



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

PROCESSO N.º: 02551/2025 - TC

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Natal

ASSUNTO: Representação

EMENTA: CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO. FINANCEIRO. CONTRATO DE GESTÃO DE SAÚDE. UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS. AUSÊNCIA DE ESTUDO ESPECÍFICOS DE CUSTO E EFICIÊNCIA. INSUFICIÊNCIA DO APORTE DOCUMENTAL COMPLEMENTAR. OITIVA QUALIFICADA DE ATORES SOCIAIS, CONSULTA PÚBLICA E INSPEÇÕES IN LOCO. CITAÇÃO DO GESTOR. CONCESSÃO DE MEDIDA CAUTELAR.

1. O modelo de gestão em saúde por OSs registra, na literatura, resultados positivos e negativos, a depender de contextos específicos, evidenciando fragilidades recorrentes, que devem ser superadas mediante estudos técnicos específicos para a unidade de saúde a ser objeto da terceirização, que compare, em termos de custos e produtividade, a situação de gestão segundo o regime aplicável ao Poder Público e a situação de gestão segundo o regime aplicável à entidade privada.

2. O material apresentado pelo gestor municipal buscou, em tese, conferir substrato técnico ao modelo de terceirização das UPAs, mas revelou-se limitado a planilhas de custos fragmentadas e sem consistência metodológica e quadros incompletos que não permitem rastreabilidade dos valores inseridos, estando ausente estudo técnico de viabilidade — seja de natureza econômico-financeira, seja de diagnóstico situacional das UPAs.

3. Este Órgão Ministerial deflagrou procedimento de consulta pública por meio de questionários eletrônicos, respondidos pelos usuários e profissionais das UPAs objeto da contratação acerca de diversos aspectos quantitativos e qualitativos do serviço prestado nessas unidades. Realizou-se ainda vistorias *in loco* em todas as UPAs de Natal, ocasião em que foi possível constatar o ambiente físico marcado pela precariedade, a sobrecarga dos profissionais e o sofrimento silencioso da população. Foram, além disso, ouvidos os usuários com baixo letramento, de forma acessível e direta, confirmando à comunidade que não se tratava de um questionário morto, nem de um rito formal, mas de um compromisso vivo e verdadeiro de que cada dado aqui colhido fosse transformado em memória viva da comunidade de saúde de Natal.

4. A exigência de inscrição no CRA/RN das organizações sociais participantes do certame revela-se compatível com os objetivos do contrato de gestão. Por sua vez, as diversas fragilidades, generalidades e omissões dos instrumentos de planejamento da contratação acarretam prejudicialidade ao modelo proposto para pagamento das OSs, existindo grave risco de que a parcela variável se converta, na prática, em repasse automático, anulando o efeito



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

indutor de qualidade pretendido e fragilizando a vinculação entre desempenho e remuneração. Essa incompletude abre espaço para desequilíbrios futuros e para a necessidade de aditivos contratuais, comprometendo a previsibilidade financeira que o modelo pretende assegurar.

5. Parecer que pugna pela citação do gestor e concessão de liminar de suspensão imediata do cronograma de prazos até a apreciação da medida cautelar. No mérito, pela concessão de cautelar de suspensão dos chamamentos públicos até o saneamento das falhas e omissões pontuados por este Órgão Ministerial.

SUMÁRIO

I – DOS FATOS	3
II – FUNDAMENTOS	7
II.1 – PANORAMA DO MODELO DE GESTÃO DE SAÚDE POR OSS	18
II.2 – DA DOCUMENTAÇÃO APORTADA PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NATAL	23
II. 2.1. DA PROPOSTA DE TRANSIÇÃO DE MODELOS	27
II.3 – DA ESCUTA ATIVA DA COMUNIDADE DE SAÚDE: DA CONSULTA PÚBLICA E INSPEÇÃO IN LOCO	31
II.3.1 <i>Metodologia</i>	31
II.3.2 <i>Resultados parciais dos questionários gerais</i>	32
II. 3.3 <i>Resultados e discussão</i>	34
II.3.3.1 Eixo 1 — Recursos Humanos – Equipes Médicas	50
II.3.3.2 Eixo 2 - <i>Regulação</i>	51
II.3.3.3 Eixo 3 - Insumos Essenciais,	53
II.3.3.4 Eixo 4: <i>Estrutura e Recursos</i>	55
II.3.3.5 Eixo 5: Insumos Farmacêuticos	58
II.3.3.6 Eixo 6: Limpeza e Biossegurança	60
II.3.3.7 Eixo 7 – Segurança e Gestão de Conflitos	62
II. 3.4 <i>Confirmação pela vistoria in loco</i>	65
II.3.5 Marcos mínimos e indicadores para acompanhamento	71
II.4 – DA ANÁLISE DAS PROPOSTAS	79
II.4.1 Proposta UPA Satélite - Humaniza	79
II.4.2. Proposta UPA Cidade da Esperança – CEPHRECE	85
II.4.3. Proposta UPA Pajuçara – ISAC	89
II.4.4. Proposta UPA Potengi – ISAC	93
II.5 – OUTRAS QUESTÕES PROCESSUAIS	99
II.5.1 – <i>DA LEGALIDADE DA EXIGÊNCIA DE INSCRIÇÃO NO CRA/RN</i>	99
II.5.2 – <i>DO MODELO DE PAGAMENTO PROPOSTO PARA AS OS</i>	100



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

III – DA NECESSIDADE DE MEDIDA CAUTELAR DE SUSPENSÃO DOS CERTAMES	104
VI – DA NECESSIDADE DE CITAÇÃO	107
V – CONCLUSÃO	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110

MANIFESTAÇÃO MINISTERIAL¹ N.º 0500/2025

I – DOS FATOS

Trata-se de representação deflagrada pela Diretoria de Controle de Contas de Gestão e Execução da Despesa Pública – DCD, em face dos Chamamentos Públicos n.º 001/2025 (UPA Satélite), n.º 002/2025 (UPA Esperança), n.º 003/2025 (UPA Potengi) e n.º 004/2025 (UPA Pajuçara), deflagrados pela Secretaria Municipal de Natal, visando à celebração de Contrato de Gestão com entidades qualificadas como Organização Social, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime 24h, nas Unidades de Pronto Atendimento referidas, cujo valor anual foi orçado em R\$26,4 milhões por cada unidade.

A exordial, subscrita pelos Auditores de Controle Externo Jadson Anderson Medeiros da Silva e José Luiz Moreira Reboças, apontou que, após consulta aos Processos Administrativos n.º 20251010332 (UPA Satélite), 20251010448 (UPA Esperança), 20251010480 (UPA Potengi) e 20251010502 (UPA Pajuçara), não foi localizada memória de cálculo ou levantamento dos custos reais do pretendido modelo de gestão das UPAs. Entendeu a DCD, assim, que embora tenha havido argumentação no sentido de que o modelo de contratação das OSS trará vantagens financeiras, inexistiu comprovação técnica dessa alegação.

A DCD argumentou, além disso, que não houve a comprovação de economicidade e eficiência, uma vez que o repasse foi baseado apenas em



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Públco de Contas**

número de atendimentos e metas de desempenho, sem respaldo legal e sem observar a estrutura real de custos exigida pela Lei 9.637/1998; que não houve a elaboração de cronograma de desembolso nem de memória de cálculo dos custos dos serviços e equipamentos a serem publicizados; e que o modelo ignora despesas essenciais à gestão das UPAs (profissionais diversos, insumos, manutenção etc.), limitando-se a médicos e enfermagem. Considerou, assim, existir risco de antieconomicidade, já que os custos alegadamente omitidos poderão futuramente ser cobrados via aditivos contratuais, comprometendo a previsibilidade, o controle e a vantajosidade da contratação.

Apontou a DCD, por fim, a ilegalidade de exigência de inscrição das Organizações Sociais de Saúde no Conselho Regional de Administração do RN como condição de participação nos chamamentos públicos das UPAs, por ausência de previsão na legislação municipal ou em editais de qualificação das OSS. Além disso, pontuou que o objeto principal dos contratos é a execução de serviços de saúde, e não a atividade típica de administrador, de forma que a exigência cria barreira indevida de entrada, afastando entidades do terceiro setor previamente qualificada.

A Representante informou que os Chamamentos Públicos se encontram em fase externa de recebimento de propostas, com encerramento da fase externa prevista para 01 de setembro de 2025 e início das atividades em 15 de setembro de 2025, razão pela qual requereu a concessão de medida cautelar para suspender os certames, em virtude da iminência de lesão grave e de difícil reparação ao patrimônio público.

O Conselheiro Relator proferiu Decisão (evento 09), por meio da qual recebeu a representação e determinou a notificação do gestor responsável, Sr. Geraldo Souza Pinho Alves, atual Secretário Municipal de Saúde do Natal, para se manifestar em 72h sobre o pedido cautelar.



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

Devidamente notificado (Notificação n.º 1228/2025 – DE, evento 12), o Sr. Geraldo Souza Pinho Alves apresentou manifestação no apensado 02799/2025 (evento 13). Em resumo, defendeu o modelo de gestão deflagrado, argumentando que:

- a) A realização dos chamamentos públicos para contratos de gestão decorreu de um profundo diagnóstico da rede de urgência e emergência de Natal, que apontou a necessidade de um modelo capaz de superar entraves históricos da administração direta;
- b) A previsão de economia anual de até R\$18 milhões resulta da maior flexibilidade gerencial dessa forma de gestão, cujo propósito não é meramente terceirizar, mas estabelecer uma parceria em que o Poder Público define políticas, metas e indicadores, fiscalizando sua execução, enquanto a entidade parceira, com expertise e agilidade, assegura maior eficiência na prestação dos serviços;
- c) A escolha do contrato de gestão foi respaldada por Estudos Técnicos Preliminares que demonstraram maior eficiência e economicidade do modelo, já consolidado em diversos estados e municípios. A parceria com OSS reduz custos e optimiza recursos, permitindo mecanismos de gestão por desempenho e melhor qualidade assistencial, sendo medida estratégica e alinhada ao interesse público;
- d) O modelo de repasse, com 80% fixo para custos estruturais e 20% variável atrelado a metas, é compatível com a Lei 9.637/1998, pois garante previsibilidade financeira, induz eficiência e qualidade, e tem respaldo em estudos de custos de mercado, sendo sua economicidade assegurada pela concorrência e análise das propostas. A Lei exige, além disso, apenas um cronograma de desembolso, que será devidamente previsto no contrato de gestão;



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

e) A exigência de registro no CRA/RN é legal e pertinente, pois a gestão das UPAs envolve atividades típicas de administração. Longe de restringir a competitividade, garante que as entidades tenham capacidade técnica de gestão atestada por órgão profissional, assegurando melhor aplicação dos recursos públicos e mitigando riscos de má administração.

O gestor requereu, assim, o indeferimento da medida cautelar pleiteada, a autorização para o regular prosseguimento dos Chamamentos Públicos n.ºs 001 a 004/2025, a fim de evitar prejuízos à continuidade dos serviços prestados nas UPAs, e, ao final, o arquivamento da Representação, ante a comprovação da plena regularidade e legalidade dos procedimentos adotados.

Ato contínuo, a Diretoria de Controle de Contas de Gestão e Execução da Despesa Pública – DCD lavrou nova Informação (evento 22), assinada pelo Auditor de Controle Externo Jadson Anderson Medeiros da Silva, informando que a manifestação do gestor não foi suficiente para elidir as irregularidades identificadas na exordial ou modificar o entendimento pela necessidade de suspensão dos Chamamentos Públicos n.º 001 a 004/2025. Sustentou que as alegações do gestor carecem de provas, pois a defesa não foi acompanhada de documentação nova. Pontuou que a SMS delegou às próprias organizações sociais a responsabilidade de comprovar a economicidade do modelo, o que gera risco de soluções ineficientes e antieconômicas, e que o modelo de pagamento é ilegal, por afronta à Lei 9.637/1998 e pela ausência de base em engenharia financeira adequada. Ainda, consignou que o modelo financeiro é deficiente, pois considera apenas médicos e enfermeiros, ignorando a complexidade de outros profissionais, serviços, insumos e manutenção; e que a exigência de inscrição no CRA/RN é descabida por falta de previsão legal e com efeito restritivo à concorrência.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

Sugeriu a DCD, assim, a concessão de medida cautelar de suspensão dos Chamamentos Públicos nº 001 a 004/2025 até decisão de mérito, para evitar grave lesão ao patrimônio público.

Ato contínuo, vieram os autos a este Ministério Público de Contas.

Após o ingresso do caderno processual neste setor, o Secretário Municipal de Saúde, Sr. Geraldo Souza Pinho Alves, apresentou a documentação contida no apensado 303035/2025 (evento 32), que contém: a) manifestação por meio da qual destacou os benefícios da contratação das OSs e cálculo de economicidade; b) planilhas de custos anuais consolidada - UPAs; e c) cópia do DOM que publicizou o resultado preliminar dos certames.

Na sequência, procedeu com complementação por meio do apensado 002977/2025 (evento 33), fazendo remessa de: a) propostas de trabalho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) de Natal; b) REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais); c) Relação de Medicamentos para as UPAs 24h; e d) Lista de Equipamentos Mínimos das unidades.

É o relatório.

II – FUNDAMENTOS

Antes de mais nada, o Ministério Público de Contas representado por esta Procuradora de Contas, firma a primeira premissa que norteará sua análise nos autos: só o compromisso com a verdade e a busca sincera do bem comum legitimam as opções da Administração. Escolhas de governo não podem repousar em intenções frágeis; precisam estar alicerçadas nessas premissas, sustentadas por um olhar sincero e profundamente respeitoso ao que é mais precioso para a humanidade: a saúde e o bem-estar de cada pessoa. Tais escolhas exigem soluções que reconheçam as limitações e impossibilidades de um sistema frágil e de recursos escassos. Agir sem



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

planejamento verdadeiro, sem escuta qualificada e sem estudos consistentes pode trazer sérios danos justamente àqueles que já carregam o peso maior do sofrimento.

Essa Procuradora de Contas reconhece, por outro lado, que não cabe a este Ministério Público de Contas substituir-se ao administrador público na escolha política do modelo de gestão a ser adotado. Essa opção pertence, com exclusividade, ao gestor democraticamente eleito, dentro da margem de liberdade que o ordenamento jurídico confere. É dever desta instituição, contudo, atuar como guardião do povo; e como guarda, em vigília discreta, não dita os caminhos, mas vela para que cada passo seja dado com segurança. Cabe a este Ministério Público de Contas zelar para que tais escolhas estejam fundadas em estudos técnicos idôneos, transparentes e verificáveis, aptos a demonstrar vantajosidade, economicidade e proteção do interesse público. É a verdade que deve guiar a Administração; é o interesse público que deve nortear cada decisão; e é a escuta qualificada da comunidade de saúde e de todo o corpo social que confere legitimidade às opções de governo.

Após a distribuição dos autos a este setor, diversos interessados e autoridades solicitaram audiência com esta Procuradoria de Contas, ocasião em que foram realizadas oitivas qualificadas, assegurando-se a escuta ativa de todos os atores da comunidade de saúde diretamente envolvidos na matéria. Essa escuta não é mero rito formal, tampouco adorno processual, mas expressão viva da cidadania que se faz ouvir por meio das instituições republicanas. A democracia verdadeira não se sustenta em decisões unilaterais ou em formalismos burocráticos: ela exige respeito à coisa pública, fundada no diálogo, na transparência e na responsabilidade. Cabe a este Ministério Público de Contas, portanto, garantir que cada voz qualificada encontre espaço dentro dos limites constitucionais e legais, para que a escolha administrativa que se



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

faça não seja apenas um ato de governo, mas uma decisão legitimada pela escuta da sociedade e pelo compromisso com o interesse público.

Ressalte-se, por outro lado, a urgência que se impõe na apreciação do presente feito. Os autos aportaram a este Ministério Público de Contas na segunda-feira, dia 18 de agosto de 2025, trazendo consigo volumosa documentação, cuja análise técnica demandaria tempo adequado de exame e depuração. O processo de chamamento prosseguiu apesar da precariedade de alguns elementos editalícios, tendo várias entidades sido credenciadas¹, com notícia de que as principais organizações sociais interessadas já visitaram as UPAs em que desejam atuar. Configura-se, assim, um avanço temerário e sem lastro técnico da implementação. Há notícia, ademais, de que se pretende instalar as Organizações Sociais já no próximo dia 15 de setembro, em clara tentativa de instituir um novo sistema de gestão no apagar das luzes, sem a devida maturação dos estudos e sem a participação social necessária.

Aportam ainda aos autos propostas de Organizações Sociais já habilitadas, prometendo, no papel — onde tudo comporta —, um “novo mundo” para a saúde pública do Rio Grande do Norte. Todavia, como bem ressaltaram os autores populares, o Conselho Estadual e Municipal de Saúde e os sindicatos², a comunidade não foi ouvida e nenhum diagnóstico concreto dos problemas foi realizado. Pergunta-se, então: o que pretendem as OS resolver? Se não são chamadas a enfrentar os problemas reais das unidades, mas apenas a responder a enunciados genéricos que todo sistema de saúde enfrenta, sua atuação corre o risco de nascer sem propósito definido.

Como poderá uma OS explicar ao usuário da UPA da Cidade da Esperança que a demora nas filas decorre do uso inadequado das unidades, se ali faltam monitores na sala amarela e a ferrugem já consome equipamentos

¹ Vide Edição n.º 5826 do Diário Oficial do Município do dia 13 de agosto de 2025.

² Ação Popular n.º 0857954-97.2025.8.20.5001, em trâmite na 6º Vara da Fazenda Pública da Comarca de Natal.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

essenciais? De que modo justificará, na UPA de Pajuçara, que pacientes em emergência, sem ambulância disponível, precisem ser retirados de veículos sobre um degrau de quase 40 centímetros na porta de entrada, inviabilizando o acesso seguro e rápido? Como admitir que, nessa mesma unidade, pacientes psiquiátricos sejam internados lado a lado com crianças em atendimento pediátrico, expondo os mais vulneráveis a riscos inaceitáveis? Como aceitar que um paciente com infarto agudo do miocárdio, já fora da janela de trombólise, permaneça internado em cadeiras de plástico — muitas vezes rasgadas — apenas aguardando a visita semanal de um cardiologista para receber alta, em manifesta violação à sua dignidade?

O que dizer à equipe de enfermagem, que enfrenta plantões extenuantes e, ainda assim, não recebe adicionais de insalubridade ou de periculosidade por não ter judicializado seus direitos? O que justificar a uma pediatra da UPA da Esperança que há cinco meses exerce sua função sem remuneração? Como explicar que pediatras tenham de comprar, do próprio bolso, salbutamol em aerossol para garantir a assistência mínima às crianças asmáticas, ou que farmacêuticos precisem se desdobrar para não deixar faltar medicamentos vitais como o haloperidol, usado no manejo de surtos psiquiátricos, o paracetamol em gotas, essencial no controle da febre em crianças alérgicas à dipirona, ou o propofol, indispensável para uma intubação orotraqueal digna e sem sofrimento? Como naturalizar que em algumas salas vermelhas não haja sequer um colar cervical ou uma prancha rígida para imobilizar pacientes politraumatizados? E como silenciar diante dos cacetetes improvisados e paus com pregos apreendidos após agressões contra profissionais de saúde dentro dessas unidades?

Não se pode ignorar, ainda, que as UPAs de Pajuçara e da Esperança encontram-se consumidas pela ferrugem, em franco risco sanitário aos pacientes e trabalhadores. Ambas demandam reformas estruturais profundas e



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

urgentes — e, no caso da Esperança, talvez até mesmo reconstrução integral — para que possam assegurar condições mínimas de segurança e de dignidade ao atendimento.

Tudo isso recai sobre uma população sofrida e desassistida, cujos dramas diários não foram diagnosticados com rigor, planejamento ou números. Esses relatos, ignorados nas propostas apresentadas, revelam que a realidade das UPAs não foi devidamente estudada, nem minimamente registrada. Em suma, a ausência de diagnóstico concreto impede que as propostas das Organizações Sociais se conectem à vida real da população e dos trabalhadores de saúde. Sem enfrentar os problemas específicos de cada unidade, a substituição do modelo de gestão será mera troca de rótulo, incapaz de produzir melhorias efetivas no serviço público de saúde.

Tal condução evidencia não apenas a precariedade da instrução processual, mas também a imposição de um modelo de terceirização sem o cuidado mínimo com a transparência, a motivação administrativa e a avaliação de riscos. E os riscos não são pequenos. A literatura especializada, os órgãos de controle e a experiência prática no país, como se verá em item próprio, apontam reiteradamente problemas recorrentes: a ausência de estudos prévios de viabilidade técnica e econômica (EVTE/ETP) que demonstrem vantajosidade; a fixação de metas genéricas ou inalcançáveis, incapazes de mensurar desempenho; a fiscalização deficiente; o enfraquecimento do controle social, muitas vezes capturado politicamente; a precarização das relações de trabalho, marcada por vínculos frágeis e alta rotatividade; a dependência da saúde financeira da OS, com risco de paralisação em caso de desequilíbrio contratual; a falta de transparência nos gastos e a dificuldade de rastrear a aplicação dos recursos públicos; e, não raras vezes, a captura política dos conselhos de administração, transformando entidades em instrumentos de interesses privados ou setoriais.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

É louvável, registre-se, a iniciativa do Secretário Municipal de Saúde ao pensar fora da caixa, procurar soluções inspiradas em experiências de outros estados e buscar remediar as graves deficiências da rede própria de saúde. Reconhece-se o mérito da inquietação administrativa, há muito tempo ausente de rumos claros para enfrentar o caos instalado e a desassistência da população, oferecendo alternativas diante de um sistema cronicamente fragilizado. Porém, inovação sem lastro técnico e sem diagnóstico preciso corre o risco de converter-se em mero voluntarismo administrativo, incapaz de responder aos problemas reais das unidades.

Este Ministério Público de Contas, como dito, não pretende gerir — esse papel pertence ao gestor e seus secretários. No exercício de sua missão constitucional, porém, não se restringe a fiscalizar *a posteriori*. Sua função é, ao mesmo tempo, corretiva e preventiva: corrigir quando necessário, mas sobretudo prevenir, para que o interesse público não seja vulnerado pela omissão, pela pressa ou pela ausência de planejamento. O controle externo exercido por este *Parquet* de Contas não é mero freio, mas farol que ilumina, orienta e assegura que a Administração caminhe em conformidade com a legalidade, a economicidade, a legitimidade e a dignidade humana que deve reger a coisa pública.

Nesse espírito, a participação do Ministério Público de Contas não se encerrou na formalidade dos autos. Foi além: buscou ouvir e ver. Aplicou-se questionários às UPAs, para que a própria população — que sente no corpo a realidade dos serviços — pudesse registrar sua voz. Soma-se a essas manifestações as vistorias *in loco* realizadas em todas as UPAs de Natal, onde se pôde constatar, com os próprios olhos, o que documentos não revelam: a precariedade estrutural, a sobrecarga dos profissionais e o sofrimento silencioso dos usuários.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

A escuta se ampliou para as instâncias institucionais: os Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, legítimos guardiões do controle social; os sindicatos, que expressam a voz dos trabalhadores da linha de frente; e os autores populares, representados por uma Deputada Federal e um Vereador, que trouxeram aos autos a inquietação da sociedade civil organizada. É dessa escuta múltipla e qualificada, aliada ao olhar direto sobre a realidade, que se nutre a presente manifestação, pois não há decisão legítima sem acolher as vozes de quem vive, trabalha e constrói diariamente o sistema de saúde.

E para que esse ouvir não se perdesse no campo das intenções, mas se transformasse em prova documental, este Ministério Público de Contas não se restringiu às reuniões presenciais. Antes mesmo das datas aprazadas, expediu ofícios acompanhados de questionários e solicitações específicas a órgãos e entidades representativos, de modo a garantir que suas percepções fossem formalizadas por escrito e incorporadas, com valor jurídico e instrutório, aos autos. Os sindicatos, embora não tenham protocolado respostas formais, foram ouvidos em reunião, ocasião em que expuseram preocupações relevantes, também registradas nesta manifestação. Digno de nota, portanto, é o conjunto formado pelas manifestações escritas do Conselho Municipal de Saúde (CMS/Natal), do Conselho Estadual de Saúde (CES/RN), dos autores populares, bem como pelas manifestações orais dos sindicatos, compondo um mosaico de vozes que expressa, com densidade e legitimidade, a escuta social promovida por este *Parquet de Contas*.

Esse conjunto de manifestações confere densidade e legitimidade à instrução processual, pois não se trata apenas de impressões isoladas, mas de posições fundamentadas, documentadas ou formalmente registradas em ata. Todos convergem em pontos centrais: a ausência de estudos técnicos idôneos; a exclusão dos Conselhos de Saúde do processo decisório; a insuficiência de insumos e equipes; a precariedade estrutural das UPAs; e os riscos de



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

antieconomicidade e de fragilização do serviço público, caso a terceirização por OS avance sem diagnóstico consistente.

A. Conselho Municipal de Saúde (CMS/Natal).

As respostas encaminhadas foram eloquentes: o colegiado não foi previamente informado pela Secretaria Municipal de Saúde sobre a intenção de transferir a gestão das UPAs para Organizações Sociais, tendo tomado ciência apenas pela publicação do edital no Diário Oficial em 14 de julho de 2025, sem qualquer participação anterior no processo. Em ata, deliberou pela necessidade de acionar este Ministério Público de Contas, parlamentares e entidades sindicais, diante da exclusão de suas prerrogativas legais de controle social. O questionário também revelou falhas graves na fiscalização: ausência de relatórios periódicos, déficit de equipes, insuficiência de insumos e medicamentos, precariedade estrutural e relatos de assédio moral contra profissionais de saúde. O CMS apontou, ainda, preocupação com a redução de médicos plantonistas e defendeu maior transparência — como a obrigatoriedade de afixar publicamente as escalas médicas. Apesar das dificuldades, manifestou disposição em apresentar relatórios periódicos ao TCE/MPC, assumindo corresponsabilidade pelo acompanhamento das UPAs, desde que tenha acesso a dados de gestão.

B. Memoriais dos autores populares.

Somam-se a essas manifestações, os memoriais apresentados pelo Vereador Daniel Araújo Valença e pela Deputada Federal Natália Bastos Bonavides, protocolados em 25 de agosto de 2025, que reforçam os mesmos pontos já detectados pela Diretoria de Controle de Contas de Gestão e Execução da Despesa Pública (eventos 04 e 22). Dentre as constatações, sobressaem:



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

(i) a ausência de estudo técnico idôneo de vantajosidade, já que o Estudo Técnico Preliminar limita-se a expressões genéricas de eficiência e qualidade, sem apresentar indicadores objetivos ou planilhas comparativas;

(ii) a sobreposição de objetos contratuais, diante da coincidência entre os chamamentos públicos e o contrato emergencial via dispensa, gerando risco de duplicidade de gastos;

(iii) a fragilidade estrutural dos editais, que abrem espaço para aditivos vultosos e contratação antieconômica, já reconhecida pela fiscalização deste TCE como iminente risco de lesão grave ao patrimônio público; e

(iv) a inexistência de risco de descontinuidade dos serviços, uma vez que estes continuam a ser prestados pela COOPMED, afastando a alegação de urgência na implementação das OS.

C. Conselho Estadual de Saúde (CES/RN).

Em questionário próprio, o CES confirmou não ter sido formalmente provocado pelo CMS/Natal a se manifestar sobre a gestão das UPAs, tampouco ter deliberado sobre a matéria, tendo tomado conhecimento apenas pela imprensa e redes sociais. Apesar disso, o CES ressaltou seu papel complementar de apoio técnico ao CMS e destacou colaborações concretas, encaminhando resoluções relevantes — como a Resolução nº 109/2008, que exige submissão prévia de contratos de terceirização à apreciação do Conselho, e a Resolução nº 323/2025, em que o Plenário posicionou-se expressamente contra terceirizações por OSS, reafirmando a necessidade de deliberação dos Conselhos de Saúde sobre quaisquer propostas nesse sentido. O Conselho reforçou ainda, por meio da Carta Potiguar e do Relatório do Seminário Estadual sobre Terceirizações, que tais modelos não são imposição inevitável, mas opções políticas que, sem debate e sem diagnóstico,



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

abrem espaço para práticas patrimonialistas e clientelistas historicamente repudiadas pela Constituição de 1988.

D. Sindicatos (SINDSAÚDE e SOERN).

Os sindicatos participaram de reunião e trouxeram contribuições relevantes, inclusive mediante respostas aos formulários, que merecem ser registradas. O SINDSAÚDE e o SOERN expuseram sua preocupação com a situação funcional dos servidores diante da possível terceirização, especialmente no tocante à remuneração, à lotação e a garantias mínimas de dignidade. Relataram a sobrecarga de trabalho e a carência de pessoal nas escala, sobretudo noturnas, além da crescente violência nas unidades, que tem gerado extenuação física e psicológica dos profissionais. Destacaram que qualquer mudança de modelo de gestão não pode ignorar a proteção da força de trabalho, sob pena de agravar a precarização e comprometer a continuidade e a qualidade assistencial.

E. SMS Natal

Na mesma data, realizou-se reunião com o Secretário Municipal de Saúde, Sr. Geraldo Souza Pinho Alves, acompanhado de sua equipe, inclusive jurídica, ocasião em que foram apresentados documentos relevantes ao objeto em análise, parcialmente juntados nos apensados deste caderno processual. Em razão do dever de lealdade processual e da verdade que deve orientar a atuação ministerial, tais elementos não poderiam ser ignorados. Por isso, este Ministério Público de Contas promoveu a digitalização integral do acervo recebido, incorporando-o a esta manifestação como anexo complementar, de modo a assegurar que a apreciação do feito se realize com plena transparência e fiel retrato da realidade. Mais do que um gesto formal, trata-se de reafirmar que, diante do interesse público em jogo, nenhuma informação útil pode ser omitida, ainda que não tenha ingressado nos autos pela via regular.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

A escuta promovida por este Ministério Público de Contas não se limitou à oitiva institucional. Pela primeira vez, estruturou-se uma consulta ampla e direta às Unidades de Pronto Atendimento de Natal, mediante aplicação de questionários anônimos, acessíveis a gestores, profissionais de saúde e usuários. A metodologia, construída em formato de escala Likert e com espaços abertos para manifestações livres, permitiu captar tanto dados objetivos quanto relatos pessoais, revelando a realidade vivida no cotidiano das unidades. O retorno foi expressivo: 530 (quinhentas e trinta) respostas válidas, até o presente momento, distribuídas entre pacientes, acompanhantes, médicos, enfermeiros, técnicos, profissionais de apoio e gestores, conferindo densidade estatística e pluralidade social à consulta.

Essa iniciativa inaugura um marco histórico na atuação do controle externo em saúde, pois assegura à comunidade a possibilidade de formalizar, em autos oficiais, percepções até então silenciadas ou fragmentadas. A importância desse material justifica tratamento próprio: em tópico específico, abordaremos com maior densidade a metodologia, os achados e o detalhamento que se sucedeu com a separação do questionário deu rosto e voz à realidade que antes se perdia nos números oficiais: usuários relatando esperas de até 10 horas, profissionais denunciando assédio moral e extenuação física, gestores apontando entraves burocráticos e todos convergindo para a mesma constatação — as UPAs sofrem com falta de recursos humanos, materiais e estrutura adequada.

A esse retrato vivo somaram-se as **vistorias in loco** realizadas em todas as UPAs de Natal, nas quais este *Parquet* de Contas pôde confirmar, com os próprios olhos, aquilo que os questionários anteciparam: cadeiras quebradas substituindo leitos, infiltrações, ambientes insalubres, insuficiência de pessoal, sobrecarga notória e insegurança para servidores e pacientes.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

A metodologia adotada, assim, não apenas legitimou esta manifestação, mas também inaugurou um novo patamar de atuação do Ministério Público de Contas, que passa a registrar em autos oficiais não só a fala das instituições, mas também o clamor silencioso da comunidade de saúde, transformado em dado, memória e prova documental os eixos centrais de problemas diagnosticados nas UPAs de Natal.

Para conferir clareza e sistematização à análise que se segue, este Ministério Público de Contas estruturará sua fundamentação em cinco movimentos complementares. Em primeiro lugar, será traçado um panorama teórico e prático sobre a adoção do modelo de Organizações Sociais na saúde brasileira, registrando seus acertos, fragilidades e lições aprendidas em outras experiências. Em seguida, serão expostos os resultados da consulta pública inédita conduzida por este *Parquet* de Contas, associada às vistorias *in loco* realizadas nas quatro UPAs de Natal, cujo desdobramento permitiu a identificação de eixos centrais de problemas que reclamam atenção imediata nos estudos. Na terceira parte, será examinado o conjunto documental trazido pelo Secretário Municipal de Saúde, destacando suas limitações metodológicas e a ausência de um Estudo de Viabilidade Técnica e Econômica robusto. Em quarto lugar, será feita referência às propostas já apresentadas pelas Organizações Sociais interessadas, de modo a aferir a compatibilidade entre suas promessas e a realidade diagnosticada. E em quinto, serão abordadas outras questões processualmente levantadas, relativas à exigência de inscrição das entidades no CRA/RN e ao formato de repasses previsto.

II.1 – PANORAMA DO MODELO DE GESTÃO DE SAÚDE POR OSS

O modelo de Organizações Sociais na saúde não é novidade e encontra hoje aplicação disseminada em grande parte do país. Levantamentos junto a Tribunais de Contas e pesquisas acadêmicas apontam que 19 dos 25 estados



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

que transferiram a gestão de serviços o fizeram por meio de OS, especialmente em hospitais e Unidades de Pronto Atendimento. Essa expansão revela que se trata do arranjo contratual mais utilizado no campo da gestão descentralizada da saúde, resultado da busca por soluções alternativas diante da conhecida insuficiência da administração direta em responder, com agilidade e flexibilidade, à complexidade da assistência. Não se pode negar que a iniciativa de buscar inspiração em experiências de outros entes federativos reflete um esforço legítimo de modernização e de procura de respostas inovadoras para problemas crônicos.

A defesa do gestor (apensado 303015/2015) arguiu, nesse sentido, 99% das unidades de saúde geridas por OS mantêm programas formais de segurança do paciente, com elevado nível de creditação, o que arguiu com fundamento em estudo do Instituto Brasileiro de Organizações Sociais de Saúde – IBROSS. Ocorre que, ao contrário do que foi suscitado, tal conclusão não é apta para embasar a capacidade técnica e gerencial dessas entidades, não podendo tal afirmação estar lastreada em uma expectativa genérica de sucesso. É nesse ponto que se impõe a análise dos documentos carreados pelo Secretário, apresentados como sustentação da proposta de terceirização, para verificar se, de fato, constituem estudo técnico idôneo ou se revelam a fragilidade estrutural do processo em curso.

Sobre o assunto, o Tribunal de Contas da União, em sede do Acórdão TCU nº 3239/2013 - Plenário, que avaliou a aplicação de recursos públicos transferidos a entidades sem fins lucrativos (OSS e OSCIP) na gestão dos serviços de saúde (atenção básica e hospitalar) – já assentou a necessidade de apresentação de um estudo específico para a unidade de saúde objeto da terceirização, que compare, em termos de custos e produtividade, a situação de gestão segundo o regime aplicável ao Poder Público e a situação de gestão segundo o regime aplicável à entidade privada. Pontuou o TCE que: “os



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

indicadores previstos nos contratos de gestão devem possuir os atributos necessários para garantir a efetividade da avaliação dos resultados alcançados, abrangendo as dimensões necessárias à visão ampla acerca do desempenho da organização social”.

Ao contrário da premissa suscitada de sucesso lastreado no modelo de gestão, ações realizadas pela Controladoria-Geral da União no curso do Processo n.º TCU 018.739/2012-1 atestam que há um conjunto de irregularidades recorrentes na terceirização dos serviços de saúde para entidades sem fins lucrativos, dentre os quais se destacam: i) a realização de pagamentos sem comprovação da efetiva prestação dos serviços; ii) a ausência de planejamento e de estudos prévios que demonstrassem a vantagem da terceirização em relação à execução direta; iii) restrições à competitividade; iv) ausência de concorrência; v) indícios de direcionamento nos certames; vi) deficiências contratuais relevantes, como a inexistência de cláusulas adequadas, indicadores de desempenho, mecanismos de transparência e de fiscalização por parte dos gestores públicos; vii) uso irregular de contratos de gestão para intermediar a contratação de profissionais de saúde sem processo seletivo; viii) ausência de processos seletivos que resultou em elevada rotatividade de médicos e impossibilidade de formação de equipes estáveis de especialistas; ix) descumprimento de metas e atividades pactuadas; x) contratações de OSCIPs sem comprovação de capacidade técnica; xi) falta de independência de comissões fiscalizadoras; xii) irregularidades no processo de qualificação de organizações sociais; xiii) pagamentos irregulares relativos à aquisição de equipamentos para UPA; e xiv) baixo nível de ocupação em hospital gerido por OSS, apesar da significativa disponibilidade de recursos públicos.

Aprofundando tal análise, estudo conduzido por Saldanha (2020) analisou indicadores e metas de produção hospitalar dos cinco hospitais (CE,



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

ES, GO, PA e SC) com gestão assumidas por Organizações Sociais de Saúde, procedendo com a comparação dos resultados antes e depois da transferência da gestão para as OSS, relativos aos seguintes indicadores de gestão hospitalar: a) taxa de ocupação hospitalar; b) média de permanência hospitalar; c) índice de renovação/giro de rotatividade; d) taxa de mortalidade institucional; e) taxa de desempenho da produção assistencial de média complexidade; f) taxa de desempenho da produção assistencial de alta complexidade; g) taxa de infecção hospitalar.

Esse estudo evidenciou, em suma, que **a mudança do modelo de gestão não contribuiu para a melhoria de seus desempenhos ao longo do período examinado** (julho/2015 a julho/2019), pois apenas um dos cinco hospitais selecionados apresentou evolução significativa no desempenho (H5, cuja exceção foi a taxa de ocupação hospitalar). Outros três hospitais analisados (H1, H2 e H4) apresentaram desempenhos razoáveis, com oscilações nos indicadores e metas analisados. Já o hospital H3 foi o que apresentou os níveis mais baixos de desempenho, apesar de ter recebido o segundo maior volume de recursos no período de exame (mais de cinco milhões e seiscentos mil reais) e ser a unidade hospitalar com maior tempo sob gestão de OSS (sete anos). Apontou-se, além disso, que no caso de os estados e municípios transferirem o gerenciamento das unidades públicas de saúde para entidades privadas sem estarem devidamente preparados para supervisionarem a execução dos contratos de gestão, há graves riscos de que a população não só veja uma piora na qualidade dos serviços como também recursos públicos sejam desviados e desperdiçados.

Já estudo realizado por Ximenes, Schmaller e Bezerra (2018, p. 125/126) – que avaliou o modelo de gestão por Organizações Sociais da Saúde (OSS) em Pernambuco, comparando os indicadores de gestão de dois hospitais sob gestões distintas – , constatou que apesar de terem sido



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

destinados mais recursos para as unidades geridas por OS do que para aquelas de administração direta, as unidades públicas realizaram mais atendimentos do que as OSS, mesmo com um orçamento menor. Além disso, **o custo médio de atendimento do hospital público foi mais de três vezes menor que o do hospital publicizado** (R\$1.597,25 X R\$5.303,67), **com número de atendimentos 288% maior** (82.908 X 28.747), evidenciando que o modelo de gestão terceirizada por si só não representa economicidade, devendo haver a sua devida comprovação documental.

É cediço que há, em contraponto, estudos e avaliações que identificaram, em determinados contextos, ganhos concretos com a adoção do modelo. Algumas experiências demonstraram aumento de produtividade, redução relativa de custos e satisfação dos usuários, inclusive com reconhecimento por órgãos de acreditação hospitalar. Pesquisas como a de Ibañez (2001) apontam cumprimento satisfatório de metas contratuais em contratos celebrados com OSS no âmbito do SUS. Esses resultados indicam que, quando bem estruturados e acompanhados por mecanismos eficazes de monitoramento, contratos de gestão podem trazer benefícios ao sistema público. Levantamentos como o realizado pelo TCE/SC (Processo n.º RLA 17/80273166) também atestam a eficiência do modelo de gestão de hospitais por OSs comparativamente com a gestão diretamente exercida pela Secretaria de Saúde, com capacidade para economizar milhões em custos anuais. É, portanto, louvável a inquietação administrativa que tenta oferecer alternativas inovadoras e com potencial de sucesso diante de um sistema fragilizado.

Entretanto, a mesma literatura revela que os resultados positivos são localizados e dependem de condições muito específicas. A maior parte dos estudos concentra-se em hospitais do estado de São Paulo, onde o modelo está mais consolidado, e ainda assim aponta limitações relevantes. Relatórios do TCU e da CGU evidenciam fragilidades recorrentes: ausência de estudos



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

prévios de viabilidade técnica e econômica (EVTE/ETP), metas genéricas ou inalcançáveis, fiscalização deficiente pelas secretarias de saúde, enfraquecimento do controle social e precarização das relações de trabalho, com alta rotatividade e falta de especialistas em determinados turnos. Há ainda riscos concretos de descontinuidade dos serviços, quando as OS enfrentam desequilíbrios financeiros e rescindem contratos, deixando lacunas na cobertura assistencial. Sem mecanismos robustos de monitoramento, cláusulas contratuais claras e garantias mínimas de sustentabilidade, a terceirização deixa de ser instrumento de eficiência para se tornar sinônimo de improviso, incerteza e risco de desassistência.

A tentativa de implantar, de forma acelerada e sem bases sólidas, um novo modelo de gestão para as UPAs de Natal expõe a população e os profissionais de saúde a uma experiência de alto risco, sem garantias de continuidade, eficiência ou economicidade, comprometendo não apenas a legalidade do ato, mas sobretudo a própria finalidade constitucional do serviço público de saúde. Nesse cenário, impõe-se analisar com rigor os documentos apresentados pelo Secretário Municipal de Saúde, a fim de verificar se oferecem a solidez mínima necessária ou se apenas reforçam a fragilidade do processo em curso.

II.2 – DA DOCUMENTAÇÃO APORTADA PELO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NATAL

Nesse ambiente de diálogo democrático-republicano e de escuta qualificada, passa-se ao exame dos documentos apresentados pelo Secretário Municipal de Saúde e sua equipe em reunião realizada em 26 de agosto de 2025, posteriormente complementados em 27 de agosto de 2025

O material apresentado buscou, em tese, conferir substrato técnico ao modelo de terceirização das UPAs, mas revelou-se limitado a planilhas de



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

custos fragmentadas e sem consistência metodológica. Essa constatação já evidencia um dos pontos mais sensíveis deste processo: a ausência de estudos prévios de viabilidade técnica e econômica capazes de sustentar, com rigor e transparência, a magnitude da decisão administrativa em curso. O que se observa não é o EVTE exigido pela legislação e pelos princípios de planejamento e economicidade, mas quadros incompletos que suscitam mais dúvidas do que certezas. A análise detalhada desses documentos, portanto, é o passo necessário para compreender se a escolha anunciada repousa sobre fundamentos sólidos ou se arrisca ser conduzida por intenções frágeis e sem lastro técnico.

As planilhas encaminhadas pelo Secretário Municipal de Saúde, divididas por unidade (Pajuçara, Satélite/Sul, Esperança/Oeste e Potengi), limitam-se a apresentar listagens de contratos e valores mensais de janeiro/2024, referentes a mão de obra terceirizada, energia elétrica, água, gás, lixo hospitalar, enxoval, plantões médicos, refeições, transporte, combustível e mão de obra própria. Embora contenham valores agregados em reais, não trazem qualquer detalhamento metodológico. Verifica-se, de início, que os dados são incompletos, pois não representam a totalidade dos custos de funcionamento das UPAs: estão ausentes detalhamentos de itens de altíssimo impacto econômico como medicamentos e insumos farmacêuticos, exames laboratoriais, manutenção predial e de equipamentos, tecnologia da informação, serviços de limpeza e vigilância. Além disso, não há rastreabilidade: não se sabe se os valores apresentados correspondem a despesas históricas pagas, aquisições recentes, estimativas arbitrárias ou valores depreciados, tampouco existe referência documental (contrato, nota de empenho, liquidação, nota fiscal) que permita vincular os números à sua fonte.

A ausência de memória de cálculo é patente: valores são lançados de forma isolada — como no caso de “Plantões médicos: R\$690.655,20” — sem



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

indicação de número de profissionais, carga horária, quantidade de plantões ou custo unitário, inviabilizando qualquer aferição de economicidade ou comparação com custos de mercado. Soma-se a isso a inconsistência estrutural entre as planilhas: os custos variam de UPA para UPA sem padronização clara, revelando a inexistência de metodologia unificada de apuração.

O Termo de referência apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde a este órgão Ministerial foi enviado como documento individual, portanto, desconexo do processo administrativo no curso do qual foi elaborado, o que impede a verificação do tempo e do modo de sua elaboração, assim como dos elementos instrutórios que lhe serviram de suporte. O próprio Termo de Referência faz remissão a documentos como “estudo técnico preliminar”, igualmente não enviado, o que inviabiliza a avaliação das especificações técnicas relacionadas. Em outras palavras, não se tem acesso, a partir de um documento isolado, às notas técnicas, despachos, manifestações jurídicas ou quaisquer peças correlatas que demonstrem a motivação administrativa da sua elaboração, os estudos que lhe subsidiaram, tampouco a data precisa em que os atos foram elaborados. Tal circunstância fragiliza sobremaneira a análise da regularidade do procedimento, pois inviabiliza aferir se o Termo de Referência foi efetivamente objeto de exame prévio, se atendeu às etapas legais de instrução e se guardou aderência aos princípios do planejamento, da publicidade e da motivação.

Ainda assim, ao analisar o conteúdo do documento observa-se que este ficou segmentado aos “serviços médicos profissionais”, o que evidencia a sua incompletude, haja vista existir outros elementos documentais que informam a intenção de contratar outras categorias de profissionais da saúde que atuam perante as unidades de pronto atendimento.



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

Em seu item “4 - das especificações técnicas”, o documento, embora trace uma série de parâmetros para os serviços médicos a serem prestados, nada menciona sobre a composição de cardiologistas nas equipes que atuarão diretamente dentre das UPAs, limitando-se a mencionar a previsão de cirurgia cardiovascular, porém sem mencionar em que unidades ou frequência de atuação, e no Serviços médicos Intervencionistas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU.

A presença desse grupo especializado se justifica na medida em que as doenças cardiovasculares, como Doença Cardiovascular Total – DCT, Doença Arterial Coronariana – DAC, doença cerebrovascular e miocardites, despontam entre as principais causas de morte no Brasil tanto para o sexo feminino, como para o masculino (Oliveira et al., 2023, p. 11), sendo absolutamente relevantes dentro da média complexidade³. A abrangência dessa especialidade na

³ Cita-se, em caráter exemplificativo, que, segundo OLIVEIRA et al. (2023, p. 08), em relação à DVC, o Brasil passou, em 2021, por uma significativa mudança no seu perfil de mortalidade devido à pandemia: pela primeira vez, as doenças infecciosas tornaram-se a causa de morte primária, ultrapassando as DCV por mais de 100 mil mortes. Enquanto doenças infecciosas foram responsáveis por 27% de todas as mortes, com 486.667 mortes, as DCV causaram 382.507 mortes, representando 21% de todas as mortes. A taxa de mortalidade por DCV é mais alta entre os homens do que entre as mulheres em quase todos os grupos etários. Antes da pandemia de COVID-19, a DCV era inclusive a principal causa de morte em âmbito global e, em 2019, 58% das mortes ocorridas na Ásia foram devidas à DCV. A OMS estabeleceu um plano de ação global para até o ano 2025, visando a reduzir em 25% o número de mortes prematuras por DNC, incluindo DCV.

Já em relação ao AVC isquêmico, Oliveira (2023, p. 19) aponta, conforme Dados do Grupo GBD Brasil, que a taxa de mortalidade padronizada por 100 mil em 2021 foi de 31,7 (28 a 33,9).

Em relação à DAC, Oliveira (2023, p. 25) aponta ter sido essa a principal causa de morte no Brasil na última década, para homens e mulheres.

Relativamente à cardiomiopatia e insuficiência cardíaca, Oliveira (2023, p. 32) relata, conforme dados da Fundação SEADE, do estado de São Paulo, que as cardiomiopatias foram responsáveis por um total de 3.571 óbitos, correspondendo a 23,3% das mortes relacionadas a insuficiência cardíaca em 2006, a saber: cardiomiopatia dilatada, responsável por 17,2% das mortes; cardiomiopatia alcoólica, por 0,45%; e cardiomiopatias restritivas, por 0,37%. A CMCh e a cardiomiopatia alcoólica, por sua vez, foram responsáveis por 7,8% e 0,45% das mortes relacionadas à insuficiência cardíaca, respectivamente.

No que diz respeito à hipertensão, Oliveira (2023, p. 65) pontua, conforme estudo Macinko et al., que avaliou doenças crônicas não transmissíveis e sua relação com desigualdade de nível educacional, entre 2013 e 2019. Esse estudo usou dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013/2015 e da de 2019/2020 no Brasil. Os dados não ajustados sobre prevalência de hipertensão em adultos com mais de 18 anos mostraram aumento, passando de 22% (IC 95%, 21,4-22,7) em 2013 para 25,9% (IC 95%, 25,4-26,4) em



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

contratação em escopo, contudo, não restou bem definida, o que deve ser objeto de reformulação pela SMS Natal.

O documento também aponta caber à “Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN determinar Metas quantitativas e qualitativas assistenciais a serem cumpridas contemplando volume de prestação de serviços, a humanização do atendimento, a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população e outros fatores que tornem o serviço um efetivo instrumento na garantia de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) de forma integral, universal, igualitária à saúde e com qualidade”, o que, contudo, contrasta com o teor da defesa apresentada, segundo a qual “A economicidade será, em última análise, comprovada pela competição entre as entidades qualificadas, que apresentarão suas propostas de trabalho e planilhas de custo detalhadas, permitindo à Administração selecionar a proposta mais vantajosa, que equilibre qualidade técnica e sustentabilidade financeira” (fl. 06, evento 01, apensado 2799/2025-TC).

Em conclusão, o material apresentado não se configura como estudo técnico ou Estudo de Viabilidade Técnica e Econômica (EVTE), exigido pela Lei nº 9.637/1998 e pelos princípios constitucionais da legalidade, motivação, planejamento e economicidade. Trata-se de meros quadros parciais de custos, sem metodologia, sem análise comparativa e sem indicadores de desempenho, incapazes de embasar decisão administrativa de tamanha envergadura, como a adoção do modelo de gestão por OS para as UPAs de Natal.

II. 2.1. DA PROPOSTA DE TRANSIÇÃO DE MODELOS

A ausência de um plano de transição claro e responsável representa não apenas um descuido administrativo, mas um grave desperdício de capital

2019 em ambos os sexos. O estudo aborda diversas outras doenças cardiovasculares, embasando a conclusão de prevalência e patente necessidade dessa especialidade nas equipes que atuam em unidades de pronto atendimento.



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

humano especializado, que constitui o recurso mais valioso do sistema de saúde. Profissionais não são peças intercambiáveis. Cada trajetória envolve competências específicas, formadas com investimento público e prática acumulada em ambientes distintos.

Tome-se, por exemplo, a enfermeira ou técnica de enfermagem treinada em ambiente hospitalar, habituada ao manejo de pacientes críticos, à rotina de rodízio de decúbito, ao uso de protocolos de prevenção de úlceras de pressão e ao suporte direto em procedimentos de maior complexidade. Simplesmente deslocar essa profissional para uma Unidade Básica de Saúde, como se fosse indiferente, não apenas desperdiça expertise adquirida, mas viola a economicidade e a eficiência, ao alocar de forma irracional um saber que deveria permanecer onde é mais necessário.

Do mesmo modo, pense-se no médico emergencista, cuja atuação exige treinamento específico em intubação orotraqueal, manejo de vias aéreas difíceis, atendimento rápido a vítimas de politrauma, uso imediato de protocolos de suporte avançado de vida e coordenação de equipes em paradas cardiorrespiratórias. Retirá-lo desse ambiente e deslocá-lo para funções de baixa complexidade ou administrativas não apenas anula seu potencial resolutivo, mas representa risco direto à população, que perde a proteção de um profissional preparado para intervir em situações-limite.

Em síntese, sem um plano de transição que assegure o aproveitamento racional das competências humanas já instaladas nas UPAs, o modelo proposto incorre em flagrante violação da economicidade, da eficiência e do respeito aos servidores da saúde. **A mudança não pode ser imposta de forma abrupta, como se bastasse trocar contratos:** é preciso respeitar e integrar o conhecimento humano acumulado, sob pena de fragilizar ainda mais a rede assistencial e comprometer a segurança dos usuários.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

Outro aspecto de extrema gravidade é a inexistência de qualquer modelo de transição para a eventual mudança de gestão das UPAs. Não há nos autos plano que esclareça como se dará o aproveitamento da experiência acumulada pelos servidores públicos já lotados nas unidades, tampouco estratégia de comunicação que os oriente quanto ao impacto da alteração em seu cotidiano de trabalho. Implementar um novo modelo de forma abrupta, sem guiar os profissionais pela transição, viola a transparência administrativa, fere princípios elementares da segurança jurídica e quebra o respeito devido aos trabalhadores da saúde, que constituem a verdadeira linha de frente do sistema. O conhecimento humano construído no cotidiano não pode ser descartado como se fosse acessório: deve ser valorizado e integrado a qualquer proposta de gestão, sob pena de se perder a memória institucional e de se agravar ainda mais a precariedade do serviço.

A escuta social estruturada neste processo não foi improvisada: foi formalmente instituída pela Portaria n.º 006/2025 – GAB-LRC-MPC/RN, publicada em 21 de agosto de 2025, que criou a primeira consulta pública ministerial voltada exclusivamente às Unidades de Pronto Atendimento de Natal. O instrumento escolhido foi um questionário eletrônico em Google Forms, amplamente divulgado e afixado por meio de panfletos oficiais com identidade visual do MPC nas quatro UPAs (Potengi, Pajuçara, Cidade da Esperança e Cidade Satélite), de modo a assegurar transparência, alcance e reconhecimento institucional da iniciativa.

A Portaria estabeleceu diretrizes de prazos e procedimentos: o formulário permaneceria disponível por 120 dias, com coletas parciais em até 10 dias e novas rodadas sempre que os autos retornassem ao *Parquet* de Contas, garantindo uso progressivo e contínuo dos resultados no processo. O caráter anônimo foi rigorosamente preservado: não houve coleta de e-mails, telefones ou qualquer dado de identificação pessoal. A Parte A do formulário



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

restringiu-se à indicação da UPA e ao perfil do respondente (gestor, médico, enfermeiro, técnico, profissional de apoio, paciente ou acompanhante), além de filtros simples de consistência (primeira letra do nome, primeira letra do nome da mãe e década de nascimento), mecanismo que assegurou confidencialidade, mas evitou duplicidade de respostas.

A estrutura do questionário foi cuidadosamente construída para equilibrar dados objetivos e narrativas subjetivas. As seções centrais utilizaram escalas Likert (1 a 5), que mensuravam dimensões críticas do funcionamento das UPAs — tempo de espera, recursos humanos, insumos, equipamentos, fluxos de regulação, segurança e comunicação — enquanto os espaços abertos permitiam registros livres de percepções, denúncias e experiências pessoais. Essa combinação conferiu densidade estatística às respostas e, ao mesmo tempo, revelou o lado humano da crise vivida nos serviços de urgência e emergência.

Logo nas primeiras horas de disponibilização do questionário eletrônico, foram recebidas aproximadamente 160 respostas válidas, revelando de imediato que a comunidade de saúde ansiava por um espaço de escuta legítima. Ainda nessa coleta inicial, já foi possível identificar, de forma clara, que as principais dificuldades enfrentadas pelas UPAs se distribuíam em eixos centrais: déficit de equipes, insuficiência de insumos e medicamentos, precariedade da estrutura física, falhas na regulação e atrasos em transferências, além da insegurança vivenciada por usuários e profissionais.

Diante da urgência do processo e da consistência dos primeiros achados, este Ministério Público de Contas promoveu a ampliação e a especialização da escuta, instituindo, por meio da Portaria n.º 007/2025-PROC_LRC, publicada em 22 de agosto de 2025, a segunda fase da consulta pública, agora com abrangência ampliada a gestores, núcleos de regulação, conselhos de saúde e demais atores sociais legitimados. Esse novo movimento



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

formal e regulado conferiu maior densidade e robustez metodológica ao processo, permitindo que a consulta se consolidasse não apenas como instrumento de coleta de impressões, mas como verdadeira etapa instrutória, destinada a subsidiar a análise técnico-financeira e social das propostas em curso.

Importa destacar que todo o procedimento foi conduzido com transparência e devidamente publicizado. A consulta pública não apenas foi formalizada pela Portaria n.º 006/2025 – GAB-LRC-MPC/RN, de 21 de agosto de 2025, como também foi amplamente noticiada no site institucional do MPC/RN (“MPC/RN lança consulta pública sobre funcionamento das UPAs de Natal” e “Ministério Público de Contas aprofunda escuta sobre a situação das UPAs”), assegurando ciência à sociedade acerca de cada passo adotado. Essa publicidade reforça que nada se deu à margem: tudo foi feito de forma organizada e visível, legitimando os resultados obtidos.

Mais do que um registro formal, trata-se de prova de diligência e tempestividade da atuação ministerial: em poucos dias da chegada do processo, o MPC já havia deflagrado instrumento próprio de escuta social, com base normativa e metodologia clara. É um marco que não apenas reforça a legitimidade da atuação, mas também revela uma resposta célere e inovadora, colocando a instituição na vanguarda do controle externo preventivo.

II.3 – DA ESCUTA ATIVA DA COMUNIDADE DE SAÚDE: DA CONSULTA PÚBLICA E INSPEÇÃO IN LOCO

II.3.1 Metodologia

Não se tratou apenas de ouvir. A escuta promovida por este Ministério Público de Contas foi acompanhada do ver, em sentido pleno. Realizaram-se vistorias ***in loco*** em todas as UPAs de Natal, ocasião em que foi possível constatar com os próprios olhos o que nenhum questionário, por si só, seria



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

capaz de traduzir: o ambiente físico marcado pela precariedade, a sobrecarga dos profissionais e o sofrimento silencioso da população. Nesses encontros, foram ouvidos também os usuários com baixo letramento, de forma acessível e direta, para que suas vozes não ficassem à margem. Essa presença concreta serviu para confirmar à comunidade que não se tratava de um questionário morto, nem de um rito formal, mas de um compromisso vivo e verdadeiro com a realidade. A missão deste *Parquet de Contas* não é contar estatísticas, mas resguardar vidas — por isso cada dado aqui colhido se transforma em memória viva da comunidade de saúde de Natal.

II.3.2 Resultados parciais dos questionários gerais

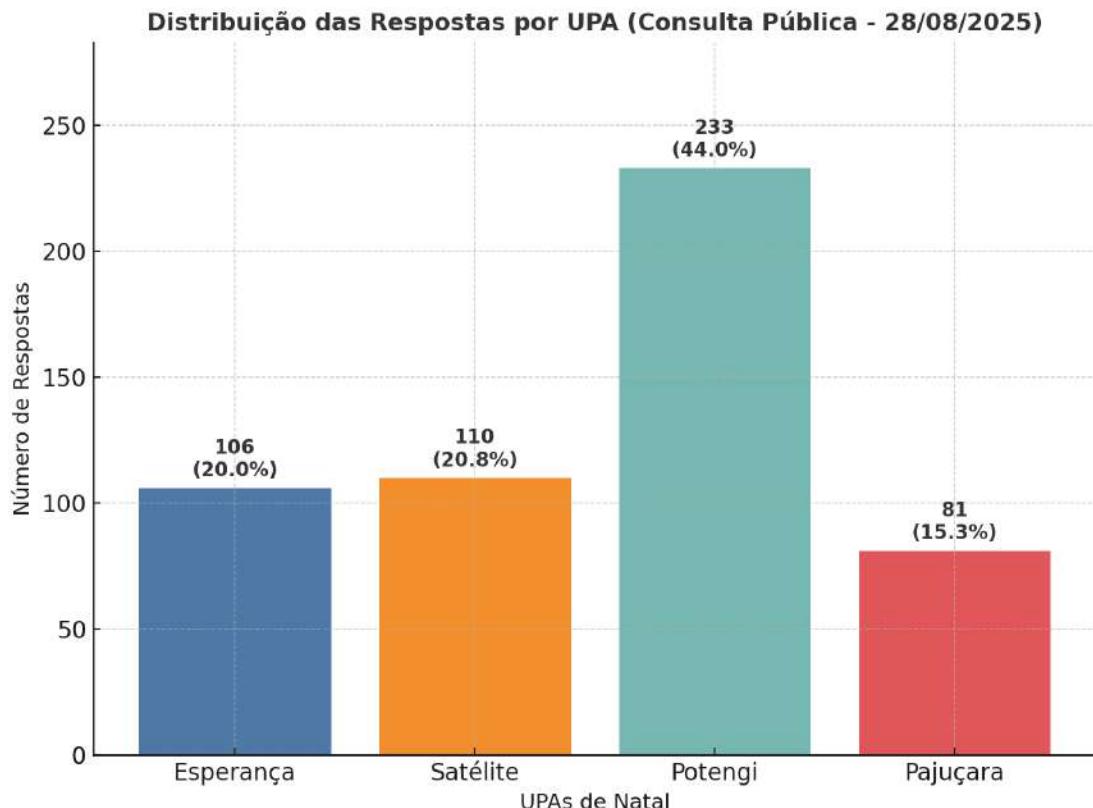
A consulta pública alcançou 530 (quinhentas e trinta) respostas válidas, até o momento, distribuídas entre usuários, acompanhantes, profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos, profissionais de apoio) e gestores das quatro Unidades de Pronto Atendimento de Natal. Esse volume expressivo garante representatividade e robustez à escuta, conferindo caráter histórico ao processo, pois pela primeira vez a comunidade de saúde pôde se manifestar livremente, de forma anônima e sem filtros, sobre o funcionamento real das unidades.

A distribuição das respostas aproximou-se da proporção de demanda de cada UPA: 233 (44%) na Potengi, 110 (20,8%) na Satélite, 106 (20%) na Esperança e 81 (15,3%) na Pajuçara. Para aferir a legitimidade estatística da amostra, utilizou-se como parâmetro os volumes de atendimentos registrados em anos recentes, que indicam a dimensão da cobertura populacional de cada unidade: a UPA Pajuçara atende, em média, 300 pacientes por dia (mais de 100 mil consultas médicas anuais); a UPA Potengi registrou 132.152 atendimentos em 2019; a UPA Esperança, no mesmo ano, 189.882 atendimentos; e a UPA Cidade Satélite, embora sem dados públicos



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

detalhados, integra a rede regular de pronto atendimento 24 horas, com demanda compatível às demais unidades.



Embora não se trate de amostra probabilística nos moldes de pesquisas estatísticas clássicas, a consulta pública estruturada por este Ministério Público de Contas reúne legitimidade suficiente para integrar, com peso, o corpo probatório dos autos. A robustez advém de quatro fatores principais:

- **Amplitude territorial** — todas as UPAs foram contempladas.
- **Diversidade de perfis** — usuários, acompanhantes, médicos, enfermeiros, técnicos, gestores e profissionais de apoio.



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Públco de Contas

- **Volume expressivo** — mais de 530 respostas em poucos dias, em ambiente espontâneo e anônimo.
- **Proporcionalidade aproximada** — a distribuição das respostas reflete a carga assistencial das unidades, assegurando representatividade de fato.

Essa legitimidade foi reforçada pela triangulação metodológica, pois os achados dos questionários não ficaram isolados, mas foram cotejados com as oitivas institucionais, memoriais de autores populares, manifestações dos Conselhos de Saúde e, sobretudo, as vistorias *in loco* realizadas em todas as unidades. Tal estratégia corrige as limitações próprias de uma amostra não probabilística e garante a fidedignidade dos resultados, que se mostram consistentes com os demais elementos de prova.

Em síntese, trata-se de uma amostra numericamente robusta, socialmente plural, territorialmente abrangente e metodologicamente triangulada, capaz de revelar, com legitimidade estatística e valor probatório, os principais problemas estruturais e de gestão enfrentados pelas UPAs de Natal.

II. 3.3 Resultados e discussão

Dentre os 530 respondentes da consulta pública, a composição foi a seguinte: técnicos de enfermagem (166 respostas – 31,3%), pacientes e acompanhantes (87 – 16,4%), enfermeiros (69 – 13%), profissionais de apoio como segurança, limpeza e recepção (42 – 7,9%), médicos (21 – 4%), gestores (12 – 2,3%) e demais profissionais — farmacêuticos, dentistas, porteiros, técnicos de laboratório, assistentes sociais, técnicos em radiologia, bioquímicos, biomédicos, auxiliares de farmácia, copeiros, maqueiros,



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

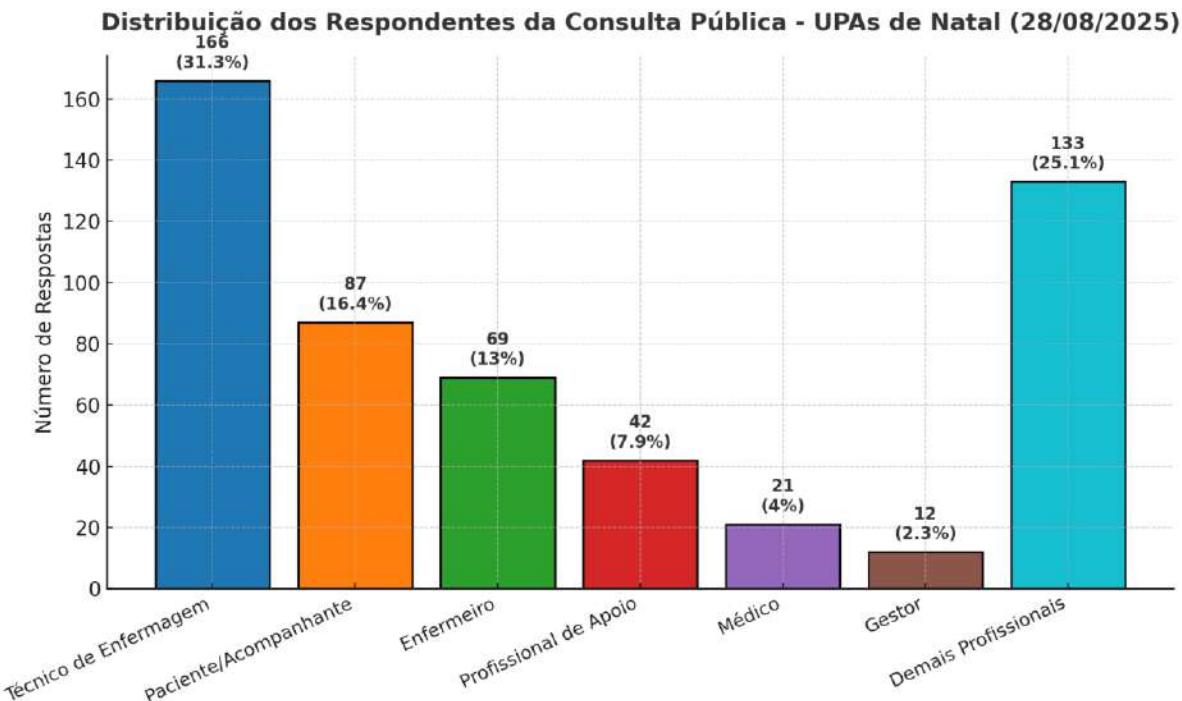
supervisores, estagiários, auxiliares administrativos e nutricionistas — os quais, para fins didáticos, condensamos nesta categoria (133 respostas – 25,1%).

Importa destacar que, além da expressividade numérica, a amostra colhida reflete de modo fidedigno a composição real das equipes que atuam nas Unidades de Pronto Atendimento. Não se trata, portanto, de distorção quantitativa, mas de um retrato proporcional da pirâmide funcional dessas unidades.

Nas UPAs, os técnicos de enfermagem constituem o maior contingente de profissionais, dado o caráter eminentemente assistencial do serviço, seguidos pelos enfermeiros e pelos profissionais de apoio. Os médicos, embora indispensáveis, são numericamente mais restritos — geralmente dois ou três por turno — e os gestores limitam-se a um ou dois responsáveis por unidade. Essa lógica organizacional explica e legitima a distribuição observada na consulta: 31,3% de técnicos de enfermagem, 13% de enfermeiros e 7,9% de profissionais de apoio, frente a 4% de médicos e 2,3% de gestores.



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas



Essa proporção não fragiliza a pesquisa; ao contrário, reforça sua robustez, pois reproduz a realidade estrutural do funcionamento das unidades. Em outras palavras, a amostra não apenas é numericamente suficiente (530 respostas válidas), mas também qualitativamente legítima, porque recolhe a percepção de quem mais vivencia o cotidiano da UPA. A menor participação de médicos e gestores não decorre de omissão metodológica, mas corresponde à sua presença naturalmente reduzida na composição de pessoal.

Desse modo, a consulta pública conduzida pelo Ministério Público de Contas alcança duplo valor: estatístico, pela significância numérica; e institucional, por traduzir fielmente a experiência concreta dos trabalhadores, gestores e usuários que sustentam, em meio a grandes dificuldades, o funcionamento diário das UPAs de Natal.

Não obstante sua relevância e robustez, cumpre registrar as limitações próprias da consulta pública, de modo a assegurar que seus resultados sejam interpretados dentro de parâmetros metodológicos adequados. Em primeiro



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

lugar, trata-se de instrumento de participação voluntária e anônima, o que pode estimular maior engajamento de respondentes mais mobilizados ou críticos, ainda que essa circunstância não retire legitimidade da escuta. Em segundo lugar, a distribuição entre categorias profissionais não é uniforme: médicos e gestores figuram em menor número de respostas, mas essa menor participação reflete a própria composição estrutural das equipes das UPAs, nas quais técnicos de enfermagem, enfermeiros e profissionais de apoio representam a maioria numérica. Em terceiro lugar, a coleta inicial concentrou grande volume de respostas em poucos dias, revelando um recorte imediato da realidade, ainda que a Portaria nº 006/2025 – GAB-LRC-MPC/RN tenha assegurado prazo contínuo de 120 dias para participação. Por fim, os dados colhidos traduzem percepções de usuários e trabalhadores e não substituem, evidentemente, análises documentais ou auditorias contábeis e operacionais formais.

Essas limitações, entretanto, não reduzem a importância da consulta. Ao contrário, reforçam sua utilidade como instrumento complementar: não se pretendeu esgotar a análise técnica, mas agregar a ela a voz qualificada da comunidade de saúde, compondo um retrato vivo, inédito e historicamente relevante das condições das Unidades de Pronto Atendimento de Natal.

É preciso ressaltar, ainda, que este processo aportou ao Ministério Público de Contas com tempo limitado para resposta institucional, impondo a necessidade de agir com rapidez, mas sem abrir mão de método e de legitimidade. Diante da urgência, estruturou-se a consulta pública como instrumento capaz de oferecer, em curto prazo, dados mínimos que funcionassem como roteiro de análise diagnóstica da situação das UPAs. O que poderia parecer apenas um retrato inicial converteu-se, no entanto, em verdadeiro marco de legitimidade: logo nas primeiras horas, mais de 160 respostas já haviam sido registradas e, à medida que o número se expandiu



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Públíco de Contas

até alcançar 530 participantes, verificou-se não dispersão, mas estabilidade e coerência dos achados. Essa consistência estatística e qualitativa demonstra que as primeiras percepções captadas não eram episódicas ou casuais, mas expressão fiel de um diagnóstico que se consolidou com o acúmulo de respostas, legitimando a utilização desses dados como subsídio seguro para a presente manifestação.

Na Parte B do questionário (prioridades de atuação), foram avaliados 12 itens centrais, todos em escala Likert (1 – nada prioritário a 5 – prioridade máxima). Os respondentes foram convidados a atribuir o nível de prioridade a aspectos-chave do funcionamento das UPAs, como tempo de espera, qualidade da triagem, dimensionamento de equipes, disponibilidade de insumos, limpeza, acessibilidade e segurança.

A análise estatística revela que alguns pontos se destacaram com maior frequência na categoria “prioridade máxima”:

- **Redução do tempo de espera para triagem e atendimento** – mais de 54% consideraram prioridade alta ou máxima, sendo 23% prioridade máxima.
- **Melhoria da qualidade da triagem de enfermagem** – 55% classificaram como alta ou máxima, com 29,2% em prioridade máxima.
- **Reforço das equipes de enfermagem e técnicos em todos os turnos** – item mais contundente: 70,8% consideraram prioridade máxima.
- **Ampliação e estabilidade das equipes noturnas** – 65,6% indicaram prioridade máxima.
- **Garantia de resolutividade médica** – 43,9% atribuíram prioridade máxima.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério PÚBLICO de Contas**

- **Disponibilidade regular de medicamentos e insumos** – outro eixo forte: 61,9% apontaram prioridade máxima.
- **Reforço da segurança nas unidades** – 62,4% indicaram prioridade máxima.

Os demais aspectos — como exames de imagem, renovação de equipamentos, limpeza e acessibilidade — também foram destacados, mas em níveis inferiores, indicando que a comunidade reconhece tais pontos como importantes, embora os gargalos críticos estejam sobretudo em recursos humanos, tempo de atendimento, insumos e segurança.

Em termos qualitativos, os espaços abertos confirmam essa tendência: a esmagadora maioria das respostas espontâneas resume-se em três palavras recorrentes — “recursos humanos, insumos e estrutura” — demonstrando que, independentemente do cargo ou vínculo, a percepção coletiva converge para a mesma tríade de prioridades.

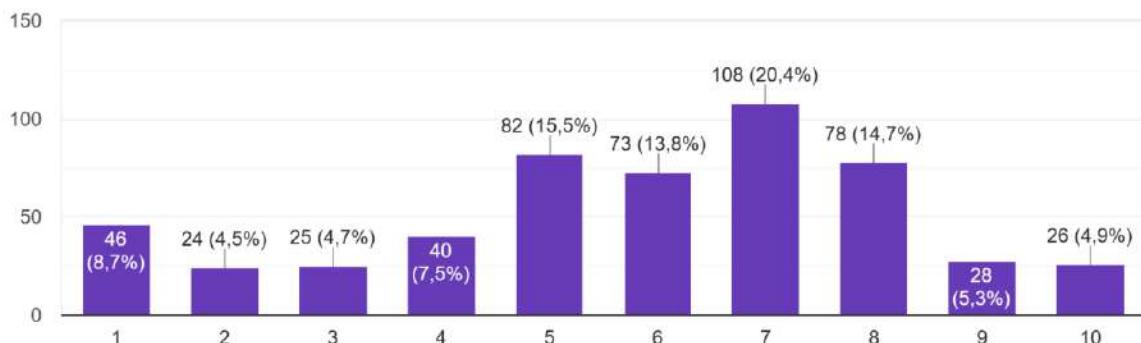
Apesar de todos os gargalos estruturais evidenciados — demora, falta de insumos, déficit de equipes e insegurança — a avaliação global dos serviços nas UPAs foi considerada “boa” ou até “muito boa” por significativa parcela dos respondentes.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

1. Em uma escala de 0 a 10, como você avalia o atendimento geral da UPA?

530 respostas



À primeira vista, esse resultado poderia soar contraditório: como explicar que, diante de tantas carências, as UPAs ainda recebem avaliações globais positivas? Os questionários, contudo, indicam com clareza o caminho. Quando perguntados sobre o maior ponto positivo das unidades, os respondentes convergiram em uníssono: os profissionais de saúde. A dedicação, o acolhimento, o esforço de “fazer o melhor mesmo sem condições” foram os fatores mais citados, revelando o que aqui denominamos de viés positivo da gratidão.

Esse fenômeno pode ser explicado a partir de dois eixos principais:

1. O viés da gratidão. Em contextos de escassez, usuários e trabalhadores tendem a valorizar intensamente os gestos de cuidado e de atenção recebida, mesmo quando prestados em condições precárias. O simples fato de serem atendidos, acolhidos e terem suas urgências tratadas gera um sentimento de reconhecimento que suaviza a crítica à estrutura deficiente. Trata-se de um viés amplamente documentado em estudos de percepção de serviços públicos de saúde, nos quais o vínculo humano muitas vezes se sobrepõe às falhas materiais.



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

2. A resiliência do cuidado em saúde. Os profissionais das UPAs, mesmo sobrecarregados, mantêm esforços notáveis para garantir atendimento: o técnico que improvisa um recurso escasso, o enfermeiro que se desdobra para suprir uma equipe reduzida, o médico que prolonga seu turno para não deixar pacientes sem assistência. São esses gestos que sustentam a credibilidade do serviço e alimentam a percepção positiva da população, ainda que acompanhada de críticas contundentes à estrutura e aos insumos disponíveis.

Em suma, o que os dados revelam é que a confiança da comunidade nas UPAs repousa menos sobre a materialidade da estrutura e mais sobre a força humana do cuidado — uma constatação que reforça o papel essencial dos trabalhadores como alicerce vivo do sistema, mesmo em condições adversas.

A análise qualitativa das respostas abertas do questionário reforça e aprofunda os achados quantitativos. Três questões centrais — maior prioridade, maior problema estrutural e sugestão de melhoria — permitiram aos respondentes expressar livremente suas percepções. Da leitura cruzada emergiram eixos claros e reiterados:

- 1. Recursos Humanos (RH)** – A demanda por mais profissionais, sobretudo técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, foi a resposta mais recorrente. Expressões como “reforço das equipes”, “aumento de RH” e “contratação urgente” apareceram de forma insistente, apontando que a carência de pessoal compromete tanto o atendimento quanto a segurança dos trabalhadores.
- 2. Estrutura Física** – Problemas graves de infraestrutura foram listados: banheiros insalubres, poltronas e macas quebradas, ferrugem, infiltrações, goteiras, risco elétrico e hidráulico. Muitas respostas



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

destacaram a necessidade de **reformas urgentes**, com termos como “estrutura péssima”, “descaso” e “insalubridade”.

3. **Insumos e Equipamentos** – Faltam medicamentos, materiais básicos de enfermagem, equipamentos em funcionamento (raio-X, monitores, respiradores). O colapso do fornecimento foi apontado como causa direta da precarização do cuidado.
4. **Fluxos de Atendimento** – A demora excessiva no atendimento, especialmente de pacientes de menor complexidade (azuis e verdes), foi amplamente citada, assim como a necessidade de maior organização e resolutividade médica.
5. **Segurança** – A insegurança crescente, marcada por agressões e ameaças contra profissionais, foi apontada como fator de desgaste físico e emocional. A falta de vigilância adequada compromete a integridade de servidores e usuários.
6. **Valorização Profissional** – Muitos relatos pedem reconhecimento e melhores condições de trabalho, mencionando atrasos salariais, ausência de gratificações previstas em lei e condições indignas de repouso.

Esses eixos se repetem nas três perguntas, o que confere consistência e densidade aos achados. A “maior prioridade” converge para RH e insumos; o “maior problema estrutural” aponta a infraestrutura precária; e as “sugestões de melhoria” retomam os três blocos — recursos humanos, estrutura e insumos —, acrescidos da ênfase em fluxos de atendimento e segurança.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

Em síntese, a escuta revelou que a crise das UPAs de Natal não se resume a um único ponto, mas a um tripé de falta de pessoal, deterioração estrutural e insuficiência de insumos, agravado pela insegurança e pela ausência de gestão resolutiva. A convergência das respostas confere robustez ao diagnóstico e evidencia que os problemas são estruturais, crônicos e interdependentes.

Ao aprofundar a análise dos questionários, constatou-se que 310 respondentes (58,5%) avançaram até a segunda parte da pesquisa, enquanto 220 (41,5%) encerraram sua contribuição na etapa inicial. Esse dado, longe de fragilizar a escuta, revela que, apesar da complexidade e da extensão do formulário, a comunidade de saúde demonstrou disposição efetiva para colaborar, o que reforça a legitimidade e a representatividade da consulta. Nas seções seguintes, os participantes avaliaram dimensões críticas do funcionamento das unidades: a estrutura física e a acessibilidade (Parte C), o atendimento e os fluxos de pacientes (Parte D), a suficiência e a qualidade das equipes médicas e de enfermagem (Parte E), a disponibilidade de equipamentos e insumos (Parte F) e, por fim, a organização interna, a comunicação e os mecanismos de regulação e transferência de pacientes (Parte G). Esses eixos não apenas asseguram amplitude temática, mas também permitem identificar, de forma estruturada, os principais gargalos que comprometem a eficiência e a dignidade do serviço prestado nas UPAs de Natal. Veja-se, então cada eixo analisado.

Parte C – Estrutura física e acessibilidade

Os dados confirmam a gravidade da precariedade estrutural das UPAs. Mais da metade dos respondentes (53%) avaliaram as condições físicas como péssimas ou ruins, apontando problemas recorrentes como banheiros insalubres, ferrugem em equipamentos e estruturas, goteiras, infiltrações e



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

poltronas quebradas. A acessibilidade também se revelou insuficiente: apenas 41% consideraram-na boa ou excelente, enquanto 37% avaliaram como regular, mencionando rampas inadequadas, pisos irregulares e sinalização deficiente. No tocante à limpeza, ainda que os esforços das equipes tenham sido reconhecidos, as respostas indicam falta de insumos e treinamento adequados, além de uma estrutura física carcomida que dificulta a higienização efetiva.

Parte D – Atendimento e fluxo de pacientes

O tempo de espera para casos de menor complexidade foi avaliado como péssimo ou ruim por 44,5% dos participantes, revelando gargalos persistentes. A triagem recebeu avaliação regular por 47%, acompanhada de relatos de demora e falhas atribuídas à sobrecarga das equipes. A insegurança técnica de profissionais recém-admitidos foi mencionada por 44% dos respondentes, evidenciando necessidade de supervisão mais próxima. Os relatos qualitativos reforçam esse quadro: superlotação, ameaças a profissionais, erros de medicação em cenários de fadiga e déficit de treinamento aparecem de forma reiterada, compondo um retrato de risco assistencial.

Parte E – Recursos Humanos

A escassez de pessoal emerge como o eixo mais crítico. O atendimento médico foi considerado regular ou ruim por 59% dos respondentes, enquanto enfermagem e técnicos receberam avaliação péssima, ruim ou regular em 68% das respostas, apontando déficit grave. As equipes noturnas foram consideradas adequadas por apenas 35% dos participantes, confirmando relatos de escalas incompletas e sobrecarga nos plantões. A violência contra trabalhadores revelou-se alarmante: 78% afirmaram já ter presenciado



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

episódios de agressão, sendo que 52% relataram que isso ocorre “sempre”. As vítimas mais frequentes são os profissionais da recepção e da enfermagem, o que adiciona ao déficit de pessoal um contexto de insegurança permanente e extenuante.

Parte F – Equipamentos e insumos

Os resultados reforçam a deterioração tecnológica e a carência de materiais básicos. Exames de imagem (raio-X) foram avaliados como péssimos ou ruins por 55% dos respondentes, com registros de aparelhos quebrados por meses. Quanto ao estado dos equipamentos em geral (monitores, respiradores, ventiladores, mobiliário), 63% avaliaram como péssimo ou ruim, revelando sucateamento generalizado. A situação dos medicamentos e insumos foi ainda mais grave: 65% avaliaram como péssimo ou ruim, com destaque para faltas críticas de antibióticos, dipirona, morfina, salbutamol, além de EPIs, gaze e materiais de via aérea. Os relatos são contundentes: improvisos arriscados, como fixar tubo orotraqueal com ataduras, mortes atribuídas a falhas em ventiladores mecânicos e ausência de ultrassom à beira-leito para casos emergenciais.

Parte G – Organização, fluxos e regulação

Os fluxos internos receberam avaliação regular ou ruim por 57% dos respondentes, revelando desorganização nos processos de entrada, triagem e circulação entre setores. Embora a comunicação interna entre equipes tenha sido bem avaliada (71% boa ou excelente), a comunicação com usuários mostrou-se frágil: 37% consideraram regular e 25% ruim ou péssima, gerando sensação de desinformação e insegurança. O maior gargalo, contudo, recai sobre a regulação e transferências: 50% afirmaram que os atrasos “sempre” prolongam internações, levando pacientes a permanecerem dias ou semanas



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

em unidades projetadas para atendimento de até 24 horas. Os relatos descrevem situações dramáticas: crianças e idosos em poltronas quebradas por longos períodos, mortes por falta de vaga em hemodiálise, partos improvisados em banheiros e recém-nascidos ventilados manualmente (“ambuzados”) por horas. Em psiquiatria, a permanência prolongada de pacientes em crise, sem manejo adequado, transforma as UPAs em hospitais improvisados, em flagrante desvio de função.

Os dados confirmam um colapso multifatorial nas UPAs de Natal, cujo núcleo é formado por três eixos interligados: (i) déficit grave de recursos humanos e insumos, (ii) superlotação crônica agravada por falhas de regulação e transferências bloqueadas e (iii) violência crescente contra profissionais de saúde, sintoma de um ambiente marcado pela sobrecarga e pela fragilidade estrutural. Esse tripé de criticidade, validado tanto pelas escalas estatísticas quanto pelos relatos qualitativos, confere densidade diagnóstica e orienta as recomendações que se seguem.

As respostas abertas dos questionários revelam, por trás dos números, a dimensão humana da crise: usuários e profissionais narraram partos improvisados em banheiros por falta de estrutura, recém-nascidos ventilados manualmente por horas (“ambuzados”) na ausência de equipamentos, pacientes idosos permanecendo semanas em poltronas quebradas, crises psiquiátricas contidas sem condições adequadas, mortes evitáveis atribuídas à falha de ventiladores mecânicos ou à ausência de hemodiálise no tempo oportuno. Relataram ainda filas intermináveis, frustrações com transferências que nunca chegavam e o peso do improviso como rotina. Esses testemunhos expõem não apenas deficiências técnicas, mas a dor e a indignidade que marcam a experiência diária de quem busca atendimento. São falas que não podem ser tratadas como exceção: elas compõem o retrato coletivo de um sistema tensionado ao limite, em que profissionais se desdobram até a



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

exaustão e pacientes carregam a angústia da espera prolongada entre a vida e a morte.

Este Ministério Público de Contas não se limitou a números: enquanto instituição e enquanto cidadã, esta Procuradora chorou e se enlutou diante do sofrimento narrado, do heroísmo dos profissionais e da dor dos usuários. A escuta trouxe mais do que dados — trouxe lamentos e gritos silenciosos que pediam, no mínimo, o registro de que alguém ouviu e se fez presente.

Os depoimentos coletados ecoam como testemunhos de um cotidiano insustentável:

“Tive que dar à luz no banheiro da UPA, sem condições mínimas, porque não havia vaga nem equipe suficiente.”

“Meu filho ficou quatro horas sendo ventilado com o ambu, porque o respirador estava quebrado.”

“Pacientes idosos permanecem semanas em poltronas rasgadas, sem cama, sem dignidade.”

“Perdi meu pai esperando uma transferência que nunca chegou.”

“Na falta de insumos, improvisamos fixando tubo de intubação com ataduras. Choramos depois, mas no momento só resta fazer o que dá.”

São falas que desnudam um sistema à beira do colapso: a violência que recai sobre equipes esgotadas, os improvisos dolorosos, a espera que se transforma em sentença de morte. Ao registrar tais vozes, este parecer cumpre sua função mais essencial: transformar dor em memória, invisibilidade em palavra, e silêncio em prova. Pois se é impossível apagar o sofrimento já vivido, é imperioso que ele não seja ignorado — que sirva como marco de responsabilização e de compromisso ético com a vida.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

Esses depoimentos, duros e pungentes, não são apenas denúncias. São gritos de dor e, ao mesmo tempo, sinais de esperança. Quando uma mãe relata que “perdeu o pai esperando uma transferência que nunca chegou”, ela não apenas expõe uma falha: ela clama por dignidade. Quando um profissional confessa que “improvisou fixando tubo de intubação com ataduras”, o que transparece não é apenas a falta de insumos, mas o heroísmo de quem não abandona o paciente. E quando alguém diz: “meu filho ficou quatro horas sendo ventilado com o ambu, porque o respirador estava quebrado”, a dor da perda se mistura ao reconhecimento do esforço humano que insiste em salvar vidas, mesmo contra a precariedade.

Este Ministério Público de Contas, enquanto instituição e enquanto cidadãos que o integram, não pôde deixar de chorar com esse sofrimento, de se enlutecer com cada vida perdida. Mas também não pôde deixar de enxergar a centelha de esperança que resiste no coração de cada relato: esperança de ser ouvido, de ser respeitado, de que a dor não passe em silêncio. Este parecer, assim, não é apenas peça técnica — é veículo de memória e compromisso. Porque a esperança não é ingenuidade: é a força que exige mudança, para que o sofrimento não se repita e para que a saúde pública de Natal reencontre seu caminho de dignidade, com técnica, zelo e cuidado. Mas sobretudo esperança que seja qual for o caminho escolhido pelo gestor que ele seja bom e inspirado na Verdade.

Com a consolidação da primeira rodada de respostas, emergiram de imediato os pontos que atravessam toda a rede de UPAs: a sobrecarga e a insuficiência de recursos humanos e o colapso da regulação de pacientes. Esses dois eixos revelaram-se nucleares, porque condicionam todos os demais: sem equipes suficientes e estáveis, não há cuidado seguro; sem regulação ágil e eficiente, a UPA se transforma em espaço de internação improvisada, degradando o atendimento.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

Contudo, a análise também mostrou que a crise não se esgota nesses dois núcleos. Outros eixos igualmente críticos compõem o diagnóstico: a escassez de insumos hospitalares, o sucateamento de equipamentos, a falta de medicamentos essenciais, a fragilidade da limpeza e da biosegurança, e os riscos crescentes relacionados à segurança de profissionais e usuários. Cada um desses fatores, embora distinto, se articula com os demais e agrava a situação geral das unidades.

Por isso, o Ministério Público de Contas estruturou a escuta e a análise em sete eixos diagnósticos, a partir dos quais os dados foram organizados e interpretados:

1. Recursos Humanos;
2. Regulação;
3. Insumos hospitalares;
4. Equipamentos;
5. Medicamentos;
6. Limpeza e Biosegurança;
7. Segurança.

O que se apresenta a seguir é o aprofundamento desses eixos, extraídos dos questionários aplicados e das vistorias *in loco*, compondo um retrato fiel das condições enfrentadas pela população e pelos trabalhadores da saúde nas UPAs de Natal.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

II.3.3.1 Eixo 1 — Recursos Humanos – Equipes Médicas

Metodologia

O questionário eletrônico foi direcionado a gestores médicos e coordenadores das UPAs, visando captar uma visão mais técnica sobre a adequação das escalas médicas em diferentes setores (sala vermelha, sala amarela, porta de entrada, pediatria, retaguarda especializada e internamento). Foram obtidas 2 respostas válidas, todas de profissionais em funções de gestão ou coordenação. Embora numericamente restrita, a amostra traz elementos consistentes, porque os respondentes ocupam posição privilegiada na observação do cotidiano das equipes.

Resultados e Achados

- **Sala Vermelha:** médicos reconhecidamente capacitados, mas sobrecarregados à noite, assumindo também os 10 leitos da sala amarela — ou seja, um único médico fica responsável por até 15 pacientes críticos.
- **Porta de Urgência/Acolhimento:** funcionamento diurno com três clínicos, ainda assim insuficientes diante da superlotação causada pelo fluxo excessivo de pacientes classificados como azuis e verdes (atenção básica).
- **Sala Amarela/Observação:** durante o dia há um médico exclusivo, mas à noite não há cobertura, recaindo sobre o plantonista da sala vermelha.
- **Pediatria:** estrutura mais robusta, com 3 pediatras em regime de porta e retaguarda, garantindo relativa estabilidade.



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

- **Retaguarda Especializada:** fragilidade em praticamente todas as especialidades, salvo cardiologia, e ausência de psiquiatria em sobreaviso — considerado necessário pelos gestores.
- **Número total de médicos:** no diurno, 10 médicos entre porta, internamento e críticos; no noturno, 8 a 9, mas com sobreposição de funções e desvio de cobertura.
- **Metas de desempenho:** reconhece-se que a equipe atual não alcança fluidez no fluxo de atendimento, prejudicada por entraves estruturais e excesso de casos complexos que deveriam ser absorvidos por hospitais.

Síntese Diagnóstica

O diagnóstico é claro: há sobrecarga estrutural das equipes médicas, sobretudo nos turnos noturnos, em que um único plantonista chega a responder simultaneamente por leitos da sala vermelha e da amarela. A porta de entrada, mesmo com três médicos clínicos, é consumida pela superlotação decorrente de falhas da rede básica e da regulação, obrigando as UPAs a funcionarem como hospitais improvisados. A retaguarda especializada inexiste em áreas críticas como psiquiatria, gerando risco direto ao manejo de crises.

Ainda que numericamente limitadas, as respostas validam relatos anteriores da população e das equipes de enfermagem: há esforço heróico dos médicos, mas dentro de um arranjo precário, que estressa as escalas e fragiliza a resolutividade do serviço. O déficit não está apenas na quantidade absoluta, mas na distribuição inadequada dos recursos humanos, agravada pela ausência de sobreavisos especializados.

II.3.3.2 Eixo 2 - Regulação



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Públíco de Contas

Metodologia

A coleta de dados sobre a regulação foi dividida em três frentes complementares: (i) gestores e coordenadores da Central Municipal de Regulação (CMR); (ii) gestores e coordenadores internos das quatro UPAs (Potengi, Pajuçara, Esperança e Satélite); e (iii) agentes vinculados à regulação estadual. Essa triangulação buscou captar diferentes perspectivas — desde quem solicita a transferência, quem acompanha internamente, até quem opera os fluxos externos. Os questionários mantiveram o anonimato, mas garantiram diversidade funcional e experiência prática na amostra.

Resultados

– **CMR:** apenas 33% relataram que as solicitações chegam completas; os principais erros envolvem laudos incompletos, ausência de exames e falhas de contato médico. O tempo de resposta predominante situa-se entre 2–12h, considerado elevado para casos críticos. Gargalos centrais: falta de leitos hospitalares, demora de ambulâncias e comunicação precária com hospitais. Todos confirmaram ocorrência de óbitos relacionados à demora na regulação nos últimos 12 meses.

– **Gestores das UPAs:** 77,8% afirmam que existe servidor dedicado à regulação interna, mas 44,4% reconhecem que a documentação enviada à CMR é incompleta. O tempo médio de resposta da CMR às solicitações é superior a 6h em mais de 60% dos casos, chegando a mais de 12h em 27,8% das situações. A comunicação com a CMR em casos graves foi considerada regular ou ruim por 55,6%. Além disso, 88,9% das UPAs relataram manter pacientes por mais de 3 dias em razão de questões sociais ou ausência de vaga, caracterizando internação indevida.

– **Regulação estadual:** apontou gargalos semelhantes, sobretudo insuficiência de leitos de retaguarda e ausência de integração plena entre rede hospitalar, SAMU e unidades municipais.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

Achados

O eixo revela uma regulação fragmentada, com falhas que comprometem diretamente a assistência: solicitações incompletas, ausência de protocolos claros, demora na resposta da CMR, permanência prolongada de pacientes em UPAs (inclusive psiquiátricos e moradores de rua), óbitos registrados por atrasos e ausência de articulação com a rede de assistência social. Há consenso de que medidas prioritárias são: aumento de leitos hospitalares, mais ambulâncias, informatização, treinamento contínuo e integração com a rede social.

Síntese Diagnóstica

A regulação, em vez de funcionar como fluxo ágil de transferência e acesso, converte-se em gargalo crítico que prolonga internações, sobrecarrega equipes e expõe pacientes a risco de morte. A permanência indevida de pacientes por dias ou semanas em UPAs descaracteriza sua função original de pronto atendimento e transforma tais unidades em hospitais improvisados. A ausência de leitos e de articulação social perpetua internações sociais, invisibilizando populações vulneráveis. Trata-se, portanto, de um **nó estrutural do sistema**, cuja solução demanda intervenção coordenada entre município, estado e regulação central, sob pena de a própria política de portas abertas das UPAs colapsar.

II.3.3.3 Eixo 3 - Insumos Essenciais,

Metodologia

O Questionário de Avaliação de Insumos Essenciais, aplicado de forma anônima via Google Forms e respondido por profissionais diretamente ligados ao estoque e à assistência (gestores, farmacêuticos, enfermeiros e técnicos), buscou aferir a suficiência e a regularidade dos materiais básicos



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

indispensáveis à manutenção da rotina assistencial das UPAs. A escala Likert de 1 a 5 permitiu graduar desde a insuficiência crônica (“sempre insuficiente”) até o cenário de sobra adequada, garantindo comparabilidade entre diferentes categorias de insumos.

Resultados e Achados

Os resultados evidenciam **um padrão de insuficiência recorrente e crônica**, afetando tanto materiais básicos de enfermagem quanto itens de maior complexidade:

- **Materiais estéreis e descartáveis:** 75% avaliaram a disponibilidade de gazes como “sempre insuficiente”, e 50% relataram falta crônica de luvas cirúrgicas em diversos tamanhos.
 - **Máscaras N95/PFF2:** metade considerou “frequentemente insuficiente” (acaba antes de 20 dias), revelando risco grave em proteção contra aerossóis.
 - **Materiais de punção e infusão:** metade apontou falhas na reposição de scalp e cateteres, com risco de interrupção no acesso venoso em emergências.
 - **Insumos para diagnóstico:** fitas de HGT foram avaliadas em 100% como “sempre insuficientes”, revelando uma falha crítica na triagem de pacientes diabéticos e graves.
- Dispositivos de via aérea:** cânulas orofaríngeas foram consideradas insuficientes por 75% dos respondentes; máscaras de oxigênio e tubos endotraqueais tiveram metade das respostas em patamares de escassez. Observa-se relato específico de que os circuitos ventilatórios,



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

submetidos a reprocessamento diário em autoclaves, vão “ficando incompletos e inutilizáveis sem nova reposição”.

- **Materiais de trauma:** colares cervicais, talas e pranchas foram avaliados entre “insuficiente” e “regular” pela maioria, comprometendo resposta a politraumas.
- **Sutura e pequenas cirurgias:** 75% dos respondentes afirmaram faltar fios e agulhas de sutura, com relatos de atraso em procedimentos simples por ausência de kit básico.
- **Insumos de rotina:** clorexidina foi apontada como insuficiente em 75% das respostas; álcool 70% teve 50% de avaliações negativas.
- **Armazenamento:** metade dos respondentes indicou problemas em caixas térmicas para transporte de imunobiológicos, o que ameaça a cadeia de frio.

Síntese Diagnóstica

O conjunto de respostas revela um colapso silencioso na retaguarda logística das UPAs: mesmo itens elementares — gaze, luvas, máscaras, cateteres, fitas de HGT — não estão garantidos. A insuficiência relatada não é episódica, mas sistemática (“sempre” ou “frequentemente insuficiente”), indicando falhas estruturais no planejamento e reposição. Essa carência compromete não apenas a qualidade da assistência, mas a própria segurança do paciente, já que improvisos (fixação de tubos sem material adequado, ausência de coletores infantis, ventiladores sem circuitos) se tornam rotina.

II.3.3.4 Eixo 4: Estrutura e Recursos

Metodologia



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

O questionário de **Estrutura e Recursos**, elaborado em escala Likert (1–5), foi direcionado a gestores, chefes de enfermagem e profissionais diretamente envolvidos na operação das UPAs. O objetivo foi aferir a suficiência e a qualidade de equipamentos e recursos essenciais ao atendimento de urgência e emergência. O formulário foi aplicado de forma anônima, sem coleta de emails ou identificadores pessoais. A amostra contou com 3 respostas formais — um gestor, um chefe de enfermagem e um profissional de apoio (roupeiro) — refletindo diferentes funções ligadas ao cotidiano das unidades.

Resultados e Achados

As respostas apontaram **insuficiência crítica** em equipamentos fundamentais:

- **Respiradores e ventiladores mecânicos** foram avaliados como insuficientes ou apenas regulares, comprometendo diretamente o suporte a pacientes graves.
- **Monitores multiparamétricos e desfibriladores** receberam avaliações medianas (regular/adequado), sem registro de plena adequação.
- **Bombas de infusão, aspiradores portáteis e ambus** oscilaram entre insuficiência e regularidade.
- Kits de intubação, laringoscópios e estetoscópios foram avaliados como incompletos ou de qualidade apenas moderada.
- Nos recursos de **diagnóstico rápido** (eletrocardiógrafos, ultrassons portáteis, gasômetros), a percepção predominante foi de insuficiência ou ausência.

Na infraestrutura de apoio:



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

- **Raio-X fixo e portátil** foram descritos como frequentemente quebrados, gerando demora em exames básicos.
- **Oxigênio central e cilindros reservas** tiveram avaliações divididas, indicando fragilidade do suprimento.
- **Macas e poltronas de observação** foram julgadas insuficientes, algumas em mau estado de conservação.
- **Kits de imobilização** (colares cervicais, pranchas rígidas) foram avaliados como insuficientes.
- **Geradores de energia** atendem apenas áreas críticas, deixando setores vulneráveis em apagões.
- **Sistemas de aspiração a vácuo e rede de ar comprimido** oscilaram entre insuficiência e regularidade.

Síntese Diagnóstica

O eixo revela uma **fragilidade estrutural profunda**. Equipamentos vitais ao manejo de emergências — respiradores, monitores, bombas de infusão — não estão disponíveis em quantidade ou qualidade suficientes. Recursos de diagnóstico básico, como raio-X e gasômetros, funcionam de modo intermitente, retardando decisões clínicas urgentes. A precariedade de macas, poltronas e kits de imobilização reforça o risco diário para pacientes e equipes. A insuficiência de geradores e da rede de oxigênio expõe vulnerabilidade em crises sistêmicas. Assim, a análise mostra que as UPAs de Natal operam em **condições instáveis**, onde a assistência depende do improviso e da resiliência profissional. Este cenário, articulado com outros eixos (insumos, recursos



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

humanos, segurança), aponta para um **colapso estrutural transversal**, que fragiliza a própria finalidade constitucional da atenção de urgência.

II.3.3.5 Eixo 5: Insumos Farmacêuticos

Metodologia

Para aprofundar a análise sobre a suficiência e regularidade no fornecimento de medicamentos, foi aplicado um questionário eletrônico específico aos profissionais responsáveis pela farmácia e pelo estoque das UPAs de Natal. O instrumento, construído em formato de escala Likert (1 a 5), avaliou o abastecimento de grupos terapêuticos essenciais — urgência e suporte à vida, analgésicos, antibióticos, sedativos, soluções parenterais, insumos críticos e imunobiológicos. Foram obtidas 6 respostas válidas, abrangendo gestores, farmacêuticos responsáveis técnicos e profissionais diretamente vinculados ao controle de estoque.

Resultados e Achados

Os dados revelam um cenário de grave desabastecimento:

- **Medicamentos de urgência** como adrenalina e noradrenalina apresentam risco de falta já nas duas primeiras semanas do mês, comprometendo a resposta a situações críticas.
- **Drogas vasoativas** como dopamina e dobutamina têm fornecimento irregular, com relatos de 100% de insuficiência no caso da dobutamina. **Sedativos e anestésicos** (midazolam, diazepam, lorazepam, propofol, etomidato, cetamina) foram avaliados majoritariamente como insuficientes, com observações de que “sedação faz tempo que não recebo”.
- **Antibióticos de largo espectro** (cefepime, meropenem, vancomicina) apresentam índices críticos de escassez, com estoques durando, em



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

média, menos de uma semana.

- **Analgesia básica** (dipirona, paracetamol, ibuprofeno) também sofre rupturas frequentes, assim como opioides (morfina, fentanil), com relatos de indisponibilidade prolongada.
- **Insumos inalatórios essenciais** (salbutamol, ipratrópico) “faz tempo que não são recebidos” em determinadas UPAs.
- **Soluções parenterais** (soro fisiológico, glicosado, ringer, soluções hipertônicas) têm cobertura parcial, mas não garantem regularidade.
- **Observações livres** apontam problemas estruturais graves: espaço físico inadequado para armazenamento, ausência de condições de fracionamento de medicamentos, desfalque de farmacêuticos e logística deficitária.

Síntese Diagnóstica

O quadro evidenciado demonstra que o **abastecimento farmacêutico das UPAs de Natal é cronicamente irregular, insuficiente e incapaz de garantir a segurança do cuidado emergencial**. Os relatos mostram que estoques críticos como adrenalina, antibióticos de amplo espectro e sedativos essenciais se esgotam em poucos dias ou sequer chegam às unidades. Essa vulnerabilidade compromete o atendimento de urgência, gera improvisos arriscados e expõe pacientes e profissionais a riscos de morte evitável. A



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

deficiência não se restringe a medicamentos de alto custo ou complexidade, mas abrange inclusive analgésicos e soluções básicas, revelando falhas estruturais de gestão e logística.

II.3.3.6 Eixo 6: Limpeza e Biossegurança

Metodologia

O questionário específico sobre **Limpeza e Biossegurança**, elaborado com base nas normas da Anvisa/MS (RDC nº 63/2011 e RDC nº 222/2018), foi aplicado em formato eletrônico, garantindo anonimato. Teve 11 respostas distribuídas entre gestores, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, higienistas hospitalares e profissionais de apoio. O objetivo foi verificar a existência de protocolos, equipes fixas, insumos adequados, EPIs e a valorização dos trabalhadores de limpeza hospitalar.

Resultados e Achados

- **Equipe fixa de limpeza:** apenas **9,1%** confirmaram presença em todos os turnos; a maioria relatou cobertura apenas diurna, sem escala completa noturna
- **Protocolos de limpeza hospitalar:** 54,5% disseram existir protocolos escritos, mas pouco divulgados; 45,5% afirmaram inexistência formal .
- **Execução das limpezas normativas:**
 - Limpeza concorrente (rotina em áreas críticas): 90,9% responderam que **não ocorre**.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

- Limpeza terminal (após alta ou fechamento): 81,8% disseram que ocorre **apenas às vezes**, e não de forma sistemática .
- **Aplicação das regras da Anvisa (sentido de limpeza: limpo → sujo, cima → baixo, fundo → saída)**: 45,5% relataram que nunca se aplica; 45,5% afirmaram que só “às vezes” .
- **Consciência da equipe de saúde**: apenas **18,2%** disseram que todos os profissionais conhecem os protocolos; 63,6% afirmaram que “poucos” conhecem .
- **Supervisão da limpeza por enfermeiros/técnicos**: apenas 18,2% disseram que sempre ocorre; 36,4% afirmaram que nunca há supervisão.
- **Uso de produtos hospitalares adequados**: 72,7% apontaram substituição frequente por produtos domésticos (água sanitária comum, multiuso), em desconformidade com a norma.
- **Separação de materiais por área crítica**: 45,5% disseram que nunca há segregação (mesmos panos/mops usados em banheiro e salas de atendimento).
- **Faltas recorrentes**: 72,7% apontaram carência de EPIs para limpeza; 63,6% relataram falta de panos hospitalares/mops; 45,5% apontaram ausência de hipoclorito e sabão enzimático.



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Públco de Contas

- **Tempo de reposição:** 45,5% disseram que demora mais de 7 dias para reposição ou que não existe fluxo organizado.
- **Treinamento da equipe de limpeza:** 45,5% afirmaram que **nunca** recebem reciclagem; outros 27,3% relataram apenas treinamentos ocasionais.
- **EPIs:** embora 63,6% afirmem recebimento de EPIs adequados, a inconsistência de reposição é alta.
- **Valorização da equipe de limpeza:** 27,3% disseram que são “não valorizados”; outros 27,3%, “pouco valorizados”. Apenas 18,2% afirmaram sentir-se efetivamente valorizados .

Síntese Diagnóstica

O eixo de **Limpeza e Biossegurança** expõe um cenário crítico: a higienização das UPAs de Natal ocorre de forma irregular, sem protocolos difundidos, sem supervisão contínua e frequentemente utilizando insumos domésticos em substituição aos hospitalares. A ausência de treinamento regular e a precariedade na reposição de EPIs colocam em risco não apenas os pacientes, mas também os próprios trabalhadores. A falta de valorização da equipe de limpeza reforça a invisibilidade de um setor essencial à segurança sanitária das unidades.

Em termos de biossegurança, os achados configuram **não conformidade sistêmica com as normas da Anvisa/MS**, tornando o ambiente hospitalar potencial vetor de infecção e risco sanitário.

II.3.3.7 Eixo 7 – Segurança e Gestão de Conflitos



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

Metodologia

O questionário específico sobre segurança foi aplicado de forma anônima a profissionais diretamente envolvidos com a vigilância e a gestão das UPAs, incluindo vigilantes próprios e terceirizados, gestores e equipe de saúde. Ao todo, foram recebidas **7 respostas válidas**, avaliando efetivo, infraestrutura, protocolos de atuação, capacitação, comunicação e registros de ocorrências.

Resultados e Achados

- **Efetivo e infraestrutura:** todas as UPAs contam com vigilantes em todos os turnos, mas **57,1% consideraram o número insuficiente**, já que em geral apenas dois vigilantes atuam por turno, desarmados, e sem condições de cobrir toda a unidade. Em **71,4% dos casos não há câmeras em funcionamento**, e em 100% inexiste botão de pânico ou alarmes silenciosos. Apesar de 71,4% avaliarem a iluminação externa como adequada, há relatos de pontos cegos e sensação de vulnerabilidade.
- **Protocolos e treinamentos:** apenas **57,1% indicaram a existência de protocolos formais de atuação em situações de conflito**, enquanto 28,6% afirmaram que não existe qualquer protocolo. Os treinamentos são escassos: 57,1% responderam que ocorrem apenas “às vezes” e 28,6% disseram nunca ter recebido capacitação em mediação de conflitos. Em 57,1% dos casos, inexiste treinamento em contenção física segura. A integração entre segurança e equipe de saúde é mínima, com apenas 14,3% relatando participação em simulações conjuntas.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério PÚBLICO de Contas**

- **Comunicação e acionamento externo:** embora 57,1% tenham citado algum canal de acionamento interno, 28,6% disseram não dispor sequer desse recurso. Apenas 14,3% relataram ter contato formal atualizado com a Polícia Militar. Protocolos claros de acionamento da PM inexistem para 57,1% dos respondentes.
- **Ocorrências de violência:** o dado mais grave é que **100% dos participantes confirmaram episódios de violência nos últimos 12 meses.** Foram relatadas agressões verbais e físicas contra profissionais (sobretudo enfermagem e recepção), ameaças de morte feitas por familiares que se identificam como membros de facções, além de episódios envolvendo pacientes psiquiátricos sem contenção adequada. Como relatou um servidor: "*Todos os dias familiares ameaçam os servidores, falam que são da facção, dizem que irão pegar os funcionários na saída.*"

Síntese Diagnóstica

O eixo evidencia um quadro de insegurança crônica nas UPAs de Natal, caracterizado por efetivo reduzido, ausência de protocolos consistentes, falhas de capacitação e falta de integração com a Polícia Militar. A violência não é episódica, mas rotina diária, com impactos diretos sobre a saúde física e mental dos trabalhadores e na qualidade assistencial prestada aos usuários. A ausência de mecanismos básicos como câmeras em funcionamento, botões de pânico e protocolos claros de resposta agrava o risco e deixa profissionais e pacientes permanentemente expostos. O cenário exige medidas urgentes de



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

reforço estrutural, normativo e de integração institucional para que a segurança seja minimamente garantida.

II. 3.4 Confirmação pela vistoria in loco

Os dados obtidos por meio dos questionários não ficaram restritos à percepção declarada pelos participantes. Em vistoria *in loco* realizada em todas as UPAs, este Ministério Público de Contas pôde constatar com os próprios olhos a materialidade dos problemas apontados. A precariedade estrutural, a sobrecarga de profissionais, as condições insalubres de higiene e a permanência de pacientes em poltronas danificadas ou improvisos indignos não foram apenas relatados: foram vistos, registrados e confirmados. O registro fotográfico dessa realidade acompanha este parecer como anexo, compondo prova visual que reforça e valida as narrativas colhidas.

Os relatos evidenciam falhas graves e sistêmicas no processo de transferência e encaminhamento de pacientes. O colapso da regulação agrava a superlotação crônica das UPAs, transformando unidades de pronto atendimento em verdadeiros hospitais improvisados. A dificuldade é ainda maior na transferência de pacientes de outros municípios e, no caso dos pacientes psiquiátricos, a exigência de acompanhante inviabiliza muitas remoções — especialmente quando se trata de pessoas em situação de rua, que permanecem ocupando leitos por tempo indeterminado.

Pacientes permanecem dias, semanas e até meses aguardando remoção, internados em poltronas quebradas, macas improvisadas ou mesmo no chão. Casos graves, como infartos, AVCs, sepse, hemorragias e falência renal sofrem agravamento clínico durante a espera, e há registros frequentes de óbitos antes da transferência, sobretudo em situações de urgência dialítica, hemorragias graves e pacientes oncológicos.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

A escassez de leitos hospitalares em clínica médica, UTI e pediatria obriga as UPAs a reter pacientes em internações prolongadas. Pacientes psiquiátricos permanecem semanas contidos, sem higiene adequada ou tratamento específico, enquanto crianças e idosos ficam internados em condições impróprias e desumanas, ferindo frontalmente a dignidade da pessoa humana.

O sistema de regulação não consegue cumprir seu papel: o tempo de resposta é excessivo, frequentemente superior a 12 horas, e a comunicação entre CMR, hospitais de referência e equipes de transporte é falha. Protocolos confusos, exigências desproporcionais e a falta de integração entre sistemas municipal, estadual e federal retardam internações críticas. Embora alguns relatos apontem bom desempenho do NIR em situações pontuais, a ausência de vagas inviabiliza respostas efetivas.

No transporte sanitário e no SAMU, repetem-se as deficiências: atrasos significativos na chegada de ambulâncias, recusa de remoções por alterações clínicas mínimas (como hipertensão leve), ausência de equipamentos adequados e falta de preparo técnico das equipes para remoção de pacientes instáveis. Em alguns casos, equipes chegaram a questionar ou mesmo contestar ordens da regulação, retardando transferências urgentes.

O conjunto dos relatos demonstra que a UPA, concebida como unidade transitória de pronto atendimento, vem funcionando como hospital de internação precária e improvisada. Essa distorção compromete a assistência, aumenta o risco clínico e contribui para mortes evitáveis. A solução demanda investimento em leitos de retaguarda, fortalecimento do transporte sanitário, protocolos claros de regulação e capacitação permanente das equipes envolvidas.

Não se trata, contudo, apenas do acúmulo de pacientes de baixo risco não absorvidos pela atenção primária. Em visita a uma UBS vizinha a uma das



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

UPAs, encontrou-se a unidade desocupada, o que demonstra que, ao lado do problema estrutural, há também falhas de educação em saúde. O cuidado permanente não pode se limitar ao momento do agravo. A comunidade que busca a UPA em situações de menor risco está, ao mesmo tempo, denunciando a ausência de acolhimento imediato e resolutivo na atenção básica, onde exames demoram e a resposta não é tempestiva. Somada à falta de leitos de retaguarda, essa disfunção agrava o colapso.

Os questionários e a vistoria convergem para um quadro preocupante. Apesar da dedicação visível das equipes de higienização, faltam treinamento, insumos adequados e protocolos claros, resultando em condições sanitárias abaixo do exigido pelas normas da Anvisa/MS.

Os achados centrais incluem: ausência de limpeza terminal periódica; escassez de materiais básicos como panos, mops, desinfetantes, papel toalha e sabão enzimático; uso recorrente de produtos domésticos em substituição aos hospitalares; supervisão irregular; alta rotatividade de pessoal e equipes reduzidas, sobretudo à noite. As consequências são perceptíveis: mau cheiro em áreas críticas, riscos de contaminação cruzada e insalubridade em banheiros e salas de atendimento.

A biossegurança das UPAs de Natal não atende aos padrões mínimos exigidos. Sem investimento consistente e sem valorização da equipe de limpeza, o ambiente hospitalar converte-se em vetor de risco sanitário, expondo pacientes e servidores a infecções evitáveis.

As inspeções presenciais confirmaram o estado de degradação apontado nos questionários, em especial em duas UPAs visivelmente enferrujadas e sucateadas. Os principais achados incluem: pisos quebrados, infiltrações, goteiras e mofo em diversos ambientes; paredes corroídas; instalações elétricas expostas; banheiros insalubres com descargas quebradas e ralos entupidos; colchões danificados e poltronas inadequadas; salas sem



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

ventilação e sem áreas adequadas para repouso das equipes. Relatos apontam entupimentos frequentes de esgoto, aumentando o risco de contaminação. Além disso, faltam espaços apropriados para armazenamento de equipamentos e medicamentos.

Apesar do esforço de adaptação das equipes, a infraestrutura física das UPAs encontra-se deteriorada e insalubre. Sem investimentos urgentes em reforma e manutenção, a precariedade continuará a comprometer a qualidade da assistência, a dignidade dos usuários e as condições mínimas de trabalho dos profissionais.

Além das falhas de regulação e da falta de leitos hospitalares, emergiu com força o fenômeno das internações sociais, observadas na vistoria. As UPAs, concebidas para permanência breve, vêm retendo por dias ou semanas pessoas em situação de rua, idosos sem rede de apoio, pacientes psiquiátricos sem retaguarda adequada e indivíduos em vulnerabilidade extrema. Muitos não têm acompanhante, requisito imposto para transferência, o que perpetua sua permanência nas unidades sem perspectiva de saída.

Esses casos não configuram apenas um problema clínico, mas social e ético. Crianças, idosos e pessoas com transtornos mentais permanecem em poltronas, contidos ou improvisadamente internados, sem higiene, tratamento específico ou suporte psicossocial. A UPA, que deveria ser porta de entrada para o cuidado emergencial, converte-se em espaço de exclusão e invisibilidade, reproduzindo desigualdades e naturalizando violações de direitos fundamentais.

A ausência de articulação com a rede de atenção psicossocial, com os serviços de acolhimento institucional e com a assistência social agrava o ciclo: o que deveria ser passagem breve torna-se moradia precária, em condições indignas. Esse desvio de função não apenas sobrecarrega equipes e



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

compromete o atendimento clínico, mas fere de modo frontal a dignidade humana, transformando as UPAs em depósitos de vulneráveis.

A insegurança para lidar com pacientes em crise psiquiátrica surgiu como um dos problemas mais graves relatados por profissionais das UPAs. Técnicos de enfermagem, enfermeiros, vigilantes e até médicos apontaram o medo cotidiano de enfrentar surtos sem treinamento adequado, sem estrutura física e sem protocolos claros. Não se trata apenas de risco assistencial, mas também de risco físico e emocional para as equipes.

O questionário direcionado aos CAPS confirmou essa percepção: ainda que, em tese, os CAPS III e AD III de Natal devessem oferecer leitos de acolhimento e retaguarda 24h, na prática não dispõem de médicos em tempo integral, não oferecem medicação injetável de emergência e não têm estrutura física para receber pacientes graves. Em suas próprias palavras, “não temos telefone ativo para contato com a UPA” e “não temos acesso ao Regula”. Assim, a crise psiquiátrica inevitavelmente desemboca na UPA, que fica obrigada a improvisar contenções e internações prolongadas em ambiente inapropriado.

Essa realidade se traduz em internações sociais de pacientes psiquiátricos, frequentemente em situação de rua e sem acompanhante, que permanecem dias ou semanas contidos em poltronas, privados de higiene adequada e de ambiente terapêutico. O resultado é duplo: profissionais inseguros e esgotados de um lado, pacientes vulneráveis e desassistidos de outro.

A vistoria *in loco* reforçou esse quadro: foram encontrados pacientes psiquiátricos mantidos em condições pouco ideais, alguns sem perspectiva de transferência, outros contidos em espaços comuns, sem acompanhamento especializado. Profissionais relataram o medo constante de agressões e a ausência de recursos para manejar crises de forma segura.



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

A síntese é clara: o vazio assistencial entre a urgência e a saúde mental repercute diretamente na insegurança estrutural das UPAs. O manejo de crises psiquiátricas sem retaguarda especializada fragiliza não apenas a qualidade da assistência, mas também a integridade dos profissionais e dos próprios pacientes.

O diagnóstico aponta medidas urgentes:

- 1. Fortalecimento dos CAPS** para que cumpram sua função de retaguarda, com equipe médica disponível 24h, leitos estruturados e medicação de emergência.
- 2. Definição de protocolos claros de articulação entre CAPS e UPAs**, com linhas diretas de comunicação, acesso integrado ao sistema Regula e transporte garantido.
- 3. Capacitação contínua das equipes das UPAs e vigilantes em manejo de crise psiquiátrica**, reduzindo improvisos inseguros e prevenindo episódios de violência.

Sem esses três pilares, a insegurança relatada por trabalhadores e gestores continuará a expor vidas a risco, perpetuando um ciclo de abandono tanto para os profissionais quanto para os pacientes em maior sofrimento.

Com a consolidação deste amplo panorama diagnóstico, este Ministério Público de Contas cumpre o papel que se propôs desde o início: escutar ativamente a sociedade potiguar. Mais do que números ou estatísticas, este processo revelou, com legitimidade e robustez, a realidade vivida por pacientes, profissionais e gestores das UPAs de Natal, confirmada por vistorias presenciais e reforçada por depoimentos pungentes.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

A experiência demonstra que muito poderia ter sido levantado — em termos de diagnóstico, custos e perspectivas de ação — se a Administração tivesse simplesmente escutado. A ausência dessa escuta prévia fragilizou o processo e impôs riscos desnecessários à rede de saúde.

Importa sublinhar que a terceirização da gestão por Organizações Sociais não é, por si só, uma solução intrinsecamente ilícita ou inviável. Pode, em determinadas circunstâncias, configurar instrumento legítimo de gestão pública. Mas sua viabilidade depende menos da pressa em implementá-la e mais da forma como é feita: com critérios técnicos, transparência, controle social efetivo e garantias mínimas de dignidade aos usuários e trabalhadores.

Assim, este parecer não se limita a relatar falhas ou apontar ilegalidades. Ele oferece um aporte diagnóstico precioso que deve ser absorvido pelo gestor e pelo próprio controle externo. Antes de seguir com qualquer medida — seja a manutenção do modelo atual, seja a adoção de OSs — é imprescindível estabelecer marcos mínimos de governança, qualidade e segurança, sob pena de repetir erros históricos e agravar a precarização já evidenciada.

Este Ministério Público de Contas reafirma, portanto, que a escuta ativa não é mero adorno procedural, mas condição para decisões legítimas e sustentáveis. Ao trazer à tona a voz da comunidade de saúde e ao transformar relatos em memória institucional, este parecer cumpre sua dupla função: proteger o interesse público e abrir caminhos para que a saúde em Natal reencontre seu rumo de dignidade, eficiência e humanidade.

II.3.5 Marcos mínimos e indicadores para acompanhamento

A análise empreendida demonstra que a fragilidade do sistema não decorre apenas de deficiências estruturais pontuais, mas da ausência de mecanismos mínimos de monitoramento e avaliação. Independentemente do modelo de gestão adotado (direto ou por OS), é imprescindível estabelecer



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

marcos que funcionem como balizas contratuais, administrativas e financeiras, sob pena de repetir o ciclo de precarização diagnosticado.

Esses marcos devem estar associados a indicadores objetivos, capazes de mensurar de forma contínua a sustentabilidade do serviço e a dignidade do atendimento. A partir da experiência deste processo e da metodologia já consolidada em obras técnicas publicadas (v.g., Direito Orçamentário em Busca da Sustentabilidade e Emergências Financeiras em Saúde Pública: o ABCDE para gestores), recomenda-se a adoção dos seguintes indicadores:

Dimensão Financeira

- **Execução da Despesa em Saúde (EDS):** percentual do orçamento municipal efetivamente aplicado em urgência/emergência, aferindo se as UPAs estão sendo subfinanciadas.
- **Percentual da Despesa com Internações (PDI):** proporção do orçamento absorvida por internações hospitalares, revelando a pressão hospitalocêntrica que repercute nas UPAs.
- **Custo Econômico da Internação Prolongada (CEIP):** valor estimado gasto com pacientes que permanecem além da alta médica por falha de regulação ou inexistência de leito hospitalar.

Dimensão de Insumos

- **Índice de Estoque Crítico de Medicamentos Essenciais (IECM):** proporção de fármacos vitais em falta (adrenalina, antibióticos, insulina,



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

morfina, dipirona).

- **Disponibilidade de Insumos Críticos (DIC):** número de dias de cobertura garantido para oxigênio, EPIs, kits de intubação e reagentes de exames rápidos.
- **Tempo Médio de Compras Emergenciais (TMCE):** intervalo entre requisição e entrega de insumos em regime emergencial, revelando a capacidade de resposta da SMS.

Dimensão Assistencial

- **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP):** proporção de casos que poderiam ser evitados com atenção básica resolutiva, indicando sobrecarga indevida das UPAs.
- **Leitos Ocupados por Motivos Sociais (PLOS):** percentual de leitos bloqueados por pacientes já de alta, mas sem retaguarda social, demonstrando internações sociais.
- **Tempo Médio de Transferência (TMT):** tempo de espera de pacientes graves até a efetivação da transferência hospitalar, aferindo a eficiência da regulação.

Não se trata apenas de decidir entre gestão direta ou terceirizada. O essencial é estabelecer marcos mínimos obrigatórios, acompanhados de



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

indicadores objetivos de monitoramento, que permitam aferir a efetividade da gestão e evitar a repetição da precariedade constatada.

1. Estudo Técnico de Vantajosidade

Antes de qualquer deliberação, é indispensável a elaboração de estudo comparativo idôneo, com análise de custo-benefício entre cenários (gestão direta, terceirização, modelos híbridos). Esse estudo deve conter dados financeiros, operacionais e de qualidade assistencial, apoiado em indicadores mensuráveis.

2. Recursos Humanos (Plano e Indicadores)

O déficit de pessoal é a fragilidade nuclear.

– **Marco mínimo:** dimensionamento adequado de médicos, enfermeiros, técnicos e profissionais de apoio em todos os turnos, inclusive noturnos, com garantias mínimas de remuneração, descanso e segurança.

– **Indicador associado:**

- **Proporção de cobertura de escala noturna (PCEN)** – percentual de turnos plenamente preenchidos.
- **Taxa de Absenteísmo e Rotatividade (TAR)** – mede estabilidade das equipes.

3. Insumos e Medicamentos Essenciais

As faltas crônicas (antibióticos, sedativos, dipirona, insumos de via aérea) não podem ser toleradas.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

– **Marco mínimo:** cláusula de fornecimento contínuo, reposição emergencial e responsabilização por rupturas.

– **Indicadores associados:**

- **Índice de Estoque Crítico de Medicamentos (IECM)** – percentual de medicamentos essenciais em falta.
- **Disponibilidade de Insumos Críticos (DIC)** – dias de cobertura garantida.
- **Tempo Médio de Compras Emergenciais (TMCE)** – tempo entre requisição e entrega.

4. Infraestrutura e Equipamentos

– **Marco mínimo:** reforma imediata dos ambientes insalubres (banheiros, poltronas, infiltrações, risco elétrico) e garantia de equipamentos vitais (respiradores, monitores, raio-X, bombas de infusão) em funcionamento contínuo.

– **Indicadores associados:**

- **Taxa de Funcionamento de Equipamentos Vitais (TFEV)** – percentual de respiradores, monitores e bombas em operação.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

- **Tempo Médio de Indisponibilidade de Exames de Imagem (TMIEI)** – tempo de inoperância do raio-X e outros exames básicos.

5. Segurança e Gestão de Conflitos

– **Marco mínimo:** vigilantes em número suficiente, protocolos claros, integração com a PM, câmeras em funcionamento, alarmes silenciosos e treinamento em contenção segura.

– **Indicadores associados:**

- **Taxa de Ocorrências de Violência (TOV)** – número de episódios registrados contra profissionais/usuários.
- **Cobertura de Vigilância Eletrônica (CVE)** – percentual de áreas monitoradas por câmeras funcionais.

6. Regulação e Transferência

– **Marco mínimo:** protocolos claros de solicitação, prazos máximos de resposta, integração plena entre CMR, regulação estadual e hospitalares. Ampliação de leitos hospitalares e transporte sanitário ágil.

– **Indicadores associados:**

- **Tempo Médio de Transferência (TMT)** – tempo entre solicitação e efetiva transferência.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

- **Percentual de Pacientes em Permanência Indevida (PPI)** – pacientes além de 24h na UPA.
- **Leitos Ocupados por Motivos Sociais (PLOS)** – percentual de ocupação por pacientes sem retaguarda familiar/social.

7. Limpeza e Biossegurança

- **Marco mínimo:** equipes fixas em todos os turnos, protocolos de limpeza concorrente e terminal, insumos hospitalares adequados e supervisão regular.
- **Indicadores associados:**

- **Taxa de Execução de Limpeza Terminal (TELT)** – percentual de altas/encerramentos acompanhados de limpeza terminal.
- **Índice de Conformidade com Protocolos Anvisa (ICPA)** – grau de adesão às normas sanitárias.

8. Atenção Psiquiátrica e Internações Sociais

- **Marco mínimo:** protocolos específicos para manejo de crises psiquiátricas, retaguarda especializada e enfrentamento das internações sociais (moradores de rua, pacientes sem retaguarda familiar).
- **Indicadores associados:**

- **Percentual de Pacientes Psiquiátricos Retidos (PPPR)** – pacientes em crise permanecendo além de 72h.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

- **Proporção de Internações Sociais (PIS)** – percentual de leitos ocupados por questões sociais, não clínicas.

9. Participação e Controle Social

– **Marco mínimo:** deliberação obrigatória dos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde em mudanças de gestão.

– **Indicadores associados:**

- **Número de Deliberações de Controle Social Integradas (NDCSI)** – registro de pareceres/contribuições dos Conselhos incorporados ao processo.

- **Transparência Ativa (TA)** – publicação mensal de escalas, insumos e custos em portal público.

10. Sustentabilidade Financeira

– **Marco mínimo:** definir limites e prioridades de gasto em saúde, evitando sobrecarga hospitalocêntrica.

– **Indicadores associados:**

- **Execução da Despesa em Saúde (EDS)** – grau de aplicação dos recursos da atenção de urgência.

- **Percentual da Despesa com Internações (PDI)** – proporção orçamentária absorvida por internações hospitalares.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

- **Custo Econômico da Internação Prolongada (CEIP)** – gasto evitável com permanência além da alta médica.
- **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)** – proporção de casos evitáveis, reflexo da baixa resolutividade da atenção básica.

Esse conjunto de marcos mínimos e indicadores vinculantes garante que a discussão sobre terceirização não seja abstrata ou ideológica, mas ancorada em critérios objetivos. O TCE e a sociedade poderão verificar, de forma contínua e transparente, se a gestão (qualquer que seja o modelo adotado) cumpre sua função constitucional: assegurar atendimento digno, seguro e eficiente.

II.4 – DA ANÁLISE DAS PROPOSTAS

II.4.1 Proposta UPA Satélite - Humaniza

A ausência de um estudo técnico de viabilidade — seja de natureza econômico-financeira, seja de diagnóstico situacional da UPA Satélite — dificulta, ao ponto de quase inviabilizar, uma análise precisa da proposta apresentada pelo Instituto Humaniza. Sem dados concretos sobre custos, receitas, quadro funcional existente ou condições estruturais da unidade, não é possível aferir com rigor a compatibilidade entre as metas enunciadas e a realidade da operação.

Ainda assim, cumpre a este Ministério Público de Contas proceder a uma leitura crítica da proposta em si, tomando como parâmetro comparativo os achados das consultas públicas e questionários aplicados à comunidade de saúde e os elementos constatados em vistoria in loco às quatro UPAs de Natal.



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

Esse cotejo é necessário para avaliar se as soluções apresentadas pela OS dialogam com os problemas reais já identificados ou se permanecem em um nível abstrato, descolado das carências concretas da rede de urgência e emergência.

II.4.1.1. Estrutura econômica e fragilidades

A proposta da OS sustenta sua estratégia em conceitos de flexibilidade gerencial e gestão de custos, mas não apresenta um plano financeiro robusto nem diagnóstico prévio da realidade da UPA Satélite.

- Divide os gastos em **centros de custos** (diretos assistenciais, auxiliares e administrativos) e utiliza ferramentas conhecidas (classificação fixo/variável, análise ABC).

- Declara como meta manter o **custo total abaixo da receita**, mas sem demonstrar **como equilibrar folha de pagamento, insumos, manutenção predial e variação sazonal da demanda**.

- Aponta relatórios mensais, auditoria interna e indicadores (custo por paciente, absenteísmo, tempo de espera).

Contudo, não há:

- Projeção de receitas nem memória de cálculo.

- Simulação de cenários (sazonalidade, sobrecarga, epidemias).



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

- Fundo de contingência para picos de demanda (situação comum em UPAs).

A promessa é de “eficiência gerencial”, mas não apresenta lastro financeiro compatível com os riscos e gargalos já diagnosticados pelo MPC e constatados em vistoria *in loco*.

II.4.1.2. Ausência de diagnóstico da UPA Satélite

Outro ponto crítico é a ausência de diagnóstico específico da unidade.

- Não há descrição das condições físicas atuais, das equipes existentes, da demanda real de atendimentos nem dos fluxos efetivos de regulação.
- A proposta traz um **modelo-padrão** (protocolos, PEP, Kanban, humanização, manuais), aplicável a qualquer unidade, mas **sem dados de base locais**.
- Mesmo quando menciona plano de transição ou matriz de riscos, o faz em termos genéricos, sem conexão com o estado real da UPA Satélite.

Repita-se, o que é evidente, sem diagnóstico inicial:

- não se estabelecem metas realistas;
- não há como medir se os recursos propostos são adequados;



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Públco de Contas**

- o contrato corre risco de se sustentar em promessas abstratas, desvinculadas do colapso concreto já evidenciado.

II.4.1.3. Descompasso entre discurso e realidade

O contraste entre a proposta e os achados da escuta ativa é evidente:

- O MPC registrou falta crônica de insumos (antibióticos, dipirona, morfina, sedativos, oxigênio), sobrecarga noturna de médicos e técnicos, internações sociais prolongadas, violência diária contra equipes e precariedade estrutural.
- A OS, por sua vez, fala em **humanização, protocolos clínicos, digitalização e cultura organizacional**, mas não aponta como enfrentará diretamente essas carências.
- A ênfase excessiva em eficiência gerencial, sem responder ao déficit material e humano, gera risco de priorização de metas financeiras em detrimento da resolutividade clínica.

II.4.1.4. Crítica síntese da Proposta

A proposta do Instituto Humaniza para a UPA Satélite apresenta um modelo bem estruturado em termos formais (protocolos, indicadores, governança digital, relatórios), mas que carece de substância prática:



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

- Não há **projeção financeira**, memória de cálculo ou garantias de sustentabilidade.
- Não existe **diagnóstico prévio da unidade**, o que inviabiliza metas consistentes.
- O risco é que o contrato seja assumido sem conexão com os problemas reais da UPA Satélite, apoiado em discursos de eficiência.

A proposta, segundo uma análise superficial, não está apta a ser aprovada, o que demanda crivo rigoroso do TCE e do gestor público: a terceirização, sem marcos mínimos e indicadores vinculantes, pode não apenas falhar em corrigir a precariedade já constatada, mas ainda perpetuar a lógica de improviso com roupagem de modernização.

II.4.1.5. Quadro Comparativo – Proposta Humaniza (UPA Cidade Satélite) x Achados MPC

Eixo Analisado pelo MPC	Proposta OS	Achados do MPC	Lacunas
Recursos Humanos	Menciona protocolos de RH, ações de clima organizacional e flexibilidade gerencial, com indicadores de absenteísmo e rotatividade.	Déficit estrutural de médicos (um único cobrindo sala vermelha e amarela no noturno), sobrecarga de técnicos de enfermagem, escalas incompletas, alta rotatividade e violência diária contra equipes.	Ausência de plano concreto de dimensionamento das equipes por turno e garantia mínima de cobertura.
Insumos e	Prevê racionalização	Rupturas crônicas de	Inexistência de



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

Eixo Analisado pelo MPC	Proposta OS	Achados do MPC	Lacunas
Medicamentos	por análise ABC, com relatórios de consumo.	dipirona, antibióticos, sedativos, adrenalina, insumos de via aérea e EPIs.	cláusula de fornecimento contínuo, plano emergencial de reposição ou fundo de contingência.
Infraestrutura e Equipamentos	Apresenta plano genérico de manutenção predial (três etapas) e gestão patrimonial.	Pisos quebrados, infiltrações, goteiras, banheiros insalubres, risco elétrico, poltronas/macás danificadas e aparelhos de raio-X e respiradores sucateados.	Não há diagnóstico específico da UPA Satélite, nem previsão de reforma mínima ou reposição imediata de equipamentos vitais.
Regulação e Transferência	Propõe prontuário eletrônico, Kanban digital e integração tecnológica.	Permanência de pacientes por semanas, atrasos superiores a 12h na regulação, óbitos por falta de leito, insuficiência de ambulâncias.	Ausência de metas claras de tempo máximo de transferência, protocolos vinculantes e integração efetiva com a CMR e regulação estadual.
Limpeza e Biossegurança	Anexa manual de higiene e PGRSS.	Ausência de limpeza terminal sistemática, uso de produtos domésticos, carência de EPIs, equipes reduzidas e alta rotatividade.	Não há plano de adequação às normas da Anvisa, cronograma de supervisão ou treinamentos periódicos.
Atenção Psiquiátrica e Internações Sociais	Não apresenta protocolos específicos para saúde mental ou para casos sociais.	Pacientes psiquiátricos permanecem semanas sem retaguarda, moradores de rua internados por meses, ausência de fluxos articulados com CAPS ou assistência social.	Inexistência de protocolos mínimos, integração com CAPS e previsão de retaguarda social especializada.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

II.4.2. Proposta UPA Cidade da Esperança – CEPHRECE

II.4.2.1 Introdução

A proposta do CEPHRECE também carece de **estudo técnico de viabilidade econômico-financeira** e, embora descreva a estrutura física da UPA e apresente organogramas de recursos humanos, não realiza diagnóstico situacional da unidade (taxa de ocupação, perfil epidemiológico, problemas estruturais ou de regulação). Assim, a análise se limita a cotejar o que está no papel com os **achados do MPC** (questionários e vistorias).

II.4.2.2 Estrutura econômica e fragilidades

Encontra-se na proposta um discurso de eficiência, autonomia financeira e redução de custos, mas sem apresentar projeções financeiras, memória de cálculo ou cenários de risco. Usar sem marcos de aferição, com propostas de metas e planos de contingências, termos como *produtividade, rentabilidade e mudança de paradigma* transformamem meros slogans. O que se verifica é que não há plano robusto de sustentabilidade diante de crises comuns às UPAs (epidemias, superlotação, falta de leitos de retaguarda). De forma que tanto a proposta da Humaniza como essa, a retórica financeira não se traduz em **plano concreto de equilíbrio orçamentário**.

II.4.2.3 Diagnóstico da UPA Cidade da Esperança

Diferente da Satélite, há descrição básica da **estrutura física** (salas vermelha, amarela, pediátrica, farmácia, estabilização, CME etc.), apresentando um esforço mínimo de reconhecimento da UPA Cidade da Esperança. Há, ainda, **dimensionamento de RH** com cargos, salários e escalas. Contudo, não há **diagnóstico situacional**: não traz dados sobre demanda, gargalos, internações sociais, déficit de insumos ou superlotação. Mais uma vez o retrato é institucional, não situacional.

II.4.2.4 Descompasso entre discurso e realidade



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

• Este Ministério Público de Contas constatou:

- falta de insumos (antibióticos, dipirona, oxigênio);
- sobrecarga noturna (um único médico cobrindo áreas críticas);
- permanência prolongada de pacientes em macas/poltronas;
- internações sociais e psiquiátricas sem retaguarda;
- precariedade estrutural (pisos quebrados, banheiros insalubres, risco elétrico).

• OS responde com:

- protocolos de qualidade, indicadores subjetivos (satisfação do paciente), treinamentos e organogramas.
- Foco excessivo em "gestão por resultados" sem indicar como sanear problemas concretos.

Há risco evidente de prevalência do discurso de qualidade e eficiência sem enfrentamento das causas reais da precarização.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Públíco de Contas**

II.4.2.5 Crítica-síntese

Há como pontos positivos a descrição da estrutura física descrita com detalhe, evidentemente como ponto para justificar eventuais falhas, dado que é uma estrutura que é ferrugem a céu aberto, mas não há indicação de medidas de superação ou propostas de melhorias. Há o dimensionamento de RH apresentado (algo ausente na Humaniza). Como também apresenta uma proposta que é essencial para todas as UPAs, uma previsão de educação permanente.

As fragilidades são também evidentes:

- Ausência de diagnóstico situacional.
- Ausência de plano financeiro robusto.
- Linguagem retórica (“rentabilidade”, “mudança de paradigma”) sem lastro prático.

A proposta do CEPHRECE, em síntese, é mais organizada formalmente que a da Humaniza, mas sofre da mesma limitação central: não encara os problemas concretos já evidenciados por este MPC, permanecendo em plano genérico e de baixa aderência às necessidades da UPA.



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

II.4.2.6. Quadro Comparativo – Proposta CEPHRECE (UPA Cidade da Esperança) x Achados MPC

Eixo Analisado pelo MPC	Proposta OS	Achados do MPC	Lacunas
Recursos Humanos	Dimensionamento de cargos e salários, cronograma de treinamentos mensais	Escalas incompletas, sobrecarga noturna, absenteísmo elevado, violência contra equipes	Falta de plano para cobertura mínima noturna e estratégias de proteção efetiva
Insumos Medicamentos	Previsão de logística farmacêutica, dose unitária, farmacovigilância	Rupturas crônicas (dipirona, antibióticos, sedativos, oxigênio)	Não há garantia contratual de fornecimento contínuo nem plano emergencial de reposição
Infraestrutura e Equipamentos	Descreve a estrutura existente (salas, leitos, equipamentos)	Pisos quebrados, infiltrações, risco elétrico, banheiros insalubres, respiradores sucateados	Não prevê reforma mínima, nem reposição imediata de equipamentos vitais
Regulação e Transferência	Cita integração com rede SUS, protocolos de classificação de risco	Permanência >12h, óbitos por falta de leito, internações prolongadas	Ausência de metas de tempo de transferência, integração real com CMR/estado



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Públíco de Contas

Eixo Analisado pelo MPC	Proposta OS	Achados do MPC	Lacunas
Limpeza e Biossegurança	Manual de serviços de limpeza e CME padronizado	Falta de limpeza terminal, uso de produtos domésticos, EPIs insuficientes	Não há plano de adequação às normas da Anvisa ou supervisão periódica
Atenção Psiquiátrica e Internações Sociais	Não há protocolo específico	Pacientes psiquiátricos semanas contidos, moradores de rua internados há meses	Ausência de integração com CAPS e assistência social

II.4.3. Proposta UPA Pajuçara – ISAC

II. 4.3.1. Ausência de estudo de viabilidade e diagnóstico situacional

Assim como as demais propostas, o ISAC não apresenta estudo técnico de viabilidade econômico-financeira. O Anexo I contém a proposta financeira, mas sem projeções claras de equilíbrio diante da realidade da unidade.

Há descrição de fluxos, serviços e até manuais (farmácia, recepção, limpeza, faturamento), mas não existe diagnóstico específico da UPA Pajuçara: não há levantamento da demanda real, carências de pessoal, rupturas de estoque ou problemas estruturais previamente identificados.

A chamada Declaração de Visita Técnica aparece apenas como requisito formal, sem relato concreto das condições encontradas na unidade. Isso impede verificar se as soluções oferecidas respondem ao quadro real.

II. 4.3.2. Estrutura econômica e de gestão

O ISAC estrutura sua proposta em torno de:



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

- **Metodologia LEAN** aplicada à saúde: processos enxutos, redução de desperdício, foco em eficiência.
- **Gestão por processos** e não por tarefas, com padronização via regimentos internos (corpo clínico, enfermagem, farmácia, serviço social).
- **Comissões obrigatórias** (CCIH, Núcleo de Educação Permanente, Comissão de Qualidade e Segurança, Comissão de Experiência do Paciente, Comitê de Biossegurança etc.).
- **Governança digital**: prontuário eletrônico, gestão de escalas, Kanban digital de leitos.
- **Educação Permanente** via NEPS, avaliação de desempenho e Plano de Desenvolvimento Individual.

A estratégia econômica permanece genérica, em que se propõe em otimização de custos, transparéncia, economicidade, mas sem plano detalhado de receitas/despesas, sem fundo de contingência e sem memória de cálculo para sazonalidade ou sobrecarga.

II.4.3.3. Descompasso com os achados do MPC

O contraste entre proposta e realidade aparece novamente:



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Públco de Contas**

- **Recursos Humanos:** ISAC promete PDI, combate ao absenteísmo e gestão por competência, mas não há dimensionamento real por turno. O MPC encontrou sobrecarga noturna, escalas incompletas e violência contra equipes.
- **Insumos:** há regimento interno para farmácia, logística e compras, mas sem previsão de cláusula vinculante de fornecimento contínuo. O MPC constatou rupturas de antibióticos, dipirona, sedativos e oxigênio.
- **Infraestrutura:** ISAC descreve fluxos de manutenção predial e de equipamentos, mas não menciona reforma mínima ou reposição imediata. O MPC registrou pisos quebrados, risco elétrico, macas sucateadas.
- **Regulação e Transferência:** propõe prontuário eletrônico e fluxos digitais, mas não estabelece metas concretas de tempo de transferência. O MPC identificou atrasos de mais de 12h, permanência de semanas e óbitos antes de vaga.
- **Limpeza e Biossegurança:** manual e regimento detalhados, mas sem cronograma de adequação às normas da Anvisa. O MPC identificou uso de produtos domésticos, ausência de limpeza terminal e equipes reduzidas.



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

- **Atenção Psiquiátrica e Internações Sociais:** a proposta traz serviço psicossocial, mas não apresenta protocolos claros para crises psiquiátricas ou articulação com CAPS/assistência social. O MPC apontou retenção de semanas de pacientes em surto.

II.4.3.4 Síntese Crítica

A proposta do ISAC impressiona pelo volume documental e formalização de processos (mais de 700 páginas de regimentos, fluxos, manuais e comissões). Há robustez normativa e administrativa.

No entanto, não há diagnóstico situacional da UPA Pajuçara. A estratégia econômica é genérica, remetida a anexos sem memória de cálculo robusta. O risco é repetir a lógica do papel, com protocolos e fluxos bem escritos, mas sem resposta concreta aos gargalos de recursos humanos, insumos críticos, infraestrutura degradada e regulação falha, todos já evidenciados pelo MPC.

II.4.3.5. Quadro Comparativo – Proposta ISAC (UPA Pajuçara) x Achados MPC

Eixo Analisado pelo MPC	Proposta ISAC	Achados do MPC	Lacunas
Recursos Humanos	PDI, avaliação de desempenho, NEPS, combate ao absenteísmo.	Escalas incompletas, sobrecarga noturna, violência contra equipes.	Não há plano de cobertura mínima por turno; ausência de protocolo de segurança das equipes.
Insumos Medicamentos	Regimento interno de farmácia, compras padronizadas, análise de fornecedores.	Ruptura crônica de dipirona, antibióticos, sedativos, oxigênio, EPIs.	Falta cláusula de fornecimento contínuo e plano emergencial de reposição.



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

Eixo Analisado pelo MPC	Proposta ISAC	Achados do MPC	Lacunas
Infraestrutura e Equipamentos	Plano de manutenção preventiva e corretiva, engenharia clínica.	Pisos quebrados, salas enferrujadas, risco elétrico, banheiros danificados, raio-X e respiradores sucateados.	Não prevê reforma mínima ou reposição imediata.
Regulação Transferência	Prontuário eletrônico, fluxos digitais, Kanban.	Permanência prolongada, atrasos >12h, óbitos sem vaga, falta de ambulâncias.	Ausência de metas claras de tempo máximo de transferência e integração com CMR/SESAP.
Limpeza Biossegurança	Regimentos e manuais de higiene e resíduos.	Uso de produtos domésticos, limpeza terminal irregular, equipes reduzidas.	Não há cronograma de adequação à Anvisa nem previsão de treinamentos contínuos.
Atenção Psiquiátrica Internações Sociais	Serviço social e psicologia assistencial previstos.	Pacientes em surto retidos por semanas.	Ausência de protocolos específicos para CAPS e fluxos articulados com assistência social.

II.4.4. Proposta UPA Potengi – ISAC

II. 4.4.1 Introdução

A proposta do ISAC para a UPA Potengi carece igualmente de estudo técnico de viabilidade econômico-financeira e de diagnóstico situacional da unidade. Embora apresente extensa normatização (regimentos, protocolos, fluxos internos, NEPS e SESMT), não analisa a realidade concreta da UPA (taxa de ocupação, perfil epidemiológico, déficits de RH, carências de insumos, problemas estruturais e gargalos da regulação). Assim, a análise crítica se



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

restringe a cotejar o discurso da OS com os achados do MPC (questionários e vistorias *in loco*).

II.4.4.2 Estrutura econômica e fragilidades

O discurso econômico da proposta centra-se em “sustentabilidade” e “controles internos”, mas não apresenta projeções financeiras, memória de cálculo ou cenários de risco. A proposta financeira é remetida a anexo, sem qualquer análise integrada ao corpo do documento.

- Fala em “autonomia financeira” e “gestão de custos”, mas não define parâmetros de equilíbrio orçamentário.
- Não prevê fundo de contingência para crises recorrentes (epidemias, superlotação, falta de leitos de retaguarda).
- A ausência de indicadores financeiros operacionais (CEIP, PDI, TMCE) torna o discurso abstrato e insuficiente.

Na prática, repete a fragilidade das demais OS: a retórica de eficiência não se traduz em plano concreto de sustentabilidade.

II.4.4.3 Diagnóstico da UPA Potengi

A seção intitulada “Descrição e Breve Análise da UPA Potengi” limita-se a reafirmar a classificação ministerial e a estrutura teórica da unidade (Porte III), sem dados sobre:

- demanda real de atendimentos;



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

- déficit de profissionais em cada turno;
- rupturas de insumos;
- precariedade estrutural;
- permanência indevida de pacientes.

A “declaração de visita técnica” aparece apenas como anexo, mas não se reflete em análise ou metas no corpo do texto. Ou seja, inexiste diagnóstico situacional consistente.

II.4.4.4 Descompasso entre discurso e realidade

Os achados deste Órgão Ministerial resultantes dos questionários aplicados e da vistoria in loco, evidenciaram a superlotação, falta de higienização correta, falta crônica de medicamentos essenciais — como dipirona, raio-x que não funciona, além de escalas médicas incompletas, que resultam em sobrecarga especialmente nos plantões noturnos, quando um único profissional precisa cobrir simultaneamente as salas vermelha e amarela. Também se constatou a permanência prolongada de pacientes em macas e poltronas danificadas, a ocorrência de internações sociais e psiquiátricas sem retaguarda adequada e, ainda, uma estrutura física deteriorada, com infiltrações, risco elétrico e banheiros insalubres.

Em resposta, a OS apresentou regimentos internos, protocolos clínicos, a criação de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), bem como a previsão de SESMT, CIPA e fluxos padronizados para resíduos,



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

cadáveres e roupas. Contudo, observa-se um enfoque centrado na governança e na normatividade, sem, entretanto, propor um plano concreto de enfrentamento das carências já diagnosticadas. O resultado repete o padrão das demais propostas: excesso de formalismo normativo e ausência de medidas específicas e efetivas de correção.

II.4.4.5 Crítica-síntese

A proposta do ISAC para a UPA Potengi apresenta como pontos positivos uma estrutura normativa robusta, que inclui regimentos internos, protocolos clínicos, criação de NEPS e de um SESMT, além de uma proposta de educação permanente mais consistente do que a apresentada pela Humaniza. Entretanto, as fragilidades permanecem evidentes: não há diagnóstico situacional da UPA Potengi, tampouco um plano financeiro robusto — remetido a um anexo que não se integra ao plano de gestão. Soma-se a isso o uso de uma linguagem excessivamente formal e normativa, que não enfrenta a realidade concreta já constatada em vistoria. O risco, portanto, é de que o contrato se restrinja à configuração de uma “UPA ideal” no papel, sem aderência às condições de precariedade confirmadas pela fiscalização. Em suma, trata-se de uma proposta formalmente bem estruturada, mas genérica e distante dos problemas reais, repetindo a insuficiência observada nas demais organizações sociais.



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

II.4.4.6 Quadro Comparativo – Proposta ISAC (UPA Potengi) x Achados MPC

Eixo Analisado pelo MPC	Proposta OS	Achados do MPC	Lacunas
Recursos Humanos	Regimentos, SESMT, CIPA, NEPS, PDI; dimensionamento em anexo.	Escalas incompletas, sobrecarga noturna, violência cotidiana.	Sem metas vinculantes de cobertura mínima noturna; ausência de plano concreto de proteção.
Insumos e Medicamentos	Relatórios, fluxos internos; controle por almoxarifado.	Falta de medicamentos básicos.	Não há cláusulas de fornecimento contínuo nem plano emergencial.
Infraestrutura e Equipamentos	Planos de manutenção e regimentos de facilities.	Banheiros insalubres, macas/poltronas danificadas, raio-X que não funciona.	Falta plano mínimo de reforma, reposição imediata de equipamentos vitais.



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

Eixo Analisado pelo MPC	Proposta OS	Achados do MPC	Lacunas
Regulação e Transferência	Cita integração SUS e protocolos internos.	Atrasos >12h, permanências de dias/semanas, óbitos por falta de leito.	Ausência de metas de tempo máximo de transferência e integração real com CMR/Estado.
Limpeza e Biossegurança	Manual de higiene e PGRSS em anexo.	Falta de limpeza terminal, uso de produtos domésticos, EPIs insuficientes.	Não há plano de adequação às normas da Anvisa nem supervisão periódica.
Segurança	SESMT e CIPA previstos.	Violência recorrente contra equipes, ausência de botão de pânico/câmeras.	Sem metas de vigilância efetiva e integração com PM.
Atenção Psiquiátrica e Internações Sociais	Nenhum protocolo específico.	Pacientes psiquiátricos retidos por semanas.	Sem integração com CAPS nem retaguarda social articulada.



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

Eixo Analisado pelo MPC	Proposta OS	Achados do MPC	Lacunas
Sustentabilidade e Financeira	Proposta remetida a anexo.	Pressão de custos (RH, insumos, manutenção), sazonalidade.	Sem projeções, cenários, nem fundo de contingência.

II.5 – OUTRAS QUESTÕES PROCESSUAIS

Para além dos aspectos abordados, impõe tratar de outras questões processuais discutidas no curso da presente instrução, o que se passa a analisar.

II.5.1 – DA LEGALIDADE DA EXIGÊNCIA DE INSCRIÇÃO NO CRA/RN

Diversamente do suscitado pela Diretoria de Controle de Contas de Gestão e Execução da Despesa Pública, não se verifica ilegalidade na exigência de inscrição no CRA/RN. Isso porque o contrato de gestão possui natureza essencialmente administrativa e gerencial, envolvendo atividades de planejamento, coordenação, supervisão e controle, as quais se enquadram no campo de atuação privativa do profissional de Administração.

A lei 4.769/1965, que regulamenta a profissão, dispõe em seu art. 2º que são atividades do Administrador, entre outras, a elaboração de planos, programas e projetos, bem como a gestão de serviços e recursos. O Decreto nº 61.934/1967, em seu art. 3º, reforça que tais atribuições abrangem tanto a administração pública quanto a privada, evidenciando que a condução de contratos de gestão se enquadra no rol de competências fiscalizadas pelo Conselho Regional de Administração.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

Dessa forma, a exigência de inscrição no CRA/RN revela-se medida não apenas legítima, mas necessária para garantir a regularidade e a adequada supervisão do exercício profissional. Assim, a cláusula contratual impugnada encontra pleno respaldo legal e não configura qualquer irregularidade.

II.5.2 – DO MODELO DE PAGAMENTO PROPOSTO PARA AS OS

Nesse aspecto, cumpre assentar, antes de tudo, que a sistemática de repasses delineada no contrato de gestão não padece, em tese, de vício formal de legalidade. O que se põe em questão, entretanto, não é apenas a regularidade normativa, mas a solidez financeira e a aderência do modelo ao princípio da economicidade. A legalidade, aqui, não é controvertida; o ponto nevrágico reside em sua suficiência econômica. Um contrato de gestão não se esgota na forma: exige substância, traduzida em memória de cálculo, indicadores auditáveis e cronograma financeiro realista. Ausentes tais elementos, o que se apresenta é mera aparéncia de regularidade, incapaz de assegurar verdadeira vantajosidade ao interesse público.

Conforme se verifica da documentação constante do evento 05, a sistemática de repasses prevê a destinação de 80% do valor anual pactuado em doze parcelas fixas, a serem pagas até o quinto dia útil de cada mês, e de uma parcela variável de 20%, vinculada a metas de desempenho: 10% atrelados a indicadores quantitativos e 10% a indicadores qualitativos, com avaliação periódica. Acrescenta-se a essa modelagem a exigência formal de apresentação e protocolização de documentos, a remessa de relatórios mensais de produção assistencial e de movimentação financeira até o dia 10 de cada mês, e o envio de informações às Secretarias e ao Ministério da Saúde, o que, em tese, possibilitaria o acompanhamento das metas contratuais.



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

Não obstante, a ausência de memória de cálculo fragiliza o arranjo. Se o orçamento anual por UPA é de R\$26,4 milhões, isso significa que R\$21,12 milhões estão assegurados de forma fixa, enquanto R\$5,28 milhões dependeriam do atingimento de metas. Ocorre que os indicadores até aqui delineados são genéricos, sem definição de parâmetros objetivos de medição, sem linha de base comparativa nem mecanismos claros de auditoria. Nesse cenário, a parcela variável tende, na prática, a converter-se em repasse automático, anulando o efeito indutor pretendido e fragilizando a vinculação entre desempenho e remuneração. Além disso, não há demonstração de que os 80% fixos efetivamente correspondam aos custos estruturais das unidades. As planilhas enviadas pelo gestor municipal carecem de padronização, não contemplam despesas essenciais (insumos farmacêuticos, manutenção predial, tecnologia, segurança, entre outros) e não trazem rastreabilidade documental. Essa incompletude abre espaço para desequilíbrios futuros e para a necessidade de aditivos contratuais, comprometendo a previsibilidade financeira que o modelo pretende assegurar.

O art. 7º, incisos II e III, da Lei nº 9.637/1998 impõe que o contrato de gestão contenha metas, prazos e indicadores de desempenho, bem como a forma de sua avaliação. O art. 8º, §2º, determina que os resultados sejam periodicamente analisados por comissão de avaliação, e o art. 12 dispõe que às organizações sociais poderão ser destinados recursos e bens públicos, asseguradas as liberações financeiras conforme o cronograma de desembolso contratual. A leitura combinada desses dispositivos revela não apenas a exigência de metas e avaliações, mas sobretudo a necessidade de que tais metas sejam verificáveis e que o cronograma de desembolso guarde correspondência com estudos técnicos prévios de viabilidade financeira. No caso em exame, contudo, a ausência de memória de cálculo e de parâmetros objetivos compromete a aderência do modelo não apenas ao princípio da



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

economicidade, mas também ao da eficiência (CF, art. 37, caput), pois impede aferição clara de correspondência entre gasto público e resultados entregues.

Entende este Órgão Ministerial, ao contrário do que suscitou a DCD, que a sistemática de repasses, na forma estipulada, não viola o art. 12 da Lei nº 9.637/1998, na medida em que a própria norma delega ao contrato a definição do cronograma de desembolso. A dispensa de licitação prevista no §3º do dispositivo é compatível com o modelo de parceria público-privada de gestão, desde que acompanhada de regras impensoais de contratação (art. 4º, VIII) e de mecanismos de transparência. Ocorre, porém, que a legalidade formal não pode encobrir a lacuna material: a ausência de memória de cálculo, de plano de custos detalhado e de indicadores auditáveis impede que a flexibilidade conferida pela lei se traduza em eficiência, expondo o contrato ao risco de aditivos vultosos e de repasses desvinculados de resultados concretos.

À luz da Lei nº 9.637/1998, é possível reconhecer adequação legal formal da sistemática, com previsão de repasses condicionados a metas e avaliações periódicas. Todavia, a ausência de definição precisa dessas metas e a carência de um cronograma financeiro fundamentado comprometem a efetividade do modelo. O risco é de que a parcela variável — concebida como estímulo à eficiência — converta-se em repasse automático, reduzindo-se a um bônus fictício. Ademais, os relatórios periódicos previstos carecem de matriz metodológica clara, o que enfraquece a transparência e dificulta o controle externo. Cabe lembrar que os achados das vistorias ministeriais e dos questionários aplicados revelaram gargalos concretos de recursos humanos, insumos e infraestrutura nas UPAs, confirmando que a modelagem contratual, sem reforço metodológico, tende a reproduzir a precariedade existente. Assim, os mecanismos de acompanhamento existem no papel, mas não possuem ainda densidade suficiente para assegurar resultados verificáveis.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

Importante ressaltar que, no julgamento da ADI nº 1.923/DF, o Supremo Tribunal Federal declarou a constitucionalidade da Lei nº 9.637/1998, afastando a tese de que o modelo abriria espaço para arbitrariedade. O STF afirmou, inclusive, que não se pode interpretar o ordenamento a partir de um Estado cristalizado, engessando escolhas políticas legitimamente formuladas no âmbito democrático. Essa moldura constitucional, contudo, não autoriza improvisação administrativa: a flexibilidade reconhecida pelo Supremo exige contrapartidas em forma de planejamento, estudos técnicos e indicadores sólidos. A constitucionalidade, portanto, é um pressuposto, não uma chancela incondicional para qualquer desenho contratual.

A lei, portanto, não impõe ao modelo de gestão a rigidez tradicional da Administração direta, permitindo às organizações sociais maior flexibilidade na execução. Essa flexibilidade, todavia, encontra limite na incidência dos princípios constitucionais do art. 37 da CF, em especial a impensoalidade, a economicidade e a eficiência. Para que tais princípios não se reduzam a meras proclamações, é indispensável que as OSS adotem regulamento próprio de contratações, com regras objetivas e auditáveis. No presente caso, a falta de padronização de custos, de memória de cálculo e de critérios claros de mensuração dos indicadores evidencia que a flexibilidade corre o risco de se converter em fragilidade, vulnerando a transparência e a impensoalidade exigidas pelo ordenamento.

No caso sob análise, em princípio e salvo prova em contrário, o formato proposto busca conferir previsibilidade financeira sem desvincular os recursos de padrões mínimos de qualidade e eficiência. Todavia, a previsibilidade aqui anunciada carece de base realista: sem memória de cálculo, sem estudo comparativo de custos e sem matriz de riscos, o que se projeta é apenas aparência de equilíbrio. O adiantamento de recursos, que poderia funcionar como medida de garantia do resultado útil do contrato, pode converter-se em



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

simples transferência de risco para o erário, com posterior recomposição via aditivos. Em vez de assegurar continuidade e qualidade, corre-se o risco de cristalizar a precariedade já diagnosticada nas UPAs, sob a roupagem de previsibilidade formal. Daí a importância de que o controle externo não se limite à verificação da legalidade formal, mas assegure accountability real — com rastreabilidade documental, padronização de custos e metas auditáveis — de modo a proteger o interesse público de soluções meramente aparentes.

III – DA NECESSIDADE DE MEDIDA CAUTELAR DE SUSPENSÃO DOS CERTAMES

Diante do quadro fático e jurídico delineado ao longo desta manifestação ministerial, impõe-se a adoção, por este Tribunal de Contas, de medida cautelar para resguardar a legalidade, a economicidade e a continuidade do serviço público de saúde no Município de Natal.

O prosseguimento dos Chamamentos Públicos nº 01 a 04/2025, com início previsto para 15 de setembro de 2025, conforme cronograma estabelecido, revela-se temerário na medida em que se alicerça em processo administrativo eivado de vícios graves já devidamente apontados nos tópicos precedentes, notadamente a inexistência de estudos prévios de viabilidade técnica, econômica e financeira, de diagnóstico situacional das unidades de pronto atendimento, a completa ausência de planejamento quanto à transição de equipes e manutenção da força de trabalho atualmente em exercício (que não implique mudanças abruptas e que respeite e integre o conhecimento humano acumulado, sob pena de fragilizar ainda mais a rede assistencial e comprometer a segurança dos usuários), a ausência de um plano robusto de sustentabilidade diante de crises comuns às UPAs (epidemias, superlotação, falta de leitos de retaguarda) e por propostas de trabalho sem dados concretos



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

sobre custos, receitas, quadro funcional existente ou condições estruturais da unidade, impedindo a aferição rigorosa da compatibilidade entre as metas enunciadas e a realidade da operação. Esse contexto de falhas, como já dito, não foi sanado pela defesa do Secretário Municipal de Saúde apresentada nestes autos ou pela documentação apresentada a este Ministério Público de Contas e posteriormente complementada nos apensados.

Por todo o exposto neste pronunciamento, é fato que não se ignora o quadro de fragilidade que atualmente assola a rede municipal de saúde, marcado inclusive pela permanência de contratos temporários desde o período da pandemia e pela judicialização que incide sobre tais vínculos⁴. Trata-se, todavia, de um cenário que, embora imperfeito, ainda assegura a continuidade mínima dos serviços, tal como vem ocorrendo nos últimos anos.

O perigo maior reside justamente na precipitação de um novo modelo de gestão — de natureza mais definitiva e estrutural, com possibilidade de ser prorrogado por até 10 anos — fundado em processo administrativo comprometido por graves vícios formais e materiais, como a ausência de estudos prévios consistentes e a inexistência de plano de transição. A implementação imediata desse modelo, sem lastro técnico e sem o cuidado que a complexidade que a matéria exige, potencializa o risco de desorganização abrupta do sistema, com reflexos ainda mais nocivos à população.

Por essa razão, não há falar em perigo reverso na concessão da cautelar ou grave risco ao interesse público. Ao contrário, a suspensão temporária dos Chamamentos Públicos nº 01 a 04/2025 revela-se medida proporcional e necessária, pois preserva o interesse público até que as irregularidades sejam sanadas.

⁴ A citar, Ação Civil Pública n.º 0800391-97.2020.8.20.5300, em trâmite da 1ª Vara da Fazenda Pública da Comarca de Natal.



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

Nesse sentido, não prospera a alegação do gestor de que a suspensão do cronograma estabelecido para começar em 15 de setembro de 2025 impedirá uma “transição segura e sem interrupção dos serviços”, pois, conforme já amplamente exposto, inexiste plano de transição adequado ou de contingenciamento e o suposto vácuo administrativo pode ser remediado por outros mecanismos.

O Município de Natal dispõe de instrumentos jurídicos adequados para garantir a continuidade do atendimento no período, como a celebração de contratos por excepcional interesse público (art. 37, IX, da Constituição Federal), a prorrogação ou renovação emergencial de vínculos já existentes, e outras medidas de gestão transitória autorizadas pelo ordenamento. Tais soluções, de caráter temporário e reversível, não geram o mesmo grau de comprometimento estrutural que decorre da imediata transferência da gestão das UPAs a Organizações Sociais sem a devida fundamentação técnica.

Entende este órgão Ministerial, portanto, que **a cautelar não agrava a situação já existente, mas, ao contrário, evita que um estado precário se transforme em um quadro de irreversível colapso administrativo e jurídico.**

A persistência de contratos temporários de servidores desde a pandemia, bem como a existência de pedidos/ordens judiciais determinando a rescisão dessas contratações, acentuam a urgência da atuação cautelar, pois a implementação precipitada de modelo de gestão sem sustentação técnica e sem plano de transição tende a agravar a instabilidade jurídica e administrativa já instalada.

Nesse contexto, resta evidenciado o *periculum in mora*, consubstanciado na iminência de celebração de contratos de gestão fundados em certame com vícios insanáveis, e o *fumus boni iuris*, derivado das inconsistências verificadas



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

na análise documental, nas consultas públicas e nas inspeções in loco realizadas por este Órgão Ministerial.

Este *Parquet* de Contas, opina, assim, nos termos do art. 120 da Lei Complementar 464/2012, pela concessão de medida cautelar para determinar a suspensão imediata dos Chamamentos Públicos nº 01 a 04/2025, até que sejam sanadas as irregularidades identificadas, mediante a elaboração de estudos técnicos consistentes e a apresentação de plano de transição adequado que assegure a continuidade e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população de Natal. Sem a resolução dessas falhas resta prejudicado o modelo de aprimoramento pensado pelo gestor municipal e o alcance da almejada melhoria de qualidade, eficiência e economicidade para a gestão da saúde pública

VI – DA NECESSIDADE DE CITAÇÃO

Necessário se faz, ainda, a integralização do Sr. Geraldo de Sousa Pinho, Secretário Municipal de Saúde de Natal a esta relação processual, na forma prevista no art. 238 do CPC, a fim de que, em atenção ao princípio da eficiência e da celeridade, tenha a oportunidade de contraditar as irregularidades indicadas na manifestação em epígrafe.

Esta medida permite a elaboração de um pronunciamento de mérito, por parte deste *Parquet* de Contas, baseado na ampla coleta de provas proporcionada pelo contraditório, bem como evita superpostas análises que se modificam a cada apresentação de novos argumentos decorrentes da produção de prova.

Tal medida previne, igualmente, a decretação de nulidade de autos por cerceamento de defesa. É no mesmo sentido o julgamento do Recurso Extraordinário 211.242-RS, do Relator Nelson Jobim, o qual aponta a necessidade do exercício dos direitos de contraditório e de ampla defesa em



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

qualquer espécie de processo, seja judicial ou administrativo, para colhimento de provas que possam subsidiar a futura manifestação acerca da legalidade do ato.

Isso significa dizer que a oportunidade ao interessado para o exercício do contraditório e da ampla defesa tem apenas o condão de servir de base para uma futura decisão quanto ao mérito.

V – CONCLUSÃO

Este Ministério Público de Contas, ante todo o exposto, requer a Vossa Excelência Conselheiro Relator, com esteio do §3º do art. 120 da Lei Complementar 464/2012, a concessão de liminar de paralisação imediata do cronograma de prazos, a contar da data de homologação do resultado (01 de setembro de 2025), dos Chamamentos Públicos n.º 001/2025 (UPA Satélite), n.º 002/2025 (UPA Esperança), n.º 003/2025 (UPA Potengi) e n.º 004/2025 (UPA Pajuçara), deflagrados pela Secretaria Municipal de Natal, visando à celebração de Contrato de Gestão com entidades qualificadas como Organização Social, até a apreciação de cautelar pela Primeira Câmara desta Corte de Contas.

Requer-se, ainda, após a concessão da medida prévia de paralisação do cronograma de prazos, a concessão de medida cautelar, fundada no art. 120 da Lei Complementar 464/2012, de suspensão dos Chamamentos Públicos n.º 001/2025 (UPA Satélite), n.º 002/2025 (UPA Esperança), n.º 003/2025 (UPA Potengi) e n.º 004/2025 (UPA Pajuçara), até que sejam sanadas as irregularidades identificadas e apresentados estudos técnicos de viabilidade técnica, econômica e financeira consistentes, diagnóstico situacional das unidades de pronto atendimento, plano de transição adequado de equipes e manutenção da força de trabalho atualmente em exercício (que não implique



**Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas**

mudanças abruptas e que respeite e integre o conhecimento humano acumulado, sob pena de fragilizar ainda mais a rede assistencial e comprometer a segurança dos usuários) que assegure a continuidade e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população de Natal, na forma delineada nos tópicos desta manifestação ministerial, plano de robusto de sustentabilidade de crises comuns às UPAs e correção das propostas de trabalho, na forma delineada nesta manifestação ministerial.

Pugna-se, por fim, pela citação do Sr. Geraldo de Sousa Pinho, Secretário Municipal de Saúde de Natal, para integrar a presente relação processual e apresentar defesa em face dos apontamentos realizados, nos termos do art. 45, inciso I, da Lei Complementar 464/2012.

Natal/RN, 29 de agosto de 2025.

Luciana Ribeiro Campos
Procuradora do Ministério Público de Contas

*"Abre tua boca a favor do mudo,
pela causa de todos os abandonados;
Abre tua boca para pronunciar sentenças
justas,
faze justiça ao aflitto e ao indigente."*

(Provérbios 31, 8-9)



Estado do Rio Grande do Norte
Ministério Público de Contas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, Luciana Ribeiro. **Emergências financeiras em saúde pública: o ABCDE para gestores.** Fortaleza, CE: Ed. da Autora, 2025. E-book (PDF). ISBN 978-65-01-64976-4.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2023. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 121, n. 2, p. 11, fev. 2024. DOI: 10.36660/abc.20240079.

SALDANHA, Lilson Abelardo Messias. **Publicização da gestão da saúde:** efeitos da transferência da gestão hospitalar para as organizações sociais e organizações da sociedade civil de interesse público no Brasil. 2020. Artigo (Especialização em Controle, Detecção e Repressão a Desvios de Recursos Públicos) – Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2020.

Tribunal de Contas da União – TCU. **Acórdão Plenário nº 3.239/2013** – Relatório de Auditoria Operacional, 2013.

XIMENES, A. F.; SCHMALLER, V. P. V.; BEZERRA, A. F. B. **Alocação de Recursos do Fundo Público Para Organizações Sociais da Saúde, setembro a dezembro de 2018**, Revista Sociedade em Debate (Pelotas), v, 24, n. 3, p. 113-128.

ANEXO 1

Optou-se por transcrever apenas os relatos mais relevantes do questionário, organizando-os em blocos temáticos para evidenciar as prioridades estruturais e assistenciais das UPAs. Foram excluídos os registros referentes a sugestões de melhoria e pontos positivos, por já terem sido devidamente incorporados e traduzidos em recomendações específicas no parecer. Assim, a presente sistematização busca dar voz aos problemas mais recorrentes e críticos, permitindo uma análise objetiva, transparente e fiel da realidade narrada pelos profissionais e usuários, sem redundâncias e com foco naquilo que compromete diretamente a dignidade, a segurança e a efetividade do atendimento.

Parte B – Prioridades

Item 1 – Recursos Humanos e Valorização Profissional

Análise Geral

A insuficiência de profissionais aparece como a prioridade mais recorrente. Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e de laboratório são apontados como quantitativamente insuficientes para dar conta da alta demanda, o que gera sobrecarga, demora no atendimento e aumento das situações de conflito. Além disso, vários relatos pedem valorização da equipe com melhores condições de trabalho, pagamento de gratificações, concursos públicos e respeito ao piso da enfermagem. A percepção dominante é de que sem reforço humano e reconhecimento profissional não há como sustentar a assistência com dignidade e segurança.

Relatos

- “Reforço das equipes médicas e de enfermagem; necessitamos que o atendimento dos pacientes seja mais ágil.”
- “Recursos humanos, desde a técnico de enfermagem aos médicos.”
- “Aumentar quantidade de RH.”
- “Melhorar a quantidade de funcionários da equipe de enfermagem.”
- “Precisa de técnicos de enfermagem.”
- “Ampliação da quantidade de profissionais (mas sem necessidade de OS) e de materiais.”
- “A equipe de enfermagem sofre agressão verbal todos os dias, devido à demora nos atendimentos.”

- “Valorização profissional da equipe assistencial.”
- “Reforço de RH e melhoria de condições de trabalho para os profissionais da enfermagem, e investigação do retroativo do piso da enfermagem dos profissionais que a prefeitura recebeu e não repassou.”
- “Aumento do número de profissionais de todas as áreas.”
- “Aumento do RH da ENFERMAGEM. Técnicos e Enfermeiros.”
- “Contratação de profissionais em todas as áreas. O número é insuficiente para a quantidade de atendimentos.”
- “Aumento da quantidade de técnicos de enfermagem e enfermeiros para dar conta da demanda.”
- “Valorização dos profissionais de enfermagem e médicos.”

Síntese do Bloco

Os relatos confirmam que a carência de pessoal é o maior gargalo das UPAs. O déficit de médicos, enfermeiros e técnicos sobrecarrega os plantões, alonga o tempo de espera e gera desgaste emocional e até agressões contra a equipe. A solução apontada passa não apenas por ampliar o quadro, mas também por valorizá-lo: garantir direitos trabalhistas, pagar gratificações, respeitar o piso da enfermagem e promover concursos públicos. A mensagem central é clara: sem gente suficiente, reconhecida e motivada, não há como a UPA cumprir seu papel assistencial.

Item 2 – Infraestrutura Física e Condições de Trabalho

Análise Geral

A precariedade da infraestrutura é um dos pontos mais críticos destacados pelos respondentes. As unidades são descritas como degradadas, insalubres e inseguras, com banheiros inoperantes, paredes mofadas, poltronas e camas quebradas, infiltrações e ferrugem em toda parte. Essa condição não apenas compromete a dignidade dos pacientes, que permanecem internados em poltronas, mas também afeta diretamente o ambiente de trabalho dos profissionais, forçados a atuar em locais improvisados e sem repouso adequado. Há uma percepção de descaso prolongado, como se a manutenção tivesse sido abandonada há anos.

Relatos

- “Criação de uma estrutura melhor, mais humanizada, pacientes ficam internados por dias em poltronas quebradas.”

- “Melhorar a estrutura do prédio.”
- “Ambiente de trabalho totalmente degradado, enferrujado, insalubre, baldes de lixos enormes.”
- “A UPA Esperança é péssima em infraestrutura. Um total descaso! Falta equipamento, poucos profissionais.”
- “Uma reforma e melhorias nas estruturas.”
- “Poltronas na sala de medicação.”
- “Espaço, banheiros adequados para equipe, poucas salas, repouso, sala de observação dos pacientes.”
- “Paredes com reboco caindo, infiltração, mofo, sanitário masculino dos funcionários.”
- “Tudo! Paredes sujas, macas quebradas enferrujadas, falta de insumos, tudo!”
- “Goteiras das salas amarela e sala vermelha (ficam alagadas durante períodos chuvosos), correndo risco de choque e quedas de pacientes e profissionais.”
- “Sala pequena de internamento de pacientes com poltronas com até 6 pacientes.”
- “Ferrugem na estrutura e repouso dos profissionais no corredor de entrada das ambulâncias.”
- “Infraestrutura de maneira geral.”

Síntese do Bloco

Os depoimentos reforçam que a infraestrutura das UPAs não condiz com um ambiente de cuidado em saúde. O estado de degradação física compromete o atendimento, expõe pacientes e profissionais a riscos e agrava a superlotação, pois os espaços são pequenos e improvisados. A falta de manutenção e reforma ao longo dos anos revela um abandono institucional, que obriga os profissionais a trabalhar em condições indignas e gera uma percepção de descaso entre os usuários. A recuperação estrutural aparece, assim, como condição essencial para qualquer melhoria assistencial.

Item 3 – Insumos, Medicamentos e Equipamentos

Análise Geral

A falta crônica de insumos e medicamentos básicos é outro ponto central nas respostas. Os relatos mencionam desde a ausência de dipirona e antibióticos até a carência de materiais simples como papel toalha e equipamentos de proteção individual (EPIs). O desabastecimento compromete a assistência imediata, obriga improvisos e aumenta o sofrimento de pacientes que aguardam atendimento. Além disso, diversos equipamentos essenciais — como aparelhos de raio-X, monitores multiparamétricos e ventiladores — encontram-se quebrados ou há meses sem manutenção, o que limita a resolutividade das unidades e sobrecarrega ainda mais os profissionais.

Relatos

- “Insumos e condições de trabalho.”
- “Regularizar a falta de medicamentos e profissionais.”
- “Melhoria de insumos e RH.”
- “Falta de medicação.”
- “Aumentar RH, garantir insumos, sobretudo medicamentos.”
- “Falta de insumos.”
- “Volta do Raio X.”
- “Equipamento de Rx, pois não está funcionando.”
- “RX inoperante há mais ou menos 1 ano.”
- “Déficit de materiais assistenciais (monitor cardíaco, etc).”
- “Falta de medicação.”
- “Falta de insumos.”
- “Falta de medicamentos básicos.”
- “Leitos adequados. Pacientes ficam internados em poltronas quebradas na sala de medicação.”

Síntese do Bloco

A ausência de insumos e medicamentos básicos compromete diretamente a vida e a segurança dos pacientes, além de intensificar a sobrecarga das equipes. O quadro é agravado pela falta de manutenção de equipamentos fundamentais, como raio-X e monitores, que permanecem quebrados por longos períodos. Essa precariedade material reforça a ideia de que as UPAs funcionam em um regime de improviso permanente, incapazes de garantir a integralidade do cuidado. Para os

profissionais, significa trabalhar em condições de insegurança e frustração; para os pacientes, traduz-se em demora, sofrimento e risco aumentado de agravamento dos quadros clínicos.

Item 4 – Tempo de Espera, Superlotação e Fluxos de Atendimento

Análise Geral

A demora excessiva no atendimento é uma das maiores dores relatadas. O tempo de espera é associado ao déficit de recursos humanos, ao excesso de pacientes que chegam pela baixa resolutividade da atenção básica e à ausência de fluxos organizados. Muitos pacientes aguardam horas em poltronas quebradas, inclusive em situações de dor ou urgência, enquanto outros percebem falhas na classificação de risco. A superlotação das enfermarias e a transformação de salas em espaços improvisados de internamento refletem a incapacidade estrutural das UPAs de absorverem a demanda.

Relatos

- “Agilidade no atendimento.”
- “Com a classificação de risco feita corretamente, precisamos em seguida melhorar no tempo de espera.”
- “Os pacientes de menor complexidade ficam horas esperando atendimento.”
- “A classificação de atendimento, esperamos horas com dor, várias pessoas passaram na frente.”
- “Agilidade ao atendimento e melhor quantitativo dos profissionais de enfermagem para atender.”
- “A demora para atendimento.”
- “Redução do tempo de espera para atendimento, atualmente é desumano.”
- “Disponibilidade de leitos (superlotação), em média 20 pacientes internados em poltrona.”
- “Pouco espaço para uma demanda muito alta de pacientes internados. Situação que deixa os profissionais sobrecarregados.”
- “Excesso de pacientes internados na sala de nebulização, sobrecarregando os profissionais.”

Síntese do Bloco

Os relatos confirmam que a espera não é exceção, mas regra nas UPAs. O excesso de pacientes, somado à carência de profissionais e à desorganização dos fluxos de atendimento, leva a longos períodos de espera e superlotação. Pacientes de baixa complexidade aguardam por horas, enquanto pacientes graves ficam internados em poltronas, em ambientes improvisados e insalubres. Esse contexto gera atritos entre usuários e equipe, aumenta o risco clínico e aprofunda a sensação de descaso. Melhorar a triagem, ampliar leitos e otimizar fluxos são apontados como caminhos urgentes.

Item 5 – Segurança e Gestão Organizacional

Análise Geral

Além das carências estruturais e materiais, os relatos apontam problemas graves de segurança e de gestão. Profissionais relatam agressões verbais e físicas de pacientes e acompanhantes, associadas à demora no atendimento e ao ambiente superlotado. A falta de vigilância adequada amplia a sensação de vulnerabilidade. No campo gerencial, há críticas à “politicagem”, à ausência de gestão efetiva e à desorganização dos fluxos de trabalho. Apesar disso, muitos reconhecem o esforço das equipes, que tentam manter um atendimento humanizado em meio ao caos.

Relatos

- “Diversos relatos e ocorrências de situações de agressões aos nossos profissionais (dos pacientes e acompanhantes).”
- “Reforço de segurança e equipe de enfermagem (técnico de enfermagem).”
- “Segurança dos profissionais.”
- “Segurança para os funcionários, porque estamos sofrendo muita violência no ambiente de trabalho.”
- “Segurança, a insegurança/violência está crescente.”
- “Tem muita politicagem nas UPAs.”
- “Uma melhor gestão, que apoie a sua equipe.”
- “A prioridade é passar uma imagem de organização, mas a realidade é totalmente diferente.”
- “Atenção máxima aos seus colaboradores.”
- “Reconhecimento do esforço da equipe de enfermagem em atender bem as pessoas, mesmo sobrecarregados.”

Síntese do Bloco

A insegurança nas UPAs compromete tanto o ambiente de trabalho quanto o atendimento ao público. As agressões verbais e físicas contra profissionais refletem a insatisfação dos usuários diante da demora e da superlotação, agravada pela ausência de vigilância eficaz. No plano gerencial, a percepção é de falta de liderança efetiva, marcada por politização e desorganização. Apesar disso, há um reconhecimento importante: mesmo diante da precariedade, muitos profissionais continuam empenhados em oferecer atendimento humanizado. A superação desse quadro exige não apenas mais recursos, mas também gestão sólida, transparente e comprometida com a proteção da equipe e do usuário.

Parte C – Estrutura Física e Acessibilidade

Item 1 – Higienização e Limpeza

Análise Geral

A higienização das UPAs é apontada como uma das maiores fragilidades estruturais. Os relatos descrevem um cenário marcado por equipes sem treinamento adequado, falta de insumos básicos e uso de materiais impróprios para o ambiente hospitalar. A limpeza é frequentemente superficial, irregular e sem protocolos claros de supervisão, com destaque negativo para os banheiros, que concentram grande parte das queixas. Embora haja reconhecimento do esforço dos profissionais, a percepção dominante é de que a precariedade das condições de trabalho inviabiliza um padrão mínimo de assepsia, expondo usuários e trabalhadores a riscos de infecção e acidentes.

Relatos

- “Equipe de higienização sem treinamento para limpeza hospitalar.”
- “Como limpar ferrugem, sanitários quebrados, chão inapropriado e sem material adequado? Vejo os higienistas fazendo o seu melhor, mas as condições não ajudam.”
- “Falta treinamento para o pessoal que trabalha com higienização pois a rotatividade é grande. Além disso, muitas vezes não dispõem de materiais adequados para higienizarem da forma correta.”

- “Não tem uma boa higienização dos ambientes. Ruim.”
- “Necessário treinamento da equipe de higiene. Não tem supervisão para o pessoal de limpeza.”
- “Devido à falta de materiais não existe uma boa limpeza. Mas temos maravilhosos profissionais.”
- “Decadente e desumana a falta de higiene.”
- “A higienização da UPA, principalmente os banheiros, é muito precária. Equipes cansadas e mal treinadas. Sem motivação!”
- “Não existe limpeza adequada na unidade.”
- “Limpeza em UPA TEM QUE SER a todo momento, principalmente do WC.”
- “Além da estrutura ser ruim, a equipe de limpeza é desqualificada e não utilizam material de limpeza hospitalar e sim domiciliar.”
- “Equipe de higienização não recebe treinamento periódico. Não tem noção do que é uma limpeza de ambiente hospitalar. Não tem material adequado.”
- “É de extrema importância a limpeza terminal que hoje praticamente não existe.”

Síntese do Bloco

Os relatos revelam que a higienização é percebida como insuficiente e incapaz de garantir segurança mínima. A ausência de treinamento contínuo, somada ao uso de insumos inadequados, faz com que a limpeza seja apenas superficial. Os banheiros aparecem como um ponto crítico, frequentemente descritos como insalubres. A sobrecarga das equipes terceirizadas, sem suporte ou protocolos claros, contribui para um ambiente percebido como decadente e desumano. Ainda que haja reconhecimento do empenho individual dos profissionais, o quadro geral expõe tanto trabalhadores quanto pacientes a riscos de contaminação e à perda de confiança no serviço prestado.

Item 2 – Estrutura Física Precária e Envelhecida

Análise Geral

A estrutura física das UPAs é descrita como envelhecida, deteriorada e sem reformas significativas desde sua inauguração. O desgaste é visível em pisos quebrados, paredes com mofo e ferrugem, goteiras, infiltrações e instalações elétricas expostas. Mobiliário como camas, poltronas e colchões encontram-se sucateados, dificultando tanto a permanência do paciente quanto o trabalho da equipe. Esse cenário reforça a percepção de insalubridade e insegurança,

impactando diretamente na qualidade da assistência e na confiança da população nos serviços oferecidos.

Relatos

- “Toda a unidade tem uma estrutura envelhecida e desgastada, sua inauguração foi em 09 de junho de 2010. Há mais de 16 anos sem nenhuma benfeitoria relevante, pisos quebrados, janelas, portas, quase tudo com a vida útil exaurida ou perto disso. De modo que mesmo que os profissionais de higienização ou demais profissionais como enfermagem ou farmácia ou área médica..... tentem fazer seu trabalho, pelo fato de a estrutura estar carcomida, mesmo assim os ambientes se tornam foco de proliferação de bactérias ou/e outros microorganismos resistentes, influenciando diretamente na prestação do serviço público, tanto para colaboradores, mas principalmente para os usuários que tem uma percepção ruim do serviço prestado. Então não adianta contratar o.s para gerir a unidade se antes não resolver os problemas estruturais que são muitos, apenas será uma o.s gerindo com seus profissionais uma unidade cheio de problemas de natureza estruturais, serão profissionais que serão cobrados para exercer suas funções em alto nível em uma unidade de saúde com calamitosa estrutura.”
- “Mesmo fazendo a limpeza, a infraestrutura em si e mobiliários não contribui.”
- “Estrutura pequena para o volume de atendimentos, mobiliário precisa ser substituído principalmente as poltronas de pacientes.”
- “Camas quebradas ou com colchões extremamente finos que prejudicam o paciente.”
- “Goteiras na sala vermelha e amarela. Repouso dos técnicos em enfermagem extremamente insalubre.”
- “A UPA inteira está coberta de mofo, vazamento, ferrugem!”
- “Instalações elétricas expostas, ferrugem em todos os ambientes, vasos sanitários interditados.”
- “A unidade se encontra deteriorada, demonstrando falta de investimento público na sua manutenção. Possui infiltrações, mofos, goteiras, entupimentos, vazamentos, e ausência de condições dignas para usuários, acompanhantes e servidores.”
- “Tudo muito sucateado.”

Síntese do Bloco

Os depoimentos evidenciam uma estrutura física em colapso, marcada pela ausência de investimentos e manutenção adequada ao longo dos anos. O mobiliário e os ambientes deteriorados comprometem tanto a qualidade da assistência quanto

a segurança de pacientes e profissionais. A precariedade estrutural é percebida como fator que inviabiliza qualquer melhoria apenas pela via gerencial: não basta contratar nova equipe ou terceirizar a gestão se a base física das unidades permanece carcomida. O ambiente insalubre e hostil acentua a sensação de abandono, reforçando o descrédito da população quanto à resolutividade do serviço.

Item 3 – Acessibilidade e Espaço Insuficiente

Análise Geral

A acessibilidade e o dimensionamento dos espaços internos surgem como gargalos importantes. Há barreiras físicas na entrada e nos corredores, insuficiência de banheiros — inclusive acessíveis — e fechamento administrativo de sanitários. A estrutura física é considerada pequena frente à demanda, levando à transformação de espaços em enfermarias improvisadas e à aglomeração de pacientes. Essa inadequação espacial compromete tanto a circulação quanto a humanização do cuidado.

Relatos

- “A entrada da UPA tem uma calçada com degrau de 30 cm de altura.”
- “Na UPA Potengi a diretora fechou dois banheiros na área dos pacientes. 1 banheiro acessível e 1 banheiro normal. Só funcionando apenas 2 banheiros.”
- “Pequeno e insuficiente, que termina se transformando em uma enfermaria aglomerada, devido à falta de leito de reserva.”
- “A estrutura carece de melhorias. Seria interessante uma expansão da sala vermelha, com disponibilização de mais leitos. Também seria pertinente mais uma sala de estabilização.”

Síntese do Bloco

Os relatos apontam para uma estrutura incapaz de acomodar a demanda crescente. A falta de acessibilidade adequada — tanto externa (entrada com barreiras) quanto interna (banheiros insuficientes e interditados) — compromete o direito de todos os usuários ao atendimento digno. A pequena dimensão dos espaços favorece a aglomeração e improvisação de enfermarias, o que agrava o risco de contaminação e a sensação de precariedade. A ausência de leitos de reserva e de áreas específicas para estabilização mostra que o projeto físico não dialoga com a complexidade das demandas atuais.

Item 4 – Equipamentos e Condições de Trabalho

Análise Geral

Além da precariedade estrutural, a carência de equipamentos adequados e as condições insalubres de repouso dos profissionais são fortemente destacadas. Muitos relatos descrevem camas quebradas, colchões finos ou danificados, falta de monitores, ausência de manutenção e improvisos indignos para o descanso das equipes. Essa realidade compromete tanto a assistência prestada aos pacientes quanto a saúde ocupacional dos trabalhadores.

Relatos

- “Temos vários equipamentos com defeito. Deixo registrado ainda que os profissionais da JMT não têm um local para repouso, dormindo no chão de algumas salas e banheiros. Utilizam ainda papelão como colchão. Muito desumano!!!”
- “Falta monitores suficientes para atender a alta demanda populacional que a UPA atende.”
- “Camas quebradas ou com colchões extremamente finos que prejudicam o paciente.”
- “Repouso dos técnicos em enfermagem extremamente insalubre.”
- “Sanitários constantemente estão sem as tampas, falta muito papel toalha, vazamento de torneiras demoram a ser consertado, colchões do repouso da equipe técnica em condições precárias.”
- “Não tem papel ou sabão para higienizar às mãos entre os procedimentos.”

Síntese do Bloco

As falhas em equipamentos e no suporte básico para pacientes e profissionais reforçam a percepção de abandono das unidades. O cenário descrito — monitores insuficientes, camas quebradas, colchões precários e ausência de insumos básicos — compromete não apenas o cuidado clínico, mas também a dignidade do paciente. Do lado dos trabalhadores, a falta de locais adequados para repouso e higiene expõe uma realidade de desumanização, que agrava a sobrecarga física e emocional já relatada em outros blocos. Assim, a precariedade material torna-se um vetor duplo de vulnerabilidade: para quem busca atendimento e para quem nele atua.

Item 5 – Gestão e Organização da Higienização

Análise Geral

Os relatos evidenciam que não se trata apenas de ausência de insumos ou infraestrutura, mas também de falhas de gestão. A higienização é percebida como mal organizada, sem supervisão efetiva, protocolos claros ou responsabilização administrativa. Equipes terceirizadas atuam sem capacitação periódica, o que gera

serviços superficiais e irregulares. A ausência de liderança qualificada é apontada como fator agravante, somada a críticas à politização e à falta de checagem sistemática da limpeza.

Relatos

- “Não tem supervisão para o pessoal de limpeza. Só existem babões da diretora da unidade. À noite o adm não funciona, vão todos dormir!”
- “Equipes de limpeza terceirizadas necessitam de treinamento permanente.”
- “Não há material nem treinamento para pessoal da limpeza. E não há gestão para checagem e verificação do trabalho. O administrativo não se responsabiliza.”
- “Tem muita politicagem nas UPAs.”
- “Equipe de higienização não recebe treinamento periódico. Não tem noção do que é uma limpeza de ambiente hospitalar. Não tem material adequado.”
- “É de extrema importância a limpeza terminal que hoje praticamente não existe.”
- “Observo falta de capacitação da empresa prestadora de serviços gerais, sobre procedimentos operacionais para limpeza de ambientes hospitalares.”

Síntese do Bloco

A falta de protocolos padronizados, supervisão contínua e responsabilização administrativa gera um quadro de higienização desorganizado e ineficaz. As equipes terceirizadas operam sem treinamento consistente, enquanto a ausência de fiscalização e checagem favorece negligências e descuidos. A percepção de “politicagem” reforça a desconfiança na gestão e na transparência dos processos. A inexistência de limpeza terminal periódica é vista como símbolo da má gestão, pois compromete diretamente a segurança sanitária da unidade. Assim, o problema transcende a falta de recursos: revela-se uma falha de governança institucional.

Item 6 – Percepção Geral e Impacto no Usuário

Análise Geral

A percepção dos usuários e trabalhadores sobre o ambiente das UPAs é marcada por sentimentos de abandono, insalubridade e indignidade. Muitos descrevem as unidades como “decadentes” e “desumanas”, ressaltando o risco elevado de infecções e acidentes. Apesar disso, há alguns relatos que reconhecem o esforço individual dos profissionais de higienização, mesmo diante da falta de recursos. O contraste entre dedicação pessoal e falhas estruturais e gerenciais

acentua a sensação de injustiça e descrédito em relação ao serviço público de saúde.

Relatos

- “Decadente e desumana a falta de higiene.”
- “Da estrutura física ao atendimento há muito o que se melhorar, precária a situação, entregue às baratas, literalmente. É um ambiente insalubre e hostil, infelizmente.”
- “Local totalmente insalubre para tratar alguém. Os riscos de piora na saúde são 100% maiores.”
- “Tudo péssimo ao extremo.”
- “A unidade se encontra deteriorada, demonstrando falta de investimento público na sua manutenção. (...) ausência de condições dignas para usuários, acompanhantes e servidores, elevando riscos de adoecimento e acidentes.”
- “Vejo os higienistas fazendo o seu melhor, mas as condições não ajudam.”
- “Tudo limpinho, exceto a área de espera.”

Síntese do Bloco

A percepção geral dos entrevistados revela um serviço de saúde fragilizado, incapaz de oferecer um ambiente minimamente digno. A sensação de insegurança sanitária e de insalubridade permanente mina a confiança da população e desgasta emocionalmente os profissionais. Mesmo os esforços individuais dos trabalhadores, reconhecidos por alguns, não conseguem compensar as falhas estruturais e gerenciais. O impacto final é duplo: gera descrédito institucional e aprofunda a vulnerabilidade dos usuários, que se sentem tratados em condições indignas.

Parte D – Atendimento e Fluxo de Pacientes: Vozes da Comunidade

Item 1 – Superlotação e Tempo de Espera

A demora excessiva no atendimento aparece como uma das maiores dores relatadas. Os participantes descrevem um cenário de **filas intermináveis, insuficiência de profissionais e sobrecarga estrutural**, resultando em sofrimento físico e psíquico para usuários e trabalhadores.

Relatos:

- “*Excesso de pacientes por falta de assistência básica (vai contra o preconizado pelo SUS). Por esse motivo filas e tanta espera muitas vezes.*”
- “*A espera é demorada justamente pelo quantitativo reduzido de profissionais.*”
- “*Deveríamos classificar até 15 pacientes por hora, mas essa não é a nossa realidade. Muitas vezes só há um enfermeiro para verificação de sinais vitais, triagem, classificação de risco, retornos.*”
- “*Os pacientes de menor complexidade ficam horas esperando atendimento.*”
- “*O tempo de espera para atendimento tem relação com a falta de infraestrutura para comportar a alta demanda que busca a unidade, a disponibilidade de equipamentos e insumos adequados e o dimensionamento não só da equipe médica, mas de toda a equipe multiprofissional.*”
- “*A demora maior é por causa do novo sistema, e os médicos demoram muito a atender os azul e verde.*”
- “*A triagem podia ser mais rápida se houvesse dois enfermeiros. A demanda externa é muito grande para só um enfermeiro triar.*”
- “*Alguns profissionais novos médicos não têm segurança na dosagem dos medicamentos, principalmente para pediatria, em que as doses são mínimas, e isso aumenta a demora.*”
- “*Com o sistema informatizado, os casos de urgência e emergência têm sido atendidos rapidamente, mas os menos prioritários estão demorando muito mais, o que acaba gerando brigas e atritos entre pacientes e enfermeiros da classificação.*”
- “*Acredito que os pacientes estão aguardando muito após a implementação do novo sistema.*”
- “*Muita demora.*”
- “*Aqui as pessoas estão ao léu, não tem atendimento para nós. São poucos médicos para MUITAS pessoas.*”
- “*Desde a hora que cheguei foram todos educados, mas já são 11h20 e só dois médicos atendendo toda a demanda.*”

Síntese do Bloco:

Os relatos evidenciam que o **tempo de espera** não é percebido como exceção, mas como regra estrutural. O excesso de pacientes (reflexo da baixa resolutividade das UBS) e a escassez de profissionais explicam as filas. Soma-se a isso a implantação de sistemas informatizados sem suporte adequado, que acabou agravando a espera

para casos de menor complexidade. A triagem insuficiente, muitas vezes feita por apenas um profissional, amplia o gargalo e gera atritos com os usuários.

Item 2 – Déficit de Recursos Humanos

O déficit de profissionais é um dos eixos centrais da crise nas UPAs. Médicos, enfermeiros e técnicos relatam escalas incompletas, excesso de estagiários e trabalhadores inexperientes, falta de treinamento e sobrecarga que leva a erros graves, inclusive fatais.

Relatos:

- “*Todos os profissionais da unidade estão comprometidos com o serviço, o grande gargalo é o quantitativo de profissionais que trabalham na unidade que ainda é pouco pra demanda.*”
- “*Equipe de enfermagem extremamente reduzida, muitas coisas ficam a cargo de estagiários que desconhecem o serviço.*”
- “*Poucos técnicos para a demanda.*”
- “*A enfermagem só vai atender bem se tiver profissionais suficientes.*”
- “*Devido à redução de técnicos ficamos sobrecarregados e isso nos leva a cometer erros que podem levar o paciente a óbito, alto risco causado pelo sono e a exaustão.*”
- “*Poucos técnicos de enfermagem.*”
- “*Sofremos muito com o déficit de RH, o que prejudica totalmente o andamento e fluxo dos pacientes. Um técnico para medicar todos os pacientes que passam na sala de medicação é inadmissível – mas infelizmente é o habitual.*”
- “*Está no parâmetro ruim ou regular por falta de RH e a sobrecarga.*”
- “*O que passamos aqui no dia a dia com a falta de estrutura, insumos e RH tem nos trazido muito sofrimento psíquico e físico. Saio exausta e com a sensação de impotência e desânimo. Mas preciso do emprego.*”
- “*Temos uma equipe de enfermagem excelente no quesito assistência, porém o déficit de RH sobrecarrega a equipe, deixando a assistência prejudicada.*”
- “*Falta RH, o que dificulta a assistência de enfermagem. Os poucos profissionais têm que trabalhar com muitos pacientes, até mesmo acima da capacidade do que diz o conselho de classe.*”
- “*Há déficit profissional nas escalas, o que prejudica a assistência prestada.*”

- “Temos uma demanda muito alta, mas equipe reduzida para triagem e classificação de risco. Associado a isso, apenas dois médicos atendendo estes pacientes.”
- “Os pacientes acabam esperando mais tempo devido ao DEFICT ALTÍSSIMO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.”

Relatos sobre inexperiência e falta de treinamento:

- “Profissionais novos (sem experiência) precisam ser treinados antes de entrar no serviço.”
- “Médicos novatos com dificuldade em algumas condutas e em técnicas de procedimento.”
- “Alguns profissionais novos médicos não têm segurança na dosagem dos medicamentos, principalmente em pediatria, que exige precisão.”
- “Não há nenhum tipo de treinamento para os novos colaboradores. Pessoas são remanejadas para suprir a necessidade de outros setores sem a mínima experiência nem treinamento, inclusive médicos totalmente despreparados, colocando vidas em risco total.”
- “Desde que assumi não senti segurança. Não existem protocolos. Preciso aprender as coisas na prática e não é todo mundo que quer ensinar.”
- “Não existe treinamento. Muitos vêm da baixa complexidade e sem experiência, aprendem no dia a dia.”
- “Falta treinamento para novos profissionais e capacitação continuada.”
- “Precisam ser exigidos no mínimo BLS e ACLS para entender sobre urgências.”

Relatos de erros graves decorrentes do déficit e da sobrecarga:

- “Ocorreram diversos erros na segurança do paciente, como óbito após administração de água de dieta enteral por via parenteral (na veia), PCR de dois pacientes após noradrenalina ser administrada no lugar de vitamina C, administração de bolsa de sangue de um paciente em outro, e não administração de antibióticos de horário em vários pacientes ao mesmo tempo.”
- “Devido ao déficit de RH, ficamos sobrecarregados, o que leva a erros que podem custar vidas.”

Síntese do Bloco:

A carência de profissionais não é apenas numérica: reflete-se na qualidade do atendimento, no treinamento insuficiente, na insegurança técnica e em erros graves, alguns com desfecho fatal. Técnicos e enfermeiros relatam sobrecarga constante, enquanto médicos apontam insegurança de colegas recém-formados e ausência de protocolos claros. A falta de treinamento inicial e continuado agrava a precariedade. A percepção unânime é de que **as UPAs operam com equipes aquém do mínimo necessário**, colocando em risco tanto a segurança dos pacientes quanto a saúde física e mental dos trabalhadores.

Item 3 – Segurança e Violência

A insegurança dentro das UPAs é um dos fatores mais graves relatados pelos trabalhadores. A ausência de vigilantes preparados, protocolos claros e retaguarda policial transforma o ambiente em espaço de risco permanente. Os profissionais de saúde, já sobreacarregados pela falta de recursos humanos e materiais, convivem diariamente com agressões físicas e verbais, ameaças de pacientes e familiares, além da insegurança para lidar com pacientes psiquiátricos em crise.

Relatos:

- “*Não temos seguranças qualificados pra ajudar com pessoas psiquiátricas. Já houve até agressão, inclusive de pacientes eletivos.*”
- “*Já fomos ameaçados, agredidos, já fomos parar em delegacia durante o plantão devido a ameaças e agressões.*”
- “*Os enfermeiros e povo do atendimento querem debater com as mães e as mães debatem com eles sobre clareza do atendimento e posição da fila.*”
- “*O profissional de enfermagem da classificação de risco é o que mais se desgasta no seu plantão, trabalhando sem segurança, sendo agredido e assediado pela gestão para sempre atender mais rápido.*”
- “*Precisamos de segurança ativa e presencial para evitar maiores agressões com os funcionários.*”
- “*A demora no atendimento resulta em agressividade dos usuários contra os servidores.*”
- “*Alguns enfermeiros recebem ameaças por parte de pacientes que são classificados de verde ou azul.*”
- “*De mais segurança para os profissionais da saúde.*”
- “*A classificação de risco muitas vezes gera brigas e atritos entre pacientes e familiares.*”
- “*Profissionais sofrem ameaça e assédio constante.*”

Síntese do Bloco:

Os relatos mostram que a **insegurança é estrutural**, não episódica. A falta de vigilância adequada expõe os profissionais a agressões constantes, especialmente nas áreas de recepção e triagem, onde a tensão é maior. O problema se agrava diante da falta de protocolos para manejo de pacientes psiquiátricos em crise, deixando equipes despreparadas e vulneráveis.

A violência verbal e física, longe de ser um incidente isolado, tornou-se rotina. Profissionais relatam idas à delegacia após agressões, ameaças diretas de pacientes e familiares, e ausência de apoio institucional. Em muitos casos, a demora no atendimento, decorrente da falta de recursos humanos, atua como gatilho para explosões de violência.

Trata-se, portanto, de um **colapso de biossegurança**, que fragiliza não apenas os trabalhadores, mas compromete também a assistência, já que o medo e a exaustão impactam diretamente a qualidade do cuidado prestado.

Item 4 – Estrutura Física e Insalubridade

A condição física das UPAs foi descrita pelos respondentes como **indigna e insalubre**, comprometendo tanto a segurança dos pacientes quanto a capacidade de trabalho dos profissionais. Os relatos destacam desde falhas graves em banheiros até improvisações em poltronas rasgadas, pisos quebrados e infiltrações que tornam o ambiente hospitalar um vetor de risco, em vez de proteção.

Relatos:

- “*Armários quebrados, climatização com defeito, pias, pisos, poltronas, cadeiras... se torna muito difícil qualquer profissional prestar um bom serviço.*”
- “*Pacientes idosos permanecem semanas em poltronas rasgadas, sem cama, sem dignidade.*”
- “*As cadeiras de espera são péssimas pra quem está com dor.*”
- “*Banheiros insalubres, descargas quebradas, ralos entupidos, cheiro insuportável.*”
- “*Salas sem ventilação, infiltrações, ferrugem em paredes e portas.*”
- “*Estrutura tão precária que parece mais um espaço para gerar doenças do que para tratá-las.*”
- “*Colchões danificados, macas improvisadas ou no chão.*”
- “*A falta de infraestrutura atrapalha a triagem e atendimento, aumentando o tempo de espera.*”

- “Risco elétrico com fios expostos e goteiras em locais de atendimento.”

Síntese do Bloco:

Os depoimentos evidenciam um **colapso estrutural**: banheiros sem condições mínimas de uso, infiltrações que comprometem paredes e tetos, pisos e mobiliário em estado avançado de deterioração. O ambiente físico, em vez de oferecer acolhimento, agrava o sofrimento de pacientes e o estresse dos profissionais.

As poltronas e macas, frequentemente danificadas, revelam improvisos indignos — idosos e crianças permanecem dias em assentos rasgados, ou mesmo no chão. O ambiente insalubre e degradado contraria frontalmente normas de biossegurança (Anvisa/MS) e compromete a **qualidade mínima da assistência**.

O impacto é duplo: de um lado, aumenta a insegurança clínica e o risco de infecções hospitalares; de outro, gera desmotivação e sentimento de impotência nas equipes, que atuam em um espaço que não oferece as condições necessárias para o exercício profissional.

Item 5 – Recursos Humanos: Déficit, Sobrecarga e Insegurança Técnica

A insuficiência de recursos humanos foi apontada como a **fragilidade central das UPAs**, com impactos diretos na segurança dos pacientes, na qualidade do atendimento e na saúde mental dos trabalhadores. O quadro revela sobrecarga crônica, improvisação de estagiários em funções críticas e profissionais atuando além dos limites de exaustão.

Relatos:

- “A espera é demorada justamente pelo quantitativo reduzido de profissionais.”
- “Todos os profissionais estão comprometidos, o grande gargalo é o quantitativo reduzido de trabalhadores para a demanda.”
- “Equipe de enfermagem extremamente reduzida, muitas coisas ficam a cargo de estagiários que desconhecem o serviço.”
- “Poucos técnicos para a demanda, o que sobrecarrega e aumenta os erros.”
- “Devido à redução de técnicos ficamos sobrecarregados, o que leva a erros que podem causar óbito, alto risco causado pelo sono e exaustão.”
- “1 técnico para medicar todos os pacientes da sala de medicação é inadmissível, mas infelizmente é o habitual.”

- “A enfermagem só vai atender bem se tiver profissionais suficientes.”
- “Sofremos muito com o déficit de RH, o que prejudica totalmente o fluxo.”
- “Temos uma equipe de enfermagem excelente, mas o déficit sobrecarrega e prejudica a assistência.”

- “Homem de 40 e poucos anos, com diagnóstico de hérnia estrangulada, com a demora na transferência para o Hospital Walfredo, o paciente veio a óbito”
- “Não há nenhum tipo de treinamento para novos colaboradores; médicos recém-formados aprendem na prática, sem supervisão adequada.”
- “Novos profissionais não têm segurança em dosagem, principalmente em pediatria.”
- “Médicos novatos precisam ser treinados antes de entrar no serviço.”
- “Desde que assumi não senti segurança, não existem protocolos, preciso aprender na prática.”
- “O profissional de enfermagem da classificação de risco é o que mais se desgasta, trabalha sem segurança e sofre agressões.”
- “O déficit altíssimo de técnicos de enfermagem prejudica a assistência.”
- “Falta RH em todos os setores; até mesmo acima do que o conselho de classe admite.”
- “O que passamos aqui no dia a dia nos traz sofrimento psíquico e físico; é como trabalhar em um abatedouro.”

Síntese do Bloco:

O déficit de recursos humanos compromete o funcionamento das UPAs em todas as frentes. Técnicos de enfermagem, que constituem o maior contingente, atuam em número insuficiente, muitas vezes assumindo funções de risco sem apoio adequado. Estagiários são lançados à prática sem treinamento, o que amplia a insegurança clínica.

A sobrecarga gera **erros graves e recorrentes de segurança do paciente**: administração equivocada de medicações, atrasos em antibióticos, trocas de bolsas de sangue e colapsos por exaustão profissional. Relatos de óbitos associados a falhas evitáveis foram frequentes, sempre relacionados à sobrecarga e à falta de protocolos consistentes.

Os profissionais também relatam **adoecimento físico e psíquico**: fadiga extrema, sensação de impotência, desânimo e sofrimento emocional por não conseguirem

oferecer atendimento digno. O déficit de RH não é apenas uma falha administrativa, mas o **núcleo do colapso organizacional** das UPAs.

Item 6 – Violência e Segurança no Trabalho

A violência no ambiente das UPAs foi um dos pontos mais reiterados nos questionários. Profissionais relataram episódios de agressões verbais e físicas, ameaças constantes e ausência de vigilantes preparados para intervir, especialmente em casos envolvendo pacientes psiquiátricos ou usuários em situação de vulnerabilidade.

Relatos:

- “*Não temos segurança qualificada para ajudar com pessoas psiquiátricas, já houve até agressão.*”
- “*Já fomos ameaçados, agredidos, já fomos parar em delegacia durante o plantão devido a ameaças e agressões.*”
- “*O profissional de enfermagem da classificação de risco trabalha sem segurança, sendo agredido e assediado para atender mais rápido.*”
- “*Precisamos de segurança ativa e presencial para evitar maiores agressões com os funcionários.*”
- “*De mais segurança para os profissionais de saúde.*”
- “*A demora no atendimento resulta em agressividade dos usuários contra os servidores.*”
- “*Com pacientes psiquiátricos, a falta de segurança maior coloca todos em risco.*”
- “*Trabalhadores sendo ameaçados constantemente.*”

Síntese do Bloco:

A violência contra profissionais e usuários dentro das UPAs não é pontual: trata-se de um **fenômeno sistêmico e cotidiano**, enraizado na superlotação, na demora de atendimento e na ausência de protocolos de contenção e vigilância preventiva.

A falta de segurança especializada leva a um **efeito cascata**: pacientes em sofrimento se revoltam diante da espera; familiares pressionam e ameaçam equipes; profissionais, já sobrecarregados, atuam sob medo, o que compromete ainda mais a qualidade do cuidado.

A gravidade se agrava em casos psiquiátricos: sem retaguarda adequada e sem vigilantes treinados, os riscos de violência aumentam, expondo tanto os trabalhadores quanto os demais pacientes.

Em suma, os depoimentos apontam para a **urgência de marcos mínimos de segurança institucional**: presença contínua de vigilância treinada, protocolos de gestão de conflitos, integração com a Polícia Militar e suporte psicológico para equipes. Sem tais medidas, as UPAs seguem como espaços de cuidado ameaçados pelo medo e pela insegurança estrutural.

Item 7 – Estrutura Física e Condições de Trabalho

Os depoimentos revelam que as condições físicas das UPAs estão muito aquém do mínimo exigido para um serviço de urgência. As falhas estruturais não apenas prejudicam o conforto dos pacientes, mas comprometem diretamente a segurança assistencial e o desempenho dos profissionais de saúde.

Relatos:

- “*Armários quebrados, climatização com defeito, pias, pisos, poltronas, cadeiras... Se torna muito difícil prestar um bom serviço sem estrutura.*”
- “*Os usuários não entendem a precariedade da estrutura e, muitas vezes, a agressão recai sobre os profissionais.*”
- “*Os poucos técnicos têm que medicar todo mundo, muitas vezes em poltronas quebradas, o que aumenta o risco de erros.*”
- “*Não é fácil ver idosos, crianças ou qualquer pessoa doente ficar internada sentada em uma cadeira, à espera de um leito hospitalar.*”
- “*As cadeiras de espera são péssimas para quem está com dor.*”
- “*Falta infraestrutura para comportar a alta demanda: não há espaço físico suficiente.*”
- “*Sucateamento: as poltronas estão rasgadas, os colchões inadequados, os ambientes sem ventilação e cheios de infiltrações.*”

Síntese do Bloco:

O quadro descrito é de **degradação estrutural crônica**: infiltrações, banheiros insalubres, mobiliário danificado e ausência de climatização adequada. Pacientes permanecem em **poltronas rasgadas ou improvisos indignos**, muitas vezes por dias, em completa violação à dignidade humana.

Essa precariedade repercute de forma direta no **cuidado em saúde**. Profissionais relatam que erros são favorecidos por um ambiente caótico: falta de espaço adequado para medicação, cadeiras quebradas para pacientes graves, ausência de salas apropriadas para isolamento ou procedimentos de maior complexidade.

A **estrutura física deteriorada** também impacta o ambiente emocional: equipes trabalham em condições indignas, exaustivas e inseguras, gerando frustração, fadiga e descrença.

Em suma, os relatos apontam para a necessidade de **intervenção imediata em infraestrutura básica** — pisos, banheiros, poltronas, climatização e ventilação — sob pena de perpetuar um cenário insalubre, que agrava tanto a dor dos usuários quanto a vulnerabilidade dos trabalhadores.

Item 8 – Recursos Humanos

Relatos:

- “A espera é demorada justamente pelo quantitativo reduzido de profissionais.”
- “O grande gargalo é o quantitativo de profissionais que trabalham na unidade, que ainda é pouco para a demanda.”
- “Equipe de enfermagem extremamente reduzida, muitas coisas ficam a cargo de estagiários que desconhecem o serviço.”
- “Poucos técnicos para a demanda. Um técnico para medicar todo paciente que passa na sala de medicação é inadmissível — mas infelizmente é o habitual.”
- “Sofremos muito com o déficit de RH, o que prejudica totalmente o andamento e fluxo dos pacientes.”
- “A enfermagem só vai atender bem se tiver profissionais suficientes.”
- “Devido à redução de técnicos ficamos sobrecarregados e isso nos leva a cometer erros que podem levar o paciente a óbito, alto risco causado pelo sono e a exaustão.”
- “Temos uma equipe de enfermagem excelente, mas o déficit de RH sobrecarrega e prejudica a assistência.”
- “Os profissionais de saúde na linha de frente acabam sendo injustiçados duplamente: tanto pelos gestores como pelos usuários em aflição.”
- “Médicos novatos com dificuldade em condutas e técnica em procedimentos.”
- “Alguns médicos totalmente despreparados, colocando vidas em risco.”

- “*Muitos médicos recém-formados e inseguros, principalmente em pediatria.*”
- “*Precisa melhorar segurança, pois pacientes psiquiátricos demandam mais profissionais e vigilância.*”
- “*Não existe treinamento: muitos vêm da baixa complexidade e aprendem na prática, sem protocolos claros.*”
- “*Necessário capacitação permanente para as equipes.*”
- “*Não há nenhum tipo de treinamento para os novos colaboradores, nem reciclagens.*”
- “*O profissional de enfermagem da classificação de risco é o que mais se desgasta no plantão, sendo agredido e assediado pela gestão para atender mais rápido.*”
- “*Precisam ser exigidos no mínimo BLS e ACLS para entender sobre urgências.*”
- “*O déficit altíssimo de profissionais de enfermagem faz pacientes esperarem mais tempo, aumenta erros e gera desgaste extremo da equipe.*”
- “*Não estudamos para ter uma profissão e sentir que trabalhamos praticamente em um abatedouro.*”

Síntese do Bloco:

Os relatos convergem para um **quadro crítico de subdimensionamento das equipes**. A insuficiência de técnicos de enfermagem, a sobrecarga de enfermeiros e a escassez de médicos em determinados turnos (especialmente noturnos) foram apontados como as causas centrais da demora, dos erros e do clima de exaustão.

Profissionais relatam **fadiga extrema, improvisos arriscados e erros graves** em medicação, entubação e monitoramento, decorrentes da sobrecarga e da ausência de treinamento. O uso de **estagiários para cobrir funções críticas** reforça a fragilidade assistencial e expõe os pacientes a riscos elevados.

A falta de **educação permanente e protocolos claros** agrava a insegurança, sobretudo entre médicos recém-formados e técnicos inexperientes, o que se traduz em falhas evitáveis e insegurança tanto para usuários quanto para trabalhadores.

O **sofrimento emocional e físico das equipes** é descrito em termos de impotência, frustração e sensação de trabalhar em condições desumanas. Esse desgaste é acentuado pela violência verbal e física dos usuários, que, sem compreender as falhas estruturais do sistema, direcionam sua angústia contra os profissionais na linha de frente.

Em resumo, o déficit de Recursos Humanos é o **epicentro da crise nas UPAs**, funcionando como fator desencadeador dos demais problemas: demora no atendimento, superlotação, insegurança no cuidado e desassistência de pacientes vulneráveis. Sem um **plano mínimo de dimensionamento e proteção das equipes**, qualquer modelo de gestão permanecerá refém da precarização já denunciada.

Item 9 – Segurança e Gestão de Conflitos

Relatos:

- “*Já fomos ameaçados, agredidos, já fomos parar em delegacia durante o plantão devido a ameaças e agressões.*”
- “*Não temos seguranças qualificados para ajudar com pessoas psiquiátricas, já houve até agressão de pacientes eletivos também.*”
- “*Precisamos de segurança ativa e presencial para evitar maiores agressões com os funcionários.*”
- “*De mais segurança para os profissionais da saúde.*”
- “*Alguns enfermeiros recebem ameaças por parte de pacientes classificados como verde ou azul, que não aceitam a demora.*”
- “*O profissional de enfermagem da classificação de risco é o que mais se desgasta, sendo agredido e assediado.*”
- “*A demora no atendimento resulta em pacientes agindo de forma agressiva com os servidores.*”

Síntese do Bloco:

A consulta pública revelou um **ambiente marcado pela violência cotidiana**. A ausência de vigilantes em número suficiente, a fragilidade dos protocolos de contenção e a inexistência de integração efetiva com forças policiais fazem com que tanto pacientes quanto profissionais estejam expostos a situações recorrentes de risco.

As **ameaças e agressões físicas e verbais** são relatadas com frequência, especialmente contra enfermeiros e técnicos de enfermagem, que estão na linha de frente da classificação de risco e da triagem. Pacientes em sofrimento, frustrados com a demora ou em crises psiquiátricas, tornam-se fonte de tensão permanente, levando inclusive a registros em delegacias.

O problema se agrava pela **falta de qualificação específica dos seguranças contratados**: em vários relatos, aponta-se que não há preparo para lidar com surtos psiquiátricos ou contenção humanizada, o que gera riscos tanto para usuários quanto para os próprios trabalhadores.

Essa insegurança não é apenas física: cria-se um **clima institucional de medo**, em que profissionais relatam desgaste psicológico profundo, sentindo-se desprotegidos e injustiçados por não terem condições adequadas de trabalho.

Em síntese, a **gestão da segurança nas UPAs está em colapso**: não há protocolos claros, nem vigilância eficaz, nem treinamento adequado das equipes para mediação de conflitos. O resultado é a perpetuação de um ciclo de violência que desmoraliza os trabalhadores, expõe pacientes vulneráveis e fragiliza ainda mais a qualidade da assistência.

Item 10 – Estrutura Física e Condições Ambientais

Relatos:

- “*Todas as respostas acima têm base na mesma premissa: armários quebrados, climatização com defeito, pias, pisos, poltronas, cadeiras...*”
- “*Se torna muito difícil qualquer profissional prestar um bom serviço sem possibilidade de erros, se a estrutura não lhe dá condições.*”
- “*Os usuários não entendem e não raro há casos de agressão, pelo fato de estarem debilitados e não conseguirem um atendimento digno.*”
- “*As cadeiras de espera são péssimas para quem está com dor ou doente. Deveria ter mais conforto.*”
- “*O tempo de espera para atendimento tem relação com a falta de infraestrutura para comportar a alta demanda.*”
- “*Sucateamento.*”
- “*Muitos pacientes ficam internados em poltronas rasgadas, sem cama, sem dignidade.*”
- “*Banheiros quebrados, sem condições de higiene, ralos entupidos, infiltrações.*”

Síntese do Bloco:

Os relatos apontam para um **estado avançado de degradação estrutural** das UPAs de Natal. As referências a armários quebrados, climatização defeituosa, pias e pisos deteriorados, poltronas e cadeiras em mau estado revelam que a precariedade física não é pontual, mas sistemática.

Essa condição impacta diretamente na qualidade da assistência: profissionais relatam que se tornam mais suscetíveis a erros porque não dispõem de condições

mínimas para trabalhar; usuários sentem-se desrespeitados, aumentando conflitos e gerando agressões contra as equipes.

A **falta de conforto** é outro aspecto enfatizado. Pacientes com dor são obrigados a aguardar em cadeiras duras e rasgadas, enquanto internados permanecem em poltronas impróprias e insalubres, o que configura violação da dignidade do cuidado.

Os **banheiros insalubres**, com descargas quebradas, ralos entupidos e infiltrações, reforçam a percepção de abandono. Associada a esse quadro, a superlotação amplifica a sensação de “sucateamento”, termo usado explicitamente por participantes.

Assim, a infraestrutura deficiente não é apenas um pano de fundo, mas **um fator ativo de agravamento do sofrimento** de pacientes e profissionais. Ela compromete a assistência, gera riscos sanitários e alimenta a insatisfação, transformando a UPA em um espaço de precariedade institucionalizada.

Item 11 – Recursos Humanos e Condições de Trabalho

Relatos:

- “A espera é demorada justamente pelo quantitativo reduzido de profissionais.”
- “Todos os profissionais da unidade estão comprometidos com o serviço, o grande gargalo é o quantitativo de profissionais que trabalham na unidade que ainda é pouco pra demanda.”
- “Equipe de enfermagem extremamente reduzida, muitas coisas ficam a cargo de estagiários que desconhecem o serviço.”
- “Poucos técnicos para a demanda.”
- “A enfermagem só vai atender bem se tiver profissionais suficientes.”
- “Já fomos ameaçados, agredidos, já fomos parar em delegacia durante o plantão devido a ameaças e agressões.”
- “Necessário capacitação permanente para as equipes.”
- “Médicos novatos com dificuldade em algumas condutas e dificuldade em técnica em procedimento.”
- “Diversos erros na segurança do paciente: óbito após administração de dieta enteral por via venosa; PCR de pacientes após noradrenalina em vez de vitamina C; administração de bolsa de sangue em paciente errado;

antibióticos atrasados.”

- “*Um verdadeiro caos em todos os sentidos, trabalhamos direito se for humano, mas não existe incentivo nem treinamento, cada um faz a seu modo.*”
- “*Um espaço que é usado pra gerar doença. Se chegar doente, sai mais doente.*”
- “*Desde que assumi não senti segurança. Não existem protocolos. Preciso aprender na prática e não é todo mundo que quer ensinar, não tem paciência nem tempo.*”
- “*O déficit altíssimo dos profissionais de enfermagem leva a erros que podem levar o paciente a óbito, causado por sono e exaustão.*”
- “*O profissional de enfermagem da classificação de risco é o que mais se desgasta, trabalhando sem segurança, sendo agredido e assediado pela gestão para sempre atender mais rápido.*”
- “*Falta de treinamento para novos colaboradores, inclusive médicos totalmente despreparados, colocando vidas em risco.*”
- “*Falta RH, o que dificulta toda a assistência. Os poucos profissionais têm que trabalhar com muitos pacientes, acima da capacidade do que diz o conselho de classe.*”
- “*A equipe de enfermagem excelente no quesito assistência, mas o déficit de RH sobrecarrega, deixando a assistência prejudicada.*”
- “*Saio exausta e com a sensação de impotência e desânimo. Mas preciso do emprego.*”

Síntese do Bloco:

A percepção dos respondentes converge para um **colapso de recursos humanos**. O número de médicos, enfermeiros e técnicos é descrito como insuficiente para a demanda, gerando sobrecarga crônica, fadiga, exaustão e aumento do risco de erros graves.

Os **erros de medicação relatados** — óbitos por dietas administradas de forma incorreta, trocas de medicamentos, atrasos em antibióticos e falhas em monitoramento — evidenciam não apenas falhas individuais, mas consequências diretas de equipes reduzidas, mal treinadas e submetidas a condições de trabalho inviáveis.

Profissionais relatam **desgaste físico e emocional intenso**, chegando a descrever o ambiente de trabalho como “um abatedouro” ou “um espaço que gera

doença". Muitos afirmam sentir impotência e desesperança, ainda que mantenham o vínculo por necessidade.

A **falta de treinamento** aparece de forma recorrente: médicos recém-formados inseguros, estagiários assumindo funções críticas, ausência de protocolos e de capacitação continuada. Esse cenário aumenta a insegurança assistencial, colocando em risco a vida dos pacientes e a saúde mental dos trabalhadores.

Além disso, a **violência cotidiana** contra profissionais é um agravante: ameaças, agressões verbais e físicas, assédio da própria gestão para acelerar atendimentos em condições impossíveis. Esse quadro compromete não apenas a segurança dos servidores, mas também a continuidade do serviço.

Em resumo, os relatos indicam que a **principal fragilidade das UPAs de Natal está no déficit de recursos humanos**, com repercussões em todos os demais eixos de funcionamento.

Item 12 – Atendimento Médico e Qualidade Técnica

Relatos:

- “*Sou lactante, cheguei cheia de dor às 11h e meu bebê em casa; fui falar com um dos funcionários e foi muito ruído comigo.*”
- “*Solicitam ECG pra todo mundo que chega na UPA. Não tem ambiente apropriado nem pessoal qualificado para atender os pacientes psiquiátricos.*”
- “*Médicos novatos com dificuldade em algumas condutas e dificuldade em técnica em procedimento.*”
- “*Diversos erros na segurança do paciente: óbito após dieta enteral por via venosa; PCR em dois pacientes após uso errado de noradrenalina no lugar de vitamina C; bolsa de sangue de um paciente administrada em outro; antibióticos de horário não administrados em vários pacientes ao mesmo tempo.*”
- “*Um verdadeiro espaço que é usado pra gerar doença, se chegar doente, sai mais doente.*”
- “*Desde que assumi não senti segurança. Não existem protocolos. Preciso aprender na prática e não é todo mundo que quer ensinar, não tem paciência nem tempo de repassar fluxos.*”
- “*Alguns médicos não têm perfil para urgência e emergência. Falta humildade e preparo técnico.*”
- “*Alguns médicos recém-formados e inseguros, principalmente em pediatria, erram doses mínimas de medicamentos.*”

- “Precisa ser exigido no mínimo BLS e ACLS para quem atua em urgências.”
- “Muitos médicos não preparados, sem humildade.”

Síntese do Bloco:

Os relatos sobre o **atendimento médico** convergem em três grandes eixos de fragilidade:

1. **Insegurança técnica e falta de pregaro** – A presença de médicos recém-formados, sem treinamento adequado em urgência e emergência, é citada repetidamente. Os erros relatados — desde falhas em condutas básicas até equívocos fatais em medicação e transfusões — revelam que não há protocolos padronizados nem exigência mínima de certificações (como BLS/ACLS) antes da atuação.
2. **Ausência de protocolos clínicos claros** – Muitos profissionais relatam que “aprendem na prática”, sem treinamento formal ou orientação sistemática. Essa improvisação, em ambiente de alta pressão, resulta em riscos diretos à segurança do paciente e à confiança da equipe.
3. **Atendimento desumanizado e falhas de comunicação** – Há queixas de médicos grosseiros ou sem postura adequada no trato com pacientes e familiares. Esse comportamento agrava o sofrimento de usuários em situação de vulnerabilidade.

Em termos gerais, a **qualidade técnica do atendimento médico está comprometida**, não apenas pelo déficit numérico, mas pela ausência de capacitação sistemática e protocolos obrigatórios. A sensação de insegurança, relatada tanto por usuários quanto por colegas de equipe, demonstra que há risco assistencial significativo.

Item 13 – Triagem, Classificação de Risco e Fluxos

Relatos:

- “A classificação de risco vive com a sala vazia.”
- “Temos uma demanda muito alta de pacientes, mas equipe reduzida para triagem. Muitas vezes apenas um enfermeiro faz sinais vitais, triagem, classificação de risco e retornos.”
- “Deveríamos classificar até 15 pacientes por hora, mas essa não é a realidade.”
- “O novo sistema informatizado piorou a qualidade: os casos graves são atendidos, mas os de menor prioridade ficam horas esperando, o que gera

brigas e ameaças contra os enfermeiros da triagem.”

- “*O sistema na TV chama pessoas que nem se encontram mais na UPA. É uma desorganização terrível.*”
- “*Na classificação de risco, a demora aumenta quando só há um enfermeiro, quando o sistema cai ou quando a internet oscila.*”
- “*Alguns profissionais da classificação de risco não têm perfil para a função: tratam usuários com indiferença, gerando atrito com mães e acompanhantes.*”
- “*O enfermeiro da classificação é o que mais se desgasta, sofre agressões e pressão da gestão para atender mais rápido.*”
- “*Na prática, a triagem demora porque há pouco espaço físico, poucos técnicos e médicos.*”
- “*A triagem poderia ser mais rápida se houvesse dois enfermeiros fixos; a demanda externa é muito grande para apenas um.*”
- “*Alguns profissionais novos são esforçados e atualizados, mas faltam cursos de reciclagem e treinamento prático em protocolos.*”

Síntese do Bloco:

Os depoimentos revelam que a **classificação de risco é um dos gargalos centrais** das UPAs de Natal. A triagem, que deveria ser o eixo organizador do fluxo assistencial, funciona de maneira **sobre carregada, improvisada e vulnerável**.

1. **Déficit estrutural de profissionais** – É recorrente o relato de que apenas um enfermeiro assume simultaneamente sinais vitais, triagem, classificação e retornos, o que é humanamente inviável e compromete a precisão da estratificação de risco.
2. **Fragilidade do sistema informatizado** – O novo sistema digital, ao invés de agilizar, tem ampliado a espera dos casos menos graves e gerado desorganização, inclusive com chamados equivocados de pacientes.
3. **Falta de treinamento e protocolos claros** – Enfermeiros na classificação relatam ausência de capacitação contínua, ausência de protocolos padronizados e pressão para agilizar sem segurança, aumentando risco de erro clínico e desgaste psicológico.
4. **Violência e desgaste emocional** – O profissional de triagem é alvo frequente de agressões verbais e ameaças, porque é a “porta de entrada” do sistema, sobre carregado e sem respaldo. Isso agrava a insatisfação dos usuários e a sensação de abandono dos trabalhadores.

Em síntese, a triagem nas UPAs não cumpre sua função reguladora de forma plena: **há desorganização estrutural, déficit de RH e falhas de sistema** que convergem para uma percepção de caos no primeiro contato do paciente com a unidade.

Item 14 – Estrutura Física e Condições de Trabalho

Relatos:

- “*Armários quebrados, climatização com defeito, pias, pisos, poltronas, cadeiras... fica muito difícil qualquer profissional prestar um bom serviço nessas condições.*”
- “*Os usuários não entendem a precariedade e descontam na equipe de linha de frente, que fica injustiçada duplamente: pelos gestores e pelos pacientes em sofrimento.*”
- “*As cadeiras de espera são péssimas para quem está com dor. Deveria ter mais conforto.*”
- “*Trabalhamos em um espaço sucateado, que mais gera doença do que promove saúde.*”
- “*A estrutura não permite que a gente ofereça segurança: instalações antigas, infiltrações, falta de climatização, banheiros insalubres.*”
- “*O ambiente de trabalho é desumano. Poltronas rasgadas, equipamentos quebrados, salas sem ventilação.*”
- “*Sucateamento total. O espaço físico não condiz com um serviço de saúde.*”
- “*Sem condições de trabalho adequadas, os erros se tornam inevitáveis.*”

Síntese do Bloco:

A percepção dos profissionais e usuários sobre a **estrutura física das UPAs de Natal** é marcada por **indignidade e sucateamento**. Os depoimentos revelam um cenário que vai além da simples carência de manutenção: trata-se de **ambientes insalubres e inseguros**, que colocam em risco tanto a saúde dos pacientes quanto a dos trabalhadores.

1. **Ambiente degradado** – Banheiros insalubres, poltronas e cadeiras danificadas, infiltrações, climatização falha e risco elétrico foram apontados de forma recorrente.
2. **Impacto sobre a assistência** – A precariedade da estrutura não é apenas estética: compromete a qualidade do cuidado e amplia a vulnerabilidade a erros clínicos, além de gerar sofrimento psíquico aos trabalhadores.

3. **Desrespeito à dignidade** – Esperar atendimento em cadeiras inadequadas, muitas vezes rasgadas e desconfortáveis, foi descrito como indigno, sobretudo para pacientes em dor, idosos e crianças.
4. **Sensação de sucateamento e abandono** – Profissionais relataram que o ambiente transmite mais doença do que saúde, reforçando a percepção de que as UPAs funcionam em condições **impróprias para o mínimo exigido em saúde pública**.

Em resumo, a **estrutura física deteriorada** das UPAs de Natal é elemento central do colapso diagnosticado: não se trata apenas de falta de estética ou conforto, mas de um quadro de **insalubridade e insegurança estrutural**, que reforça a sensação de abandono institucional e aumenta a vulnerabilidade dos trabalhadores e usuários.

Item 15 – Recursos Humanos

Relatos:

“Todos os profissionais da unidade estão comprometidos com o serviço, o grande gargalo é o quantitativo reduzido de profissionais que trabalham na unidade.”

“A enfermagem só vai atender bem se tiver profissionais suficientes.”

“Equipe de enfermagem extremamente reduzida, muitas coisas ficam a cargo de estagiários que desconhecem o serviço.”

“Devido à redução de técnicos, ficamos sobre carregados e isso nos leva a cometer erros que podem levar o paciente a óbito, alto risco causado pelo sono e a exaustão.”

“O que passamos aqui no dia a dia com a falta de estrutura, insumos e RH tem nos trazido muito sofrimento psíquico e físico.”

“O profissional de enfermagem da classificação de risco é o que mais se desgasta no seu plantão, trabalhando sem segurança, sendo agredido e assediado para sempre atender mais rápido.”

“Não há nenhum tipo de treinamento para os novos colaboradores, pessoas são remanejadas para suprir a necessidade de outros setores sem experiência, inclusive médicos totalmente despreparados colocando vidas em risco.”

“Muitos médicos recém-formados e inseguros. Falta treinamento prático e exigência mínima de BLS e ACLS.”

“Trabalhamos praticamente em um abatedouro. Saio exausta e com a sensação de impotência, mas preciso do emprego.”

Síntese do Bloco:

O eixo de **Recursos Humanos** concentra a percepção mais crítica sobre o funcionamento das UPAs de Natal, sendo reiteradamente descrito como o **núcleo do colapso assistencial**.

- **Déficit estrutural de pessoal** – Técnicos de enfermagem e enfermeiros são apontados como insuficientes para a demanda. Há relatos de escalas noturnas com apenas um médico cobrindo áreas críticas e técnicos assumindo sozinhos salas de medicação inteiras.
- **Sobrecarga e risco clínico** – A sobrecarga gera fadiga, exaustão e aumento do risco de erro. Vários depoimentos associam diretamente a escassez de profissionais a óbitos evitáveis, erros de medicação e eventos adversos graves.
- **Falta de treinamento e preparo** – Profissionais recém-contratados, inclusive médicos, entram em serviço sem capacitação mínima em urgência e emergência. O déficit de educação permanente e a ausência de protocolos agravam a insegurança técnica.
- **Violência e pressão psicológica** – Os trabalhadores da ponta, especialmente da triagem, relatam agressões verbais e físicas, além de cobranças excessivas da gestão para acelerar fluxos sem condições adequadas. Isso aprofunda o sofrimento mental e a sensação de abandono institucional.
- **Impacto humano** – O peso emocional do trabalho em condições precárias aparece em frases como “trabalhamos em um abatedouro” e “saio exausta e com a sensação de impotência”.

Em resumo, a fragilidade dos recursos humanos não é apenas uma questão de dimensionamento técnico, mas de **sobrevivência ética e operacional das UPAs**. Sem número adequado de profissionais, sem treinamento estruturado e sem proteção contra violência, a assistência fica vulnerável, os profissionais adoecem e a população perde confiança no sistema.

ANEXO 2

UPA PAJUÇARA



































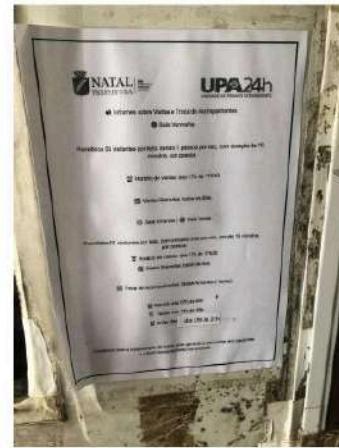


UPA ESPERANÇA



















UPA POTENGI













UPA SATÉLITE







