

PLANO DE EVACUAÇÃO EM UNIDADE MÓVEL



**Brasília
2025**





Elaboração Institucional

Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS - **AgSUS**

Diretoria de Atenção Integral à Saúde - **DAIS**

Unidade de Atenção Especializada - **UAE**

Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente - **CQSP**

1º Edição - Brasília, 2025

ELABORAÇÃO TÉCNICA

Carolina Dantas Rocha Xavier
de Lucena - CRTA/
UAE/DAIS/AgSUS

Cinthya Ramires Ferraz -
CQSP/ UAE/DAIS/AgSUS

Dina Marcia Neves Vilalba
Lima - CRTA/
UAE/DAIS/AgSUS

Elisa Neves Vianna - CIPE/
UAE/DAIS/AgSUS

Fernanda Helena Nunes
Lacerda - COGEC/
UAE/DAIS/AgSUS

Fernanda Vinhal Nepomuceno
Martins - CIPE/
UAE/DAIS/AgSUS

Gabriele Corrêa e Cintra -
CQSP/ UAE/DAIS/AgSUS

Gabrielle Soares de Araújo -
CRTA/ UAE/DAIS/AgSUS

Gisele Mêne de Castro -
CIPE/ UAE/DAIS/AgSUS

Gláucia Teles de Araújo
Bueno - CQSP/
UAE/DAIS/AgSUS

Holder Vieira Calvão - CIPE/
UAE/DAIS/AgSUS

José Maria Viana dos Santos -
CRTA/ UAE/DAIS/AgSUS

Kelly Anne Freitas Soares -
COGEC/ UAE/DAIS/AgSUS

Luanna Shirley de Jesus
Sousa - CRTA/
UAE/DAIS/AgSUS

Maria Aparecida Farias de
Souza - COGEC/
UAE/DAIS/AgSUS

Myllena Maria Tomaz Caracas
- CQSP/ UAE/DAIS/AgSUS

Priscilla Barbosa - COGEC/
UAE/DAIS/AgSUS

Renata Barbosa Santos -
CRTA/ UAE/DAIS/AgSUS

Rossicleia Dias Carvalho -
COGEC/ UAE/DAIS/AgSUS

Sara Saboia do Nascimento -
CRTA/ UAE/DAIS/AgSUS

Thaylline Kellen da Silva
Araújo - COGEC/
UAE/DAIS/AgSUS

Valdeck Ribeiro dos Santos -
CQSP/ UAE/DAIS/AgSUS

Vinícius de Souza Ramos -
CIPE/ UAE/DAIS/AgSUS

Vinícius José da Silva Lôbo -
CQSP/ UAE/DAIS/AgSUS

Vinicius Santos Sanches -
CIPE/ UAE/DAIS/AgSUS

REVISÃO

Diego Ferreira Lima Silva -
UAE/DAIS/AgSUS

João Paulo Tavares Ferreira -
UAE/DAIS/AgSUS
UAE/DAIS/AgSUS

Luciana Maciel de Almeida
Lopes - DAIS/AgSUS

Raylayne Ferreira Bessa
Bernardo - UAE/DAIS/AgSUS

Ruanna Sandrelly de Miranda
Alves - UAE/DAIS/AgSUS

Diretor-Presidente

André Longo Araújo de Melo





FOLHA DE APROVAÇÃO

Título: Plano de Evacuação em Unidade Móvel Hospitalar

Responsável:

Local e Data: (data de submissão ou entrega)

O presente documento foi analisado e aprovado pela Gestão desta Instituição, conforme registrado em ata, estando autorizado para implantação.

Aprovação:

Nome	Cargo	Assinatura	Data

Registro em Ata:

Registrado na Ata nº XXX, da reunião realizada em XXX, conforme deliberação da Direção.

VERSÃO PRELIMINAR



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AgSUS	Agência Brasileira de Apoio a Gestão do Sistema Único de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CBM	Corpo de Bombeiros Militar
CME	Central de Material Esterilizado
CO₂	Dióxido de Carbônico
CQSP	Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente
DAIS	Diretoria de Atenção Integral à Saúde
DEA	Desfibrilador Externo Automático
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
ISO	International Organization for Standardization
NBR	Norma Brasileira
NHS	National Health Service (Inglaterra)
PAE	Plano de Ação Emergencial
PFF2	Peça Facial Filtrante para Partículas (tipo 2)
RCP	Reanimação Cardiopulmonar
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RT	Responsável Técnico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UAE	Unidade de Atenção Especializada
UMAES	Unidades Móveis de Atenção Especializada à Saúde



SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	9
2. JUSTIFICATIVA.....	9
3. INTRODUÇÃO.....	10
4. TERMOS E DESCRIÇÃO.....	11
5. OBJETIVOS.....	13
6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
7. DESCRIÇÃO.....	14
7.1 Características das Unidades Móveis.....	14
8. ANÁLISE DE RISCOS.....	15
8.1 Riscos Ambientais e de Localização:.....	16
8.2 Riscos Operacionais e de Equipamentos:.....	16
8.3 Riscos Relacionados aos Pacientes e Equipe:.....	16
8.4 Emergência Envolvendo Princípio de Incêndio.....	17
9. ROTAS DE FUGA.....	19
10. SINALIZAÇÃO.....	20
10.1. Placas Fotoluminescentes (NBR 13434).....	21
10.2. Indicadores no Chão (Faixas Brilhantes / Demarcação de Piso).....	21
10.3. Pisos Antiderrapantes e Barras de Apoio.....	22
10.4. Manutenção e Visibilidade da Sinalização.....	22
11. PONTOS DE ENCONTRO.....	22
11. EPIs E EQUIPAMENTOS DE EMERGÊNCIA.....	23
11.1. Equipamentos de Proteção Individual.....	23
12. COMUNICAÇÃO.....	25
12.1. Canais de Comunicação de Emergência.....	25
12.2. Padronização das Mensagens de Emergência.....	26
13. TREINAMENTO E SIMULAÇÃO.....	27
13.1. Periodicidade e Abrangência do Treinamento.....	27
13.2. Simulações Práticas de Evacuação.....	28
13.3. Registro, Avaliação e Revisão dos Simulados.....	29
14. FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES.....	29
15. CUIDADOS ESPECIAIS E ADAPTAÇÕES À PESSOAS COM MOBILIDADE REDUZIDA....	32
16. VERIFICAÇÃO FINAL.....	33
16.1 Verificação e Contabilização dos Evacuados.....	33
16.2 Suporte e Reorganização no Ponto de Encontro.....	34
16.3 Relatório de Evacuação e Análise Pós-Evento.....	34
17. PÓS-EVACUAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL.....	35
18. REVISÃO E ATUALIZAÇÃO.....	36
19. REFERÊNCIAS.....	37
ANEXOS.....	39
Anexo 1 - Fluxograma.....	39

Este documento apresenta o modelo com as diretrizes e os procedimentos que a empresa contratada deve seguir para elaborar o documento “PLANO DE EVACUAÇÃO EM AMBIENTE MÓVEL HOSPITALAR”

VERSÃO PRELIMINAR

1. APRESENTAÇÃO

O Plano de Evacuação em Caso de Incêndio das Unidades Móveis de Atenção Especializada tem como objetivo estabelecer procedimentos claros, padronizados e eficazes para garantir a segurança de pacientes, acompanhantes, profissionais e demais pessoas presentes no ambiente, diante de situações de emergência envolvendo incêndio ou risco iminente de fogo.

Considerando que as unidades móveis operam em espaços itinerantes, com estrutura adaptada e, muitas vezes, em áreas públicas ou de difícil acesso, este plano foi elaborado com base nas diretrizes do Corpo de Bombeiros Militar, da legislação vigente em segurança contra incêndio e pânico, bem como nas normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e demais órgãos competentes.

O documento contempla orientações para prevenção de princípios de incêndio, rotas de fuga e procedimentos de evacuação adaptados à realidade das unidades móveis, assegurando deslocamento rápido, ordenado e seguro para áreas externas protegidas. Também inclui a definição de responsabilidades da equipe, instruções para evacuação de pessoas com mobilidade reduzida, uso de equipamentos de combate a incêndio e comunicação com os serviços de emergência.

O compromisso deste plano é preservar vidas, minimizar riscos e garantir que, mesmo em situações críticas, o atendimento prestado pelas Unidades Móveis de Atenção Especializada seja pautado pela segurança, responsabilidade e eficiência, reforçando a confiança da população nos serviços ofertados.

2. JUSTIFICATIVA

A elaboração do Plano de Evacuação em Caso de Incêndio para as Unidades Móveis de Atenção Especializada se faz necessária diante da natureza particular desse tipo de serviço, que combina a complexidade do atendimento em saúde com as limitações estruturais e a mobilidade dos veículos adaptados. Diferentemente das edificações fixas, as unidades móveis apresentam características específicas — como espaço reduzido,

concentração de equipamentos elétricos e eletrônicos, e proximidade entre pacientes e equipe — que podem aumentar o risco e a gravidade de um incêndio.

Além disso, a atuação em diferentes localidades, muitas vezes em áreas sem infraestrutura de combate a incêndio ou acesso rápido a serviços de emergência, exige protocolos claros, treinos regulares e procedimentos adaptados à realidade itinerante. A adoção de um plano estruturado garante que todos os envolvidos estejam preparados para agir de forma coordenada, reduzindo o tempo de resposta e prevenindo danos à vida e à integridade física das pessoas.

Este documento também atende às exigências legais e normativas de segurança contra incêndio e pânico, bem como às diretrizes de biossegurança e gestão de riscos em serviços de saúde, reforçando o compromisso da instituição com a preservação da vida, a proteção do patrimônio e a continuidade segura das atividades assistenciais.

3. INTRODUÇÃO

Este manual estabelece as diretrizes e os procedimentos operacionais para a evacuação segura, rápida e coordenada das Unidades Móveis de Atenção Especializada à Saúde, conforme previsto na Modalidade III do Programa *Agora Tem Especialista*, operacionalizado pela AgSUS.

O principal objetivo é orientar a organização contratada sobre como garantir a proteção da vida e da integridade física de pacientes, profissionais de saúde e acompanhantes, assegurando respostas eficazes diante de emergências que comprometam a segurança ou o funcionamento da unidade, em conformidade com o padrão estabelecido pela AgSUS. Embora o risco de incêndio seja um dos principais cenários previstos, o plano também se aplica a outras situações de ameaça iminente e deve estar incorporado à rotina institucional de unidades de saúde.

Dada a característica itinerante dessas unidades e seu papel estratégico na ampliação do acesso à assistência especializada em territórios com vazios assistenciais, o plano de evacuação contempla protocolos específicos que priorizam:

- A atuação imediata e coordenada da equipe profissional;
- A mitigação de riscos e danos;
- A preservação da vida e do patrimônio;
- A articulação com a rede local de saúde, visando, sempre que possível, a continuidade do cuidado.

O documento gerado com base neste modelo deverá ser amplamente divulgado entre os envolvidos nas operações das unidades móveis e será objeto de revisões periódicas. Além disso, irá prever a realização regular de treinamentos e simulações, essenciais para a preparação das equipes frente a situações de risco iminente.

4. TERMOS E DESCRIÇÃO

Acreditação: procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que visa garantir a qualidade de assistência por meio de padrões de consenso previamente estabelecidos.

Agente extintor: substância utilizada para a extinção do fogo. **área compartimentada:** área de uma edificação separada horizontal e verticalmente do restante desta através de paredes, portas, janelas e outros elementos passivos corta-fogo, apresentando um determinado tempo requerido de resistência ao fogo.

Autoridade competente: órgão, repartição pública ou privada, investida de autoridade pela legislação vigente para analisar, aprovar, autorizar ou fiscalizar as instalações de segurança contra incêndio e pânico, com base em legislação local específica.

Chuveiro automático (sprinkler): dispositivo para extinção ou controle de incêndios que funciona automaticamente quando seu elemento termossensível é aquecido à sua temperatura de operação ou acima dela, permitindo que a água seja projetada através desse dispositivo sobre uma área específica.

Estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS): qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde e à população, em regime de internação ou não, qualquer que seja seu nível de complexidade (Resolução ANVISA RDC nº 50).

Material combustível: qualquer substância com capacidade para queima, produzindo calor e gases de combustão.

Material não combustível: qualquer substância que não queima nem desprende vapores inflamáveis em quantidade suficiente para iniciar uma ignição espontânea, quando aquecida até aproximadamente 750 °C. O ensaio para determinação das características de não combustibilidade de um material, conforme ASTM E 136 é a ausência de chamas e/ou liberação de gases quando submetido à chama direta ou aquecimento indireto até a temperatura de autoignição.

Número de trocas de ar por hora: quantidade de ar insuflada no ambiente (em metros cúbicos por hora), dividida pelo volume do ambiente (em metros cúbicos).

Porta corta-fogo: conjunto formado por porta do tipo de abrir com eixo vertical, constituída por folha(s), batente(s) ou marco(s), ferragens acessórias e, eventualmente, mata-juntas e bandeira, que atendam ao disposto na ABNT NBR 11.742, impedindo ou retardando a propagação do fogo, calor e gases de um ambiente para o outro.

Programa de necessidades: conjunto de características e condições necessárias ao desenvolvimento das atividades dos usuários da edificação que, adequadamente consideradas, definem e originam a proposição para o empreendimento a ser realizado. Deve conter a listagem de todos os ambientes necessários ao desenvolvimento dessas atividades (ANVISA, 2002).

Registro (damper) corta-fogo: dispositivo instalado em sistema de distribuição de ar projetado para fechar automaticamente em presença de calor, de forma a interromper a migração do ar e restringir a passagem de chamas. Um registro corta-fogo e corta-fumaça combina os requisitos de ambas as funções.

Registro (damper) corta-fumaça: Dispositivo instalado em sistema de distribuição de ar para controlar o movimento da fumaça. Pode ser utilizado como registro corta-fogo quando sua localização atende a ambas as funções e obedece aos requisitos de ambas as funções.

Rota de fuga: caminho contínuo devidamente sinalizado, a ser percorrido pelos usuários da edificação para atingirem com rapidez e segurança o ambiente externo com acesso a via pública.

Saída de emergência: caminho contínuo, devidamente sinalizado, a ser percorrido pelo usuário da edificação em caso de emergência, de qualquer parte do edifício até atingir o exterior, com garantia de integridade física.

Selagem de travessia: material estrutural e de acabamento, que ao ser utilizado na travessia de um duto por uma parede, piso ou teto assegura, no mínimo, a mesma classificação do elemento penetrado.

Supressão de incêndio: redução drástica da taxa de liberação de calor de um incêndio e prevenção de seu ressurgimento pela aplicação direta de quantidade suficiente de um agente extintor determinado.

5. OBJETIVOS

Estabelecer diretrizes e procedimentos padronizados para a evacuação segura, rápida e organizada das Unidades Móveis de Atenção Especializada em situações de incêndio ou risco iminente, visando à preservação da vida, à proteção da integridade física de pacientes, acompanhantes e profissionais, bem como à minimização de danos ao patrimônio e à continuidade segura das atividades assistenciais.

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir responsabilidades e atribuições da equipe durante situações de evacuação.
- Estabelecer rotas de fuga e pontos de encontro adaptados à estrutura e localização das unidades móveis.
- Garantir a evacuação segura de pacientes, acompanhantes e profissionais, priorizando pessoas com mobilidade reduzida ou necessidades especiais.
- Orientar sobre o uso adequado de equipamentos de combate a incêndio disponíveis na unidade.

- Padronizar procedimentos para comunicação interna e acionamento dos serviços de emergência.
- Reduzir o tempo de resposta frente a princípios de incêndio, minimizando riscos à vida e ao patrimônio.
- Promover treinamentos periódicos para a equipe, simulando cenários de evacuação e combate a incêndio.
- Assegurar conformidade com normas legais e regulamentações vigentes de segurança contra incêndio e pânico.
- Integrar as ações de evacuação às estratégias gerais de segurança e gestão de riscos do serviço.

7. DESCRIÇÃO

7.1 Características das Unidades Móveis

As Unidades Móveis de Atenção Especializada à Saúde integram o Programa Agora Tem Especialistas, sob responsabilidade da AgSUS, em parceria com o Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar o acesso regional a serviços especializados de saúde. A estratégia visa atuar em territórios com vazios assistenciais ou com dificuldades de acesso, por meio da oferta de consultas, exames diagnósticos e pequenos procedimentos cirúrgicos.

Essas Unidades Móveis complementam a rede do Serviço Único de Saúde (SUS), contribuindo para reduzir carências assistenciais. Os modelos são organizados por tipologia assistencial, conforme a natureza do serviço e as demandas locais, sendo três:

- **Tipologia 1: Diagnóstico por Imagem - Tomografia Computadorizada**

Destinada à realização de exames de média complexidade sem contraste. Estrutura: Sala de Tomografia e Comando, Acolhimento/Pré-Exame, Sala de Espera e Compartimentos Técnicos.

- **Tipologia 2: Prevenção e Cuidado Oncológico da Mulher**

Voltada para prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento ambulatorial inicial do câncer de mama e colo do útero.

Estrutura: Consultório Ginecológico Multipropósito, Sala de Mamografia, Sala de Pequenos Procedimentos e Central de Material Esterilizado (CME).

- **Tipologia 3: Oftalmologia e Cirurgias Oftalmológicas**

Para consultas, exames especializados e cirurgias oftalmológicas ambulatoriais. Estrutura: Consultório Oftalmológico Adaptável, Salas Cirúrgicas, Acolhimento, Sala de Espera/Pré-Exame e Compartimentos Técnicos.

Dessa forma, a análise de riscos, por parte da contratada deverá considerar as características específicas de cada tipologia, tanto em relação ao perfil dos procedimentos quanto à estrutura física e aos recursos disponíveis nas Unidades Móveis. É fundamental avaliar previamente as condições para o manejo seguro de intercorrências clínicas e complicações, bem como estabelecer procedimentos operacionais bem definidos para a remoção ou evacuação assistida dos pacientes, caso necessário.

As equipes devem estar capacitadas para identificar situações de urgência e seguir protocolos definidos, garantindo a segurança do atendimento e a articulação com a rede de referência do SUS. A atuação das Unidades Móveis exige, portanto, planejamento integrado entre a gestão local, a regulação e os serviços de retaguarda, assegurando resposta adequada diante de qualquer eventualidade.

8. ANÁLISE DE RISCOS

As Unidades Móveis de Atenção Especializada à Saúde apresentam características operacionais e estruturais que demandam uma análise de riscos minuciosa, considerando sua natureza itinerante, a complexidade tecnológica envolvida e os diferentes contextos territoriais de atuação.

Devido ao uso intensivo de equipamentos eletromédicos — como os utilizados em serviços de Diagnóstico por Imagem (ex: tomógrafos, aparelhos de raio-x e ultrassonografia) — e à presença de sistemas elétricos de alta demanda, geradores autônomos, gases medicinais e insumos críticos, essas unidades estão expostas a riscos técnicos relevantes. A essa realidade somam-se os desafios da instalação temporária em locais diversos, por vezes com infraestrutura precária ou acesso limitado a serviços de emergência.

A análise de riscos deve contemplar a identificação de ameaças e a designação de um coordenador de evacuação, escolhido entre os membros da equipe. Esse coordenador, em conjunto com o líder de equipe (responsável técnico e/ou enfermeiro chefe), deve ser capaz de reconhecer os seguintes riscos e fatores de vulnerabilidade:

8.1 Riscos Ambientais e de Localização:

As Unidades Móveis podem estar posicionadas em terrenos com baixa estabilidade ou próximos a vias de tráfego intenso, o que pode dificultar o acesso de equipes de emergência e a evacuação segura dos usuários. Além disso, condições climáticas extremas — como tempestades, ventos fortes e ondas de calor — podem comprometer a estrutura da unidade e agravar os riscos em situações de incêndio. É essencial que o planejamento de posicionamento considere essas variáveis para mitigar riscos e facilitar rotas de fuga seguras.

8.2 Riscos Operacionais e de Equipamentos:

A presença de equipamentos que geram calor, como tomógrafos, bisturis elétricos e sistemas de climatização, aumenta o potencial de ignição de incêndios. Além disso, o armazenamento e uso de materiais inflamáveis ou pressurizados — como gases medicinais e tanques de combustível para geradores — requerem atenção especial quanto à ventilação, sinalização e contenção. A manutenção preventiva de sistemas elétricos e dispositivos de proteção contra incêndio (como extintores e detectores de fumaça) é indispensável para reduzir falhas e permitir uma resposta eficaz.

8.3 Riscos Relacionados aos Pacientes e Equipe:

Durante uma emergência, a evacuação pode ser dificultada pela presença de pacientes em estado crítico, com mobilidade reduzida ou em uso de dispositivos de suporte à vida. Também é necessário considerar os riscos à segurança dos profissionais da equipe assistencial e dos acompanhantes, que devem ser orientados quanto aos procedimentos de evacuação. Planos de Contingência devem prever a designação de responsáveis por auxiliar na remoção de pacientes vulneráveis, com o uso de macas, cadeiras de rodas ou equipamentos específicos, conforme a necessidade.

8.4 Emergência Envolvendo Princípio de Incêndio

Um princípio de incêndio em uma Unidade Móvel de Atenção Especializada à Saúde representa um risco imediato à vida e à integridade física dos pacientes, acompanhantes e profissionais, além de ameaçar equipamentos e a estrutura. Dada a presença de equipamentos eletromédicos de alta demanda, gases medicinais, sistemas elétricos e insumos críticos, a resposta rápida e eficaz é fundamental para evitar a propagação do fogo e garantir a evacuação segura.



Procedimentos em Caso de Princípio de Incêndio:

- **Identificação e Alerta Imediato (ALARME):**

- Ao identificar um princípio de incêndio (fumaça, cheiro de queimado, chamas), o primeiro profissional a perceber deve acionar imediatamente o alarme de incêndio e gritar "Fogo! Fogo!" para alertar a todos na unidade.
- O Coordenador de Evacuação ou o Líder de Equipe mais próximo deve ser comunicado.

- **Avaliação e Combate Inicial (se seguro):**

- A equipe treinada (brigadistas) deve ser acionada para avaliar se o incêndio pode ser combatido de forma segura e rápida com os equipamentos disponíveis na unidade.

- Utilizar extintores de incêndio (Classes ABC e CO₂) ou mantas abafadoras para tentar controlar as chamas, se o fogo for pequeno, confinado e não envolver risco de explosão ou grande quantidade de fumaça.

- Os extintores devem estar posicionados em locais de fácil acesso, visíveis e sinalizados.

- **Corte de Energia (se aplicável e seguro):**

- Se o princípio de incêndio estiver relacionado a falhas elétricas, e for seguro, acionar os dispositivos de corte de energia (botões de emergência ou chaves de desligamento geral).

- **Evacuação Imediata (se o combate inicial falhar ou houver risco):**

- Se o fogo não for controlado imediatamente, houver muita fumaça, risco de explosão ou ameaça direta à vida, o Coordenador de Evacuação ou o Líder de Equipe deve determinar a evacuação total da unidade.

- Comunicar a ordem de evacuação de forma clara e objetiva através das sirenes/alarmes sonoros e megafone, instruindo todos a seguirem as rotas de fuga sinalizadas.

- Priorizar a evacuação de pacientes, acompanhantes e profissionais, dando atenção especial a pacientes com mobilidade reduzida ou dependentes de suporte.

- **Rotas de Fuga e Pontos de Encontro:**

- Utilizar as rotas de fuga claramente demarcadas e desobstruídas, que conduzem diretamente aos pontos de encontro externos seguros, localizados a pelo menos 15 metros de distância da Unidade Móvel.

- As rotas devem ter sinalização fotoluminescente (NBR 13434) e indicadores no chão, além de pisos antiderrapantes e barras de apoio.

- **Comunicação Externa:**

- O Coordenador de Evacuação ou o profissional designado deve acionar imediatamente os serviços de emergência externos, especialmente o Corpo de Bombeiros. Fornecer informações claras sobre a localização e a natureza da emergência.

- **Pós-Evacuação no Ponto de Encontro:**

- No ponto de encontro, o Articulador do Cuidado/Responsável pelo Ponto de Encontro deve realizar a verificação e contabilização dos evacuados.

- O Coordenador de Evacuação mantém contato com as autoridades de resgate para coordenar os próximos passos.

- **Pós-Evento:**

- Documentar o incidente em relatório de evacuação, incluindo as ações tomadas e as lições aprendidas.

- Realizar uma reunião de avaliação com a equipe para análise e aprimoramento do plano.

9. ROTAS DE FUGA

A segurança durante uma emergência em ambientes móveis hospitalares requer um planejamento rigoroso das rotas de fuga. Cada Unidade Móvel de Atenção Especializada à Saúde deverá ser equipada com, no mínimo, duas rotas de fuga claramente demarcadas. A sinalização deve ser visível e estar acompanhada de iluminação de emergência, atendendo às especificações da NBR 9077.

As rotas de fuga devem estar sempre desobstruídas e projetadas para permitir o movimento rápido e seguro de pacientes (incluindo aqueles com mobilidade reduzida ou dependentes de equipamentos) e profissionais de saúde. Todas as aberturas de saída devem ser de fácil acesso, preferencialmente equipadas com barras antipânico ou alavancas internas que facilitem a abertura em situações de estresse.

As rotas devem conduzir diretamente a um local seguro e predefinido fora da unidade móvel. O projeto das rotas de fuga deve levar em consideração as diferentes tipologias de

unidades (como as de Diagnóstico por Imagem ou Cirurgias Ambulatoriais) para garantir que a evacuação de equipamentos e pacientes críticos seja possível de forma eficiente e segura. O plano deve incluir a inspeção regular dessas rotas para garantir sua funcionalidade e conformidade com os requisitos de segurança.

10. SINALIZAÇÃO

A sinalização de segurança desempenha um papel fundamental na orientação e condução adequada dos ocupantes durante situações de emergência nas Unidades Móveis de Atenção Especializada à Saúde. Uma sinalização eficaz contribui para a evacuação rápida, segura e organizada, minimizando riscos e prevenindo o pânico.

Todos os elementos de sinalização devem ser claros, padronizados, duráveis e visíveis em diferentes condições de luminosidade, incluindo ambientes com fumaça ou falta de energia elétrica. A comunicação visual precisa ser acessível a todos os ocupantes — pacientes, acompanhantes, profissionais de saúde e visitantes — independentemente de sua familiaridade com o ambiente.

A implementação da sinalização deve seguir rigorosamente as normas técnicas brasileiras, especialmente a NBR 13434 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), que regulamenta os requisitos para sinalização de segurança contra incêndio e pânico.

Os principais elementos a serem adotados incluem:

- Placas fotoluminescentes conforme NBR 13434.
- Indicadores no chão (faixas brilhantes).
- Pisos antideslizantes e barras de apoio vertical/horizontal para evacuação.

10.1. Placas Fotoluminescentes (NBR 13434)

As placas de sinalização de emergência devem ser fotoluminescentes, garantindo visibilidade mesmo na ausência de luz natural ou artificial. Estas placas são essenciais para indicar:

- **Rotas de Saída:** Setas direcionais e indicações de "Saída" posicionadas em pontos estratégicos ao longo das rotas de fuga, especialmente nas proximidades das portas e corredores.
- **Portas de Emergência:** Identificação clara das portas que servem como saída de emergência, com indicação do sentido de abertura.
- **Equipamentos de Combate a Incêndio:** Localização de extintores, hidrantes e acionadores manuais de alarme de incêndio.
- **Equipamentos de Emergência:** Identificação de kits de primeiros socorros e outros recursos essenciais.
- **Pontos de Encontro:** Sinalização direcionando para os pontos de encontro externos seguros.
- **Sinalização de Alerta:** Placas indicando riscos específicos (ex: "Material Inflamável", "Área de Risco Biológico") onde aplicável. A instalação destas placas deve respeitar a altura e o espaçamento definidos na NBR 13434 para garantir máxima visibilidade e legibilidade.

10.2. Indicadores no Chão (Faixas Brilhantes / Demarcação de Piso)

A demarcação no piso complementa as placas suspensas, sendo particularmente útil em situações de visibilidade reduzida (fumaça, falta de energia) ou para guiar pessoas com mobilidade reduzida ou deficiência visual.

- **Faixas Fotoluminescentes ou Brilhantes:** Aplicação de faixas contínuas e antiderrapantes ao longo das rotas de fuga, que se destacam visualmente e podem ser sentidas.
- **Sinalização Tátil:** Inclusão de pisos táteis direcionais e de alerta em pontos críticos, como mudanças de direção, próximo a saídas e antes de obstáculos, para auxiliar pessoas com deficiência visual.

10.3. Pisos Antiderrapantes e Barras de Apoio

A segurança da evacuação é significativamente aumentada pela prevenção de quedas, especialmente em um ambiente hospitalar móvel onde pacientes podem estar em condições diversas e a evacuação pode ser apressada.

- **Pisos Antiderrapantes:** Todas as rotas de fuga, incluindo corredores e rampas, devem possuir superfícies antiderrapantes para garantir a tração e reduzir o risco de quedas, mesmo em caso de derramamento de líquidos.

- **Barras de Apoio Vertical e Horizontal:** A instalação de barras de apoio firmes e visíveis ao longo das rotas de fuga, especialmente em corredores estreitos, próximo a portas e em áreas de transição, oferece suporte físico para pacientes, idosos e pessoas com mobilidade reduzida, facilitando seu deslocamento durante a evacuação. As barras devem estar em conformidade com as normas de acessibilidade.

10.4. Manutenção e Visibilidade da Sinalização

É imprescindível que toda a sinalização seja inspecionada regularmente para garantir sua integridade, limpeza e funcionalidade. Placas danificadas, sujas ou obstruídas devem ser prontamente substituídas ou limpas. A iluminação de emergência associada à sinalização deve ser testada periodicamente para assegurar que esteja sempre operacional.

11. PONTOS DE ENCONTRO

Para garantir a segurança e a coordenação após uma evacuação, os pontos de encontro devem ser definidos previamente à instalação da unidade móvel em cada território. Estes locais devem estar claramente identificados e localizados a pelo menos 15 metros de distância da Unidade Móvel, em uma área aberta, plana, segura e de fácil acesso para ambulâncias e equipes de emergência.

A escolha dos pontos de encontro deve considerar a capacidade de acomodar pacientes de diferentes condições clínicas e de mobilidade, bem como a equipe de saúde e visitantes. Devem ser estabelecidos dois pontos alternativos: um ponto de encontro primário e um ponto de encontro secundário (a ser utilizado em caso de obstrução ou insegurança no

ponto primário). A localização e as instruções para acesso a esses pontos devem ser comunicadas de forma clara e visível a todos os usuários e profissionais da unidade.

11. EPIs E EQUIPAMENTOS DE EMERGÊNCIA

A segurança da equipe, pacientes e visitantes durante uma evacuação depende diretamente da disponibilidade e do acesso imediato a Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados e a equipamentos de emergência essenciais. Este item detalha os requisitos para garantir que as Unidades Móveis de Atenção Especializada à Saúde (UMAES) estejam devidamente equipadas para responder a emergências.

11.1. Equipamentos de Proteção Individual

Todos os profissionais que atuam nas Unidades Móveis, bem como a equipe de apoio e brigadistas, devem ter acesso imediato e treinamento para o uso correto dos EPIs apropriados para cenários de evacuação e emergência. A quantidade e o tipo de EPIs devem ser dimensionados para atender a todos os colaboradores presentes e um estoque de reserva. Os EPIs básicos incluem, mas não se limitam a:

- **Luvas de Proteção:** Para manuseio seguro de pacientes, materiais e equipamentos, protegendo contra riscos biológicos, químicos e físicos. Devem ser resistentes e adequadas para emergências.
- **Máscaras PFF2 (ou N95):** Essenciais para proteção respiratória contra fumaça, poeira, partículas e aerossóis que possam ser liberados em um cenário de emergência (ex: incêndio, vazamento químico, presença de agentes biológicos dispersos).
- **Lanternas Manuais (impermeável e com baterias extras):** Indispensáveis para garantir visibilidade em caso de falha de energia ou em ambientes com fumaça. Devem ser de uso individual e estar em perfeito estado de funcionamento.
- **Coletes Refletivos (Alta Visibilidade):** Para identificar claramente os membros da equipe de emergência e brigadistas, aumentando sua visibilidade, especialmente em condições de baixa luminosidade ou durante a coordenação externa da evacuação.
- **Óculos de Segurança:** Conforme aplicável ao tipo de risco (ex: proteção contra partículas, respingos químicos ou fumaça), para resguardar a visão dos profissionais.

O acesso aos EPIs deve ser desobstruído e sinalizado, preferencialmente em pontos estratégicos e de fácil alcance dentro da unidade, como próximo às saídas e nos postos de trabalho da equipe.

11.2. Equipamentos de Emergência

Além dos EPIs, as Unidades Móveis devem estar equipadas com dispositivos essenciais para a primeira resposta a emergências, manutenção da segurança e assistência imediata.

- **Kits de Primeiros Socorros:** Múltiplos kits devem ser estrategicamente posicionados, contendo materiais para curativos, contenção de hemorragias, imobilizações provisórias e medicamentos essenciais para emergências menores. O conteúdo deve ser inspecionado e repostado regularmente, com validade controlada.

- **Extintores de Incêndio (Classes ABC e CO₂):**

- **Extintores ABC:** Adequados para combater incêndios de Classes A (materiais sólidos como madeira, papel), B (líquidos inflamáveis como óleo, graxa) e C (equipamentos elétricos energizados). Devem ser posicionados em locais de fácil acesso, visíveis e sinalizados.

- **Extintores de CO₂ (Dióxido de Carbono):** Mais indicados para incêndios envolvendo equipamentos eletrônicos sensíveis e materiais elétricos, pois não deixam resíduos. Devem complementar os extintores ABC em áreas específicas com maior concentração de equipamentos eletrônicos ou onde há gases medicinais.

- A localização, quantidade e tipo de extintores devem estar em conformidade com a legislação dos Corpos de Bombeiros locais e as normas técnicas pertinentes (ex: NBR 12962 para inspeção e manutenção de extintores).

- **Mantas Abafadoras:** Para conter pequenos focos de incêndio em roupas ou equipamentos, minimizando a propagação.

- **Detectores de Fumaça e Alarmes de Incêndio:** Sistemas funcionais e testados regularmente para detecção precoce de incêndios e acionamento sonoro de alerta.

- **Dispositivos de Corte de Energia:** Botões de emergência ou chaves de fácil acesso para desligamento geral de energia elétrica da unidade.

Todos os equipamentos de emergência devem passar por inspeções e manutenções periódicas, conforme as recomendações dos fabricantes e as exigências legais, garantindo que estejam sempre em perfeito estado de uso e prontos para qualquer eventualidade.

12. COMUNICAÇÃO

A comunicação eficaz e redundante é um pilar fundamental para o sucesso de qualquer plano de evacuação, especialmente em uma Unidade Móvel de Atenção Especializada à Saúde onde o espaço e os recursos podem ser limitados, mas a necessidade de resposta rápida é crítica. O plano de comunicação deve garantir que as informações essenciais cheguem a todas as pessoas na unidade de forma clara, rápida e objetiva, permitindo a tomada de decisões e o deslocamento seguro durante uma emergência.

12.1. Canais de Comunicação de Emergência

O plano deve prever a existência de sistemas de comunicação redundantes e adaptados à realidade de uma unidade móvel para assegurar que a mensagem de emergência seja transmitida mesmo em caso de falha de um dos sistemas. Os principais canais incluem:

- **Sirenes e Alarmes Sonoros:**

- **Propósito:** Acionamento imediato de alerta para toda a unidade e arredores próximos, indicando uma emergência que requer atenção e ação imediata.

- **Implementação:** Instalação de sirenes ou alarmes audíveis internos e externos, capazes de serem ouvidos por todos os ocupantes da unidade e pela equipe de apoio externa. O tipo de som e sua intermitência devem ser padronizados para indicar diferentes níveis ou tipos de emergência, se aplicável, e seu significado deve ser compreendido por meio de treinamento.

- **Sistema de Avisos Sonoros Portátil (Megafone):**

- **Propósito:** Permite que a equipe de brigada ou os líderes de evacuação transmitam instruções claras e diretas verbalmente, controlando o fluxo da evacuação e oferecendo orientações específicas em tempo real. É ideal para direcionamento em áreas com ruído ou em grandes grupos.

- **Implementação:** Pelo menos um megafone portátil e com bateria carregada deve estar disponível em local de fácil acesso, preferencialmente próximo ao posto de comando ou ao ponto de controle de emergência da unidade. O uso deve ser treinado.

- **Comunicação Bidirecional (Rádios Portáteis):**

- **Propósito:** Rádios portáteis (UHF/VHF) são ferramentas cruciais para a comunicação entre a equipe de emergência interna (médicos, enfermeiros) e a equipe de apoio externa (motorista, segurança, equipe de coordenação logística da AgSUS), bem como com as equipes de resgate externas, ou seja, Corpo de Bombeiros e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) antes de sua chegada.

- **Implementação:** Deve-se garantir que um número adequado de rádios portáteis, devidamente carregados e operacionais, esteja disponível para os membros-chave da equipe de evacuação e coordenação. Deve haver um protocolo claro para a utilização desses rádios, incluindo frequências designadas e códigos de comunicação, se necessário. A manutenção e testes periódicos são essenciais.

- **Telefones Celulares e Lista de Contatos de Emergência:**

- **Propósito:** Meio de comunicação primário para acionar serviços de emergência externos e para a comunicação entre a gestão da unidade móvel e a coordenação da AgSUS.

- **Implementação:** Deve haver uma lista atualizada e de fácil acesso com os números de contato de emergência local (Corpo de Bombeiros, SAMU, Polícia, hospitais de referência, coordenação da AgSUS, responsável técnico da unidade). Pelo menos um telefone celular com carga e crédito deve estar disponível para uso exclusivo em emergências, além dos celulares pessoais da equipe. A equipe deve ser instruída a utilizar seus próprios dispositivos em caso de falha do telefone dedicado da unidade.

12.2. Padronização das Mensagens de Emergência

As mensagens de emergência devem ser pré-definidas e treinadas para garantir clareza, objetividade e eficácia na orientação da evacuação. O roteiro padrão para as mensagens deve incluir:

- **Comando de Alerta:** Indicação clara e concisa da emergência (ex: "Atenção! Atenção! Incêndio na Unidade Móvel!").

- **Instrução de Evacuação:** Comandos objetivos para o deslocamento (ex: "Iniciem a evacuação imediata!", "Sigam as rotas de fuga sinalizadas!").
- **Orientação Direcional:** Indicação clara para onde se dirigir (ex: "Dirijam-se aos pontos de encontro externos!").
- **Informações Adicionais (se aplicável):** Instruções breves sobre ações específicas, como "Não recolham objetos pessoais, evacuem!", "Apoiem pacientes com mobilidade reduzida".
- **Repetição:** A mensagem deve ser repetida em intervalos regulares até que a evacuação esteja em curso ou a situação sob controle.

As mensagens devem ser ensaiadas durante os treinamentos e simulados para que a equipe esteja familiarizada com o protocolo e possa transmiti-las com calma e clareza mesmo sob pressão.

13. TREINAMENTO E SIMULAÇÃO

A eficácia do Plano de Evacuação das Unidades Móveis de Atenção Especializada depende diretamente da preparação e do treinamento contínuo de toda equipe. Treinamentos regulares e simulações práticas são essenciais para garantir que todos os envolvidos compreendam suas funções, haja de forma coordenada e eficiente sob pressão e, possam responder adequadamente a qualquer cenário de emergência.

13.1. Periodicidade e Abrangência do Treinamento

Devem ser realizados treinamentos regulares e abrangentes para todos os profissionais que atuam na Unidade Móvel.

- **Treinamento Inicial:** Todo novo colaborador deve passar por um treinamento completo sobre o Plano de Evacuação antes de iniciar suas atividades na Unidade Móvel.
- **Treinamento de Reciclagem:** Sessões de treinamento devem ser conduzidas periodicamente, idealmente a cada seis meses - um ano, para reforçar os procedimentos, apresentar atualizações do plano e assegurar que o conhecimento seja mantido e aprimorado

- **Treinamento Específico por Função:** Cada profissional deve ser treinado especificamente quanto às suas funções e responsabilidades designadas no plano de Evacuação (ex: Quem fica responsável pela comunicação, quem fica responsável por conduzir pessoas com mobilidade reduzida, quem acionará os contatos de emergência).

13.2. Simulações Práticas de Evacuação

As simulações práticas são a ferramenta mais eficaz para testar a aplicabilidade do plano e a capacidade de resposta da equipe em um cenário realístico.

- **Frequência:** Simulações práticas de evacuação devem ser realizadas semestralmente. A periodicidade pode ser ajustada com base nas avaliações de risco e nos resultados dos simulados anteriores.

- **Objetivos dos Simulados:** Os simulados devem ter objetivos muito claros, como:

- Testar o tempo de resposta da equipe a eventos;
- Verificar a clareza das rotas de fuga e sinalização;
- Avaliar a eficácia dos canais de comunicação;
- Identificar os gargalos e pontos de melhoria do plano;
- Familiarizar a equipe com o manuseio de equipamentos de emergência.

- **Envolvimento de Pacientes Voluntários e Usuários Simulados:** Para replicar as condições reais de uma evacuação de ambiente de saúde hospitalar, os ensaios devem envolver:

- **Pacientes Voluntários:** Pessoas que simulem a condição de pacientes permitindo que a equipe pratique a evacuação de indivíduos com diferentes níveis de mobilidade e necessidades.

- **Usuários Simulados com Deficiências Físicas e/ou Cognitivas:** É fundamental incluir atores ou bonecos que representem pacientes com mobilidade reduzida (ex: cadeirantes, deficientes visuais e auditivos) e pacientes com comprometimento cognitivo. Isso permite que a equipe pratique técnicas de assistência e evacuação inclusivas, conforme as adaptações previstas no plano.

- **Cenários Variados:** Os simulados devem abranger diferentes cenários de emergência (ex: Incêndios em diferentes pontos, vazamentos, falhas de energia, eventos

climáticos extremos e causados pelo homem), para preparar a equipe para as mais diversas situações possíveis.

13.3. Registro, Avaliação e Revisão dos Simulados

Cada simulação deve ser um evento de aprendizado e aprimoramento.

- **Registro Detalhado:** Todos os simulados devem ser rigorosamente registrados e documentados:

- Data, hora e duração do simulado;
- Cenário Simulado;
- Número de Participantes (equipe e simulados);
- Observações sobre o desempenho da equipe e a eficiência do plano;
- Identificação de quaisquer incidentes, falhas ou dificuldades observados;

- **Avaliação Pós-Simulado:** Após cada simulado, uma reunião de avaliação deve ser realizada com a participação de todos os envolvidos. O objetivo é analisar o desempenho, discutir os pontos fortes e fracos, e identificar áreas que necessitam de melhoria. Um relatório de avaliação deve ser produzido.

- **Revisão do Plano:** Com base nos resultados das avaliações dos simulados, o Plano de Evacuação deve ser revisado e atualizado conforme necessário. As lições aprendidas devem ser incorporadas ao plano e comunicadas a toda a equipe. Este ciclo de treinamento, simulação, avaliação e revisão garante a melhoria contínua da capacidade de resposta da Unidade Móvel em situações de emergência.

14. FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES

Em uma situação de emergência que demande a evacuação da Unidade Móvel, a clareza nas funções e responsabilidades de cada membro da equipe é crucial para uma resposta coordenada, eficiente e segura. O plano deve designar papéis específicos para todos os profissionais, garantindo que as ações sejam executadas de forma hierárquica e complementar. Todos os colaboradores devem conhecer não apenas suas próprias funções, mas também as dos demais, para que possam atuar como apoio mútuo, se necessário.

Estrutura de Comando da Evacuação: A estrutura de comando e controle deve ser simples e clara, com uma cadeia de comando bem definida para evitar confusão e garantir a tomada de decisão rápida.

- **Coordenador de Evacuação:** É o responsável máximo pela gestão da emergência e da evacuação.

- **Ativação do Plano:** Recebe a informação da emergência e, após avaliação inicial, toma a decisão de ativar o Plano de Evacuação.

- **Comunicação de Riscos:** Dispara os alarmes e sirenes, e inicia a comunicação interna e externa sobre a natureza e gravidade da emergência.

- **Orientação e Direcionamento:** Coordena todas as equipes envolvidas, fornecendo diretrizes claras e contínuas sobre as ações a serem tomadas, as rotas de fuga e os pontos de encontro.

- **Contato Externo:** Atua como o principal ponto de contato com os serviços de emergência externos (Corpo de Bombeiros, SAMU, Polícia) e a coordenação da AgSUS.

- **Tomada de Decisões Críticas:** Em situações dinâmicas, avalia o cenário e ajusta o plano conforme necessário, autorizando ações emergenciais.

Líderes de Equipe: São os responsáveis pela execução das ações de evacuação em suas respectivas áreas ou grupos de pacientes.

- **Garantia da Evacuação:** Supervisionam e asseguram que todos os pacientes sob sua responsabilidade, bem como profissionais e visitantes, iniciem a evacuação pelas rotas de fuga designadas.

- **Verificação Final da Unidade:** Após a saída de todos, realizam uma checagem final rápida em sua área para garantir que ninguém tenha sido deixado para trás, especialmente em locais de difícil visibilidade.

- **Controle do Fluxo:** Auxiliam na manutenção da ordem e do fluxo durante o deslocamento, oferecendo suporte e direcionamento.

- **Reporte ao Coordenador:** Mantém o Coordenador de Evacuação informado sobre o progresso da evacuação em sua área.

Profissionais Assistenciais: O foco principal é a segurança e o cuidado contínuo dos pacientes durante o processo de evacuação.

- **Priorização de Pacientes Críticos:** Com base na avaliação clínica e nas diretrizes do plano, priorizam a evacuação de pacientes mais críticos ou dependentes de suporte, garantindo que recebam assistência contínua.

- **Primeiros Socorros:** Prestam os primeiros socorros imediatos a qualquer pessoa que necessite de atendimento durante a emergência.

- **Orientação Direta:** Auxiliam na orientação e acalmam os pacientes e visitantes, reduzindo o pânico e facilitando a evacuação.

Articulador do Cuidado / Responsável pelo Ponto de Encontro: Função crítica para a organização pós-evacuação e a continuidade da assistência.

- **Registro de Presença:** No(s) ponto(s) de encontro, é responsável por registrar a chegada de todos os pacientes, profissionais e visitantes evacuados, fazendo uma contagem e cruzando com as listas de presença para identificar possíveis ausências.

- **Comunicação com o Coordenador:** Informa ao Coordenador de Evacuação sobre a situação do ponto de encontro e qualquer necessidade específica identificada.

Pessoal de Apoio e Motorista: Essencial para o suporte operacional e a segurança do perímetro externo.

- **Ativação do Sistema de Alarme / Suporte Externo:** Atuam no acionamento do sistema de alarme externo e prestam suporte operacional ao Coordenador de Evacuação e às equipes de resgate, como auxiliar no isolamento da área, acesso a equipamentos, etc.

- **Suporte Logístico:** Auxiliam no transporte de equipamentos essenciais ou na remoção de obstáculos, se for seguro e necessário. O motorista pode ser responsável por posicionar o veículo para facilitar a evacuação ou o acesso de veículos de emergência, se apropriado e seguro.

Treinamento e Designação: Todas as funções devem ser formalmente atribuídas e comunicadas. O treinamento regular (conforme **item 9**) é fundamental para que cada indivíduo compreenda não apenas sua responsabilidade teórica, mas também a execução prática de suas tarefas sob pressão, garantindo a fluidez da evacuação.

15. CUIDADOS ESPECIAIS E ADAPTAÇÕES À PESSOAS COM MOBILIDADE REDUZIDA

A evacuação de pessoas de Unidades Móveis de Atenção Especializada à Saúde exige protocolos específicos para pacientes que apresentam condições que dificultam sua saída autônoma ou que necessitam de auxílio durante o deslocamento. Este item detalha as diretrizes para a evacuação segura de todos os pacientes, com foco naqueles com necessidades especiais ou limitações de mobilidade.

- **Identificação e Priorização de Pacientes com Necessidades de Auxílio:** A equipe assistencial deve identificar rapidamente pacientes que, no momento da emergência, estejam passando por procedimentos, apresentam alguma limitação temporária (ex: efeito de medicação, sedação leve para exames/pequenos procedimentos), deficiência física ou cognitiva, idosos, ou que simplesmente necessitem de assistência para se locomover. A remoção desses pacientes deve ser priorizada para garantir sua segurança e conforto.

- **Auxílio Qualificado e Equipamentos Adequados:** O transporte desses pacientes deve ser realizado por profissionais de saúde capacitados, que conheçam as técnicas de manejo e transporte seguro. Devem ser utilizados equipamentos de transporte apropriados e de fácil manuseio em ambientes confinados e de rápido deslocamento, tais como:

- **Cadeiras de Rodas Dobráveis e Leves:** Para pacientes que podem se sentar e cooperar.

- **Macas de Lona ou Carregadores com Alças (Mantas de Arrasto):** Para transporte em locais de difícil acesso ou em situações onde o espaço é restrito, permitindo o arraste ou o carregamento por vários membros da equipe.

- **Manutenção de Suporte Básico (se aplicável):** Embora não sejam pacientes de terapia intensiva, se houver pacientes utilizando oxigenoterapia portátil ou necessitando de monitoramento básico para um procedimento, esses suportes devem ser mantidos de forma portátil durante a evacuação. A equipe deve portar um kit de primeiros socorros essencial para eventuais necessidades.

- **Equipe Responsável e Treinada:** A equipe de apoio designada (conforme item 10 – Funções e Responsabilidades) deve ser responsável por auxiliar esses pacientes. O treinamento deve incluir técnicas de levantamento, transferência e transporte seguro, bem

como a comunicação calma e clara para reduzir a ansiedade e garantir a cooperação do paciente.

- **Priorização de Rotas de Saída Acessíveis:** Sempre que possível, as rotas de fuga devem ser planejadas para permitir a passagem de equipamentos de mobilidade, e a equipe deve ser orientada a priorizar estas rotas para pacientes com mobilidade reduzida.

As Unidades Móveis devem dispor e armazenar em locais acessíveis os equipamentos de apoio necessários para uma evacuação inclusiva. A implementação desses protocolos e a capacitação contínua da equipe são vitais para assegurar que a evacuação seja um processo seguro e acessível a todos os ocupantes, alinhado à natureza dos serviços prestados na unidade móvel.

16. VERIFICAÇÃO FINAL

A fase de pós-evacuação é tão crítica quanto a própria evacuação, pois é nela que se garante a segurança de todos os indivíduos, a contabilização precisa dos presentes e ausentes, e, fundamentalmente, a continuidade da assistência aos pacientes evacuados. Este processo exige organização, comunicação e registro detalhado para futura análise e aprimoramento.

16.1 Verificação e Contabilização dos Evacuados

Deve ocorrer imediatamente após a evacuação completa da Unidade Móvel e a chegada ao(s) ponto(s) de encontro seguro(s):

- **Líderes de Equipe:** Devem realizar uma checagem visual final nas áreas sob sua responsabilidade dentro da unidade móvel (se seguro para retornar rapidamente) antes de se dirigirem ao ponto de encontro, para confirmar que não há pessoas retidas ou esquecidas.

- **Articulador do Cuidado (ou Responsável pelo Ponto de Encontro):** Este profissional é o responsável primário pela contabilização. Utilizando as listas de presença pré-estabelecidas (prontuários simplificados de evacuação, listas de visitantes), deve confirmar a presença de cada paciente, profissional e acompanhante evacuado.

- **Identificação de Ausências:** Caso haja qualquer ausência identificada após a contagem inicial e checagem, a informação deve ser imediatamente comunicada ao Coordenador de Evacuação.

- **Início da Busca e Notificação:** Se confirmada a ausência e não for possível localizá-lo em outros pontos ou por contato direto, a busca deve ser imediatamente acionada pelas equipes de resgate ou pela brigada e a autoridade local (Corpo de Bombeiros, Polícia) notificada sobre o possível paradeiro da pessoa desaparecida. ***A segurança dos buscadores é a prioridade máxima.***

16.2 Suporte e Reorganização no Ponto de Encontro

O ponto de encontro seguro não é apenas um local de reunião, mas um espaço para gerenciamento inicial pós-evacuação:

- **Avaliação Médica Inicial:** Profissionais de saúde devem realizar uma breve avaliação dos pacientes evacuados no ponto de encontro para identificar qualquer intercorrência ou necessidade médica emergencial decorrente da evacuação, ou da condição preexistente.

- **Gestão de Equipamentos Essenciais:** Equipamentos de suporte vital portáteis ou medicamentos de emergência que acompanharam pacientes críticos devem ser mantidos operacionais e sob supervisão.

- **Comunicação com Autoridades Externas:** O Coordenador de Evacuação deve manter contato constante com as autoridades de resgate (Corpo de Bombeiros, SAMU) para coordenar o próximo passo, seja o retorno seguro à unidade (se a emergência for resolvida), a transferência de pacientes para outra unidade de saúde, ou o aguardo de orientações.

16.3 Relatório de Evacuação e Análise Pós-Evento

A documentação detalhada da evacuação é crucial para aprimoramento contínuo do plano:

- **Registro Formal:** Um relatório de evacuação detalhado deve ser imediatamente preenchido após a resolução da emergência, registrando as seguintes informações:
 - Data, hora de início e fim da evacuação.
 - Causa da emergência e sua natureza.

- Número total de pessoas na unidade no momento da emergência (pacientes, profissionais, acompanhantes).

- Número exato de evacuados e confirmados no ponto de encontro.
- Lista de quaisquer ausências e ações de busca.
- Ocorrência de intercorrências, lesões ou complicações durante a evacuação.
- Medidas de segurança adotadas e a eficácia de cada etapa do plano.
- Observações relevantes, incluindo desafios enfrentados e boas práticas.
- Nomes dos principais responsáveis pela coordenação e execução.

- **Reunião de Avaliação e Lições Aprendidas:** Uma reunião de avaliação formal deve ser realizada com a equipe envolvida na evacuação o mais rápido possível. O objetivo é analisar o evento, identificar as lições aprendidas, os pontos fortes do plano e as áreas que necessitam de revisão e aprimoramento.

- **Revisão e Atualização do Plano:** Com base nos achados do relatório e da *reunião de avaliação*, o Plano de Evacuação deve ser revisado e atualizado, garantindo que as falhas sejam corrigidas e os procedimentos aprimorados para futuras situações.

17. PÓS-EVACUAÇÃO E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

Concluída a evacuação, a continuidade da assistência aos pacientes deve ser assegurada de forma imediata, segura e coordenada. Pacientes que demandem atendimento em unidades de maior complexidade deverão ser encaminhados com prioridade, respeitando sua condição clínica e os critérios estabelecidos pela regulação do sistema de saúde.

Para garantir a rastreabilidade e a qualidade do cuidado, os seguintes procedimentos devem ser adotados:

- Transferência segura e documentada dos pacientes, com envio de prontuário clínico ou resumo assistencial;
- Preenchimento de formulário específico de evacuação/transferência, contendo dados do paciente, motivo da evacuação, destino, profissional responsável e horário da saída;
- Confirmação formal de recebimento pela unidade de destino, preferencialmente com registro assinado;
- Comunicação imediata com a central de regulação local, para definição da unidade receptora e apoio logístico à transferência.

Além do cuidado com os pacientes, é essencial realizar o acompanhamento pós-evento com a equipe de saúde, oferecendo suporte psicológico, quando necessário, e coletando informações sobre possíveis falhas ou oportunidades de melhoria.

18. REVISÃO E ATUALIZAÇÃO

O Plano de Evacuação deverá ser revisado e atualizado anualmente, ou sempre que ocorrerem:

- Alterações estruturais ou funcionais na unidade móvel;
- Mudanças nos fluxos assistenciais ou logísticos;
- Identificação de novos riscos ou vulnerabilidades;
- Conclusão de análises de eventos reais ou simulações de evacuação.

Essas revisões devem ser formalmente registradas e compartilhadas com toda a equipe, promovendo a melhoria contínua e garantindo a aderência do plano à realidade operacional da unidade.

19. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução da Diretoria Colegiada nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 14276:2006 – Programa de brigada de incêndio. Rio de Janeiro: ABNT, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9077:2001 – Saídas de emergência em edifícios. Rio de Janeiro: ABNT, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 13434:2004 – Sinalização de segurança contra incêndio e pânico. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.

BRASIL. Lei nº 13.425, de 30 de março de 2017. Dispõe sobre medidas de prevenção e combate a incêndio e a desastres em estabelecimentos, edificações e áreas de reunião de público. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 mar. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2002.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). Diretrizes para estruturas móveis de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Fiocruz, 2021.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS England). Evacuation and Shelter Guidance for the NHS in England. 2023. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/long-read/evacuation-and-shelter-guidance-for-the-nhs-in-england>. Acesso em: 11 jul. 2025.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. ISO 22315:2014 – Societal security – Mass evacuation – Guidelines. Geneva: ISO, 2014.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL (CBMDF). Norma Técnica n. 22/2020: Sistema de sinalização de segurança contra incêndio e pânico. Brasília, DF, 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Manual de segurança contra incêndio em estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: ANVISA, 2014 (lançado em 2017, atualizado em 2022). Disponível em: <http://bibliotecadigital.anvisa.gov.br/jspui/handle/anvisa/1564>. Acesso em: 14 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 14 jul. 2025.

PAULA, Pedro Soares de. *Quando a prevenção falhar: plano de evacuação hospitalar*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Gestão de Riscos e Emergências) – Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, Florianópolis, 2017 .

AHERJ – ASSOCIAÇÃO DE HOSPITAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Correio Hospitalar*, Rio de Janeiro, n. 150, p. 6-12, nov./dez. 2019. Artigo: “Prevenção de incêndios em hospitais” .

PLANO DE AÇÃO EMERGENCIAL – PAE. [S.l.: s.n.], [s.d.]. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/slideshow/11-plano-de-ao-emergencial-paepdf/262407536>. Acesso em: 14 jul. 2025.

MARQUISE ENGENHARIA. *Plano de Emergência Ambiental: Hospital Regional do Vale do Jaguaribe – HRVJ*. Projeto de construção do hospital José Anchieta Melo Mendes (Engenheiro de Segurança do Trabalho – CREA-CE: 45.454-D). 2018.

PREFEITURA DE BLUMENAU. *Plano de contingência para desastres em hospitais*. Secretaria de Promoção à Saúde – SEMUS; Hospital Unimed Blumenau – Unidade Centro, 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Segurança contra incêndio em estabelecimentos assistenciais de saúde*. 1. ed. Brasília: Anvisa, 2014. (Série: Tecnologia em Serviços de Saúde).

ANEXOS

Anexo 1 - Fluxograma

