocortantes;

❖fazer auditorias internas trimestrais nos setores, com registro fotográfico e plano de ação para as não conformidades;

❖articular o gerenciamento de resíduos com a CCIH e o SESMT, já que segregação mal feita costuma ser problema de controle de infecção e de

segurança do trabalho ao mesmo tempo;

❖conferir periodicamente a validade das licenças ambientais e sanitárias das empresas contratadas para coleta, transporte, tratamento e destinação;

❖encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde, junto com a prestação de contas do contrato de gestão, relatório consolidado com indicadores, MTRs e CDFs do periodo.

Cópia atualizada de cada PGRSS ficará disponível na própria unidade para consulta da vigilância sanitária, do órgão ambiental, dos trabalhadores e de qualquer interessado, e em anexo nesta Proposta de Trabalho.

Responsável Técnico

O PGRSS de cada unidade terá responsável técnico de nível superior, com registro ativo no respectivo conselho de classe e com ART, Certificado de Responsabilidade Técnica ou documento equivalente.

❖**Nome:** [preencher]

❖**Formação:** [ex.: Enfermeiro(a) / Farmacêutico(a) / Biólogo(a) / Engenheiro(a) Sanitarista ou Ambiental]

❖**Registro profissional:** [Conselho / UF / nº]

❖**Documento de responsabilidade técnica:** [ART / CRT nº]

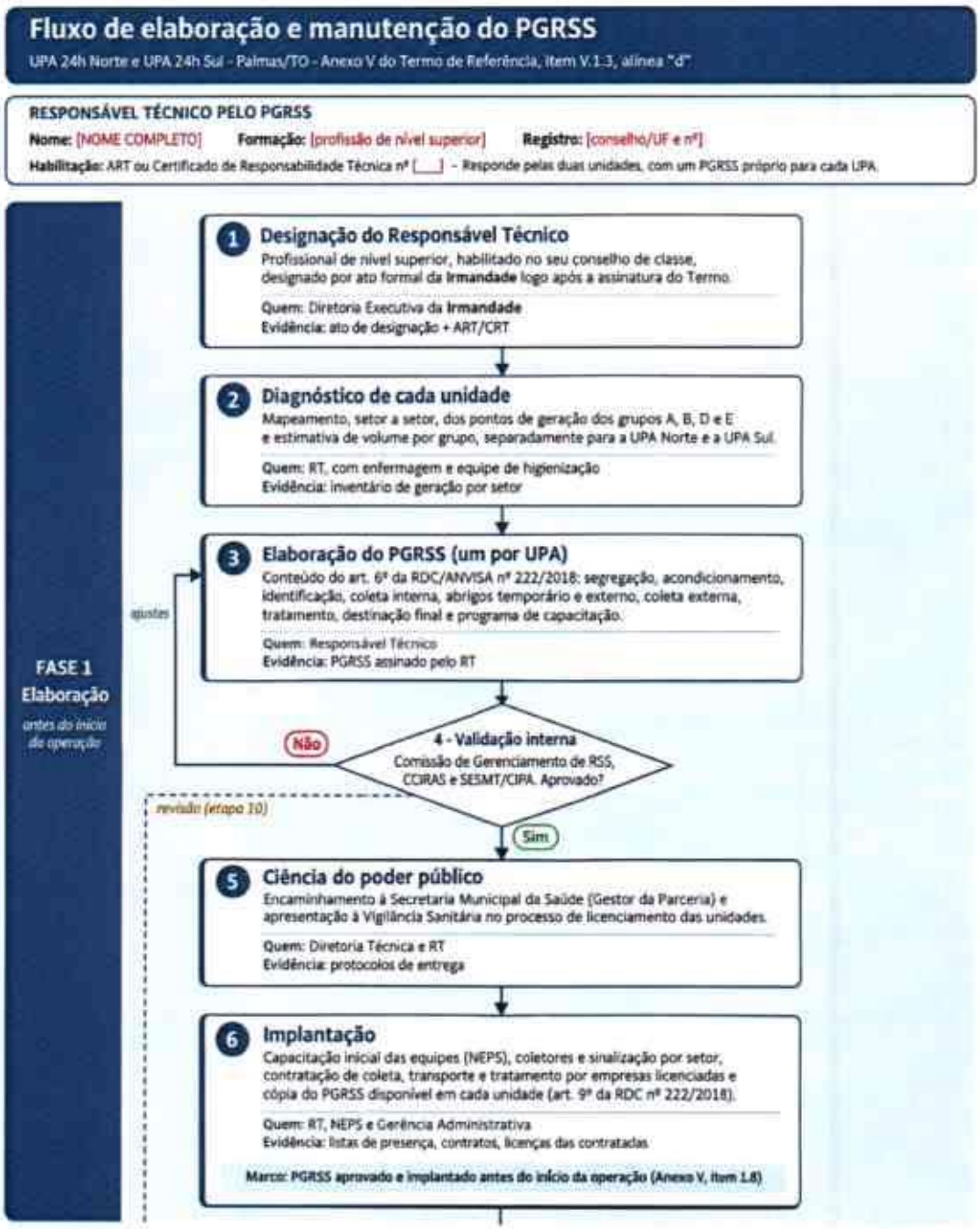
❖**Unidade(s) de atuação:** [UPA 24h Norte / UPA 24h Sul]

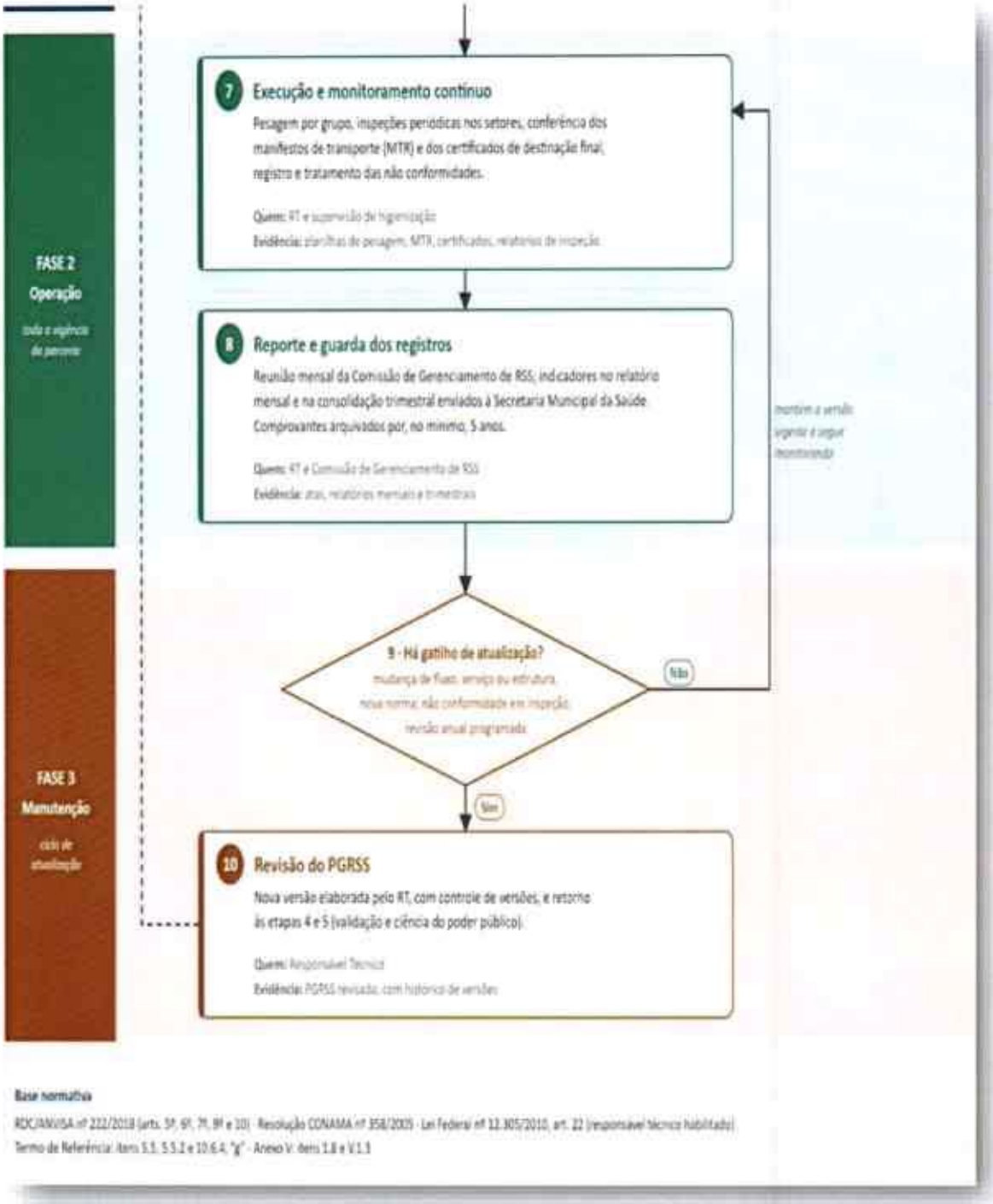
Cabe ao responsável técnico coordenar a elaboração, a implantação e as revisões do plano, supervisionar a execução nas unidades, conduzir as capacitações, validar os indicadores e responder perante os órgãos fiscalizadores.

Se houver substituição do responsável técnico, a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo comunicará a Secretaria Municipal de Saúde em até 10 dias, com a documentação do novo profissional e a

respectiva ART ou CRT. As unidades não ficarão sem responsável técnico em nenhum momento.

e.Representação gráfica do fluxo





Base normativa

RDC/ANVISA nº 222/2018 (arts. 5º, 6º, 7º, 8º e 10) · Resolução CONAMA nº 358/2005 · Lei Federal nº 12.305/2010, art. 22 (responsável técnico habilitado)
Termo de Referência: itens 5.3, 5.3.2 e 10.6.4, "g" · Anexo V: itens 1.8 e V.1.3

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo

TERMO DE COMPROMISSO

A Irmandade assume o compromisso de elaborar, implementar e manter atualizado o **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)** de cada unidade durante toda a vigência da parceria, sob a responsabilidade técnica do profissional indicado no início deste fluxo.

O **PGRSS** deverá ser aprovado e estar em execução antes do início da operação, permanecer disponível nas unidades para consulta da Secretaria Municipal da Saúde, da Vigilância Sanitária, dos trabalhadores e dos usuários, e ser revisado sempre que ocorrer um dos gatilhos definidos na etapa 9, e, no mínimo, uma vez por ano.

Palmas/TO, ____ de _____ de 2026.

Representante legal da Irmandade
[nome e assinatura]

Responsável Técnico pelo PGRSS
[nome, registro no conselho e assinatura]

Base normativa: RDC/ANVISA nº 222/2018 (arts. 5º, 6º, 7º, 9º e 10) · Resolução CONAMA nº 358/2005 · Lei nº 12.305/2010, art. 22
Edital: Termo de Referência, itens 5.5, 5.5.2 e 10.6.4, "g" · Anexo V, itens 1.8 e V.1.3

V.1.4 — FLUXO DE REGISTROS, DOCUMENTOS E PRONTUÁRIOS DE USUÁRIOS

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará e executará, nas Unidades de Pronto Atendimento Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, rotinas de gestão dos registros, documentos e prontuários dos usuários, desde a identificação e abertura do atendimento até o encerramento, a guarda e o arquivamento. Os procedimentos assegurarão a integridade, a rastreabilidade, a confidencialidade e a disponibilidade das informações necessárias à continuidade do cuidado, à gestão assistencial e ao atendimento das solicitações dos órgãos competentes.

Os procedimentos serão padronizados nas duas unidades, contemplando os registros em meio físico e eletrônico, conforme os recursos e sistemas disponibilizados e autorizados pela Administração Pública. Cada atendimento deverá possuir identificação individualizada, com vinculação dos documentos e registros assistenciais correspondentes, de modo a evitar duplicidades e permitir a recuperação integral do histórico assistencial, a

continuidade do cuidado e o acompanhamento da execução contratual pela Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

a.**Descrição do fluxo do prontuário do usuário, da abertura ao arquivamento, com os responsáveis por cada etapa e a forma de vinculação ao registro de classificação de risco**

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo implantará e executará um fluxo padronizado de gestão dos prontuários nas Unidades de Pronto Atendimento Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, contemplando a identificação do usuário, a abertura do registro de atendimento, a documentação da assistência, o encerramento do atendimento e a guarda e o arquivamento dos documentos correspondentes.

1. Identificação e abertura do prontuário: a equipe da recepção realizará a identificação do usuário, a conferência dos dados cadastrais disponíveis e a verificação da existência de registro anterior, com a finalidade de prevenir duplicidades. Após essa conferência, será realizado o cadastro ou a atualização dos dados e a abertura do registro individualizado do atendimento no sistema informatizado utilizado pela unidade, conforme os procedimentos e os recursos disponibilizados e autorizados pela Administração Pública.

2. Acolhimento e classificação de risco: a equipe de enfermagem realizará o acolhimento com classificação de risco, registrando a avaliação clínica inicial, os sinais vitais, a prioridade atribuída, a data, o horário e a identificação do profissional responsável, conforme o protocolo institucional adotado e as normas aplicáveis.

3. Vinculação da classificação de risco: o registro da classificação de risco será vinculado ao prontuário do respectivo usuário e ao atendimento específico, de modo a permitir a identificação da avaliação inicial, a recuperação

das informações e a rastreabilidade do percurso assistencial. Eventuais reavaliações de risco também serão registradas no prontuário, com identificação do profissional responsável, data e horário, mantendo-se o histórico das avaliações realizadas.

4. Registro da assistência: os médicos, os profissionais de enfermagem e os demais profissionais envolvidos na assistência registrarão, de forma cronológica e conforme suas respectivas competências, as avaliações, evoluções, prescrições, solicitações e resultados de exames, procedimentos, condutas e demais informações pertinentes ao atendimento. Os registros deverão conter a identificação do profissional responsável, a data e o horário de sua realização, assegurando a integridade, a autenticidade e a rastreabilidade das informações assistenciais.

5. Registro do desfecho assistencial: o profissional responsável pela decisão assistencial registrará o desfecho do atendimento, incluindo alta, transferência ou encaminhamento, conforme aplicável, documentando a conduta adotada, as orientações fornecidas ao usuário e as informações necessárias à continuidade do cuidado. Nos casos de transferência, deverão ser registrados os dados pertinentes à condição clínica do usuário e às providências adotadas para a continuidade da assistência.

6. Encerramento do atendimento: concluída a assistência, os registros correspondentes serão conferidos quanto à identificação do usuário, à vinculação ao atendimento, à identificação dos profissionais responsáveis e ao preenchimento das informações pertinentes. O atendimento será encerrado no fluxo assistencial e no sistema informatizado, conforme as atribuições dos profissionais e os procedimentos operacionais estabelecidos pela gestão da unidade, preservando-se o histórico integral do atendimento.

7. Guarda e arquivamento: os prontuários e documentos assistenciais serão mantidos sob custódia da unidade, em meio físico ou eletrônico, conforme

a natureza do documento e os recursos disponibilizados pela Administração Pública. A guarda e o arquivamento ficarão sob responsabilidade do setor ou dos profissionais formalmente designados pela gestão da unidade, observados os critérios de organização, conservação, controle de acesso, confidencialidade, integridade e rastreabilidade, bem como os prazos legais e regulamentares de guarda documental.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará a rastreabilidade de todas as etapas do fluxo, desde a identificação e abertura do atendimento até seu encerramento e arquivamento, garantindo a vinculação dos registros de acolhimento e classificação de risco ao prontuário e ao atendimento correspondente, a identificação dos profissionais responsáveis pelas informações assistenciais e o controle da custódia documental.

b.**Política de guarda, de temporalidade e de sigilo dos registros, com referência à legislação aplicável e à Lei Federal nº 13.709/2018**

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá os prontuários e demais registros assistenciais e administrativos sob condições adequadas de guarda, conservação, organização e controle de acesso, assegurando a integridade, a autenticidade, a confidencialidade, a disponibilidade e a rastreabilidade das informações durante todo o período de conservação. As medidas de proteção abrangerão os documentos em meio físico e eletrônico, conforme os recursos disponibilizados e autorizados pela Administração Pública.

A instituição observará a Lei Federal nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), especialmente as disposições relativas ao tratamento de dados pessoais sensíveis referentes à saúde, bem como a Lei Federal nº 13.787/2018, que disciplina a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuários de pacientes; a Lei Federal nº 8.159/1991, relativa à política nacional de arquivos públicos e privados; as normas aplicáveis ao sigilo profissional; e as resoluções

pertinentes do Conselho Federal de Medicina e dos demais conselhos profissionais, observadas suas respectivas competências e a legislação vigente.

A temporalidade e a conservação dos prontuários observarão os prazos mínimos e os requisitos previstos na legislação e nas normas profissionais aplicáveis, incluindo o disposto na Lei Federal nº 13.787/2018 quanto à possibilidade de eliminação de prontuários após o prazo mínimo de 20 (vinte) anos contado do último registro, desde que atendidos os requisitos legais. Para os demais documentos assistenciais e administrativos, serão observados os respectivos critérios de classificação, temporalidade e destinação documental, conforme sua natureza, as normas arquivísticas aplicáveis e as orientações da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

A eliminação ou a destinação final dos documentos observará os prazos de guarda e os requisitos legais e arquivísticos aplicáveis, sendo vedada a eliminação de registros cuja conservação ainda seja obrigatória.

Considerando a titularidade municipal dos prontuários, registros assistenciais e demais documentos produzidos no âmbito da parceria, A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo realizará o tratamento dessas informações exclusivamente para as finalidades relacionadas à execução contratual e em conformidade com as instruções da Administração Pública, respeitadas as obrigações legais e profissionais aplicáveis. O acesso e o eventual compartilhamento de informações observarão as hipóteses legalmente autorizadas, sendo vedada a utilização dos registros para finalidades estranhas à parceria ou sua divulgação indevida.

Para proteção dos dados pessoais e do sigilo assistencial, a instituição adotará medidas técnicas e administrativas de segurança compatíveis com as exigências legais aplicáveis, destinadas a prevenir acessos não autorizados, perda, destruição, alteração, comunicação ou divulgação indevida dos dados e documentos sob sua responsabilidade.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo observará os deveres de confidencialidade e sigilo profissional aplicáveis aos seus empregados, profissionais, colaboradores e prepostos, limitando o acesso aos prontuários às pessoas autorizadas e às informações necessárias ao

desempenho de suas atribuições, conforme as normas legais, éticas e profissionais pertinentes.

Na ocorrência de incidente de segurança que possa comprometer dados pessoais tratados no âmbito da parceria, A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo comunicará a Administração Pública imediatamente, observado o prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas contado do conhecimento do incidente, conforme estabelecido no edital/TR, e adotará as providências cabíveis em conformidade com a legislação aplicável.

Ao término da parceria, A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo devolverá ao Município de Palmas os prontuários, registros e bases de dados produzidos no âmbito da execução contratual, em formato compatível com os sistemas disponibilizados pela Administração Pública. As cópias remanescentes serão eliminadas, ressalvadas as hipóteses em que a conservação seja exigida por obrigação legal.

c.**Forma de disponibilização de registros à Secretaria Municipal da Saúde, aos órgãos de controle e ao próprio usuário, com prazos de atendimento**

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo disponibilizará os prontuários, registros assistenciais, administrativos e demais informações produzidas no âmbito da parceria à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, aos órgãos de controle competentes e aos próprios usuários, observadas as disposições do edital, do Termo de Referência, do instrumento de parceria e da legislação aplicável, especialmente quanto à proteção de dados pessoais e ao sigilo das informações de saúde.

Disponibilização à Secretaria Municipal da Saúde

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo assegurará à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas acesso aos bancos de dados, sistemas, registros e informações necessários ao exercício das

atividades de gestão, fiscalização, monitoramento, auditoria e avaliação da execução da parceria, inclusive em tempo real, observadas as disposições da Lei Federal nº 13.709/2018 — Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e demais normas aplicáveis.

O prontuário eletrônico e o sistema de gestão deverão registrar, de forma autônoma, as cinco classificações de risco — vermelha, laranja, amarela, verde e azul —, com a marcação do horário da classificação e do horário do primeiro atendimento médico. Os respectivos dados serão disponibilizados à Secretaria Municipal da Saúde em tempo real, de modo a permitir a aferição dos indicadores estabelecidos no Quadro 8 do Termo de Referência.

Disponibilização aos órgãos de controle

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo disponibilizará os documentos, registros e informações relacionados à execução da parceria aos órgãos de controle competentes, incluindo as demandas da Ouvidoria, do Ministério Público, do Conselho Municipal de Saúde e dos demais órgãos de controle, observadas suas atribuições e os prazos aplicáveis.

Também serão prestadas ao Conselho Municipal de Saúde as informações por ele solicitadas, conforme previsto no instrumento de parceria.

Disponibilização ao próprio usuário

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo disponibilizará aos próprios usuários ou a seus representantes legalmente habilitados o acesso aos respectivos prontuários e registros, observados os direitos dos usuários, a identificação do solicitante, a legitimidade da representação, quando aplicável, a Lei Federal nº 13.709/2018 — LGPD e as normas relativas ao sigilo profissional e à proteção das informações pessoais e de saúde.

Atendimento ao usuário, Ouvidoria e prazos

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo manterá serviço de atendimento ao usuário e Ouvidoria articulada à Ouvidoria

do SUS Municipal, realizando o recebimento, o registro, a análise e a resposta às manifestações recebidas, nos prazos estabelecidos.

As dúvidas e reclamações relativas aos serviços serão atendidas no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, conforme estabelecido no Termo de Referência.

As demandas encaminhadas pela Ouvidoria, pelo Ministério Público, pelo Conselho Municipal de Saúde e pelos órgãos de controle serão respondidas nos respectivos prazos aplicáveis, conforme a natureza da solicitação e as disposições legais e institucionais pertinentes.

A disponibilização dos registros e o atendimento às solicitações observarão a proteção dos dados pessoais, o sigilo profissional e as disposições do edital, do Termo de Referência e do instrumento de parceria.

d.**Rotina de recuperação e de continuidade dos registros em caso de indisponibilidade do sistema informatizado**

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo adotará rotina de contingência para assegurar a continuidade dos registros assistenciais nas Unidades de Pronto Atendimento Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, do Município de Palmas/TO, em caso de indisponibilidade do sistema informatizado utilizado para registro dos atendimentos.

1. Continuidade dos registros durante a indisponibilidade

Durante o período de indisponibilidade do sistema informatizado, as informações relativas à assistência prestada serão registradas em meio físico ou em instrumento de contingência disponível na unidade, de forma a preservar o histórico do atendimento e permitir a posterior recuperação dos dados.

Os registros contemplarão, conforme aplicável, a identificação do usuário, a data e o horário do atendimento, a classificação de risco, as avaliações

clínicas, as prescrições, os procedimentos realizados, as condutas adotadas e o desfecho assistencial, com identificação dos profissionais responsáveis pelas informações registradas.

2. Preservação e organização dos registros de contingência

Os registros produzidos durante a indisponibilidade serão identificados e organizados de modo a permitir sua posterior vinculação ao prontuário do respectivo usuário e atendimento. Sua preservação observará as disposições relativas à guarda, à conservação, à temporalidade e ao sigilo dos prontuários e demais documentos assistenciais, bem como a legislação aplicável.

3. Recuperação dos registros após o restabelecimento do sistema

Após o restabelecimento do sistema informatizado, as informações registradas durante o período de contingência serão incorporadas ao prontuário eletrônico correspondente, de modo a assegurar a continuidade do histórico assistencial do usuário.

Na recuperação, serão preservados o conteúdo das informações originalmente registradas, as datas e os horários dos atendimentos e a identificação dos profissionais responsáveis, permitindo a vinculação entre os registros produzidos durante a contingência e o respectivo prontuário eletrônico.

4. Conferência e integridade das informações

A incorporação dos registros de contingência ao sistema informatizado observará a correspondência entre as informações originalmente registradas e aquelas inseridas no prontuário eletrônico, de modo a preservar sua integridade, evitar omissões e prevenir duplicidades.

5. Guarda dos registros produzidos durante a contingência

Os documentos físicos utilizados durante a indisponibilidade serão preservados e mantidos conforme as disposições aplicáveis à guarda, à temporalidade e ao sigilo dos prontuários e demais registros assistenciais, em

conformidade com a legislação vigente e com as regras estabelecidas para a parceria.

Dessa forma, a rotina de contingência assegurará a continuidade dos registros assistenciais durante a indisponibilidade do sistema informatizado e a recuperação e integração das informações ao prontuário eletrônico após o restabelecimento do sistema.

e.Representação gráfica do fluxo

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresentará a representação gráfica do fluxo de registros, documentos e prontuários dos usuários, contemplando as etapas de identificação e cadastro, abertura do prontuário, acolhimento e classificação de risco, vinculação dos registros, atendimento assistencial, registro de exames, prescrições e procedimentos, registro do desfecho, encerramento, guarda e arquivamento.

O fluxo de registros, documentos e prontuários de usuários seguirá a sequência abaixo:



A representação gráfica também contemplará o fluxo de contingência para situações de indisponibilidade do sistema informatizado, desde a utilização dos formulários institucionais até o restabelecimento do sistema, a inserção ou incorporação dos registros ao prontuário eletrônico, a conferência das informações e a guarda dos documentos utilizados.



2.2 INSTRUMENTOS DE GESTÃO

Os instrumentos de gestão constituem a base para a organização, a padronização e o acompanhamento das atividades assistenciais, administrativas e operacionais das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas Norte – José de Souza Dourado e Sul – Gerson Pires de Aguiar, no Município de Palmas/TO.

Em atendimento ao Edital de Chamamento Público nº 001/2026, especialmente às disposições do Termo de Referência e do Anexo V, A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresenta os instrumentos destinados a estabelecer as normas de funcionamento das unidades, definir responsabilidades, organizar os processos de trabalho e assegurar a integração entre os diferentes setores e profissionais envolvidos na prestação dos serviços de saúde.

A proposta contempla o Regimento Interno da Unidade, o Regimento do Serviço de Enfermagem e o Regimento do Corpo Clínico, além do projeto de tecnologia da informação e prontuário eletrônico, observados os critérios específicos de avaliação previstos no instrumento convocatório.

Esses instrumentos estabelecerão as competências e atribuições das equipes, os níveis de responsabilidade, os mecanismos de supervisão e os procedimentos necessários à execução das atividades, respeitando a autonomia técnica dos profissionais, as normas dos respectivos conselhos de classe e as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas.

Sua aplicação será acompanhada pelas respectivas direções e coordenações, com revisão periódica dos procedimentos, registro das ocorrências e adoção de medidas corretivas sempre que identificadas inconsistências ou oportunidades de melhoria.

A implantação dos instrumentos de gestão observará as particularidades estruturais e assistenciais de cada UPA, garantindo a uniformidade das diretrizes institucionais sem desconsiderar as necessidades operacionais de cada unidade.

Dessa forma, A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo busca assegurar uma gestão organizada, transparente e tecnicamente fundamentada, com definição clara de responsabilidades, rastreabilidade das informações, segurança do paciente e utilização adequada dos recursos disponíveis, contribuindo para o cumprimento das metas e dos indicadores estabelecidos no Termo de Colaboração.

V.1.5 — PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo apresenta a Minuta do Regimento Interno das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte e Sul do Município de Palmas, Tocantins, elaborada em conformidade com o item V.1.5 do Anexo V do Edital de Chamamento Público nº 001/2026.

O documento estabelece as diretrizes de organização, funcionamento, gestão administrativa e assistencial, competências institucionais e responsabilidades dos profissionais e serviços, observando a legislação vigente, as normas técnicas aplicáveis, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e as disposições estabelecidas para a execução da parceria.

A minuta é apresentada em texto integral, estruturada em cinco capítulos, contemplando os cinco elementos mínimos estabelecidos no roteiro de avaliação técnica, conforme descrito a seguir:

a. Finalidade da unidade e definição do seu campo de atuação.

Critério contemplado no Capítulo I, artigos 1º a 6º, que estabelece a natureza institucional das unidades, suas finalidades assistenciais, a abrangência dos serviços prestados, os limites de atuação e os princípios que orientam o atendimento aos usuários.

b. Estrutura organizacional e competências de cada área, coerentes com o organograma do item V.2.10.

Critério contemplado no Capítulo II, artigos 7º a 26, que define a estrutura hierárquica e funcional das unidades, as competências das instâncias de direção, gerenciamento e coordenação, as responsabilidades dos setores assistenciais, administrativos e de apoio, bem como as relações de subordinação e responsabilidade técnica, em correspondência com o organograma institucional.

c. Regras de funcionamento, horários, escalas, substituições e regime de sobreaviso.

Critério contemplado no Capítulo III, artigos 27 a 43, que disciplina o funcionamento ininterrupto das unidades, a organização dos horários e das escalas profissionais, os parâmetros de cobertura assistencial, os mecanismos de substituição e reposição de pessoal, as condições de utilização do regime de sobreaviso e as rotinas necessárias à continuidade dos serviços.

d. Disposições sobre o relacionamento com a Secretaria Municipal da Saúde, com a regulação e com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Critério contemplado no Capítulo IV, artigos 44 a 54, que estabelece os mecanismos de articulação institucional com a Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, os procedimentos de comunicação, monitoramento e prestação de informações, os fluxos de regulação e transferência de usuários, a utilização do transporte sanitário e os processos de referência e contrarreferência com os demais serviços da rede.

e. Disposições sobre a forma de aprovação e de revisão do próprio regimento.

Critério contemplado no Capítulo V, artigos 55 a 62, que estabelece os procedimentos de análise, aprovação institucional, divulgação, revisão periódica e atualização do Regimento Interno, incluindo os critérios para alterações extraordinárias, o controle documental e as responsabilidades pelas modificações propostas.

Dessa forma, a minuta apresentada constitui instrumento normativo para orientar a organização e o funcionamento das duas Unidades de Pronto Atendimento, estabelecendo responsabilidades, competências e procedimentos necessários à execução dos serviços, em consonância com o Termo de Referência, o organograma institucional, o Quadro de Pessoal e os demais instrumentos de gestão previstos na Proposta Técnica.

MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS NORTE E SUL DE PALMAS, TOCANTINS

Entidade proponente: Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo

Instrumento: Termo de Colaboração, Chamamento Público nº 001/2026

Unidades abrangidas: Unidade de Pronto Atendimento Norte, José de Souza Dourado, e Unidade de Pronto Atendimento Sul, Gerson Pires de Aguiar.

CAPÍTULO I. DAS FINALIDADES E DO CAMPO DE ATUAÇÃO

Seção I. Da natureza e das finalidades

Art. 1º O presente Regimento Interno estabelece as normas de organização, funcionamento, administração e execução das atividades

assistenciais, técnicas e operacionais das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas Norte e Sul do Município de Palmas, Tocantins, sob gestão da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, em conformidade com o Termo de Colaboração, o Plano de Trabalho aprovado e as disposições legais e regulamentares aplicáveis.

§ 1º O Regimento constitui instrumento normativo de organização dos serviços e de definição das competências, responsabilidades, relações funcionais, mecanismos de supervisão e procedimentos internos necessários à execução do objeto da parceria.

§ 2º Suas disposições aplicam-se aos profissionais, gestores, prestadores de serviços e demais colaboradores envolvidos na execução das atividades, respeitadas as competências profissionais, a natureza dos vínculos jurídicos e as atribuições de fiscalização e controle da Administração Pública.

§ 3º As normas institucionais observarão os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, especialmente a universalidade, a integralidade, a equidade, a regionalização, a hierarquização da atenção e a participação social.

Art. 2º O presente Regimento abrange os seguintes estabelecimentos:

I. Unidade de Pronto Atendimento Norte, José de Souza Dourado, CNES nº 2755289, localizada na 203 Norte, Alameda LO 06, APM 02, s/n, Bairro Plano Diretor Norte, Palmas/TO.

II. Unidade de Pronto Atendimento Sul, Gerson Pires de Aguiar, CNES nº 2492555, localizada na Avenida Perimetral 02, nº 04, Quadras 72/73, Setor Aureny II, Palmas/TO.

Parágrafo único. Ambas as unidades são classificadas como Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, Porte III, Opção VIII, integrantes da Rede de Atenção às Urgências, com funcionamento ininterrupto.

Art. 3º Constituem finalidades das Unidades de Pronto Atendimento:

I. Prestar assistência aos usuários em situações de urgência e emergência, mediante acolhimento, avaliação clínica, classificação de risco, diagnóstico, tratamento, estabilização e observação.

II. Assegurar atendimento médico e de enfermagem de forma continua, conforme o perfil assistencial das unidades e os parâmetros definidos no Termo de Referência.

III. Garantir atendimento ordenado pela gravidade clínica, com prioridade aos usuários que apresentem maior risco de agravamento ou morte.

IV. Executar procedimentos diagnósticos e terapêuticos compatíveis com a capacidade instalada, a habilitação e o escopo assistencial pactuado.

V. Promover a estabilização clínica de pacientes críticos e o encaminhamento regulado aos serviços de referência, quando a necessidade assistencial ultrapassar a capacidade resolutiva da unidade.

VI. Manter articulação com a Atenção Primária à Saúde, os serviços especializados, a rede hospitalar, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde.

VII. Desenvolver ações de vigilância epidemiológica, segurança do paciente, prevenção de infecções relacionadas à assistência e educação permanente.

VIII. Assegurar a continuidade assistencial, a segurança dos processos e o acompanhamento dos resultados por meio de indicadores de desempenho.

Art. 4º O Campo de atuação das Unidades de Pronto Atendimento compreende:

I. Acolhimento e classificação de risco.

II. Atendimento médico em clínica médica, pediatria e ortopedia.

III. Assistência de enfermagem nas áreas de atendimento, procedimentos, observação e estabilização.

IV. Atendimento odontológico de urgência.

V. Procedimentos ortopédicos, imobilizações provisórias e confecção de aparelhos gessados.

VI. Suturas e procedimentos de pequena complexidade compatíveis com a estrutura instalada.

VII. Administração de medicamentos e realização de procedimentos terapêuticos.

VIII. Observação clínica e reavaliação periódica dos usuários.

IX. Atendimento, monitoramento e estabilização de pacientes críticos.

X. Apoio diagnóstico laboratorial, radiológico, ultrassonográfico e eletrocardiográfico.

XI. Assistência farmacêutica e assistência social.

XII. Imunização e profilaxias aplicáveis ao atendimento de urgência.

XIII. Notificação compulsória de doenças e agravos.

XIV. Encaminhamento, contrarreferência e transferência regulada de usuários.

XV. Transporte sanitário de suporte básico, nos limites estabelecidos pelo Termo de Referência.

Art. 5º A atuação assistencial das unidades observará a capacidade operacional disponível e os fluxos estabelecidos pelos gestores do Sistema Único de Saúde.

§ 1º A permanência em observação terá duração máxima de 24 horas, destinada à estabilização ou à elucidação diagnóstica, observadas as condições clínicas do usuário.

§ 2º Os pacientes que necessitarem de internação hospitalar ou de recursos assistenciais não disponíveis na unidade serão submetidos ao processo de regulação, conforme os critérios clínicos e os fluxos estabelecidos pelo Complexo Regulador Estadual.

§ 3º As unidades não substituirão a assistência hospitalar de internação, os serviços eletivos especializados ou os demais componentes da rede cuja execução não integre o objeto da parceria.

Art. 6º A assistência prestada deverá assegurar atendimento gratuito, respeitoso e sem discriminação, preservando a dignidade, a privacidade, a confidencialidade das informações, a autonomia e os direitos legalmente assegurados aos usuários.

Parágrafo único. A permanência de acompanhantes observará a legislação aplicável, sendo garantida em tempo integral nas situações previstas no Termo de Referência, especialmente nas observações de crianças, adolescentes, gestantes, pessoas com deficiência e pessoas idosas.

CAPÍTULO II. DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E DAS COMPETÊNCIAS

Seção I. Da organização administrativa e técnica

Art. 7º A estrutura organizacional das Unidades de Pronto Atendimento será constituída por instâncias de gerenciamento, coordenação, responsabilidade técnica, supervisão e execução, observadas as atribuições institucionais da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo, o Quadro de Pessoal da Proposta Técnica e a organização funcional representada no organograma.

§ 1º A organização compreenderá até três níveis hierárquicos operacionais:

I. Primeiro nível: Gerente da Unidade, responsável pela coordenação geral da gestão e pela integração das áreas assistenciais, administrativas e operacionais, preservadas as competências e a autonomia dos responsáveis técnicos.

II. Segundo nível: Coordenador Administrativo, Coordenador de Enfermagem e Diretor Técnico Médico, conforme os cargos e funções previstos no Quadro de Pessoal, respeitadas as respectivas responsabilidades técnicas.

III. Terceiro nível: Equipes, setores e serviços executores das atividades assistenciais, de apoio diagnóstico, apoio técnico, apoio operacional e administração, conforme os agrupamentos funcionais representados no organograma.

§ 2º As relações de subordinação administrativa e de responsabilidade técnica serão identificadas no organograma, assegurando a autonomia técnico-profissional definida pelos respectivos conselhos de classe.

§ 3º Os cargos, as funções e as respectivas formas de vínculo observarão o Quadro de Pessoal apresentado na Proposta Técnica e a correspondente composição de custos da Proposta Financeira. Os quantitativos e as jornadas serão demonstrados nos instrumentos específicos de dimensionamento, conforme as determinações editalícias.

§ 4º A identificação de áreas funcionais neste Regimento não implicará criação de cargos ou postos de trabalho adicionais aos previstos no dimensionamento aprovado.

Art. 8º A estrutura de gestão compreenderá as seguintes áreas funcionais:

I. Gerência da Unidade.

II. Direção Técnica Médica e Direção Clínica.

III. Coordenação Administrativa e Financeira da Unidade.

IV. Coordenação de Enfermagem e Responsabilidade Técnica de Enfermagem.

V. Coordenação e Supervisão das Áreas Assistenciais.

VI. Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

VII. Assistência Farmacêutica e Suprimentos.

VIII. Gestão de Pessoas e Educação Permanente.

IX. Gestão da Qualidade, Segurança do Paciente e Vigilância em Saúde.

X. Gestão da Informação, Prontuários e Faturamento.

XI. Apoio Técnico, Operacional e Hoteleiro, incluindo a referência técnica de Vigilância em Saúde mediante designação de profissional previsto no Quadro de Pessoal.

XII. Serviço de Atendimento ao Usuário e Ouvidoria.

Parágrafo único. As funções de direção, gerenciamento e coordenação poderão compartilhar estruturas administrativas institucionais quando tecnicamente compatíveis, desde que sejam mantidas a responsabilidade funcional, a cobertura necessária, a rastreabilidade das decisões e a correspondência com o dimensionamento aprovado.

Seção II. Do Conselho Diretor e da Responsabilidade Administrativa

Art. 9º O Conselho Diretor constitui instância colegiada institucional de acompanhamento da gestão das unidades, sem nível hierárquico próprio no organograma, integrado por representantes da responsabilidade administrativa, direção técnica médica, direção clínica, coordenação de enfermagem e demais

responsáveis designados pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo .

§ 1º O Conselho Diretor não constitui cargo ou posto de trabalho adicional, sendo integrado por profissionais que desempenhem funções previstas na estrutura organizacional e no Quadro de Pessoal.

§ 2º Compete ao Conselho Diretor:

I. Examinar os planos de ação assistenciais e administrativos.

II. Acompanhar a execução das diretrizes institucionais e dos instrumentos de gestão.

III. Avaliar os relatórios gerenciais, os indicadores de desempenho e os resultados assistenciais.

IV. Apreciar propostas de aperfeiçoamento dos serviços e dos processos de trabalho.

V. Acompanhar o cumprimento das recomendações provenientes das atividades de monitoramento, auditoria e fiscalização.

VI. Examinar as propostas de revisão dos regimentos, manuais e normas internas.

VII. Encaminhar à instância institucional competente as matérias que dependam de aprovação formal.

Art. 10. Compete ao Coordenador Administrativo da Unidade, responsável administrativo e financeiro, observadas as atribuições do cargo correspondente no Quadro de Pessoal:

I. Planejar, coordenar, supervisionar e avaliar a execução administrativa e operacional da unidade.

II. Assegurar os recursos humanos, materiais, tecnológicos e logísticos necessários à continuidade dos serviços.

III. Promover o cumprimento das obrigações assumidas pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo no Termo de Colaboração e no Plano de Trabalho.

IV. Coordenar o planejamento orçamentário, a execução financeira e o acompanhamento dos centros de custos, em articulação com os setores institucionais competentes.

V. Supervisionar as atividades de compras, suprimentos, contratos, patrimônio, manutenção, recursos humanos e apoio operacional.

VI. Assegurar a elaboração e o encaminhamento dos relatórios administrativos, financeiros e gerenciais exigidos pela parceria.

VII. Promover a integração entre os responsáveis pelas áreas técnicas, assistenciais e administrativas.

VIII. Adotar providências para a correção de não conformidades e o gerenciamento dos riscos operacionais.

IX. Representar administrativamente a unidade perante a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Bernardo do Campo e a Secretaria Municipal da Saúde, dentro dos limites de sua competência.

X. Garantir a guarda e a disponibilidade da documentação comprobatória da execução da parceria.

Seção III. Da Direção Técnica Médica e da Direção Clínica

Art. 11. A Direção Técnica Médica será exercida por profissional legalmente habilitado, com registro ativo no Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins, formalmente indicado para a unidade.

Compete ao Responsável Técnico Médico:

I. Responder tecnicamente pela organização da assistência médica.

II. Zelar pelo cumprimento da legislação profissional, dos protocolos assistenciais e das normas éticas aplicáveis.

III. Assegurar as condições técnicas necessárias ao exercício da Medicina.

IV. Acompanhar a cobertura médica e a compatibilidade das escalas com os parâmetros mínimos definidos no Termo de Referência.

V. Supervisionar a implementação dos protocolos de urgência e emergência.

VI. Monitorar a qualidade dos registros médicos, das prescrições e das decisões clínicas.

VII. Participar da análise dos eventos adversos, dos óbitos e das situações assistenciais de maior complexidade.

VIII. Promover a interlocução técnica com os órgãos de fiscalização profissional e com a Secretaria Municipal da Saúde, quando cabível.

Art. 12. A Direção Clínica, quando formalmente constituída ou designada na forma da regulamentação profissional aplicável, exercerá as atribuições de coordenação do corpo clínico, observadas as normas do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins. Sua previsão neste Regimento não representa, por si, criação de posto adicional no Quadro de Pessoal.

Compete à Direção Clínica:

I. Coordenar as atividades médicas e promover a integração entre as especialidades.

II. Acompanhar o cumprimento das escalas e das responsabilidades assistenciais.

III. Promover reuniões do corpo clínico e discussões de casos relevantes.

IV. Orientar a elaboração e o preenchimento adequado dos prontuários.

V. Zelar pelo cumprimento das normas éticas e regimentais aplicáveis aos profissionais médicos.

VI. Acompanhar a execução dos protocolos clínicos, identificando necessidades de revisão e capacitação.

VII. Encaminhar às instâncias competentes as questões relacionadas ao exercício profissional.

Parágrafo único. A forma de escolha, a designação e o exercício da Direção Clínica observarão as normas profissionais aplicáveis, respeitadas as atribuições próprias do Responsável Técnico Médico.

Seção IV. Da Gerência da Unidade

Art. 13. Compete ao Gerente da Unidade coordenar a execução das atividades assistenciais, administrativas e operacionais, supervisionando a integração entre o Coordenador Administrativo, o Coordenador de Enfermagem e o Diretor Técnico Médico, respeitadas as competências profissionais e as responsabilidades técnicas, compreendendo:

I. Recepção, cadastro e atendimento administrativo aos usuários.

II. Recursos humanos e controle administrativo das escalas.

III. Almoxarifado, compras e logística de abastecimento.

IV. Contratos e acompanhamento dos prestadores de serviços.

V. Gestão documental, faturamento e informações administrativas.

VI. Controle patrimonial e acompanhamento dos inventários.

VII. Higienização, lavanderia, alimentação, portaria, vigilância e manutenção.

VIII. Tecnologia da informação e suporte operacional.

IX. Monitoramento das necessidades de materiais, equipamentos e insumos.

X. Registro e acompanhamento das ocorrências administrativas.

Parágrafo único. O Gerente da Unidade deverá manter comunicação com as coordenações e os responsáveis técnicos para identificação de necessidades operacionais e adoção de medidas que preservem a continuidade do atendimento.

Seção V. Da Coordenação de Enfermagem

Art. 14. A Coordenação de Enfermagem será exercida por enfermeiro legalmente habilitado, cabendo ao Responsável Técnico de Enfermagem, formalmente designado e registrado no Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins, responder pelas atividades de sua responsabilidade profissional.

Compete à Coordenação de Enfermagem:

I. Planejar, coordenar, supervisionar e avaliar a assistência de enfermagem.

II. Organizar a distribuição dos profissionais por área assistencial e turno.

III. Elaborar e supervisionar as escalas, observados os parâmetros de dimensionamento e a legislação profissional.

IV. Coordenar o acolhimento com classificação de risco e os processos assistenciais de competência da enfermagem.

V. Supervisionar as atividades nas salas de medicação, procedimentos, observação e estabilização.

VI. Assegurar a execução e o registro do Processo de Enfermagem, conforme a regulamentação profissional.

VII. Coordenar a passagem de plantão e a comunicação das intercorrências assistenciais.

VIII. Supervisionar as condições de utilização, conservação e disponibilidade de materiais e equipamentos de enfermagem.

IX. Promover o cumprimento dos protocolos de segurança do paciente e de prevenção de infecções.

X. Participar do planejamento das ações de educação permanente.

XI. Acompanhar indicadores assistenciais e propor ações corretivas.

XII. Assegurar a integração das equipes de enfermagem com o corpo clínico e os demais serviços.

Seção VI. Das áreas assistenciais

Art. 15. As áreas assistenciais serão organizadas conforme a natureza dos atendimentos, compreendendo recepção e acolhimento, classificação de risco, consultórios, salas de procedimentos, medicação, observação e estabilização.

§ 1º Cada área contará com profissionais designados para a execução, supervisão e registro das atividades, observadas as atribuições privativas de cada categoria.

§ 2º A assistência deverá manter integração entre os profissionais médicos, de enfermagem e das demais categorias, respeitando os fluxos clínicos estabelecidos.

Art. 16. Compete à equipe médica realizar avaliação clínica, diagnóstico, prescrição, tratamento, procedimentos, reavaliação, definição de alta e indicação de transferência, segundo as necessidades do usuário.

Parágrafo único. Os profissionais médicos deverão registrar no prontuário as avaliações, condutas, prescrições, procedimentos, resultados relevantes, decisões assistenciais e informações necessárias à continuidade do cuidado.

Art. 17. Compete ao Serviço de Enfermagem executar os cuidados de sua competência, incluindo acolhimento, classificação de risco, assistência direta, administração de medicamentos, monitoramento clínico, execução de procedimentos, observação, estabilização e orientações aos usuários.

Parágrafo único. As atribuições específicas dos enfermeiros e técnicos de enfermagem serão detalhadas no Regimento do Serviço de Enfermagem, em conformidade com as competências profissionais e o dimensionamento previsto na proposta.

Art. 18. Compete ao Serviço Social:

I. Realizar avaliação e orientação social dos usuários e familiares.

II. Identificar situações de vulnerabilidade social que interfiram na assistência.

III. Promover articulação com a rede de proteção social e com os serviços públicos competentes.

IV. Orientar usuários e familiares sobre direitos sociais e acesso à rede de serviços.

V. Participar do planejamento de alta e da organização de encaminhamentos que necessitem de intervenção social.

VI. Registrar os atendimentos e encaminhamentos realizados.

Seção VII. Dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico

Art. 19. Os serviços de apoio diagnóstico compreenderão as atividades laboratoriais, radiológicas, ultrassonográficas e eletrocardiográficas disponibilizadas nas unidades.

Compete aos responsáveis pelos serviços:

I. Assegurar a realização dos procedimentos previstos no escopo assistencial.

II. Organizar os processos de solicitação, execução, interpretação e disponibilização dos resultados.

III. Manter profissionais habilitados e equipamentos em condições de utilização.