



TRIBUNAL DE CONTAS DO  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Auditoria Operacional  
**OPERAÇÃO SAÚDE**  
Unidades de Pronto Atendimento  
Não Hospitalares

*Relatório Preliminar Individualizado*

NSaude • 2025



[www.tcees.tc.br](http://www.tcees.tc.br)



@tceespiritosanto

**PROCESSO:** 6634/2025

**FISCALIZAÇÃO:** 0047/2025

**INSTRUMENTO:** Auditoria Operacional

**RELATOR:** Rodrigo Coelho do Carmo

**PERÍODO FISCALIZADO:** 3/11/2025 a 7/11/2025

**UNIDADE RESPONSÁVEL:** Núcleo de Controle e Avaliação de Políticas Públicas de Saúde - NSaude

**PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA FISCALIZAÇÃO:** 15/9/2025 a 27/2/2026

**OBJETIVO:** Verificar a infraestrutura, recursos humanos e assistência à saúde no âmbito das unidades de pronto atendimento não hospitalares.

**ENTIDADES FISCALIZADAS:** Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde (42 municípios com unidades de pronto atendimento não hospitalares:<sup>1</sup> Água Doce do Norte, Águia Branca, Alegre, Alfredo Chaves, Alto Rio Novo, Anchieta, Aracruz, Bom Jesus do Norte, Brejetuba, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Colatina, Conceição da Barra, Divino de São Lourenço, Fundão, Guaçuí, Guarapari, Ibatiba, Ibirapu, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itaguaçu, Jaguaré, Linhares, Mantenópolis, Marataízes, Marilândia, Mucurici, Ponto Belo, Presidente Kennedy, Rio Bananal, Rio Novo do Sul, São Mateus, São Roque do Canaã, Serra, Sooretama, Vargem Alta, Viana, Vila Valério, Vila Velha e Vitória.

**Este relatório é preliminar. Seu objetivo é oportunizar aos(às) gestores(as) conhecer, de forma antecipada, as análises e conclusões da equipe de fiscalização e oferecer seus comentários sobre seu conteúdo.**

---

<sup>1</sup> Foram consideradas todas as unidades de pronto atendimento não hospitalares classificadas no CNES como pronto-atendimento, unidade mista, pronto socorro geral e policlínica.

**MUNICÍPIO: Ibatiba**

**UNIDADE: Pronto Socorro de Urgência e Emergência Eliana Saraiva Trindade**



Foto 1 – Fachada do Pronto Atendimento Eliana Saraiva Trindade - Ibatiba

## **1 INTRODUÇÃO**

Esta auditoria operacional atende a proposição contida no Plano Anual de Controle Externo – PACE para o exercício de 2025, aprovado pela Decisão Plenária nº 4, na 9ª Sessão Ordinária Plenária de 2025, de 11/3/2025, relativa à linha de ação por Objetivo de Desenvolvimento Sustentável / Saúde e Bem-Estar / Fiscalização / Fiscalização Ordenada na Saúde, sob responsabilidade do NSAÚDE, sendo para o feito autuado o Processo TC nº 06634/2025-9.

Para alcançar o objetivo estabelecido na fiscalização, a equipe propôs a seguinte questão de auditoria: Quais as condições de infraestrutura, recursos humanos e assistência à saúde no âmbito das unidades de pronto atendimento não hospitalares?

Foram verificados, por meio de questionário aplicado *in loco*, os aspectos relacionados aos seguintes tópicos: atendimento aos usuários; satisfação dos usuários; recursos humanos; instalações físicas; serviços diagnósticos; equipamentos e mobiliários; sistema informatizado; assistência farmacêutica; segurança do paciente; remoção de pacientes e descarte de resíduos de serviços de saúde.

Foram utilizados como critérios para a presente fiscalização os seguintes documentos:

**Quadro 1 – Normas e jurisprudências utilizadas como critérios de auditoria**

<b>Norma</b>	<b>Ementa</b>
PRC 3/2017 (Origem: Portaria N° 1.600/2011)	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
PRC 3/2017 (Origem: Portaria 10/2017)	Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. (Redação dada pela PRT MS/GM nº 104 de 15.01.2014).
Resolução CFM nº 2.079/2014	Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades.
PRC 1/2017 (Origem: Portaria N° 1.820/2009)	Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde
Portaria N° 2048/2002	Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência
ACÓRDÃO TCEES 676/2013	[...] 3. Recomendar ao atual gestor que adote procedimentos administrativos para o controle efetivo da jornada de trabalho dos médicos e demais servidores do Poder Executivo daquele município [...]
ACÓRDÃO TCEES 154/2022	[...] 1.4.3. Implantem ponto eletrônico, digital ou equivalente em substituição ao controle manual, como forma de tornar mais eficiente o controle da frequência e jornada de trabalho dos servidores [...]
ACÓRDÃO 29/2017 TCU - PLENÁRIO	[...] 9.4. determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, c/c o art. 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU, que, no prazo de 90 (noventa) dias, a contar da ciência da notificação, finalize os procedimentos necessários à implantação do controle eletrônico de ponto no âmbito dos hospitais e institutos federais localizados no Rio de Janeiro [...]
RDC 63/2011	Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde
NBR 5626/2020	Sistemas prediais de água fria e água quente - Projeto, execução, operação e manutenção
Lei nº 9.269/2009	Consolida dispositivos das Leis nºs 3.218, de 20/7/1978 e 7.990, de 25/5/2005.
Nota Técnica 12/2020 do CBMES (aprovada pela Portaria N.º 534-R/2020)	Fixa os critérios básicos indispensáveis para proteção contra incêndio em edificações e áreas de risco por meio de extintores de incêndio (portáteis ou sobre rodas), para o combate a princípios de incêndios, assim como, estabelecer regras de inspeção e manutenção aos profissionais e às empresas que prestam serviços nesses equipamentos.
Lei nº 10.098/2000	Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.
Lei 13.146/2015	Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).
Programa Arquitetônico Mínimo Unidade de Pronto Atendimento UPA 24 H	Programa Arquitetônico Mínimo Unidade de Pronto Atendimento UPA 24 H
Portaria 3523/1998 MS	Aprova Regulamento Técnico contendo medidas básicas referentes aos procedimentos de verificação visual do estado de limpeza, remoção de sujidades por métodos físicos e manutenção do estado de integridade e eficiência de todos os componentes dos sistemas de climatização, para garantir a Qualidade do Ar de Interiores e prevenção de riscos à saúde dos ocupantes de ambientes climatizados.
Política Nacional de Informação e Informática em	Define princípios e diretrizes para a integração de sistemas de informação em saúde, a promoção da inovação e da transformação digital, a garantia da segurança e privacidade dos dados, e o aprimoramento da gestão e da prestação de serviços

Saúde (PNIIS)	de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Lei nº 13.787/2018	Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente.
Lei nº 13.021/2014	Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas
RDC 44/2009	Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.
Boas práticas para estocagem de medicamentos MS/1990	Boas práticas para estocagem de medicamentos
RDC Nº 36/2013	Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
Portaria nº 2616/1998-MS	Diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares
PARECER CFM nº 04/13	Em obediência ao que estabelece a legislação, é obrigatória a implantação das Comissões de Ética Médica, de Revisão de Prontuários, de Revisão de Óbitos e de Controle de Infecção, em cada uma das oito Unidades de Saúde que funcionam sob gestão única do IMIP.
Resolução CFM nº 2.171/2017	Torna obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Óbito em todas as unidades hospitalares e UPA, adequando-se as já existentes às normas desta resolução.
RDC Nº 15/2012	Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
RDC Nº 222/2018	Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

Este relatório apresenta o resultado individualizado da análise da equipe de fiscalização para o município de **Ibatiba**. Trata-se de um relatório preliminar, cujos apontamentos poderão ser objeto de comentário por parte dos(as) gestores(as). Tais comentários serão analisados pela equipe de fiscalização e podem resultar em alterações no relatório final.

## 2 VISÃO GERAL

### Urgência e emergência

Segundo informação do Hospital Albert Einstein<sup>2</sup>, conceitua-se **urgência** como todo quadro de saúde que precisa ser resolvido rapidamente. Em um pronto atendimento, por exemplo, diz respeito aos casos que precisam ser atendidos rapidamente, com o mínimo tempo de espera possível, mesmo **sem risco iminente de morte**. São atendimentos de urgência: dor aguda moderada ou intensa; agitação importante; falta de ar; vômitos frequentes e incessantes; sintomas urinários ou gastrointestinais agudos e intensos; traumas leves a moderados, ferimentos cortantes, fraturas ou luxações; alterações sensoriais como diminuição súbita de audição ou visão; e sangramento vaginal em gestantes.

Já a **emergência** precisa ser atendida por um time de profissionais de saúde de forma rápida e eficaz, preferencialmente em um ambiente com recursos médicos para suporte de vida, seja uma sala de emergência ou ambulância equipada. O que caracteriza uma emergência é o **risco iminente de morte** e a necessidade de adotar rapidamente medidas diagnósticas e terapêuticas de suporte à vida. São tipos de emergência previstos: perda súbita de movimento de braços ou pernas; dor no peito, de moderada à alta intensidade (sintoma de infarto); traumas graves com perda de sangue importante; traumatismo encefálico com perda de consciência; anafilaxia (reação alérgica grave); intoxicação (medicamentos, produtos de limpeza etc.); convulsões; vítimas de acidentes graves (ataque de animais, afogamento, incêndio, choque elétrico, quedas, agressões, colisão no trânsito, atropelamento, entre outros); insuficiência respiratória ou cardíaca agudas.

Portanto, a principal diferença entre urgência e emergência está no fato de que o segundo caso apresenta maiores riscos para a vida do paciente. De todo o modo, tanto os quadros urgentes quanto os de emergência devem ser encaminhados rapidamente para os serviços de saúde. Quanto antes for realizada a intervenção clínica ou cirúrgica, menores são os riscos para a saúde e o bem-estar do paciente.

### Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

---

<sup>2</sup>Disponível em: <<https://vidasaudavel.einstein.br/diferenca-entre-urgencia-e-emergencia/>> acesso em 10/10/2025.

De acordo com o Ministério da Saúde<sup>3</sup>, a Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas.

É constituída pela Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar.

A Portaria de Consolidação 3/2017 (origem: Portaria 1600/2011<sup>4</sup>), define cada um desses componentes, conforme demonstrado a seguir:

**Quadro 2 – Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências**

<b>Componente</b>	<b>Descrição</b>
Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde	Tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.
Atenção Básica em Saúde	Tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências	Tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.
Sala de Estabilização	Deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências. A sala de estabilização não se caracteriza como novo serviço de saúde para assistência a toda demanda espontânea, mas sim para garantir a disponibilidade de atendimento para estabilização dos agravos críticos à saúde.
Força Nacional de Saúde do SUS	Objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.
<b>Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas</b>	<b>A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências. O conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os</b>

<sup>3</sup> Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192/rau>> Acesso em 10/10/2025.

<sup>4</sup> PRC 3/2017 (Origem: Portaria Nº 1.600/2011): Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

	<b>casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.</b>
Hospitalar	Constituído pelas portas hospitalares de urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.
Atenção Domiciliar	Compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

Fonte: Portaria de Consolidação 3/2017 (origem: Portaria 1600/2011)

Em consulta ao CNES ref. julho/2025<sup>5</sup> (prontos atendimentos, unidades mistas, prontos socorros gerais, policlínicas, centros de saúde (com salas de estabilização), hospitais gerais e hospitais especializados), e contatos realizados com as secretarias municipais de saúde para esclarecimentos, foram identificados 121 pontos de atenção de urgência e emergência hospitalares e não hospitalares distribuídos em 76 municípios. Desses, 54 são prontos atendimentos não hospitalares localizados em 42 municípios, sendo visitados pelas equipes de auditoria 42 deles (um em cada município)<sup>6</sup>.

Convém mencionar que, optou-se pela limitação do escopo relacionado às **unidades de pronto atendimento não hospitalares** tendo em vista que as unidades de pronto socorro hospitalares já foram ou poderão ser objeto de fiscalização no âmbito do Projeto Eficiência Hospitalar, conduzido pelo Tribunal de Contas da União com a participação de diversos tribunais de contas estaduais e municipais.

<sup>5</sup> Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do CNES / Freqüência por Tipo de Estabelecimento segundo ES Nome Fantasia – ES / [Opções] / DEF=C:\Users\t203087\Tribunal de Contas do Espírito Santo\NSAUDE - General\Operação Saúde 2025\CNES DataSUS\TABULACAO\Estabelecimento.def / PATH=C:\Users\t203087\Tribunal de Contas do Espírito Santo\NSAUDE - General\Operação Saúde 2025\CNES DataSUS\ST\*.DB? / Linha=ES Nome Fantasia – ES / Coluna=Tipo de Estabelecimento / Incremento=Freqüência / Suprime\_Linhas\_Zeradas=true / Suprime\_Colunas\_Zeradas=true / Não\_Classificados=0 / [Arquivos] / STES2507.dbc / Registros\_Processados= 9529 Tempo\_Decorrido= 0:00

<sup>6</sup> Os municípios de **Dores do Rio Preto e Vila Pavão** não contam com nenhuma unidade fixa de atendimento de urgência e emergência 24 horas no próprio território (segundo as secretarias municipais de saúde, tem base do SAMU). Já os municípios de **Governador Lindenberg, Marechal Floriano e São Domingos do Norte** contam com salas de estabilização 24 horas.

### **3 ACHADOS DE AUDITORIA**

#### **1.1 ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS**

Os achados do presente capítulo estão relacionados ao acolhimento com classificação de risco, condições dos ambientes de espera, disponibilidade de água potável e banheiros, e tempo médio de espera para atendimento médico.

##### **1.1.1 Ausência de acolhimento com classificação de risco (ACHADO 1)**

**Nenhum achado encontrado.**

##### **1.1.2 Condições inadequadas dos ambientes de espera (ACHADO 2)**

**Nenhum achado encontrado.**

##### **1.1.3 Pacientes em espera ou atendimento nos corredores internos da unidade de pronto atendimento (ACHADO 3)**

**Nenhum achado encontrado.**

##### **1.1.4 Ausência de controle do tempo médio de espera entre a chegada do usuário e o primeiro atendimento médico (ACHADO 4)**

###### **Situação encontrada**

Após análise realizada, a partir da resposta do gestor(a) e da observação direta da equipe de auditoria, constatou-se a ausência de controle dos tempos médios de espera para o atendimento médico, contrariando o art. 3º, § 3º, PRC 3/2017 (Origem: Portaria 1600/2011) e o item 1 do anexo da Resolução CFM 2079/14.

###### **Proposta de encaminhamento**

Portanto, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal proposta de **DETERMINAÇÃO** para o município implementar o controle dos tempos médios de espera entre a chegada do usuário e o primeiro atendimento médico (bem como outros intervalos de atendimento), no prazo de até 180 dias, em cumprimento aos critérios mencionados.

##### **1.1.5 Pacientes em observação há mais de 24 horas (ACHADO 5)**

**Nenhum achado encontrado.**

## 1.2 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

Os achados do presente capítulo estão relacionados aos procedimentos para avaliação da satisfação dos usuários

### 1.2.1 Ausência de procedimentos de avaliação da satisfação dos usuários (ACHADO 6)

#### Situação encontrada

A PRC 1/2017 garante a toda pessoa o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade.

A avaliação da satisfação dos usuários é fundamental para a melhoria contínua da gestão, pois permite que a organização de saúde entenda como o serviço está sendo percebido por quem o utiliza, transformando a opinião do paciente em um insumo vital para a qualidade e a segurança.

Após análise realizada, a partir da resposta do gestor(a) e da observação direta da equipe de auditoria, constatou-se a ausência de procedimentos de avaliação da satisfação dos usuários, contrariando o inciso XI do art. 6º da Portaria de Consolidação 1/2017 (Origem: PRT MS/GM 1820/2009).

#### Proposta de encaminhamento

Portanto, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal proposta de **RECOMENDAÇÃO** para o município **implementar procedimentos de avaliação da satisfação dos usuários** (questionários impressos, caixas nas unidades, livro próprio, telefone, e-mail, SMS, whatsapp, etc.), incluindo a medição do grau de satisfação do usuário com os serviços prestados, no prazo de até 90 dias, em cumprimento aos critérios mencionados.

## 1.3 RECURSOS HUMANOS

Os achados do presente capítulo estão relacionados aos recursos humanos, divulgação das escalas de trabalho e controle de frequência de médicos e demais profissionais de saúde.

### 1.3.1 Ausência de recursos humanos mínimos obrigatórios (ACHADO 7)

Nenhum achado encontrado.

### 1.3.2 Ausência de divulgação da escala de trabalho dos profissionais de saúde (ACHADO 8)

Nenhum achado encontrado.

### 1.3.3 Ausência de controle eletrônico de frequência dos profissionais de saúde (ACHADO 9)

#### Situação encontrada

Em relação ao controle de frequência dos profissionais de saúde, importante mencionar os Acórdãos TCEES 676/2013, TCEES 154/2022 e TCU 29/2017 Plenário ACÓRDÃO TCEES 676/2013:

**Acórdãos TCEES 676/2013:** [...] 3. Recomendar ao atual gestor que adote procedimentos administrativos para o controle efetivo da jornada de trabalho dos médicos e demais servidores do Poder Executivo daquele município [...]

**ACÓRDÃO TCEES 154/2022:** [...] 1.4.3. Implantem **ponto eletrônico**, digital ou equivalente em substituição ao controle manual, como forma de tornar mais eficiente o controle da frequência e jornada de trabalho dos servidores [...]

**ACÓRDÃO 29/2017 TCU-PLENÁRIO:** [...] 9.4. determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 43, inciso I, da Lei 8.443/1992, c/c o art. 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU, que, no prazo de 90 (noventa) dias, a contar da ciência da notificação, finalize os procedimentos necessários à implantação do **controle eletrônico de ponto** no âmbito dos hospitais e institutos federais localizados no Rio de Janeiro [...]

Após análise realizada, a partir da resposta do gestor(a) e da observação direta da equipe de auditoria, constatou-se que o controle de frequência dos médicos é **manual**, contrariando o disposto nos Acórdãos TCEES 676/2013, TCEES 154/2022 e TCU 29/2017 Plenário.

## **Proposta de encaminhamento**

Portanto, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal proposta de **DETERMINAÇÃO** para o município implantar o controle eletrônico de frequência dos profissionais de saúde, preferencialmente por meio de biometria, no prazo de até 180 dias, em cumprimento aos critérios mencionados.

### **1.3.4 Ausência de médicos em serviço em desacordo com a escala de trabalho (ACHADO 10)**

**Nenhum achado encontrado.**

PRELIMINAR

## 1.4 INSTALAÇÕES FÍSICAS

Os achados do presente capítulo estão relacionados aos ambientes considerados obrigatórios, alvará do Corpo de Bombeiros, fiscalizações da vigilância sanitária, reservatórios de água, geradores de energia elétrica e acessibilidade e manutenção predial.

### 1.4.1 Ausência de ambientes obrigatórios previstos no programa arquitetônico mínimo unidade de pronto atendimento upa 24 h (ACHADO 11)

#### Situação encontrada

Após análise realizada, a partir da resposta do(a) gestor(a) e da observação direta da equipe de auditoria, constatou-se a **ausência dos seguintes ambientes**, considerados obrigatórios, contrariando assim o disposto no Quadro 3 do Programa Arquitetônico Mínimo UPA 24h:

- a. Embarque e desembarque coberto, no setor de **Pronto Atendimento**;
- b. Banheiro com chuveiro infantil, no setor de **Observação**;
- c. refeitório para funcionários, no setor de **Apoio Técnico e Logístico**;
- d. Sala de reunião e Banheiro, no setor de **Apoio Administrativo**

#### Proposta de encaminhamento

Portanto, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal proposta de **RECOMENDAÇÃO** para o município providenciar os ambientes obrigatórios faltantes, no prazo de até 01 (um) ano, em cumprimento aos critérios mencionados.

### 1.4.2 Precariedade das instalações físicas existentes (ACHADO 12)

**Nenhum achado encontrado.**

### 1.4.3 Ausência de alvará de licença do Corpo de Bombeiros (ACHADO 13)

#### Situação encontrada

O alvará do Corpo de Bombeiros não é um mero documento burocrático, mas sim um documento de importância crucial para atestar que as unidades de pronto atendimento possuem as condições de segurança necessárias para proteger a vida dos ocupantes em caso de incêndio ou pânico, sobretudo porque abrigam pacientes que, muitas vezes,

estão imobilizados, sedados, em recuperação ou com mobilidade reduzida, dependendo totalmente da estrutura do local e da ajuda da equipe para uma evacuação segura.

O alvará garante a existência de rotas de fuga acessíveis e sinalizadas para as pessoas e a instalação e a manutenção de sistemas essenciais, como extintores de incêndio em locais estratégicos, hidrantes e mangueiras, sinalização de emergência e iluminação de emergência, portas corta-fogo, treinamento de brigada de incêndio etc.

Após análise realizada, a partir da resposta do gestor(a) e da observação direta da equipe de auditoria, constatou-se a ausência de alvará de licença do Corpo de Bombeiros, contrariando o disposto no artigo 35 da RDC 63/2011 da Anvisa e artigo 4º da Lei Estadual 9.269/2009.

### **Proposta de encaminhamento**

Portanto, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal proposta de **DETERMINAÇÃO** para o município providenciar o alvará de licença do Corpo de Bombeiros, no prazo de até 01 (um) ano, em cumprimento aos critérios mencionados.

#### **1.4.4 Extintores inexistentes ou com prazos de validade vencidos (ACHADO 14)**

**Nenhum achado encontrado.**

#### **1.4.5 Ausência de fiscalização sanitária pela Vigilância Sanitária (ACHADO 15)**

##### **Situação encontrada**

O alvará de licença sanitária ou as fiscalizações da vigilância sanitária, no caso das unidades públicas, visa garantir que a unidade de saúde está apta a cumprir sua missão – promover a saúde – sem oferecer riscos adicionais de contaminação, má qualidade ou insegurança aos pacientes, atestando que a unidade opera sob condições mínimas de higiene, infraestrutura e procedimentos que evitam a propagação de doenças e riscos à saúde.

Após análise realizada, a partir da resposta do gestor(a) e da observação direta da equipe de auditoria, constatou-se a ausência de fiscalização sanitária nos últimos 3 exercícios, contrariando o disposto no parágrafo único do art. 10 da RDC 63/2011 da Anvisa.

Ressalta-se que, conforme disposto na norma citada, **os estabelecimentos integrantes da Administração Pública ou por ela instituídos independem da licença para**

**funcionamento, ficando sujeitos, porém, às exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequada e à assistência e responsabilidade técnicas, aferidas por meio de fiscalização realizada pelo órgão sanitário local.**

### **Proposta de encaminhamento**

Portanto, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal proposta de **DETERMINAÇÃO** para o município, por meio do órgão de vigilância sanitária, providenciar a fiscalização com o objetivo de aferir se a unidade está cumprindo as exigências sanitárias pertinentes, no prazo de até 01 (um) ano, em cumprimento aos critérios mencionados.

#### **1.4.6 Ausência de reservatório de água suficiente para 24 horas de consumo (ACHADO 16)**

**Nenhum achado encontrado.**

#### **1.4.7 Ausência de certificados válidos comprovando a limpeza periódica dos reservatórios de água (ACHADO 17)**

**Nenhum achado encontrado.**

#### **1.4.8 Ausência de certificados válidos comprovando o controle de vetores e pragas da edificação (ACHADO 18)**

### **Situação encontrada**

O serviço de saúde deve garantir ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas, com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação deles. O controle químico, quando for necessário, deve ser realizado por empresa habilitada e possuidora de licença sanitária e ambiental e com produtos desinfestantes regularizados pela Anvisa (art. 63, caput e parágrafo único, da RDC 63/2011 ANVISA).

Após análise realizada, a partir da resposta do gestor(a) e da observação direta da equipe de auditoria, constatou-se a ausência de certificados válidos de controle de vetores e pragas da edificação, contrariando o disposto no art. 63, caput e parágrafo único, da RDC 63/2011 ANVISA.

## **Proposta de encaminhamento**

Portanto, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal proposta de **DETERMINAÇÃO** para o município providenciar o controle periódico de vetores e pragas, nos prazos certificados pela empresa prestadora do serviço, no prazo de até 90 dias, em cumprimento aos critérios mencionados.

### **1.4.9 Ausência de sistema de energia elétrica de emergência (ACHADO 19)**

#### **Situação encontrada**

O serviço de saúde deve garantir a continuidade do fornecimento de energia elétrica, em situações de interrupção do fornecimento pela concessionária, por meio de sistemas de energia elétrica de emergência (art. 41, caput, RDC 63/2011 ANVISA).

Após análise realizada, a partir da resposta do gestor(a) e da observação direta da equipe de auditoria, constatou-se a ausência de sistema de energia elétrica de emergência (gerador) ou não funcionamento do sistema existente, contrariando o disposto no art. 41, caput, da RDC 63/2011 ANVISA.

#### **Proposta de encaminhamento**

Portanto, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal proposta de **DETERMINAÇÃO** para o município providenciar a instalação e/ou manutenção do sistema de energia elétrica de emergência (gerador), no prazo de até 180 dias, em cumprimento aos critérios mencionados.

### **1.4.10 Falhas de acessibilidade das instalações das unidades de pronto-atendimento não hospitalares (ACHADO 20)**

#### **Situação encontrada**

A construção, ampliação ou reforma de edifícios públicos ou privados destinados ao uso coletivo deverão ser executadas de modo que **sejam ou se tornem acessíveis às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida**, devendo pelo menos um dos acessos ao interior da edificação estar livre de barreiras arquitetônicas e de obstáculos que impeçam ou dificultem a acessibilidade de pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida (artigo 11, parágrafo único, inciso II, Lei 10.098/2000 e artigo 57, Lei 13.146/2015).

Após análise realizada, a partir da resposta do gestor(a) e da observação direta da equipe de auditoria, constatou-se a **ausência de sinalização tátil no piso para pessoas cegas ou com baixa visão, ausência de identificação dos ambientes com placas em braile, inexistência de balcão rebaixado na recepção para atendimento a cadeirantes, ausência de assentos específicos para pessoas obesas na sala de espera, inexistência de sanitários acessíveis e ausência de corrimão nas rampas e escadas**, contrariando o disposto no art. 11, parágrafo único, inciso II, Lei 10.098/2000 e artigo 57, da Lei 13.146/2015.

### **Proposta de encaminhamento**

Portanto, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal proposta de **RECOMENDAÇÃO** para o município providenciar as adequações necessárias na acessibilidade das instalações do pronto-atendimento, de modo a torná-las acessíveis às pessoas portadores de deficiência ou com mobilidade reduzida, no prazo de até 180 dias, em cumprimento aos critérios mencionados.

## 1.5 SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS

Os achados do presente capítulo estão relacionados à disponibilidade de exames clínicos laboratoriais, raio x e eletrocardiograma.

### 1.5.1 Ausência de exames de análises clínicas (ACHADO 21)

**Nenhum achado encontrado.**

### 1.5.2 Ausência de exames de raio x (ACHADO 22)

**Nenhum achado encontrado.**

PRELIMINAR

## 1.6 EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIOS

Os achados do presente capítulo estão relacionados aos equipamentos considerados obrigatórios, contratos de manutenção e equipamentos em desuso.

### 1.6.1 Ausência de equipamentos obrigatórios previstos no Programa Arquitetônico Mínimo Unidade de Pronto Atendimento 24 h (ACHADO 23)

**Nenhum achado encontrado.**

### 1.6.2 Ausência de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares (ACHADO 24)

#### Situação encontrada

O art. 23, inciso IX, da RDC 63/2011 ANVISA, dispõe que deve ser documentada e registrada a manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos e instrumentos. Manter as manutenções em dia, além de garantir a conformidade com as normas, contribui para a prevenção de riscos de falhas durante os procedimentos, para a precisão dos resultados dos exames e para a disponibilidade dos equipamentos, aumento da vida útil e redução de custos com manutenções emergenciais.

Após análise realizada, a partir da resposta do gestor(a) e da observação direta da equipe de auditoria, constatou-se a ausência de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, **uma vez que a unidade de saúde não possui contratos de manutenção preventiva e corretiva**, contrariando o disposto no art. 23, inciso IX, da RDC 63/2011 ANVISA.

#### Proposta de encaminhamento

Portanto, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal proposta de **DETERMINAÇÃO** para o município providenciar a contratação de empresa(s) para a realização de manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos da unidade, no prazo de até 180 dias, em cumprimento aos critérios mencionados.

### 1.6.3 Existência de equipamentos médico-hospitalares em desuso (ACHADO 25)

**Nenhum achado encontrado.**

#### **1.6.4 Ausência de manutenção preventiva e corretiva dos aparelhos de ar-condicionado (ACHADO 26)**

##### **Situação encontrada**

Além da conformidade legal e normativa, a manutenção dos aparelhos de ar-condicionado contribui para o controle da infecção hospitalar por meio da limpeza e substituição periódica dos filtros, para a qualidade do ar interior e para o controle de pressão, umidade e temperatura, bem como para o conforto térmico, economia de energia e aumento de vida útil dos aparelhos e redução de custos com manutenções emergenciais.

Após análise da resposta do gestor(a) e da verificação in loco pela equipe de auditoria, constatou-se que a unidade de pronto atendimento **não realiza manutenção preventiva e/ou corretiva adequada nos aparelhos de ar-condicionado**, conforme preconiza o **art. 5º da Portaria MS nº 3.523/1998**, que estabelece que todos os sistemas de climatização devem permanecer em condições adequadas de limpeza, manutenção, operação e controle. Foram observados ausência de registros de manutenção periódica e inexistência de contrato vigente ou cronograma formal que comprove o atendimento às normas.

##### **Proposta de encaminhamento**

Portanto, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal proposta de **DETERMINAÇÃO** para o município providenciar a contratação de empresa(s) para a realização de manutenção preventiva e corretiva dos aparelhos de ar-condicionado, incluindo a limpeza periódica dos aparelhos, no prazo de até 180 dias, em cumprimento aos critérios mencionados.

#### **1.6.5 Existência de aparelhos de ar-condicionado em desuso ou em condições limitadas de funcionamento e/ou ambientes sem aparelhos de ar-condicionado (ACHADO 27)**

**Nenhum achado encontrado**

## 1.7 SISTEMA INFORMATIZADO

Os achados do presente capítulo estão relacionados à utilização de sistema informatizado de gestão nos diversos setores da unidade, implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente e integração com o sistema de regulação nos casos de pacientes que necessitam de atendimento em unidades hospitalares.

### 1.7.1 Ausência de sistema informatizado de gestão (ACHADO 28)

#### Situação encontrada

O sistema informatizado de gestão numa unidade de pronto atendimento não hospitalar centraliza e organiza as informações vitais da unidade, contribuindo com a melhoria da qualidade e segurança do paciente, com a eficiência e otimização do fluxo de trabalho, com o apoio para a tomada de decisão e gestão estratégica e com a conformidade e segurança dos dados.

Quanto à melhoria da qualidade e segurança do paciente, importante destacar a utilização do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) que substitui o papel, eliminando problemas como letra ilegível, extravio de documentos e informações incompletas, além de garantir que o histórico completo do paciente (alergias, medicamentos, exames) esteja acessível em tempo real a todos os profissionais envolvidos no cuidado.

No tocante à eficiência operacional e otimização do fluxo de trabalho, destacam-se a agilidade no atendimento, permitindo o acesso imediato a informações, eliminando o tempo gasto procurando prontuários físicos, o que reduz o tempo de espera do paciente e otimiza o fluxo de trabalho; a automação de tarefas, como agendamentos, faturamento, controle de estoque, etc, liberando a equipe de saúde para se dedicar ao cuidado direto; e a gestão de recursos, como o controle do estoque de medicamentos e insumos, evitando desperdícios, falta de itens essenciais e desvios.

Em relação ao apoio à tomada de decisão e gestão estratégica, contribui para a informação de qualidade, com a transformação de dados brutos em informações estratégicas por meio de relatórios e indicadores, permitindo aos gestores analisar a taxa de ocupação, tempo médio de internação, custos por procedimento e incidência de certas doenças.

Quanto à conformidade legal e segurança de dados, pode garantir a segurança da informação pois os sistemas informatizados usam criptografia, controle de acesso por níveis de usuário e trilhas de auditoria (logs) para garantir a confidencialidade e a integridade dos dados, atendendo a exigências como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD); o armazenamento de dados de forma segura e por tempo indeterminado, com rotinas de backup que previnem a perda de dados em caso de desastres; e simplifica e padroniza o processo de faturamento e auditorias, reduzindo erros e facilitando auditorias internas e externas.

Após análise realizada, a partir da resposta do gestor(a) e da observação direta da equipe de auditoria, constatou-se a **ausência de sistema informatizado de gestão**, contrariando o disposto na PRC 2/2017 (Origem: Portaria 589/2015), que trata da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) e define princípios e diretrizes para a integração de sistemas de informação em saúde, a promoção da inovação e da transformação digital, a garantia da segurança e privacidade dos dados, e o aprimoramento da gestão e da prestação de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **Proposta de encaminhamento**

Portanto, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal proposta de **DETERMINAÇÃO** para o município implantar sistema informatizado de gestão, incluindo todos os setores das unidades de pronto atendimento, no prazo de até 01 (um) ano, em cumprimento aos critérios mencionados.

#### **1.7.2 Ausência de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) (ACHADO 29)**

##### **Situação encontrada**

Após análise realizada, a partir da resposta do gestor(a) e da observação direta da equipe de auditoria, constatou-se a ausência de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), contrariando o disposto na PRC 2/2017 (Origem: Portaria 589/2015), que trata da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), e no art. 2º Lei n. 13.787/2018, que dispõe que o processo de digitalização de prontuário de paciente será realizado de forma a assegurar a integridade, a autenticidade e a confidencialidade do documento digital.

#### **Proposta de encaminhamento**

Portanto, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal proposta de **DETERMINAÇÃO**, para o município implantar o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), no prazo de até 01 (um) ano, em cumprimento aos critérios mencionados.

**1.7.3 Ausência de acesso ao sistema informatizado de regulação nos casos em que os pacientes necessitam de atendimento em unidades hospitalares (ACHADO 30)**

**Nenhum achado encontrado.**

PRELIMINAR

## 1.8 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Os achados do presente capítulo estão relacionados à existência de farmacêutico habilitado e disponibilidade e condições de armazenamento de medicamentos.

### 1.8.1 Ausência de farmacêutico lotado na farmácia da unidade (ACHADO 31)

**Nenhum achado encontrado.**

### 1.8.2 Ausência de disponibilidade de medicamentos obrigatórios (ACHADO 32)

**Nenhum achado encontrado.**

### 1.8.3 Armazenamento inadequado de medicamentos (falta de proteção de ação direta da luz solar, umidade e calor e/ou contato com o piso, parede e teto) (ACHADO 33)

**Nenhum achado encontrado.**

### 1.8.4 Armazenamento inadequado de medicamentos sujeitos ao regime especial de controle (ACHADO 34)

**Nenhum achado encontrado.**

### 1.8.5 Ausência de registro de baixas de medicamentos com prazos de validade vencidos (ACHADO 35)

**Nenhum achado encontrado.**

## 1.9 SEGURANÇA DO PACIENTE

Os achados do presente capítulo estão relacionados à existência do Núcleo de Segurança do Paciente e das comissões obrigatórias: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Ética Médica, Revisão de Prontuários e Revisão de Óbitos.

### 1.9.1 Ausência do núcleo de segurança do paciente (NSP) (ACHADO 36)

#### Situação encontrada

O NSP é a instância responsável por instituir, monitorar e promover a cultura de segurança do paciente na unidade, devendo atuar para o mapeamento de riscos (identificar proativamente os pontos críticos de falha inerentes aos fluxos rápidos da unidade, como a triagem, a transferência de plantão, a administração de medicamentos de alto risco na sala vermelha, etc); análise de eventos adversos (deve investigar os incidentes ou quase-incidentes para entender as falhas do sistema e implementar ações corretivas permanentes) e criação de barreiras de segurança (desenvolver e fiscalizar a aplicação de protocolos que funcionam como "barreiras" para evitar que o erro atinja o paciente).

Após análise realizada, a partir da resposta do gestor(a) e da observação direta da equipe de auditoria, constatou-se a ausência do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), contrariando o disposto no art. 4º, caput, da RDC 36/2013 ANVISA, que dispõe que a direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

#### Proposta de encaminhamento

Portanto, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal proposta de **RECOMENDAÇÃO**, para o município providenciar a instituição da Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), no prazo de até 90 dias, em cumprimento aos critérios mencionados.

### **1.9.2 Ausência da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) (ACHADO 37)**

#### **Situação encontrada**

Após análise realizada, a partir da resposta do gestor(a) e da observação direta da equipe de auditoria, constatou-se a ausência da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH), contrariando o disposto no Parecer CFM nº 04/13, que em resposta ao CRM-PE, decidiu que, em obediência ao que estabelece a legislação, é obrigatória a implantação da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares, em cada uma das UPA's e Unidades Hospitalares Metropolitanas que funcionam sob gestão única do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP.

Convém mencionar notificação de infecção hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, no sentido de que todos os serviços de assistência à saúde devem possuir uma CCIH/SCIH (hospitais, clínicas e hospital-dia, UPAS, UBS), tendo em vista que, ainda que exista um risco maior de se contrair uma infecção em estabelecimentos de alta complexidade, o paciente é sempre vulnerável independentemente do local de atendimento.

#### **Proposta de encaminhamento**

Portanto, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal proposta de **RECOMENDAÇÃO**, para o município providenciar a instituição da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), no prazo de até 90 dias, em cumprimento aos critérios mencionados.

### **1.9.3 Ausência de comissões obrigatórias (Comissão de Ética Médica, Comissão de Revisão de Prontuários e Comissão de Revisão de Óbitos) (ACHADO 38)**

#### **Situação encontrada**

Segundo Viriato e Moura, uma das melhores formas de garantir qualidade e segurança no atendimento ao paciente é por meio da criação das comissões hospitalares. Conforme afirmado pelos autores, as comissões hospitalares atuam em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O papel dessas comissões é aprimorar continuamente os processos internos e buscar a excelência nos serviços prestados, incluindo assistência, ensino e

pesquisa. Para isso, as comissões são altamente diversificadas, a fim de atender às especificidades de cada área hospitalar.

Após análise realizada, a partir da resposta do gestor(a) e da observação direta da equipe de auditoria, constatou-se a ausência da **Comissão de Ética Médica, Comissão de Revisão de Prontuários e Comissão de Revisão de Óbitos formalmente instituída(s)**, contrariando o disposto no Parecer CFM nº 04/13, que em resposta ao CRM-PE, decidiu que, em obediência ao que estabelece a legislação, é obrigatória a implantação das Comissões de Ética Médica, de Revisão de Prontuários e de Revisão de Óbitos, em cada uma das UPA's e Unidades Hospitalares Metropolitanas que funcionam sob gestão única do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP.

### **Proposta de encaminhamento**

Portanto, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal proposta de **RECOMENDAÇÃO**, para o município providenciar a instituição das Comissões de Ética Médica, de Revisão de Prontuários e de Revisão de Óbitos, no prazo de até 90 dias, em cumprimento aos critérios mencionados.

## 1.10 DESCARTE DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os achados do presente capítulo estão relacionados destinação final de resíduos de serviços de saúde

### 1.10.1 Ausência do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) (ACHADO 39)

#### Situação encontrada

O **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)** é o documento técnico que aponta e descreve todas as ações relativas ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, identificação, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, destinação e disposição final ambientalmente adequada, bem como as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente.

Conforme dispõe o art. 5º da RDC nº 222/2018/Anvisa, o PGRSS é obrigatório para todos os serviços de saúde, devendo ser elaborado de acordo com as características dos resíduos gerados e **devidamente implementado, monitorado e atualizado**.

Após análise realizada, com base na resposta do(a) gestor(a) e na observação direta da equipe de auditoria, constatou-se que a unidade de pronto atendimento **não possui PGRSS elaborado ou formalmente instituído**, o que contraria o disposto na **RDC nº 222/2018/Anvisa**, especialmente no que se refere à necessidade de planejamento, padronização de procedimentos e mitigação de riscos sanitários e ambientais associados ao manejo inadequado dos resíduos.

#### Proposta de encaminhamento

Portanto, a equipe de fiscalização apresenta ao Tribunal proposta de **DETERMINAÇÃO**, para o município providenciar a elaboração do Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), no prazo de até 01(um) ano, em cumprimento aos critérios mencionados.

### 1.10.2 Destinação final inadequada dos resíduos de saúde (ACHADO 40)

**Nenhum achado encontrado.**

Vitória, 19 de dezembro de 2025.

**Equipe:**

**Ricardo da Silva Pereira (líder)**

Auditor de Controle Externo

**Jasiomar Oliveira de Souza**

Auditor de Controle Externo

**Flávia Holz Meirelles Pereira**

Auditor de Controle Externo (responsável pela aplicação do questionário)

**Simone Reinholz Velten**

Auditor de Controle Externo (responsável pela aplicação do questionário)

**SUPERVISÃO:**

**Lucas Matias Caetano**

Auditor de Controle Externo

PRELIMINAR