



- 1. Processo nº:** 3897/2026
2. Classe/Assunto: 12.28. PROCEDIMENTO APURATÓRIO PRELIMINAR - PAP - DECORRENTE DE VISTORIA IN LOCO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE PEQUENO PORTE DE BREJINHO DE NAZARÉ - PROJETO TCE DE OLHO.
3. Responsável(eis): TATIANA GOMES DA COSTA - CPF: 01409199100
4. Origem: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BREJINHO DE NAZARÉ
5. Distribuição: QUARTA RELATORIA

6. DESPACHO Nº 684/2026-RELT4

6.1. Trata-se da Análise Preliminar de Acompanhamento nº 17/2026 (evento 4), realizada nos dias 28 e 29 de maio de 2026, pela equipe da Coordenadoria de Auditorias Especiais, designada conforme a Portaria TCE/TO nº 459/2026. A fiscalização tem fundamento nos incisos II, VI e XIV, do art. 3º da Instrução Normativa nº 04/2019 e tem por objetivo avaliar aspectos relacionados ao Hospital Municipal de Pequeno Porte do Município de Brejinho de Nazaré - TO.

6.2. A análise técnica teve como foco verificar a disponibilização e presença de profissionais de saúde, o armazenamento e fornecimento de medicamentos, a disponibilização de exames conforme as necessidades, condição das ambulâncias, verificação dos leitos e das cirurgias eletivas e avaliação da qualidade do atendimento prestado à população.

6.3. O processo de fiscalização foi conduzido conforme as diretrizes estabelecidas pelas Normas de Auditoria do Setor Público, pelo Manual de Auditoria Governamental do TCE-TO e pela IN/TCE-TO nº 04/2019, utilizando-se métodos como entrevistas com gestores, visitas presenciais, análise documental, observação direta e registros fotográficos.

6.4. Após a realização de verificação in loco no Hospital Municipal de Pequeno Porte do Município de Brejinho de Nazaré - TO, a equipe de verificação constatou os seguintes achados:

1. Realização de cirurgias oftalmológicas sem a presença de gerador de energia elétrica;
2. Desídia administrativa e falta de planejamento na aquisição de equipamentos há anos sem uso;
3. Ausência de cobertura médica ininterrupta no hospital;
4. As escalas dos profissionais de saúde plantonistas não vêm sendo divulgadas em local de fácil acesso ao público;
5. Precariedade no registro das frequências dos profissionais de saúde da unidade;
6. Inexistência de canais de comunicação para sugestões e reclamações;
7. Ausência de responsável técnico na farmácia na unidade hospitalar;
8. Fragilidades no controle de estoque de medicamentos na farmácia do hospital;

9. Fragilidade na definição de um estoque mínimo pré-determinado para cada medicamento;
10. Necessidade de elaboração e/ou atualização de protocolos clínicos para orientar diversos serviços: prescrição/dispensação e descarte de medicamentos, solicitação e realização de exames;
11. Ampliação da capacidade diagnóstica por meio da implantação de aparelho de Raio-X;
12. Necessidade de ampliação da oferta do serviço de ultrassonografia na unidade hospitalar;
13. Avaliar a viabilidade de aquisição de equipamentos laboratoriais, de modo a ampliar a capacidade diagnóstica na unidade hospitalar;
14. Necessidade de comprovação de regular manutenção preventiva nos equipamentos da unidade hospitalar;
15. Ambulâncias com ausência de vistoria do Detran/TO;
16. Implementação de medidas que visem melhorar a segurança dos profissionais de saúde e dos usuários;
17. Necessidade de reforma/adequação na infraestrutura predial;
18. Risco sanitário decorrente da presença excessiva de pombos;
19. Necessidade de adequações nos ambientes de trabalho da lavanderia e da cozinha;
20. Ausência de alvará atualizado no Corpo de Bombeiros;
21. Ausência de alvará da Vigilância Sanitária;
22. Necessidade de atualização do CNES;
23. Ausência do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);
24. Inexistência plano de contingência para o atendimento de uma demanda extraordinária;
25. Necessidade de política relacionada à prevenção e repressão ao assédio e à violência sexual.

6.5. Em relação à avaliação da percepção da população, das amostras pesquisadas sobre o atendimento, a eficiência dos serviços, qualidade, infraestrutura e disponibilidade de recursos, verificou-se os seguintes resultados:

a) Tempo de Atendimento: apesar da unidade possuir o protocolo de classificação de risco, porém, os usuários não possuem a pulseira identificadora da classificação, neste contexto, 100% dos usuários nos informaram que não sabiam como tinham sido classificados, por outro lado, todos os entrevistados declararam que não houve demora nem na classificação de risco, nem no acesso ao médico (consultas). Por fim, nenhum usuário realiza exames na unidade, visto que não existe Raio-X e nem laboratório instalado no hospital o que limita os recursos para o diagnóstico médico.

b) Qualidade do Atendimento: 100% declararam ter recebido atendimento educado e atencioso por parte dos profissionais de saúde; 100% dos usuários receberam a medicação necessária durante sua

permanência, ou seja, aquele medicamento que deveria ser a ele(a) ministrado de forma prévia à sua saída do hospital.

c) Infraestrutura e Disponibilidade de Recursos: dentre os ouvidos, 10% declararam que a unidade não estava limpos e organizados; desses 100% afirmaram que os banheiros não estavam limpos; 100% não registraria uma reclamação por não desejar reclamar ou por não saber como ou onde; 100,00% dos entrevistados afirmaram que não cogitaria procurar a Ouvidoria do TCE/TO para apresentar reclamação ou denúncia. A falta de médicos foi evidenciada em perguntas diretas e em perguntas abertas por 60% dos entrevistados na pergunta direta e por 90% dos usuários na pergunta aberta, evidenciando um problema crítico na unidade.

d) Nível de Satisfação Geral: quanto a satisfação dos usuários, 20% classificou como 'bom' e 80% classificou como 'razoável'. Em resposta a questão sobre o que o usuário acredita que poderia ser melhorado na unidade de saúde foram coletadas as seguintes percepções:

- 90% dos entrevistados solicitaram Raio-X e mais exames laboratoriais e de ultrassonografia.

6.6. A equipe de fiscalização concluiu o relatório, sugerindo a formalização de instrumento de solução consensual ou, a celebração de termo de ajustamento de gestão, recomendando-se:

6.7. Levando em consideração a necessidade de se obter informações adicionais relativas aos apontamentos trazidos, opto por postergar a eventual adoção de medidas, por entender ser conveniente proporcionar a oitiva prévia dos responsáveis sobre as ocorrências destacadas, para posteriormente avaliar a admissibilidade do pedido proposto.

6.8. Assim, considerando que os achados da fiscalização podem ser solucionados de forma consensual e levando-se em conta a possibilidade de tramitar preliminarmente como expediente, visando dar conhecimento dos fatos aos jurisdicionados e obter informações sobre as soluções que serão adotadas e os respectivos prazos, por meio da apresentação de um plano de ação, contendo as medidas que serão realizadas para a correção, os responsáveis por cada ação e os respectivos prazos, opto por diligenciar o feito como expediente, determinando-se à apresentação do plano de ação.

6.9. Assim, com vistas a assegurar o exercício do contraditório e da ampla defesa, com fundamento no art. 5º, LIV e LV, da Constituição Federal c/c inc. I, do art. 27 e art. 80, da Lei Orgânica nº 1.284/2001 e arts. 202 e 205 do Regimento Interno deste Tribunal, determino que sejam adotadas as seguintes providências:

a) Apresentar estudo técnico acompanhado de plano de ação contendo as medidas a serem adotadas para assegurar o fornecimento ininterrupto de energia durante a realização de procedimentos cirúrgicos, contemplando a avaliação da viabilidade de aquisição de grupo gerador próprio ou de soluções alternativas de contingência, como locação de equipamento nos períodos de realização dos mutirões oftalmológicos. Adicionalmente, deverá ser encaminhado cronograma de implementação das medidas definidas, de forma a mitigar os riscos assistenciais decorrentes da atual ausência de fonte alternativa de energia elétrica. Prazo sugerido para atendimento: 45 (quarenta e cinco) dias úteis.

b) Apresentar inventário detalhado dos equipamentos médico-hospitalares sem utilização existentes na unidade, contendo identificação do estado de conservação, funcionalidade, necessidade de manutenção, potencial de uso e respectiva destinação. Adicionalmente, deverá ser encaminhado plano de ação com cronograma para entrada em operação dos equipamentos passíveis de utilização, capacitação de profissionais, adequações de infraestrutura eventualmente necessárias ou adoção de outras medidas administrativas que assegurem o adequado aproveitamento dos bens públicos atualmente ociosos. Prazo sugerido para atendimento: 60 (sessenta) dias úteis.

c) Apresentar plano de ação contendo as medidas adotadas para assegurar cobertura médica compatível com o perfil assistencial da unidade hospitalar, contemplando a reorganização das escalas, os mecanismos de controle de frequência, os procedimentos de substituição em casos de ausência, a definição de cobertura presencial mínima por turno e o respectivo cronograma de implementação. Adicionalmente, deverá ser demonstrado o cumprimento do compromisso assumido pela gestão de ampliar a presença médica presencial a partir de junho de 2026. Prazo sugerido para atendimento: 30 (trinta) dias úteis.

d) Disponibilizar, diariamente, a escala dos profissionais de saúde em local público de fácil acesso (preferencialmente em mural na recepção da unidade), contendo os elementos mínimos para a adequada identificação desses por parte dos usuários (nome completo, matrícula, registro no respectivo conselho de classe, especialidade e duração do plantão). Prazo sugerido para atendimento: 5 (cinco) dias úteis.

e) Proceder a implantação do registro eletrônico da frequência dos profissionais de saúde da unidade. Prazo sugerido para atendimento: 120 (cento e vinte) dias úteis.

f) Disponibilizar em local público os canais de comunicação para sugestões e reclamações, inclusive os disponibilizados pela Ouvidoria do TCE/TO (Whatsapp (63) 99938-3255; 0800 644 5800; ouvidoria@tceto.tc.br). Prazo sugerido para atendimento: 10 (dez) dias úteis.

g) Adoção das providências necessárias para regularização da farmácia hospitalar perante o Conselho Regional de Farmácia, mediante a designação de responsável técnico devidamente habilitado, a obtenção do respectivo Certificado de Regularidade e a disponibilização de quantitativo de farmacêuticos compatível com o horário de funcionamento da unidade, garantindo o pleno atendimento às exigências legais e normativas aplicáveis. Prazo sugerido para atendimento: 30 (trinta) dias úteis.

h) Promover treinamentos em serviço para que a equipe da farmácia utilize exclusivamente o sistema eletrônico, descontinuando as fichas de papel. Prazo sugerido para atendimento: 60 (sessenta) dias úteis.

i) Realizar inventário físico de todos os medicamentos e insumos para alinhar os saldos e corrigir as divergências apontadas. Prazo sugerido para atendimento: 30 (trinta) dias úteis.

j) Reorganizar o espaço com o descarte de materiais inservíveis e a substituição dos potes improvisados por caixas plásticas organizadoras (bins), que possuem baixo custo e fácil higienização. Prazo sugerido para atendimento: 60 (sessenta) dias úteis.

k) Adquirir um termômetro digital simples de máxima e mínima, com a manutenção de planilha de registro diário pela equipe responsável pela geladeira de termolábeis. Prazo sugerido para atendimento: 30 (trinta) dias úteis.

l) Restringir o acesso ao dispensário da enfermagem, com o imediato condicionamento dos medicamentos da Portaria MS nº 344/1998 em gaveta com chave ou maleta com lacre, até a eventual implementação da dispensação exclusiva e individual pela farmácia da unidade. Prazo sugerido para atendimento: 30 (trinta) dias úteis.

m) Adotar o método PEPS/PVPS nas prateleiras, podendo utilizar, por exemplo, etiquetas adesivas coloridas de papelaria para sinalizar vencimentos próximos. Prazo sugerido para atendimento: 30 (trinta) dias úteis.

n) Avaliar a possibilidade de implantação da dispensação individual como uma rotina exclusiva da farmácia hospitalar, de modo que a liberação dos medicamentos seja baseada na verificação prévia das prescrições médicas pelo profissional farmacêutico. Prazo sugerido para atendimento: 120 (cento e vinte) dias úteis.

o) Praticar o fracionamento das cartelas de medicamentos, com preenchimento de nome, dose, lote e validade, acondicionando a fração em embalagem secundária. Prazo sugerido para atendimento: 30 (trinta) dias úteis.

p) Instituir o protocolo formal de definição e monitoramento do estoque mínimo de medicamentos e que seja assegurado que o procedimento seja embasado em estudos técnicos (considerando demanda histórica e prazos de reposição). É crucial que o protocolo seja dinâmico e flexível, permitindo ajustes periódicos que reflitam as variações sazonais de demanda e as condições de mercado, de modo a evitar a rigidez no abastecimento da unidade. Para garantir a eficácia continuada, a gestão deve, além disso, revisar e ajustar regularmente o protocolo após sua implementação, e garantir a capacitação e o treinamento

periódico dos funcionários para a plena utilização do sistema informatizado e a correta aplicação dos procedimentos. Prazo sugerido para atendimento: 20 (vinte) dias úteis.

q) Criar e/ou atualizar protocolos clínicos para orientar a prescrição e dispensação de medicamentos, nos termos da Portaria MS/GM n.º 3.916/1998, da RDC n.º 471/2021 da Anvisa e da Portaria MS/GM n.º 204/2007. Prazo sugerido para atendimento: 40 (quarenta) dias úteis; Implementar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) para padronizar a solicitação e a realização de exames laboratoriais, bem como de eletrocardiograma e ultrassonografia. Prazo sugerido para atendimento: 40 (quarenta) dias úteis.

r) Apresentar cronograma detalhado para implantação e entrada em funcionamento do serviço de radiologia convencional (Raio-X), contemplando as adequações estruturais pendentes, instalação da blindagem radiológica, intervenções na rede elétrica, obtenção das licenças e autorizações necessárias, instalação do equipamento, realização dos testes operacionais e previsão de início dos atendimentos à população. Adicionalmente, deverão ser indicados os responsáveis por cada etapa e os respectivos prazos de execução, de modo a assegurar a efetiva utilização do equipamento já adquirido. Prazo sugerido para atendimento: 30 (trinta) dias úteis.

s) Apresentar plano de ampliação do serviço de ultrassonografia hospitalar, contemplando a identificação dos profissionais aptos à utilização do equipamento, as ações de capacitação em ultrassonografia aplicada à urgência e emergência, a estratégia de incorporação do exame à rotina assistencial da unidade e o respectivo cronograma de implementação. Adicionalmente, deverão ser informadas as metas previstas para ampliação gradual da oferta do serviço, visando sua utilização regular como ferramenta de apoio diagnóstico nos atendimentos hospitalares. Prazo sugerido para atendimento: 90 (noventa) dias úteis.

t) Apresentar estudo de viabilidade técnica, operacional e financeira acerca da ampliação da capacidade laboratorial da unidade hospitalar, contemplando a avaliação da implantação gradual de estrutura laboratorial própria ou da aquisição de equipamentos destinados à realização local de exames de maior demanda e relevância clínica para os atendimentos de urgência, emergência e rotina hospitalar. Adicionalmente, deverá ser encaminhado plano de ação contendo as medidas consideradas viáveis, respectivos custos estimados, fontes de financiamento e cronograma de implementação, visando ampliar a resolutividade diagnóstica da unidade. Prazo sugerido para atendimento: 90 (noventa) dias úteis.

u) Proceder as adequadas, e tempestivas, manutenções preventivas e corretivas (com adequada identificação da data de realização) dos equipamentos de eletrocardiograma, ultrassonografia e monitores multiparamétricos, de modo a evitar futuras interrupções em seu funcionamento. Prazo sugerido para atendimento: 60 (sessenta) dias úteis.

v) Assegurar a disponibilidade de ambulâncias adequadas às necessidades da população, devendo tais veículos serem submetidos a vistorias no Detran/TO. Prazo sugerido para atendimento: 20 (vinte) dias úteis.

w) Apresentar plano de ação contendo as medidas a serem adotadas para fortalecimento da segurança institucional da unidade hospitalar, contemplando a avaliação da viabilidade de implantação de vigilância patrimonial presencial, aprimoramento do controle de acesso, definição de protocolos para gerenciamento de incidentes críticos e estabelecimento de fluxos de comunicação com os órgãos de segurança pública. Adicionalmente, deverão ser indicadas as providências já implementadas, os responsáveis por sua execução e o cronograma de implantação das medidas consideradas viáveis, visando ampliar a proteção de pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde. Prazo sugerido para atendimento: 60 (sessenta) dias úteis.

x) Apresentar plano de ação acompanhado de cronograma para execução das intervenções necessárias à correção das patologias construtivas e inadequações estruturais identificadas na unidade hospitalar, contemplando, no mínimo, a reparação do sistema de esgotamento sanitário, eliminação das infiltrações e focos de mofo, recuperação das áreas deterioradas, adequação do telhado, remoção dos dejetos e adoção de medidas para impedir a colonização por pombos, bem como as melhorias necessárias nos setores da cozinha e lavanderia. Adicionalmente, deverá ser encaminhado levantamento técnico das obras e serviços necessários, com definição de prioridades, responsáveis e prazos de execução, visando assegurar condições

adequadas de salubridade, segurança e funcionamento da unidade. Prazo sugerido para atendimento: 90 (noventa) dias úteis.

y) Apresentar plano de ação contendo as medidas permanentes a serem adotadas para eliminação e controle da infestação de pombos nas dependências da unidade hospitalar, contemplando intervenções estruturais destinadas a impedir o acesso, abrigo e nidificação das aves, bem como ações de limpeza, remoção de dejetos e monitoramento contínuo das áreas afetadas. Adicionalmente, deverão ser detalhadas as providências relacionadas à correção das inconformidades prediais que favorecem a permanência dos animais, com indicação dos responsáveis e respectivo cronograma de execução. Prazo sugerido para atendimento: 60 (sessenta) dias úteis.

z) Apresentar plano de ação contendo as medidas a serem adotadas para adequação dos ambientes da cozinha e da lavanderia hospitalar, contemplando a instalação de sistema de exaustão, a regularização da área destinada ao armazenamento e utilização dos recipientes de gás, bem como a avaliação da aquisição de máquina de lavar de maior capacidade e secadora compatíveis com a demanda da unidade. Adicionalmente, deverá ser encaminhado cronograma para implementação das melhorias, com indicação dos responsáveis e das providências destinadas a eliminar os riscos sanitários decorrentes da atual forma de processamento e secagem dos enxovais hospitalares. Prazo sugerido para atendimento: 90 (noventa) dias úteis.

aa) Adotar céleres providências para a regularização da situação predial junto ao Corpo de Bombeiros, implementando as adequações estruturais eventualmente exigidas e a instituição de um controle interno para monitorar prazos de vencimento de documentos obrigatórios.

bb) Elaborar e implementar um plano de ação para adequar a unidade às exigências da Vigilância Sanitária, contemplando eventuais reformas estruturais, aquisição de equipamentos, revisão de fluxos e protocolos e capacitação das equipes. Além de viabilizar a emissão do alvará, essas medidas contribuirão para reduzir riscos à saúde, elevar a qualidade do atendimento e assegurar a conformidade legal da instituição.

cc) Proceder a célere atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de modo a refletir com precisão sua estrutura física, força de trabalho, serviços ofertados, setores assistenciais e equipamentos disponíveis. Prazo recomendado para atendimento: até 10 (dez) dias úteis.

dd) Elaborar e implementar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de modo a zelar pela segurança e pelo ambiente hospitalar. Prazo sugerido para atendimento: 40 (quarenta) dias úteis.

ee) Elaborar e implementar normas que estabeleçam procedimentos sistemáticos para identificar, monitorar e responder a demandas de natureza extraordinária por serviços de saúde, garantindo a continuidade e a qualidade do atendimento à população. Prazo sugerido para atendimento: 40 (quarenta) dias úteis.

ff) Adotar as medidas elencadas no item 6.25 do presente trabalho, de modo a promover as adequadas prevenção e repressão ao assédio e à violência sexual. Prazo sugerido para atendimento: 40 (quarenta) dias úteis.

6.9.1. O envio do presente expediente à Coordenadoria de Protocolo Geral – COPRO para que inclua no rol de responsáveis, o senhor Murilo Luiz Martins Morais, CPF: 016.673.031-98, Prefeito Municipal de Brejinho de Nazaré.

6.9.2. Após, à Divisão de Diligências para que proceda à CITAÇÃO do senhor Murilo Luiz Martins Morais, CPF: 016.673.031-98, Prefeito Municipal de Brejinho de Nazaré e responsável pela execução das ações da política pública de saúde municipal, da senhora Tatiana Gomes da Costa, CPF: 014.091.991-00, Gestora do Fundo Municipal de Saúde, para que, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, apresentem o plano de ação, contendo as medidas que serão adotadas, os responsáveis por cada ação e os prazos para cumprimento, visando sanear as inconformidades descritas na Análise Preliminar de Acompanhamento nº 17/2026 (evento 4) e resumidas nos itens 6.4 e 6.5 deste despacho, visando atender as sugestões feitas pela área técnica relacionadas no item 6.6 também deste despacho.

6.10. Alerta-se aos gestores que o descumprimento injustificado da determinação e dos prazos estabelecidos poderá resultar na aplicação de multa, conforme disposto no artigo 39, inciso IV, da Lei Orgânica deste Tribunal de Contas, em conjugação com o §3º do artigo 159 do Regimento Interno.

6.11. Por fim, determino o envio à COAES, para que, após a apresentação do plano de ação e o decurso do prazo destinado à execução das respectivas medidas, a equipe responsável pela análise preliminar de acompanhamento retorne ao Hospital Municipal de Pequeno Porte de Brejinho de Nazaré, a fim de verificar a efetiva implementação, ou não, das providências corretivas.

6.12. Em caso de ausência de manifestação dentro do prazo estipulado, retornem-me conclusos.

Tribunal de Contas do Estado do Tocantins, GABINETE DA 4ª RELATORIA, em Palmas, Capital do Estado, aos dias 09 do mês de junho de 2026.



Documento assinado eletronicamente por:

SEVERIANO JOSE COSTANDRADE DE AGUIAR, CONSELHEIRO (A), em 10/06/2026 às 09:53:55, conforme art. 18, da Instrução Normativa TCE/TO Nº 01/2012.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://www.tceto.tc.br/valida/econtas> informando o código verificador **732488** e o código CRC 4871416