

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria-Geral de Controle Externo – SGCE

PROCESSO:	01083/26
SUBCATEGORIA:	Acompanhamento
UNIDADE JURISDICIONADA:	Prefeitura Municipal de Guajará-Mirim
INTERESSADO:	Prefeitura Municipal de Guajará-Mirim
ASSUNTO:	Fiscalização da Unidade de Saúde Hospital Municipal Perpétuo Socorro
MOMENTO DA FISCALIZAÇÃO:	Concomitante
VOLUME DE RECURSOS FISCALIZADOS:	Não identificável
RESPONSÁVEIS:	Fabio Garcia de Oliveira, prefeito municipal – CPF n. ***.254.478-** Laryssa Maria da Silva Eguez, secretária municipal de saúde – CPF n. ***.417.102-**
RELATOR:	Conselheiro Jailson Viana de Almeida

RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO**1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

Trata-se de fiscalização no Hospital Municipal Perpétuo Socorro do município de Guajará-Mirim, realizada em 4 de julho de 2026. O objetivo da ação é verificar se a unidade de saúde cumpre seu papel assistencial — garantir cuidado oportuno, seguro e de qualidade ao cidadão — razão pela qual se avalia a disponibilização contínua e suficiente de profissionais de saúde, medicamentos, exames e insumos indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e estabilização dos pacientes.

Inicialmente, constituiu-se equipe de planejamento encarregada de definir critérios de avaliação e mapear riscos operacionais e assistenciais da unidade, com base nos normativos vigentes e nas informações disponíveis. A partir desse diagnóstico, a equipe elaborou roteiro de verificação em campo, com procedimentos, evidências requeridas e

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria-Geral de Controle Externo – SGCE

padrões de conformidade. Na sequência, por meio da Portaria n. 58, de 06 de maio de 2026 (Processo SEI n. 003119/2026), foi formalmente designada a equipe de fiscalização incumbida de executar a inspeção na unidade, em consonância com o referido roteiro.

2. ANÁLISE TÉCNICA

Após a inspeção *in loco* na unidade de saúde - Hospital Municipal Perpétuo Socorro - do município de Guajará-Mirim, a equipe de fiscalização constatou os seguintes achados:

A1. Ausência de responsável operacional durante o turno de plantão

Referência: Recepção, Questão 146

Não há servidor formalmente designado para substituir o diretor fora do horário de seu expediente e aos fins de semana. A direção fica disponível para ser acionada em casos de necessidade. Durante a avaliação, foi identificada a inexistência de profissional formalmente designado para substituição do diretor da unidade e para responder pelas questões operacionais durante todo o período do plantão, em desconformidade com o disposto no Art. 16 da RDC nº 63/2011, segundo o qual o serviço de saúde deve possuir profissional legalmente habilitado que responda pelas questões operacionais durante todo o seu período de funcionamento.

Em procedimento a inspeção *in loco*, constatou-se que, embora houvesse profissional exercendo, na prática, a coordenação das questões operacionais da unidade durante os períodos de plantão, não existia ato formal de designação que lhe atribuisse essa responsabilidade. Solicitada a documentação pertinente, não foi apresentado ato administrativo que formalizasse a designação do responsável operacional para esses períodos.

A ausência de designação formal de substituto para a Direção Técnica pode deixar a unidade sem respaldo para decisões críticas e sem supervisão ética e técnica adequada, comprometendo a segurança assistencial, a hierarquia institucional e a continuidade da gestão do plantão. Entre as possíveis causas, destacam-se falhas na formalização da cadeia de comando, ausência de controle documental da escala, desorganização administrativa e deficiência na cobertura médica em finais de semana ou períodos de afastamento do titular.

A2. Inadequação ou ausência de rede de gases e vácuo nos leitos de observação.

Referência: Sala de Observação 1, Questão 174

Foi constatada a inexistência de régua de gases em todas as salas de observação. Durante a avaliação da sala de observação, foi constatado que cada leito de observação não é servido, de forma adequada, por régua de gases com pontos funcionais de Oxigênio, Vácuo

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria-Geral de Controle Externo – SGCE

Clínico e Ar Medicinal, em desconformidade com o disposto na Resolução-RDC ANVISA nº 50/2002, item 2.2 e Tabela de Instalações, que determina a existência desses pontos de gases medicinais e vácuo nos leitos de observação das unidades de urgência.

Como evidências, durante a inspeção *in loco* verificou-se que os leitos da sala de observação não dispõem de réguas de gases contendo pontos de oxigênio, ar medicinal e vácuo clínico, constatando-se que o fornecimento de gases medicinais ocorre por meio de cilindros individuais.

Evidências constantes no Anexo I - Relatório Fotográfico:
ID: 404-4896

A inadequação ou ausência de rede de gases e vácuo nos leitos de observação pode comprometer o suporte respiratório, dificultar a aspiração de secreções e impedir a assistência imediata de pacientes que venham a agravar durante o período de permanência. Entre as possíveis causas, destacam-se falhas de instalação, manutenção inadequada, insuficiência de adequação estrutural e fragilidade no controle técnico da infraestrutura assistencial.

A3. Mobiliário de observação com revestimento danificado ou permeável.

Referência: Sala de Observação 1, Questão 175

Foi constatada a existência de colchões impermeáveis com rasgos em sua estrutura. Durante a avaliação da sala de observação, foi constatado que os colchões e mobiliários almofadados não se encontravam com revestimento impermeável íntegro e isento de furos ou rasgos, em desconformidade com o disposto no art. 45 da Resolução-RDC ANVISA nº 63/2011, que determina que o mobiliário deve ser mantido em condições adequadas de higiene e conservação.

Em procedimento de inspeção *in loco*, verificou-se que parte dos colchões utilizados nas salas de observação apresentava rasgos e comprometimento do revestimento impermeável, comprometendo sua adequada higienização e conservação.

Evidências constantes no Anexo I - Relatório Fotográfico:
ID: 404-4900
ID: 404-4914
ID: 404-4919
ID: 404-4943

O mobiliário com revestimento danificado ou permeável favorece a infiltração de fluidos biológicos, dificulta a desinfecção adequada e pode se tornar foco de infecção hospitalar. Entre as possíveis causas, destacam-se desgaste pelo uso prolongado, ausência de

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria-Geral de Controle Externo – SGCE

manutenção ou substituição periódica, falhas no controle de conservação dos equipamentos e insuficiência de monitoramento das condições do mobiliário assistencial.

A4. Inexistência de leitos de isolamento ou ausência de banheiro privativo nestes leitos.

Referência: Sala de Observação 1, Questão 180

Foi constatado que as salas de isolamento adulto e pediátrica não dispõem de banheiro de uso privativo. Durante a avaliação da sala de observação, foi constatado que a unidade dispõe de salas destinadas ao isolamento de pacientes adultos e pediátricos, ambas dotadas de dois leitos. Entretanto, nenhuma dessas salas possui banheiro de uso privativo, em desconformidade com o disposto na Resolução-RDC ANVISA nº 50/2002, Unidade Funcional 2, que exige a existência de sanitário anexo às salas de isolamento, de forma a evitar a circulação de pacientes com suspeita ou confirmação de doenças infectocontagiosas em áreas comuns da unidade.

Em procedimento de inspeção in loco, constatou-se que as salas de isolamento existentes na unidade não possuem banheiro privativo de uso exclusivo para os pacientes nelas internados.

Evidências constantes no Anexo I - Relatório Fotográfico:

ID: 404-4935

A inexistência de leitos de isolamento ou de banheiro privativo pode comprometer o controle de infecções, aumentar o risco de circulação de pacientes potencialmente contaminados em áreas comuns e dificultar a adoção de medidas de segurança assistencial. Entre as possíveis causas, destacam-se limitações estruturais da unidade, planejamento físico inadequado, ausência de adequação às exigências normativas e fragilidade na organização dos fluxos assistenciais para pacientes com suspeita de doença infectocontagiosa.

A5. Inoperância parcial da rede de gases e aspiração.

Referência: Sala Vermelha (Emergência), Questão 203

Os leitos da Sala Vermelha não dispõem de régua de gases nem de rede fixa de distribuição de gases medicinais e aspiração. Em substituição, o fornecimento de oxigênio é realizado por meio de cilindros individuais posicionados ao lado de cada leito. Durante a avaliação da Sala Vermelha, foi constatado que os leitos de estabilização não dispõem de rede fixa de distribuição de gases medicinais e aspiração, tampouco de régua de gases com pontos de oxigênio, ar comprimido medicinal e vácuo clínico, em desconformidade com o disposto na Portaria de Consolidação nº 3/2017, Anexo 8 do Anexo III, e na Resolução-RDC ANVISA nº 50/2002, que exigem a disponibilidade individualizada desses recursos para cada leito destinado ao atendimento de pacientes graves.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria-Geral de Controle Externo – SGCE

Em procedimento de inspeção in loco, constatou-se a inexistência de rede fixa de distribuição de gases medicinais e aspiração, bem como de réguas de gases junto aos leitos da Sala Vermelha, verificando-se que o fornecimento de oxigênio é realizado por meio de cilindros individuais posicionados ao lado de cada leito.

Evidências constantes no Anexo I - Relatório Fotográfico:

ID: 455-4905

ID: 455-4972

A inoperância ou ausência de rede de gases e vácuo por posto de atendimento pode impedir a oxigenação e a aspiração imediata de pacientes graves atendidos simultaneamente, comprometendo a estabilização e aumentando o risco de agravamento clínico. Entre as possíveis causas, destacam-se falhas de instalação, manutenção inadequada, ausência de testes periódicos, desgaste dos componentes e fragilidade no controle técnico da infraestrutura assistencial.

A6. Equipamento de diagnóstico sem evidência de manutenção preventiva

Referência: Ultrassonografia, Questão 213

Inexistência de relatórios, laudos, certificados ou etiquetas vigentes que comprovem a realização da manutenção preventiva periódica do equipamento de ultrassonografia. Durante a avaliação da Sala de Ultrassonografia, foi constatada a ausência de documentação ou de identificação visual que comprovasse a realização da manutenção preventiva periódica do equipamento de ultrassonografia, em desconformidade com o disposto no art. 28, parágrafo único, da Resolução RDC ANVISA nº 611/2022 e nos itens 32.9.3 e 32.9.3.1 da NR-32, que exigem a manutenção preventiva e corretiva periódica dos equipamentos de diagnóstico por imagem, com registros documentais arquivados no serviço e disponíveis à fiscalização.

Em procedimento de inspeção in loco, procedeu-se à verificação do equipamento e à solicitação da documentação comprobatória da manutenção preventiva periódica, não tendo sido apresentados relatórios, laudos, certificados ou etiquetas vigentes que comprovassem sua realização.

Evidências constantes no Anexo I - Relatório Fotográfico:

ID: 455-5062

A ausência dessas evidências compromete o controle de qualidade tecnológico, fragiliza a segurança dos procedimentos e aumenta o risco de falhas diagnósticas. Entre as possíveis causas, destacam-se ausência de rotina formal de manutenção, falhas no controle documental e insuficiência de supervisão sobre o parque tecnológico.

A7. Inexistência de protocolos normatizados para o serviço de radiologia.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria-Geral de Controle Externo – SGCE

Referência: Raio-X, Questão 216

O serviço de radiologia não dispõe de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) para disciplinar as atividades desenvolvidas no setor. Durante a avaliação do serviço de radiologia, foi constatada a inexistência de protocolos normatizados para a execução das atividades do setor, em desconformidade com o disposto no art. 38 da Resolução-RDC ANVISA nº 611/2022 e no art. 23 da Resolução-RDC ANVISA nº 63/2011, que determinam a elaboração e implementação de normas, rotinas e protocolos para todas as atividades desenvolvidas, redigidos em linguagem acessível e disponíveis nos postos de trabalho.

Em procedimento de inspeção in loco e de solicitação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), constatou-se que o servidor plantonista do serviço de radiologia desconhecia a existência desses documentos. A informação foi corroborada pela diretora da unidade, não tendo sido apresentados protocolos ou outros documentos que demonstrassem a padronização das rotinas executadas no setor.

A inexistência de protocolos normatizados para o serviço de radiologia compromete a padronização das rotinas assistenciais, favorece a adoção de condutas não uniformes, aumenta o risco de falhas na execução dos procedimentos e pode comprometer a segurança de pacientes e profissionais. A ausência de conhecimento dos protocolos pela equipe do setor reforça a deficiência na gestão documental e na implementação das rotinas operacionais, evidenciando fragilidades na padronização e na supervisão das atividades desenvolvidas.

A8. Inexistência ou desatualização do Plano de Proteção Radiológica.

Referência: Raio-X, Questão 218

Inexistência do Plano de Proteção Radiológica (PPR). Durante a avaliação do serviço de radiologia, foi constatada a inexistência do Plano de Proteção Radiológica (PPR), bem como a ausência de comprovação de sua aprovação pela Vigilância Sanitária e de sua disponibilidade para consulta no local de trabalho, em desconformidade com o disposto no art. 5º, inciso III, da Resolução-RDC ANVISA nº 611/2022 e no item 32.4.2 da NR-32, que tornam obrigatória a manutenção, no local de trabalho, de Plano de Proteção Radiológica vigente, aprovado e contendo as medidas de segurança, monitoração das áreas e procedimentos para situações de emergência.

Em procedimento de inspeção in loco e de solicitação do Plano de Proteção Radiológica (PPR), constatou-se que o documento não foi apresentado pela unidade, não sendo possível comprovar sua existência, aprovação pela autoridade sanitária competente ou vigência.

A inexistência do Plano de Proteção Radiológica compromete a gestão da segurança radiológica da unidade, dificulta a implementação de medidas de prevenção e resposta a

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria-Geral de Controle Externo – SGCE

situações de emergência e pode expor trabalhadores, pacientes e o público aos riscos decorrentes da utilização de radiações ionizantes. A ausência do documento evidencia fragilidades na gestão da proteção radiológica e no atendimento às exigências sanitárias aplicáveis.

A9. Ausência de laudos de teste de aceitação do equipamento de Raio-X.

Referência: Raio-X, Questão 219

Teste de aceitação do equipamento de Raio-X desatualizado desde novembro de 2025. Durante a avaliação do serviço de radiologia, foi constatado que o teste de aceitação do equipamento de Raio-X encontrava-se desatualizado desde novembro de 2025, sem comprovação de sua renovação, em desconformidade com o disposto no art. 29 da Resolução-RDC ANVISA nº 611/2022, que determina a realização de teste de aceitação após a instalação do equipamento ou após reparo físico significativo, a fim de atestar sua conformidade com as características de projeto e desempenho declaradas pelo fabricante.

Em procedimento de inspeção in loco e de verificação da documentação técnica do equipamento, constatou-se que o laudo de teste de aceitação apresentado encontrava-se vencido desde novembro de 2025, não tendo sido apresentada documentação que comprovasse sua atualização.

Evidências constantes no Anexo I - Relatório Fotográfico:

ID: 404-5021

A ausência de laudos de teste de aceitação coloca em dúvida a segurança da dose emitida e a conformidade técnica do equipamento antes de seu uso clínico, podendo comprometer a qualidade do exame e aumentar o risco para pacientes e trabalhadores. Entre as possíveis causas, destacam-se falhas no controle da liberação técnica do aparelho, ausência de rastreabilidade documental, insuficiência de supervisão da manutenção e fragilidade na gestão da segurança radiológica.

A10. Ausência de monitoração individual de dose radiológica.

Referência: Raio-X, Questão 222

Os profissionais que atuam no serviço de radiologia não utilizam dosímetros individuais para monitoração da exposição ocupacional à radiação ionizante. Durante a avaliação do serviço de radiologia, foi constatado que os profissionais que atuam no setor não utilizam dosímetros individuais para monitoração da exposição ocupacional à radiação ionizante, em desconformidade com o disposto no item 32.4.7 da NR-32 e no art. 23, inciso VII, da Resolução-RDC ANVISA nº 611/2022, que tornam obrigatória a monitoração individual externa de corpo inteiro, com controle mensal e registro formal das doses recebidas.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria-Geral de Controle Externo – SGCE

Em procedimento de inspeção in loco e de entrevista com os profissionais do serviço de radiologia, constatou-se que não eram utilizados dosímetros individuais, tendo sido informado que esses equipamentos não são disponibilizados pela unidade há vários anos. Também não foram apresentados registros atualizados de monitoração individual das doses ocupacionais.

A inadequação ou ausência de monitoração individual de dose radiológica expõe o trabalhador a riscos ocupacionais sem a devida vigilância, dificulta o acompanhamento da exposição acumulada e compromete a gestão de segurança radiológica da unidade. Entre as possíveis causas, destacam-se falhas de controle do uso dos dosímetros, ausência de rotina de conferência mensal, insuficiência de supervisão do SPR e fragilidade na gestão da proteção radiológica ocupacional.

A11. Inexistência ou falha no controle de qualidade analítica no laboratório

Referência: Laboratório, Questão 228

Inexistência de controle interno da qualidade e de participação em programas de controle externo da qualidade dos exames realizados pelo laboratório. Durante a avaliação do laboratório, foi constatada a inexistência de registros de execução do Controle Interno da Qualidade e de participação em Programas de Controle Externo da Qualidade (ensaios de proficiência), em desconformidade com o disposto no art. 50 e no art. 23, inciso VI, da Resolução-RDC ANVISA nº 63/2011, que tornam obrigatórias a manutenção de controles internos analíticos e a participação em programas de avaliação externa da qualidade, como forma de assegurar a confiabilidade dos resultados laboratoriais.

Em procedimento de inspeção in loco, de solicitação da documentação pertinente e de entrevista com o bioquímico plantonista, constatou-se que o profissional desconhecia a realização de testes de controle interno da qualidade e a participação do laboratório em programas de controle externo da qualidade. Além disso, não foram apresentados registros ou documentos que comprovassem a execução desses procedimentos.

A inexistência ou falha no controle de qualidade analítica compromete a confiabilidade dos resultados laboratoriais, pode gerar laudos imprecisos e prejudicar diretamente a segurança diagnóstica e a conduta clínica adotada pela equipe assistencial. Entre as possíveis causas, destacam-se ausência de rotina formal de controle da qualidade, falhas no acompanhamento técnico, insuficiência de supervisão do processo analítico e fragilidade na gestão da qualidade do laboratório.

A12. Inexistência de padronização documental de processos laboratoriais.

Referência: Laboratório, Questão 229

A falta de protocolos operacionais padrão permanece na atual fiscalização. Durante a avaliação do laboratório, foi constatada a inexistência de Procedimentos Operacionais

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria-Geral de Controle Externo – SGCE

Padrão (POPs) escritos, atualizados e disponíveis para todas as fases do processo laboratorial, em desconformidade com o disposto no art. 23, inciso IX, da Resolução-RDC ANVISA nº 63/2011 e no art. 10, § 2º, da Resolução-RDC ANVISA nº 34/2014, que determinam que todas as instruções de trabalho sejam documentadas e disponibilizadas à equipe em cada etapa do processo laboratorial, abrangendo as fases pré-analítica, analítica e pós-analítica.

Em procedimento de inspeção in loco e de solicitação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), constatou-se que não foram apresentados documentos que demonstrassem a padronização das rotinas executadas pelo laboratório, permanecendo a ausência de protocolos operacionais padrão constatada na fiscalização anterior.

A inexistência de padronização documental dos processos laboratoriais eleva o risco de erros pré-analíticos graves, favorece condutas heterogêneas entre os profissionais, compromete a rastreabilidade das etapas do exame e reduz a segurança e a confiabilidade da assistência laboratorial. Entre as possíveis causas, destacam-se falhas na gestão documental, ausência de revisão periódica dos POPs, insuficiência de supervisão técnica e fragilidade na organização dos fluxos de trabalho do laboratório.

A13. Falha no controle de manutenção e calibração de instrumentos analíticos do laboratório

Referência: Laboratório, Questão 231

Parte dos equipamentos do laboratório não possui identificação padronizada que permita evidenciar a realização e a atualização dos procedimentos de manutenção preventiva e de calibração periódica. Durante a avaliação do laboratório, foi constatado que parte dos instrumentos analíticos não possuía identificação padronizada nem registros atualizados que permitissem comprovar a realização da manutenção preventiva e da calibração periódica, em desconformidade com o disposto no art. 51 da Resolução-RDC ANVISA nº 63/2011 e no item 32.9.1 da NR-32, que determinam a existência de programa documentado de manutenção e calibração para os instrumentos de medição utilizados nas atividades laboratoriais.

Em procedimento de inspeção in loco e de verificação dos registros de manutenção e calibração dos equipamentos laboratoriais, constatou-se que parte dos instrumentos analíticos não possuía etiquetas de identificação ou documentação que permitisse comprovar a realização e a atualização dos procedimentos de manutenção preventiva e calibração periódica.

A falha no controle de manutenção e calibração pode comprometer a precisão dos resultados, gerar laudos errôneos e induzir condutas médicas inadequadas, com potencial de causar desfechos graves ao paciente. Entre as possíveis causas, destacam-se ausência de cronograma formal de manutenção, falhas no controle documental, insuficiência de

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria-Geral de Controle Externo – SGCE

acompanhamento técnico e fragilidade na gestão do parque de equipamentos laboratoriais.

A14. Inoperância do sistema de gasometria para suporte crítico no laboratório

Referência: Laboratório, Questão 234

O laboratório não dispõe de equipamento para realização de exames de gasometria. Durante a avaliação do laboratório, foi constatada a inexistência de equipamento para realização de exames de gasometria, em desconformidade com o disposto no art. 132 do Anexo III e no Anexo 8 da Portaria de Consolidação nº 3/2017, que exigem a disponibilidade de hemogasometria nas unidades que possuem Sala de Estabilização equipada com ventilador mecânico.

Em procedimento de inspeção in loco, constatou-se que o laboratório não dispõe de equipamento para realização de exames de gasometria, impossibilitando sua utilização em regime de disponibilidade contínua para atendimento a pacientes críticos.

A inoperância do sistema de gasometria pode impedir o ajuste fino da ventilação mecânica, atrasar a correção de distúrbios ácido-básicos e comprometer a condução de pacientes críticos, com risco de desfechos graves. Entre as possíveis causas, destacam-se falhas de manutenção, ausência de calibração periódica, insuficiência de insumos ou reagentes e fragilidade no controle de funcionamento do equipamento.

A15. Déficit de profissional farmacêutico para supervisão da assistência

Referência: Farmácia, Questão 236

A unidade hospitalar dispõe de profissional farmacêutico apenas durante a jornada ordinária de trabalho, inexistindo cobertura farmacêutica nos plantões noturnos, nos finais de semana e nos demais períodos fora do horário administrativo. Nesses períodos, as atividades de controle e dispensação de medicamentos são realizadas exclusivamente por auxiliar de farmácia.

Durante a avaliação da unidade, foi constatado que a assistência farmacêutica não é prestada de forma contínua, permanecendo a unidade sem profissional farmacêutico durante os plantões e nos períodos fora da jornada ordinária de trabalho, em desconformidade com o disposto no art. 14 da Resolução-RDC ANVISA nº 63/2011 e no art. 6º da Resolução CFM nº 2.147/2016, que exigem a garantia de assistência farmacêutica compatível com a rotina hospitalar e a supervisão técnica das atividades relacionadas ao uso de medicamentos.

Em procedimento de inspeção in loco e de verificação da escala de trabalho da farmácia, constatou-se que a unidade conta com profissional farmacêutico apenas durante o expediente administrativo, inexistindo cobertura farmacêutica nos plantões noturnos, nos

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria-Geral de Controle Externo – SGCE

finais de semana e nos demais períodos fora da jornada ordinária, quando as atividades permanecem sob responsabilidade exclusiva de auxiliar de farmácia.

A ausência de supervisão farmacêutica fragiliza a segurança da dispensação, dificulta o controle de medicamentos sujeitos a maior vigilância, especialmente psicotrópicos, e pode comprometer a continuidade e a rastreabilidade da assistência. Entre as possíveis causas, destacam-se falhas na escala de cobertura, ausência de reposição do profissional, insuficiência de recursos humanos e fragilidade no controle administrativo da farmácia.

A16. Divergência entre saldo de sistema e estoque físico de medicamentos.

Referência: Farmácia, Questão 238

Conforme já constatado em fiscalizações anteriores, a Farmácia do Hospital Municipal Perpétuo Socorro não dispõe de sistema informatizado de controle de estoque, sendo o controle realizado por meio de fichas manuais. Durante os finais de semana, o auxiliar de farmácia registra apenas a saída dos medicamentos, por não possuir acesso às fichas de controle de estoque, sendo essas movimentações registradas posteriormente pela farmacêutica responsável. Durante a avaliação da farmácia, foi constatado que o controle de estoque de medicamentos é realizado exclusivamente por meio de registros manuais, sem atualização tempestiva das movimentações ocorridas durante os plantões e finais de semana, em desconformidade com o disposto no art. 23, inciso VII, da Resolução-RDC ANVISA nº 63/2011 e com as diretrizes de gestão da assistência farmacêutica, que exigem controles confiáveis e atualizados das entradas, saídas e saldos dos medicamentos.

Em procedimento de inspeção in loco e de verificação dos controles de estoque da farmácia, constatou-se que a unidade não dispõe de sistema informatizado para gerenciamento do estoque de medicamentos e que as movimentações realizadas durante os finais de semana são registradas apenas posteriormente nas fichas de controle, comprometendo a atualização tempestiva e a confiabilidade dos registros de estoque.

Evidências constantes no Anexo I - Relatório Fotográfico:

ID: 455-5101

ID: 455-5113

A realização do controle de estoque exclusivamente por meio de registros manuais, aliada à atualização não tempestiva das movimentações de medicamentos, fragiliza os controles internos da assistência farmacêutica, aumenta o risco de inconsistências nos registros de estoque e dificulta o monitoramento da disponibilidade dos medicamentos, podendo comprometer o planejamento das reposições e a segurança da gestão dos estoques.

A17. Inexistência de protocolos clínicos e administrativos obrigatórios para métodos gráficos

Referência: ECG e Cardiotocografia, Questão 437

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria-Geral de Controle Externo – SGCE

O setor de ECG e Cardiotocografia não dispõe de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) ou de rotinas técnicas escritas para a realização dos exames de métodos gráficos. Durante a avaliação do setor de ECG e Cardiotocografia, foi constatada a inexistência de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) ou de rotinas técnicas escritas, atualizadas e de fácil acesso à equipe assistencial para a execução dos exames de métodos gráficos, em desconformidade com o disposto no art. 51 da Resolução-RDC ANVISA nº 63/2011, que exige a disponibilização de normas, procedimentos operacionais e rotinas técnicas escritas, atualizadas e acessíveis à equipe.

Em procedimento de inspeção in loco, de solicitação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e de entrevista com a técnica de plantão, constatou-se que a profissional desconhecia a existência desses documentos na unidade. Além disso, não foram apresentados protocolos ou rotinas técnicas que disciplinassem a execução dos exames de eletrocardiograma e cardiotocografia.

A ausência dessa padronização técnico-operacional eleva o risco de falhas no preparo da paciente, na colocação de sensores e na interpretação preliminar dos resultados, comprometendo a segurança assistencial e a qualidade dos exames. Entre as possíveis causas, destacam-se falhas na gestão documental, ausência de revisão periódica das rotinas e insuficiência de organização dos fluxos de trabalho do setor.

A18. Insuficiência de medicamentos

Referência: Farmácia, Questão 238

O estoque da farmácia apresenta desabastecimento de medicamentos e de materiais médico-hospitalares essenciais utilizados na assistência aos pacientes. Durante a avaliação da farmácia, foi constatado o desabastecimento de medicamentos e de materiais médico-hospitalares essenciais, em desconformidade com o disposto nos arts. 18 e 36 da Resolução-RDC ANVISA nº 63/2011, que estabelecem a obrigatoriedade de manutenção de suprimento contínuo dos insumos necessários ao atendimento assistencial.

Em procedimento de inspeção in loco e de verificação do estoque da farmácia, constatou-se a indisponibilidade de itens essenciais utilizados na rotina da unidade, entre eles o medicamento cetoprofeno e materiais para acesso venoso, como scalp e cateter.

Evidências constantes no Anexo I – Relatório Fotográfico:

ID: 455-5096

ID: 455-5105

O desabastecimento de medicamentos e de materiais médico-hospitalares essenciais pode comprometer a continuidade da assistência, ocasionar atrasos na realização de

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria-Geral de Controle Externo – SGCE

procedimentos e dificultar a execução das condutas terapêuticas indicadas aos pacientes. A situação evidencia fragilidades no planejamento das aquisições, na gestão dos estoques e no monitoramento da disponibilidade dos insumos necessários ao funcionamento da unidade.

3. COMENTÁRIOS DA GESTÃO

Em reunião realizada com os representantes da gestão municipal e do Controle Interno, a Secretária Municipal de Saúde, Laryssa Eguez, informou que a atual administração assumiu o Hospital Regional com fragilidades administrativas e operacionais, entre as quais destacou a inexistência de processos em andamento, a comunicação tardia das demandas e a predominância de uma atuação reativa, direcionada à solução de problemas emergenciais. Segundo relatou, a Secretaria de Saúde e a atual direção hospitalar vêm promovendo a organização dos procedimentos e a correção gradual das inadequações identificadas.

No que se refere ao serviço de raio X, a Secretária informou que o responsável técnico se deslocou a Porto Velho para providenciar a renovação dos respectivos laudos, tendo sido também solicitado que elaborasse ou atualizasse os Procedimentos Operacionais Padrão – POPs necessários ao funcionamento do serviço.

Quanto às condições operacionais da unidade, relatou que houve melhora na limpeza do hospital e que estão sendo adotadas providências para substituir os produtos de uso doméstico ainda utilizados por produtos específicos para ambientes hospitalares. Acrescentou que foi realizado processo de aquisição de tecidos destinados à confecção de lençóis e que se aguarda a entrega de equipamentos, poltronas e outros mobiliários, com a finalidade de substituir itens antigos ou obsoletos. Informou, ainda, que verificará a situação dos colchões existentes na unidade.

Em relação ao centro cirúrgico, a Secretária reconheceu que o prazo de 90 dias anteriormente indicado para a solução do problema não será cumprido. Esclareceu que foi elaborado relatório técnico, acompanhado de registros fotográficos, no qual foram consignadas as inadequações da estrutura física em relação aos requisitos aplicáveis ao funcionamento de um centro cirúrgico. Entre as deficiências mencionadas, destacou-se a ausência de banheiro no interior do setor fechado, em razão de alteração realizada em reforma anterior.

De acordo com a gestora, a correção das inadequações exigirá a participação de profissional de engenharia, a elaboração das soluções técnicas cabíveis, a realização de procedimento licitatório, a contratação de empresa e a execução das intervenções estruturais. Nesse contexto, apresentou, de maneira preliminar, a estimativa de mais 120 dias para a conclusão das providências, ressaltando, contudo, a necessidade de definição técnica mais precisa.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria-Geral de Controle Externo – SGCE

Diante disso, a Secretária comprometeu-se a consultar a equipe de engenharia da Prefeitura e a apresentar cronograma formal e exequível, contendo a discriminação das etapas necessárias, os respectivos prazos de execução e a previsão para a efetiva entrada em funcionamento do centro cirúrgico. Informou, ainda, que a matéria já se encontra em tramitação no sistema e-Proc.

A representante da gestão ponderou que as medidas vêm avançando de forma gradual, especialmente em razão dos procedimentos administrativos e das exigências burocráticas aplicáveis. Não obstante, avaliou que foram alcançados avanços relevantes após a assunção das funções por ela e pela atual diretora do hospital, Patrícia, sobretudo quanto à organização dos processos e à adoção de providências tecnicamente adequadas.

Por sua vez, Sérgio Bouez, representante do Controle Interno Municipal, corroborou a percepção de melhoria na condução administrativa da saúde. Segundo declarou, após a substituição da gestão anterior, verificaram-se maior participação da Secretária junto à Controladoria, maior disponibilidade de informações, melhoria no fluxo de respostas e de feedback, bem como maior organização das atividades administrativas. Destacou, igualmente, que a atual diretora do hospital demonstra conhecimento técnico sobre gestão e procedimentos hospitalares, circunstância que teria contribuído para os avanços observados.

Os representantes do Controle Interno também manifestaram disponibilidade para encaminhar ao TCE-RO os processos, as atas, os relatórios e as avaliações produzidas no âmbito municipal, de modo a documentar as providências adotadas e o acompanhamento realizado.

Registra-se, por fim, que as informações apresentadas possuem natureza declaratória e deverão ser examinadas em conjunto com os documentos comprobatórios, os processos administrativos, os relatórios técnicos e o cronograma de execução a serem encaminhados pela gestão municipal.

4. CONCLUSÃO

Em conclusão, a fiscalização realizada na unidade de saúde Hospital Municipal Perpétuo Socorro, no município de Guajará-Mirim, em 4 de julho de 2026, alcançou seu propósito de aferir, em ambiente real, o cumprimento do papel assistencial da unidade — ofertar cuidado oportuno, seguro e de qualidade — e, simultaneamente, testar os roteiros de verificação desenvolvidos. Nesse sentido, a equipe de fiscalização constatou os seguintes achados:

- A1. Ausência de responsável operacional durante o turno de plantão
- A2. Inadequação ou ausência de rede de gases e vácuo nos leitos de observação.
- A3. Mobiliário de observação com revestimento danificado ou permeável.
- A4. Inexistência de leitos de isolamento ou ausência de banheiro privativo nestes leitos.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria-Geral de Controle Externo – SGCE

- A5. Inoperância parcial da rede de gases e aspiração.
- A6. Equipamento de diagnóstico sem evidência de manutenção preventiva
- A7. Inexistência de protocolos normatizados para o serviço de radiologia.
- A8. Inexistência ou desatualização do Plano de Proteção Radiológica.
- A9. Ausência de laudos de teste de aceitação do equipamento de Raio-X.
- A10. Ausência de monitoração individual de dose radiológica.
- A11. Inexistência ou falha no controle de qualidade analítica no laboratório
- A12. Inexistência de padronização documental de processos laboratoriais.
- A13. Falha no controle de manutenção e calibração de instrumentos analíticos do laboratório
- A14. Inoperância do sistema de gasometria para suporte crítico no laboratório
- A15. Déficit de profissional farmacêutico para supervisão da assistência
- A16. Divergência entre saldo de sistema e estoque físico de medicamentos.
- A17. Inexistência de protocolos clínicos e administrativos obrigatórios para métodos gráficos.
- A18. Insuficiência de medicamentos.

5. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

Propõe-se a notificação dos responsáveis para ciência do relatório de fiscalização, dos achados identificados e das providências informadas em reunião previamente realizada (ID 1989791). Informa-se, ainda, que as unidades de saúde fiscalizadas serão acompanhadas mensalmente por este órgão de controle externo até a efetiva resolução das situações constatadas.

Porto Velho, 20 de julho de 2026.

Elaboração:

Marc Uiliam Ereira Reis
Auditor de Controle Externo
Matrícula 385

Maria Clarice Alves da Costa
Técnica de Controle Externo
Matrícula 455

Rosimar Francelino Maciel
Auditora de Controle Externo
Matrícula 499

Oscar Carlos das Neves Lebre



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE RONDÔNIA
Secretaria-Geral de Controle Externo – SGCE

Auditor de Controle Externo
Matrícula 404

Supervisão:

Wesler Andres Pereira Neves
Auditor de Controle Externo
Matrícula: 492

Em, 20 de Julho de 2026



ROSIMAR FRANCELINO MACIEL
Mat. 499
AUDITOR DE CONTROLE EXTERNO

Em, 20 de Julho de 2026



MARC UILLIAM EREIRA REIS
Mat. 385
AUDITOR DE CONTROLE EXTERNO

Em, 20 de Julho de 2026



OSCAR CARLOS DAS NEVES LEBRE
Mat. 404
ASSESSOR DE CONSELHEIRO

Em, 22 de Julho de 2026



MOISÉS RODRIGUES LOPES
Mat. 270
AUDITOR DE CONTROLE EXTERNO
ASSESSOR TÉCNICO

Em, 20 de Julho de 2026



MARIA CLARICE ALVES DA COSTA
Mat. 455
TÉCNICO DE CONTROLE EXTERNO

Em, 21 de Julho de 2026



WESLER ANDRES PEREIRA NEVES
Mat. 492
COORDENADOR