

1 **Ata da Reunião Ordinária Remota do Conselho Municipal de Saúde de Campinas**
2 **realizada aos Vinte e Cinco Dias do Mês de Agosto do Ano de Dois Mil e Vinte e Um.**
3 Presentes os Conselheiros e as Conselheiras Municipais de Saúde, além de convidados e
4 convidadas, conforme lista de presença em anexo. Havendo quórum, **Sra. Nayara Lúcia**
5 **Soares Oliveira**, Presidenta do Conselho Municipal de Saúde, saúda os presentes e inicia a
6 reunião às dezoito horas e trinta minutos, e anuncia os seguintes itens de pauta: **1) Entrada**
7 **dos Conselheiros na plataforma e ajustes de acesso, caso necessário; 2) Tribuna**
8 **Livre; 3) Apresentação e Aprovação da Ata de Reunião do Pleno do dia 28.07.2021; 4)**
9 **Apresentação, Discussão e Votação do Convênio do Hospital Celso Piero -**
10 **PUCCAMP; 5) Apresentação, Discussão e Votação sobre Atualização do Panorama**
11 **dos Dados Hospitalares 2015-19; 6) Informes. Sr. Mário** inicia a reunião saudando a
12 todos, abre a reunião dando boas vindas aos presentes. **2) Tribuna Livre;**
13 **Aberta as Falas: Sr. Roberto lê Recomendações à Secretaria Municipal de Saúde**
14 **sobre a retomada das atividades com 100% de ocupação dos espaços e a Variável**
15 **Delta em Campinas**, onde consta o trecho: “Neste sentido o Conselho Municipal de Saúde
16 de Campinas, RECOMENDA: • Que as restrições sejam levantadas apenas na medida em
17 que o número de casos caia a valores tão baixos quanto aos do ano passado (uma média
18 de 100 casos dia por 3 ou mais semanas); • Que se faça da mesma forma para o número de
19 óbitos (1 em média por dias por 3 ou mais semanas); • Que tenhamos pelo menos 50% da
20 população vacinada (2 doses ou dose única) para tal abertura; • Que mantenhamos nossas
21 reuniões remotas, bem como restrições a reuniões com mais de 10 pessoas presentes e
22 com a possibilidade de distanciamento de pelos menos um 1,5 m. Consideramos que
23 medidas precipitadas, movidas por pressões econômicas e financeiras, podem fazer com
24 que o Brasil volte a ser, novamente, epicentro da pandemia no mundo. Alertamos também à
25 população para que continuem utilizando das medidas de prevenção (isolamento social
26 sempre que possível, uso de máscaras e higiene frequente das mãos), bem como se
27 vacinarem com as vacinas disponíveis”. (Documento se encontra arquivado na íntegra no
28 CMS). E solicita que seja votado pelo pleno. **Sr. Erculano** pergunta sobre a questão da
29 separação da Rede Mario Gatti e da SMS, se juridicamente é correta? E se vai continuar do
30 jeito que está? Pois os conselheiros ficam confusos com essa separação. Qual solução para
31 esse problema? **Sr. Lúcio** informa sobre a visita da Comissão de Acompanhamento e
32 Fiscalização de Obras e Reformas da Saúde aos Centros de Saúde "Antônio da Costa
33 Santos" CS Jardim Conceição em que estiveram presentes os conselheiros: Balie, Paulo,
34 Luiz, Fernando, sendo recebidos pela Coordenadora Eliana Cristina Petoilho. E constatamos
35 que o Cs se encontra muito dinâmico e organizado no seu fluxo e será feita uma ata para

36 registrar a visita. Convida os conselheiros e defensores do SUS através do MOPS, a
37 participarem de Ato Público no dia 07 de Setembro no Largo do Rosário as 09h00. Ressalta
38 que é preciso manifestar sobre o desmando do governo federal. A PMC não fará sua
39 caminhada de 7 de setembro. Mas os movimentos sociais e a CUT farão o ato no Largo do
40 Rosário. **Sra. Nayara** cumprimenta a todos e as intérpretes de libras e comunica que após
41 08 meses de governo naquele dia ela e integrantes da Secretaria Executiva do Conselho
42 foram recebidas pelo secretário de saúde, tendo sido uma conversa bastante produtiva e
43 respeitosa e abrindo um canal de comunicação com a secretaria. **Sra. Núbia lê Moção de**
44 **Apelo ao Secretário de Saúde Dr. Lair Zambon e à Secretária de Assistência Social,**
45 **Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos Sr^a Vandecleya Elvira do Carmo Silva**
46 **Moro por maior agilidade na resolução das barreiras de Acessibilidade Linguística e**
47 **Comunicacional de Pessoas Surdas aos serviços de saúde da rede SUS Campinas,**
48 cujo trecho destaca: “O Conselho Municipal de Saúde (CMS) aprova esta Moção de Apelo
49 ao Secretário de Saúde Sr Lair Zambon e à Secretária de Assistência Social, Pessoa com
50 Deficiência e Direitos Humanos Sra. Vandercleya Elvira do Carmo Silva Moro apelando por
51 maior celeridade nos trâmites institucionais e maior empenho da gestão na contratação de
52 intérpretes de Libras, na contratação de empresa de acessibilidade e na organização do
53 curso de Libras para profissionais”. (Documento se encontra arquivado na íntegra no CMS).
54 Solicita que seja apreciada e votada pelo pleno. **Sra. Maria Helena** comunica que participou
55 da Conferência Regional do Idoso nos dias 23 a 24 de agosto. A conferência foi virtual pela
56 plataforma do governo de difícil acesso, pois a senha bastante extensa, só podendo ouvir,
57 escrever e votar sem ver os participantes e sem nenhuma interação. Com várias delegações
58 descontentes. Foi boa mesmo assim. **Sr. Cesar** refere sobre a última reunião da Comissão
59 de Acompanhamento e Fiscalização de Obras e Reformas na Saúde, onde foi definido que
60 fosse feito um levantamento sobre o funcionamento das autoclaves. Relata que fez ligação
61 para o CS Santa Rosa no Distrito Noroeste, falando com a coordenadora que relatou que
62 tem duas autoclaves, uma quebrada sem manutenção e outra nova que não foi realizada a
63 instalação. Portanto a esterização de material continua sendo feita noutras unidades do
64 distrito. Sugere que a comissão deva visitar as unidades para levantar a real situação. **Sr.**
65 **Geraldo** também fala sobre as autoclaves do Distrito Norte e diz que ficou sabendo que
66 será implantada uma central de material no antigo CS Anchieta. E pergunta como está esse
67 projeto? E como ficará o transporte dos materiais esterilizados? **Sr. Ercindo** informa que
68 dia 28 de agosto ocorrerá uma reunião da Plenária Estadual de Saúde e uma das pautas é
69 sobre a situação da Saúde, incluindo a falta de Medicamentos e Insumos, sucateamento da
70 política de medicamentos. Diluição do DAF (Departamento de Assistência Farmacêutica) do

71 Ministério da Saúde e da SUCEN. Informa também que dia 30 de agosto 13h30 acontecerá
72 a Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo cuja pauta consta
73 Aprovação Indicação do Conselheiro José Freire da Silva para participar do Seminário para
74 criação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora CISTT do
75 Conselho Municipal de Saúde de Campinas. **Sra. Nayara** reforça o convite do Conselho
76 Estadual para a participação na plenária da saúde e movimentos sociais e que irá
77 disponibilizar o link aos interessados no grupo de zap CMS Oficial. **Contagem de Quórum.**
78 **Sra Ivonilde** depois de chamada nominal informa que estão presentes 31 conselheiros
79 titulares e 14 suplentes, portanto há quórum. **Sr. Mário** pergunta ao pleno sobre as
80 **Recomendações à Secretaria Municipal de Saúde sobre a retomada das atividades**
81 **com 100% de ocupação dos espaços e a Variável Delta em Campinas**, apresentada pelo
82 Sr. Roberto. Não havendo nenhuma manifestação contrária fica **APROVADA** por
83 Aclamação e Unanimidade. Após consulta sobre a **Moção de Apelo ao Secretário de**
84 **Saúde Srº Lair Zambon e à Secretária de Assistência Social, Pessoa com Deficiência e**
85 **Direitos Humanos Srª Vandecleya Elvira do Carmo Silva Moro por maior agilidade na**
86 **resolução das barreiras de Acessibilidade Linguística e Comunicacional de Pessoas**
87 **Surdas aos serviços de saúde da rede SUS Campinas**, apresentada pela Sra. Núbia, não
88 havendo nenhuma manifestação contrária fica **APROVADA** por Aclamação e Unanimidade.
89 Ainda solicita que a SMS responda aos questionamentos dos conselheiros Sr Erculano, Sr
90 Cesar e Sr Geraldo. **Sra. Erika** responde em relação à Autarquia Mario Gatti está-se em
91 plena ação conjunta com a SMS. **Sr. Augusto** refere à questão das autoclaves informando
92 que não está atualizado sobre os questionamentos que, segundo ele, esta a cargo da Sra.
93 Renata. E a **Sra. Erika** sugere que será levado à secretaria executiva. **Sra. Nayara** diz que
94 a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização de Obras e Reformas da Saúde está
95 fazendo esse levantamento das autoclaves e que a presidenta enviará ofício a SMS sobre o
96 mesmo tema e dará retorno ao pleno. **3) Apresentação e Aprovação da Ata de Reunião**
97 **do Pleno do dia 28.07.2021; Sr. Mário** pergunta ao pleno se existe algo a acrescentar na
98 ata, não havendo manifestação. Em **Regime de Votação** por **Aclamação e Unanimidade**
99 fica **APROVADA** a ata. **4) Apresentação, Discussão e Votação do Convênio do Hospital**
100 **Celso Piero - PUCAMP**; Apresentação da **Sra. Marisa V. Garcia de Araújo - DGDO-**
101 **SMS. NOVO CONVÊNIO COM A SOCIEDADE CAMPINEIRA DE EDUCAÇÃO E**
102 **INSTRUÇÃO - HOSPITAL DA PUCAMPINAS. INSTITUIÇÃO SOCIEDADE CAMPINEIRA**
103 **DE EDUCAÇÃO E INSTRUÇÃO- HOSPITAL DA PUC-CAMPINAS • Entidade Privada e**
104 **Filantrópica • Referência da Região Noroeste e retaguarda da Sudoeste; • Hospital de**
105 **Ensino pela Portaria Interministerial nº 1.000/MEC/MS de 2004; • Serviço de Atenção**

106 Terciária • Esta inserido na RAAS 15 (Rede Regional de Atenção à Saúde) com abrangência
107 aproximada de 42 municípios; • Habilitação pelo Ministério da Saúde em Alta Complexidade
108 em neurologia, cardiovascular, traumatologia-ortopedia, nefrologia, oncologia, hematologia e
109 Saúde Auditiva; • Faz parte da Rede Cegonha e da RUE (Rede de Urgência e Emergência)
110 Conceito de Convênio: Forma de ajuste entre o PODER PÚBLICO E ENTIDADES
111 PÚBLICAS OU PRIVADAS para a realização de objetivos de interesse comum, mediante
112 mútua colaboração. Interesses convergentes. Duração legal de até 60 (sessenta meses) ou
113 05 (cinco) anos. OBJETIVO: Manter, em regime de cooperação mútua entre os partícipes, o
114 Programa de Parceria na Assistência à Saúde no campo da Assistência Médica Hospitalar e
115 Ambulatorial, e de Ensino e Pesquisa em saúde para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), no
116 âmbito do Sistema Único de Saúde de Campinas. 1-Alterações da Média Complexidade.
117 Total de 97.347 Procedimentos. Novo Convenio Faculdades. Total 2.933 Procedimentos.
118 Saúde Auditiva Total 1.748 Procedimentos. Implante Coclear Total 264 Procedimentos 2 –
119 Alterações da Alta Complexidade. Ambulatórios Total 5.586 Procedimentos. 3- Recurso
120 Municipal. 4 – **LEITOS HOSPITALARES:** Incentivo a Rede Cegonha UTI 12 Leitos R\$
121 75.555,00. UCI 4 Leitos R\$ 52.560,00 • Adequação dos Leitos do P.S. de 24 à 30 leitos
122 descritos como: PSA= 20 leitos com 04 para Psiquiatria; PSI= 06 leitos e PAGO= 04 leitos •
123 Aumento de 01 Leito de Unidade Coronariana(UCO) Totalizando de 204 para 211 Leitos
124 para o Convênio SUS. 5 - Realocação da Fonte de Recursos da Rede Cegonha no Total de
125 R\$ 128.115,00. **MECANISMO DE REPASSE - PRÉ-FIXADO:** Consiste na soma da média
126 da série histórica da Média Complexidade auditada pela CSAC e faturada ao Ministério da
127 Saúde e Incentivos Financeiros Federais. O repasse fica condicionado ao alcance das
128 metas quali-quantitativas descritas na MATRIZ DE INDICADORES QUALI
129 QUANTITATIVOS. PÓS-FIXADO: Consiste no repasse da produção efetivamente executada
130 da Alta Complexidade Ambulatorial e Internação condicionada à produção apresentada e
131 autorizada pelo gestor. MAC e FAEC: pagos conforme produção com base nas respectivas
132 habilitações. **RECURSO MUNICIPAL** - Com base na Portaria Municipal Nº 8/2000, Lei
133 Federal 8080/1990 art. 4º e 24º, Portaria 1.034 de 05/05/2010 e Portaria 140 de 27/02/2014.
134 Os Recursos Municipais visam estimular e incentivar a qualificação da assistência
135 permitindo melhor acesso e qualidade resolutiva, diminuindo a demanda reprimida da Alta e
136 Média Complexidade, valorizando a realização de procedimentos cirúrgicos complexos e
137 exames complementares de alta densidade tecnológica. Valorização da Qualidade
138 Assistencial: voltados para direcionar e estimular a qualidade assistencial, visando
139 principalmente diminuir o tempo de espera para internação hospitalar no pronto-socorro,
140 reduzir o tempo de espera de cirurgias de Alta Complexidade, por conseguinte diminuir a

141 demanda reprimida para procedimentos complexos e aperfeiçoar os recursos cirúrgicos e de
142 exames complementares reduzindo o tempo de espera para executar estes procedimentos.
143 A avaliação ocorre conforme previsto na MATRIZ DE INDICADORES QUALI-
144 QUANTITATIVOS. **VALORES PÓS-FIXADOS VALORES PÓS-FIXADOS. Alta**
145 **Complexidade e Excepcionais – Pagos por produção. Meta física mensal 7.614.**
146 **Financeiro Mensal R\$ 1.905.226,63. Internações – AIH de Alta Complexidade. Meta**
147 **Física Mensal 224. Financeiro Mensal R\$ 1.753.807,16. Total de Recursos Federal**
148 **7.838. Total R\$ 3.659.033,79. RECURSO MUNICIPAL PRÉ-FIXADO. Recurso Municipal**
149 **pós-fixado. Meta Física Mensal 203. Financeiro Mensal R\$ 45.463,46. VALORES PRÉ-**
150 **FIXADOS – Recursos Federal R\$4.855.692,60. Recurso Municipal R\$ 4.229.453,63 =**
151 **Valor Total do Convênio = R\$ 9.085.146,23+R\$ 3.704.497,25 VALOR TOTAL DO**
152 **CONVÊNIO R\$ 12.789.643,48. FONTE DOS RECURSOS = Federal R\$ 8.514.726,39 +**
153 **Municipal R\$ 4.274.917,09 = TOTAL R\$ 12.789.643,48. VIGÊNCIA: 01/06/2021 A**
154 **31/08/2022 (15 MESES). Valor Financeiro do Convênio – Pré Fixados R\$ 136.277.193,45**
155 **+ Pós Fixados R\$ 55.567.458,75 = R\$ 191.844.652,20. Aporte Financeiro • Houve um**
156 **incremento no total de R\$ 271.978,14 sendo, Recursos Federais de R\$ 180.093,46 e**
157 **para Recurso Municipal de R\$ 91.884,68. Sr. Ney lê PARECER SOBRE OS CONVÊNIOS**
158 **DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE COM A ENTIDADE SOCIEDADE**
159 **CAMPINEIRA DE EDUCAÇÃO E INSTRUÇÃO/HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO**
160 **PIERRO (PUCC), onde consta este trecho: “O RECONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO**
161 **CONVÊNIO E AS RECOMENDAÇÕES DE (1) IMPORTÂNCIA DA COMISSÃO DE**
162 **ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO, REITERANDO A NECESSIDADE DE AMPLIAR OS**
163 **ESFORÇOS PARA A PRESENÇA QUALIFICADA DO (A/S) CONSELHEIRO (A/S), E (2)**
164 **INCORPORAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL AO PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO E**
165 **FORMALIZAÇÃO DO CONVÊNIO, POR MEIO DESTA COMISSÃO, COM APOIO DO**
166 **CONSELHO FISCAL, NO QUE COUBER”. (Documento se encontra arquivado na íntegra no**
167 **CMS). Sr. Ercindo pela Comissão de Acompanhamento do Convênio relata que não pode**
168 **participar da reunião por problemas de saúde. E destaca a participação do CMS dentro do**
169 **convenio. E solicita que se volte à comissão de usuários que antes existia. Sra. Núbia**
170 **pergunta sobre a manutenção de tecnologias antigas e implantes cocleares, pois é**
171 **frequente e recorrente que necessitem de manutenção e ajustes e questiona: há estudo que**
172 **prever esse tipo de procedimento? Sra. Sandrina comenta na sua visão Campinas é um**
173 **município referencia na luta Antimanicomial juntamente com as Universidades. E relata que**
174 **há muito foi fechada a enfermaria de saúde mental, que é um modelo psicossocial e muito**
175 **interessante para os alunos esse convívio. E finaliza que a participação dos usuários é**

176 fundamental. **Sra. Nayara** reforça a tradição do trabalho da PUC junto à rede assistencial de
177 Campinas e que foi analisado na discussão da Executiva como uma renovação do convenio
178 como sendo exitosa. **Sra. Ana Luiza** pela PUCC ex-conselheira do CMS diz da sua emoção
179 de hoje estar de volta ao CMS, ressaltando que os usuários fazem parte do “DNA da
180 PUCC”. Devido à pandemia ficaram sem esse contato. Mas agora vão retomar com
181 segurança as atividades. Sobre a saúde auditiva trabalham com uma linha de cuidado, que
182 não é só colocar os aparelhos como também a sua devida manutenção. **Sra. Erika** Diretora
183 do DGDO fala da parceria com a PUCC, e também sobre a luta diante da pandemia. E sem
184 essa parceria seria impossível, pois é um convenio muito valoroso para a SMS. Ela tem uma
185 expertise que é só dela. Tem tentado conseguir novos parceiros para atender a demanda da
186 saúde mental. E a capacidade instalada da PUCC, por ser de alta complexidade, fica
187 inviabilizado esse atendimento. Pois ela é a única referência cardiológica neonatal no
188 município. **Sr. Mário** submete a votação do Convenio da seguinte forma e propostas: 1 -
189 Aprovação, 2 - Aprovação com ressalvas, 3 - Reprovação e 4 – Abstenção. **Sr. Ney** solicita
190 que conste em ata que o convenio foi apreciado pelo Conselho Fiscal fora do prazo, isto é,
191 com o convenio já formalizado pela SMS, portanto não tendo tempo hábil de apreciação e
192 ajuste que se fizesse necessário. E solicita que a SMS envie os documentos de convênios
193 antes da formalização deles. Em **regime de Votação** com 11(onze) votos de Aprovação e
194 23(vinte e três) votos de Aprovação com Ressalvas, Fica **APROVADO** o Convenio com
195 ressalvas. **5) Apresentação, Discussão e Votação sobre Atualização do Panorama dos**
196 **Dados Hospitalares 2015-19; Sr. Mariante** pela Comissão Permanente de Atenção
197 Hospitalar Urgência e Emergência, informa que depois de 02 reuniões do pleno onde foi
198 apresentado esse relatório sobre mortalidade hospitalar e dados a respeito de falta de leitos
199 com varias preocupações relativas à estagnação da capacidade instalada dos leitos
200 hospitalares, como também ao alto indice de obitos. E com as contribuições e contrapontos
201 dos setores e departamentos responsáveis, os dados retornariam para a Comissão que,
202 após esse aprofundamento, seriam trazidos para o pleno. O processo depois de tudo isso
203 avançado seguiria para os órgãos competentes (Câmara Municipal, TCE, MP, MPF e TCU),
204 bem como faria parte do PPA 2022-2025 compondo compromisso com a redução da
205 mortalidade hospitalar para elaboração das ações nesse próximo período. Apresentação **Dr.**
206 **José Augusto** pela Comissão Permanente de Atenção Hospitalar e Urgência &
207 Emergência. **Panorama do setor hospitalar em Campinas – 2015 a 2019. Versão 8 –**
208 **divulgação – 09/08/2021.** Versão 8. **Panorama do Setor Hospitalar em Campinas 2015-**
209 **2019.** Esta versão incorpora dados e considerações adicionais da RMG e da SMS. Os
210 dados foram apresentados e discutidos em 5 reuniões da Comissão Permanente de

211 Assistência Hospitalar do CMS Campinas, em 1 reunião da Executiva do CMS, em 2
212 reuniões do pleno do CMS Campinas e em 1 reunião do Conselho Local do Hospital Ouro
213 Verde. Muitas das considerações e observações dos conselheiros e convidados foram
214 incorporadas ao relatório, que chegou a aproximadamente 130 páginas. Ainda assim, foi
215 elaborada uma lista de lacunas, ou seja, aspectos que não foram contemplados nesta
216 versão, mas que poderão ser abordados em futuras edições. O estudo foi feito com dados
217 secundários obtidos de fontes oficiais, e, portanto apresenta algumas limitações próprias
218 dos dados. Em que pese tais limitações, cobre diversos aspectos da assistência hospitalar
219 oferecida pelo SUS municipal e esta visão panorâmica permite entender melhor a situação
220 em que se encontravam os hospitais do SUS Campinas antes da pandemia de 2020. Além
221 disso, o estudo apontou algumas tendências ou números preocupantes, que exigirão
222 detalhamento, análise, explicação e providências, tanto por parte da gestão quanto por parte
223 do controle social. A Comissão Permanente cumpre assim com seu papel de subsidiar as
224 atividades do Conselho Municipal de Saúde de Campinas. **Introdução** Análise de dados do
225 setor hospitalar em Campinas – 2015 a 2019 • Especialmente o setor público e serviços
226 conveniados ao SUS • Com dados obtidos de fontes oficiais: • Secretaria Municipal de
227 Saúde de Campinas • IBGE, SEADE, DATASUS, ANS, CNES, entre outras • Para algumas
228 variáveis obtivemos dados mais antigos para comparação: leitos desde 2010, demografia
229 desde 2000, financeiro desde 1996. • Este estudo não contemplou o ano de 2020, portanto
230 reflete a situação do setor antes da pandemia. • É um produto da Comissão Permanente de
231 Atenção Hospitalar e Urgência & Emergência do CMS Campinas. **Informações**
232 **contempladas** • Dados por hospital e por especialidade: • total de internações • tempo
233 médio de permanência • taxa de mortalidade institucional • (Observação: não obtivemos
234 taxa de ocupação) • Outras informações • Projeções populacionais • Gasto com o setor
235 hospitalar • Situação do Hospital Ouro Verde. **Hospitais / SUS Campinas** • **Próprios:** •
236 Hospital Mário Gatti • Hospital Ouro Verde • **Conveniados:** • Hospital da PUCC •
237 Maternidade • Beneficência Portuguesa • Irmandade de Misericórdia (Santa Casa) •
238 Outros: Casa de Saúde, Cândido Ferreira, e outros mais antigos. **Índice** • **População de**
239 **Campinas**, 8 • Leitos hospitalares, 19 • Total de internações, 24 • Tempo de permanência,
240 47 • Taxa de mortalidade hospitalar, 59 • Gasto hospitalar, 74 • Situação do Hospital Ouro
241 Verde, 104 • Conclusões, 131. **POPULAÇÃO** (Resumo de dados relevantes da dinâmica
242 populacional de Campinas. Dados necessários para o entendimento e construção dos
243 indicadores de saúde. Dados relevantes para a formulação de políticas públicas de saúde).
244 População por grupo etário. Comentários: • Fonte: • Estimativas de população por ano e
245 faixa etária para Campinas, 2000-2019, feita pelo IBGE. • Metodologia: • Faixas etárias

246 reagrupadas conforme: população pediátrica = 0 a 14 anos; população adulta = 15 a 64
247 anos; população geriátrica = 65 anos e mais. • Tendência de crescimento (percentual)
248 estimada a partir da inclinação da reta de regressão linear de cada grupo acima. •
249 Crescimento absoluto por ano estimado como a aplicação do percentual acima à população
250 média do período considerado. A população de Campinas estimada pelo SEADE para 2019
251 foi 1.220.146; na média do período 2015 a 2019 seria 1.183.343. • A taxa de crescimento
252 média nos últimos 20 anos foi estimada em 1,16%aa; mas está em queda; para os últimos 5
253 anos foi estimada em 0,71%aa. • O grupo de idade pediátrica está em queda na cidade,
254 aproximadamente -0,5%aa nos últimos 20 anos, ou seja, mil crianças a menos a cada ano.
255 • O grupo de idade geriátrica está em crescimento na cidade, aproximadamente +3%aa nos
256 últimos 20 anos, ou seja, 2.500 idosos a mais a cada ano. • A pirâmide populacional de
257 Campinas está cada vez mais parecida com a dos países do “Velho Mundo”... “Pirâmide”
258 populacional. Comentários: • Fonte: • Projeção populacional por sexo e faixa etária para
259 Campinas, 2025, feita pelo SEADE. • - <http://produtos.seade.gov.br/produtos/projpop/> •
260 Metodologia: • Note que o total para esta projeção é 1.206.092 habitantes, diferente das
261 estimativas do IBGE. População com e sem plano de saúde. **Comentários:** • Fonte: •
262 Totais de população por ano obtidos do IBGE. • População com plano de saúde obtida da
263 ANS: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet/dados/tabnet_02.def • **Metodologia:** •
264 Foram considerados apenas os planos com cobertura hospitalar. • População sem plano de
265 saúde obtida por subtração simples ano a ano. **Comentários:** • Campinas passa por uma
266 fase de transição demográfica, caracterizada por diminuição da taxa de crescimento,
267 diminuição do percentual de jovens, e aumento do percentual de idosos. • O
268 envelhecimento da população aumenta a demanda dos serviços de saúde. • O principal
269 impacto demográfico do período analisado, no entanto, foi à perda de cobertura dos planos
270 de saúde, que fez aumentar muito a fração de população dependente do SUS,
271 especialmente para internações. • A população SUS-dependente aumentou 16% em 4
272 anos, aproximadamente 4% ao ano. LEITOS (Alguns dados preliminares obtidos do CNES.
273 Esta parte da análise não ficou completa. Comentários: (Obs.: a classificação dos leitos de
274 SAD, hospital-dia e hospital-noite no CNES não é muito clara, parece que há diferença na
275 forma como os hospitais registram.) • No mundo há uma tendência de redução gradual da
276 disponibilidade de leitos tradicionais, combinada com o aumento da oferta de leitos
277 alternativos (hospital dia e internação domiciliar). • No Brasil há uma tendência conhecida,
278 sustentada e acentuada, de redução na oferta de leitos públicos e privados. • Parece que
279 estas duas tendências se refletem em Campinas. • A partir dos anos 2010 há redução na
280 oferta de leitos especializados e aumento de leitos gerais; pode ser reflexo do avanço dos

281 sistemas de regulação. • Há pequena redução na oferta de leitos cirúrgicos e aumento na
282 oferta de leitos clínicos: uma inversão. Pode ser reflexo da diminuição da fila cirúrgica.
283 **INTERNAÇÕES** (O total de internações é um indicador de produção e uso de serviços,
284 agregando internamentos de diferentes especialidades. É a resultante complexa de fatores
285 como estrutura, investimento, acesso, gestão e produtividade.) Fontes dos dados e
286 considerações metodológicas: • Os dados de internação referentes aos anos 2015-2019
287 foram fornecidos pela CSAPTA, que por sua vez os extraiu do SIHD2 / Datasus por meio do
288 programa TabWin. As informações apresentadas possuem as limitações dos sistemas de
289 produção. Esses dados foram categorizados por mês, por hospital e por especialidade.
290 Foram 5 os hospitais contemplados: BP, IMC, Mater, MG, OV. • Nos gráficos mês-a-mês foi
291 utilizada a média aritmética móvel de 3 pontos como técnica de alisamento, para diminuir o
292 ruído nas séries temporais. • Os dados de internação referentes aos anos 2004-2006 foram
293 obtidos nas prestações de contas do Fundo Municipal de Saúde de 2006, disponível no
294 Portal da Saúde de Campinas. Os seguintes hospitais foram individualizados: PUCC,
295 HMMG, Mater, Cândido, Sta. Casa (IMC), Albert Sabin, BP, CAPS. Aqui não houve
296 separação por especialidades, mas consta a informação sobre internações da esfera
297 estadual, evasão e invasão nas internações. Comentários: • A quantidade de internações
298 variou ao redor do total de 4 mil por mês, que corresponde a uma taxa de aproximadamente
299 4 internações SUS por ano para cada 100 habitantes. • Há um pico na metade do ano de
300 2016, subindo da média de 4 mil por mês para cerca de 5,5 mil; um aumento de mais de
301 30%. (Foi sugerido que seria decorrência de algum reprocessamento de AIHs.) • Houve
302 redução significativa na quantidade de internações desde os 4 últimos meses de 2017,
303 passando por todo o ano de 2018 até o começo de 2019. Essa redução coincide com a crise
304 do CHOV, como se verá mais adiante. • No período considerado há uma tendência de
305 queda gradativa do total de internações. Este aspecto será melhor analisado nas próximas
306 páginas. Internações por habitante Comentários: • Obs.: Somamos apenas as internações
307 dos 5 principais hospitais contratados pelo município. Estão fora desse total serviços de
308 pequena monta e internações estaduais. • Seria de se desejar que houvesse crescimento
309 do total de internações, visto que há déficit crônico de leitos, crescimento vegetativo da
310 população, e aumento da dependência do SUS. • Mas não foi isso que aconteceu: a oferta
311 de internações se reduziu num ritmo médio de $\approx -1,4\%$ ao ano. • A oferta de internações por
312 habitante em 2019 é 5,6% menor que a de 2015. Considerando a média de 2018-2019
313 sobre a média de 2015-2016 o tombo foi ainda maior: -10%! • Os gráficos das páginas
314 seguintes são eloquentes... Comentários: • A melhor oferta de internações aconteceu em
315 2016. Houve uma queda a partir de 2017, sendo em 2018 o pior desempenho, e tendo em

316 2019 uma recuperação parcial. • Lembrar que no contexto nacional o ano de 2016 marca
317 uma grande inflexão nas políticas públicas no Brasil, com o fim da fase social-democrata, o
318 retorno aos governos de cunho neoliberal, e o início da vigência do teto de gastos no
319 governo federal. • Além disso, em Campinas, o período de 2017-9 coincide com a crise do
320 Hospital Ouro Verde e gestão da Rede Mário Gatti. • Nas próximas páginas tentaremos
321 entender os determinantes desse mau desempenho. A oferta média de 2015-9 é ~18%
322 superior à média de 2004-6, ou seja 7.400 internações / ano a mais. O CHOV, que não
323 existia antes, ofereceu em média 10.900, então houve uma redução de 3.500 internações /
324 ano dos outros hospitais. • Em média, Campinas oferece 8,37 internações para cada 100
325 habitantes dependes do SUS. (Não temos dados mais atualizados, mas em 2004-6 a oferta
326 estadual acrescentava ~50% a essa média.) Comparando com outros países essa é uma
327 oferta dentro da faixa inferior. • Alguns exemplos internacionais de taxa de internação por
328 100 habitantes: China 7,9; Holanda 10,2; Portugal 11,1; Inglaterra 12,9 (>20 incluindo
329 SAD); Itália 13,5; Coreia 14,6; Suíça 15,5; Suécia 15,5; Israel 16,4; França 17,9;
330 Hungria 20,8; Rússia 22,3; Alemanha 22,7; Áustria 25,9. (Fonte OCDE.) • A porcentagem
331 da população acima de 65 anos em alguns países exemplificados (retirados do site
332 countryeconomy.com): China 11,47%; Itália 23,24%; Portugal 22,15%; Inglaterra 18,41%;
333 Suécia 20,00%; Israel 12,21%; França 20,41%; Hungria 19,38%; Rússia 13,12%; Alemanha
334 21,75%. O Brasil apresenta porcentagem de 9,25% e Campinas 8,22%. A taxa de
335 internações por 100 habitantes dependentes do SUS era de 9,57 em 2015, cai para 7,32 em
336 2018 e mostra pequena recuperação em 2019, indo a 7,92. A redução é significativa. •
337 Talvez seja este estrangulamento um dos fatores que mantêm as UPAs e PSs cheios.
338 Internações por segmento Comentários: • Aqui separamos a oferta de internações por
339 hospitais públicos e por hospitais conveniados. • Há relativo equilíbrio quantitativo, ou seja,
340 os hospitais públicos oferecem quase a metade do total de internações, e o setor privado
341 conveniado a outra metade. • Houve um pico na oferta de internações do setor privado em
342 meados de 2016, ainda não sabemos o motivo. • Houve uma queda acentuada na oferta
343 dos prestadores públicos desde o final de 2017, todo o ano de 2018, e ainda em 2019,
344 correspondendo à crise do Hospital Ouro Verde e Rede Mário Gatti. Internações por hospital
345 Comentários: • 4 hospitais oferecem a maior parte das internações de Campinas, sendo 2
346 públicos (Mário Gatti e Ouro Verde) e 2 conveniados (PUCC e Maternidade). • A oferta de
347 internações pelos demais hospitais (Casa de Saúde, Santa Casa, Beneficência Portuguesa,
348 Cândido Ferreira) é relativamente pequena. • A compra de serviços do Cândido Ferreira foi
349 interrompida a partir de 2018. • O pico de internações em 2016 foi oferecido pela PUCC. •
350 A crise do hospital Ouro Verde fica muito bem desenhada: a produção começa a cair-nos 4

351 últimos meses de 2017; cai ao seu nível mais baixo por todo o ano de 2018; conhece
352 recuperação parcial em 2019, porém sem atingir os níveis originais. • A produção do Mário
353 Gatti permanece surpreendentemente estável no período. O pico nas internações de 2016
354 deveu-se a aumento simultâneo de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, GO e leito-
355 dia. É possível que não haja um fator único determinando todos esses aumentos. • Houve
356 pico de internações de GO também em meados de 2017 (aleatória?). • A produção de
357 clínica cirúrgica mostra tendência de queda no período estudado. • As internações de
358 pediatria aumentam ciclicamente no 2º trimestre de cada ano. • As internações de saúde
359 mental apresentam tendência de queda (o Cândido Ferreira zerou a partir de 2017). • As
360 internações de “leito-dia” aumentaram a partir de 2016, mas nesse tópico talvez estejam
361 incluídas diferentes especialidades (onco, mental, cirurgia, SAD). Internações do Mário Gatti
362 Comentários: • A produção do Hospital Mário Gatti permanece relativamente estável no
363 período, sendo difícil identificar tendências. • Não se nota sobrecarga do HMG no período
364 de crise do CHOV. • A produção cirúrgica mostra redução durante 2017, e recuperação
365 parcial em 2018 (coincide com a crise do CHOV). • A pediatria demonstra a sazonalidade
366 característica, com aumento nos 2ºs trimestres de todos os anos. • As internações na
367 modalidade “leito-dia” parecem aumentar de 2015 a 2018, mas caem em 2019 (efeito do
368 fechamento da oncologia?). Internações do Ouro Verde Comentários: • Este gráfico ilustra
369 parte da catástrofe do Hospital Ouro Verde, inicialmente com a OSS Vitale, logo pior ainda
370 com a Rede Mário Gatti. • A produção cirúrgica despenca a partir do segundo semestre de
371 2017, e só começa a se recuperar em 2019, mas sem atingir as médias anteriores. • A
372 produção de clínica e leito-dia cai lentamente a partir do segundo semestre de 2017
373 atingindo seu pior nível na metade de 2018 (época das demissões em massa). A
374 instabilidade e a baixa produção continuam durante 2019. • A pediatria mantém a mesma
375 média de antes, mas já não consegue dar conta do aumento sazonal do 2º trimestre de
376 2018 e 2019. • A saúde mental é o único serviço que continua mantendo uma produção
377 mais ou menos estável durante o período estudado. Internações da PUCC Comentários: • A
378 PUCC aumentou transitoriamente sua produção de cirurgia, clínica, obstetrícia e pediatria
379 em meados de 2016. Não sabemos ao certo a causa, mas foi sugerido que seria algum
380 problema com o processamento das AIHs. • No mesmo período a PUCC iniciou a produção
381 de leito-dia (SAD?), que se manteve estável desde então. • A oferta de todas as
382 especialidades fica estável, exceto de cirurgia, que indica tendência de queda (diminuição
383 da demanda?). • Assim, a queda na oferta de internações cirúrgicas em Campinas se deve
384 à redução gradativa da PUCC e à crise do Ouro Verde. TEMPO DE PERMANÊNCIA (A
385 média de permanência é um indicador do processo de trabalho. Reflete diretamente a

386 gestão e a produtividade e indiretamente a qualidade. Dentro de certos limites, o que se
387 deseja é a diminuição do tempo de permanência. O aumento pode significar desorganização
388 do processo de trabalho.) Média de permanência Fonte dos dados e comentários
389 metodológicos: • Os dados foram fornecidos pela CSAPTA / SMS. Por sua vez a CSAPTA
390 obteve esses dados do SIHD2 / DATASUS / TabWin. A consulta foi realizada para 5
391 hospitais e para todos os tipos de leitos. • Nos gráficos mês-a-mês foram utilizadas médias
392 aritméticas móveis de 3 pontos como técnica de alisamento. Não foram feitos tratamentos
393 adicionais. O gráfico apresenta a média das médias de permanência de todos os hospitais
394 de Campinas, nos 5 anos considerados, separadas por especialidade. • “Psiquiatria” foi
395 oferecida no Cândido Ferreira até 2017. “Saúde mental” foi oferecida no CHOV durante todo
396 o período. Na prática trata-se da mesma especialidade, ainda que com pequenas diferenças
397 de abordagem. A permanência entre 12 e 15 dias é similar, embora um pouco maior no
398 CHOV. • Clínica e pediatria tem médias de permanência de pouco mais de 7 dias. •
399 Cirurgia tem permanência média \approx 4,5 dias, e obstetria de pouco menos de 3 dias. • Estas
400 médias são compatíveis com o esperado, mas podem esconder variações importantes entre
401 hospitais ou ao longo do tempo. O tempo de permanência de psiquiatria (CF) saúde mental
402 passa por grandes variações. A Saúde Mental (CHOV) mostra aumento a partir de 2017. •
403 A média de permanência de cirurgia (de todos os hospitais) aumenta de 4 a 4,5 dias ao
404 longo desse período. (Aumento da complexidade? Perda de eficiência? Em quais
405 hospitais?) • As demais especialidades, na média dos hospitais, apresentam relativa
406 estabilidade entre 2015 e 2019. • Será necessário abrir as informações hospital por hospital
407 para verificar se há distinções. Média de permanência - PUCC Comentários: • A média de
408 permanência de pacientes clínicos e pediátricos sofre variações aparentemente aleatórias
409 no período, sendo difícil encontrar tendências ou sazonalidades. • A média de permanência
410 dos casos cirúrgicos aumenta no período, indo de menos de 4 dias para mais de 5 dias.
411 Pode ser resultado de mudança do perfil e / ou aumento da complexidade dos casos. • A
412 permanência obstétrica permanece sempre estável. Média de permanência - PUCC
413 Comentários: • A média de permanência de pacientes clínicos e pediátricos sofre variações
414 aparentemente aleatórias no período, sendo difícil encontrar tendências ou sazonalidades. •
415 A média de permanência dos casos cirúrgicos aumenta no período, indo de menos de 4 dias
416 para mais de 5 dias. Pode ser resultado de mudança do perfil e / ou aumento da
417 complexidade dos casos. • A permanência obstétrica permanece sempre estável. Média de
418 permanência - CHOV Comentários: • A média de permanência de Clínica, Cirurgia e
419 Pediatria aumenta durante o período da crise 2017 (Vitale) – 2018 e 2019 (Rede). • O pior
420 momento da cirurgia foi o final de 2018, sob a gestão da Rede (Falta de material? Mudança

421 de contrato? Outra causa?). • A média de permanência da saúde mental havia diminuído
422 em 2017 (mudança de perfil?), mas sobe a níveis maiores que os anteriores em 2018, com
423 a transferência para a gestão terceirizada. **Sr. Mário** coloca em votação a prorrogação por
424 mais 30 minutos, dado que já venceu o tempo regulamentar. Sem nem uma manifestação
425 do pleno fica **APROVADA** a prorrogação da reunião. TAXA DE MORTALIDADE
426 HOSPITALAR (A taxa de mortalidade hospitalar é um indicador da qualidade da assistência
427 ofertada pelo hospital. No entanto, depende de muitos fatores: da especialidade, do perfil da
428 unidade, da complexidade dos casos atendidos, dentre outros. Mortalidade institucional
429 Fonte dos dados e considerações metodológicas: • Dados fornecidos pela CSAPTA (SMS),
430 que por sua vez obteve os dados por meio de consultas ao SIA / SIH Datasus, usando o
431 programa TabWin. • A informação foi obtida por meio da divisão do total de óbitos pelo total
432 de laudos de internações hospitalares emitidos. Não foram excluídas AIHs administrativas.
433 Também não há referência diferenciando óbitos nas primeiras 24h ou 48h. Assim, este dado
434 não corresponde exatamente ao conceito de mortalidade institucional, e pode ser um pouco
435 maior ou um pouco menor do que o correto. Mas como é o dado disponível, e foi fornecido
436 formalmente por fonte oficial, foi usado como aproximação. • Nos gráficos mês-a-mês foi
437 usada a média aritmética móvel de 3 pontos como estratégia de alisamento dos dados.
438 Mortalidade hospitalar Comentários: • A taxa de mortalidade da Maternidade é baixa como
439 se espera dos serviços de Obstetrícia. • A taxa de mortalidade da BP e da Santa Casa é
440 muito alta para enfermaria de clínica geral e piora ao longo de período de 5 anos, passando
441 de 15%! Assim se aproxima do perfil de mortalidade das instituições de cuidado paliativo
442 exclusivo. Sabemos que nesses hospitais se faz cuidado paliativo, mas não só. É
443 necessário investigar melhor esta taxa de mortalidade. • Os hospitais da PUCC, MG e
444 CHOV podem ser considerados como hospitais gerais, e a taxa de mortalidade desejada
445 seria algo próximo a 4%. • O único hospital geral que mantém mortalidade próxima do
446 desejável é a PUCC (em média 4,1%). Notícia de jornal relata número similar para o HC
447 Unicamp. O Hospital Mário Gatti mantém taxa de mortalidade relativamente estável, da
448 ordem de 5,7%. • O melhor ano do Mário Gatti foi 2016, quando apresentou mortalidade de
449 5,3%. Ainda assim acima do desejado para um hospital geral. • O Hospital Ouro Verde teve
450 taxa de mortalidade menor (melhor) que a do Mário Gatti no período 2015-2016. • No
451 entanto, a taxa de mortalidade do CHOV piorou nos anos seguintes: 5,9%, 7,2% e 6,5%.
452 São taxas altas, acima do que seria desejável para um hospital geral. O Ouro Verde não é
453 um hospital paliativo. Composição por faixa etária: • A informação dos totais de óbitos por
454 faixa etária foi fornecida pelo DEAR/SMS. Não foram fornecidos os totais de internações, o
455 que não permitiu calcular taxas, apenas composição proporcional. • A composição por

456 faixas etárias mostra maior participação de idosos na BP e IMC quando comparado ao
457 CHO.V. • No caso do OV parece ter havido pequeno aumento da mortalidade em pacientes
458 >60 anos, especialmente nos anos de 2017 e 2019 (grupos mais vulneráveis?). • No caso
459 da SC (IMC) houve aumento pronunciado na proporção de mortos acima de 70 anos, e
460 muito pronunciado acima de 80 anos. Na SC a cada ano morrem 26 pacientes a mais que
461 no ano anterior; destes, 24 são idosos. A BP também apresenta variação positiva (a maior)
462 na proporção de mortos idosos, em especial acima de 80 anos, porém de maneira menos
463 pronunciada que a SC. • Na SC, a cada ano morrem 14 pacientes a mais que no ano
464 anterior; destes, 10 óbitos ocorrem em pacientes acima de 75 anos. • Assim nota-se que o
465 aumento verificado nas taxas de mortalidade da SC e BP ao longo dos anos 2015-2019
466 corresponde também a um aumento na proporção de idosos mortos. • Os idosos compõem
467 um grupo mais frágil, e potencialmente mais suscetível a problemas ou falhas na assistência
468 à saúde. Referências: • A interpretação da taxa de mortalidade institucional hospitalar é
469 difícil. Tomamos como referência documento e padrões da ANS, disponível em
470 <http://www.ans.gov.br/component/content/article?id=1575>: indicadores hospitalares – Ficha
471 técnica dos indicadores hospitalares essenciais. • Exemplos de dados de mortalidade
472 institucional: • Em hospitais gerais: mediana 2,6% com variação de 0 a 15,7%; em
473 diferentes estudos foram encontradas médias de 2,0%, 4,7%, 1,8%. • Em hospital
474 universitário: 3,4 a 5,3% (em SP); e 4,7% a 6,8% (outros estados). • Hospital de crônicos e
475 paliativos: 18,2%. • Hospitais gerais do SUS sem ensino: entre 3% e 4%. Comentários:
476 Várias hipóteses foram aventadas para explicar as taxas de mortalidade elevadas
477 encontradas em alguns hospitais, demandando maiores estudos: • (a) Aumento na
478 ocorrência de casos paliativos. • (b) Mudança demográfica, com envelhecimento da
479 população. • (c) Aumento na complexidade dos casos. Especialmente abertura dos serviços
480 de UTI na BP e de queimados na Santa Casa. • (d) Aumento na velocidade das
481 transferências das UPAs para os hospitais, assim pacientes graves que morriam nas UPAs
482 estariam morrendo nos hospitais. • (e) Mudanças na composição das especialidades, pois
483 há especialidades com menor mortalidade (p.ex GO). • (f) Redução na qualidade da
484 assistência (por exemplo, nas transições da gestão). Gasto hospitalar Análise do gasto
485 setorial em saúde e da participação da assistência hospitalar no conjunto do SUS municipal.
486 Análise preliminar da composição do gasto hospitalar no caso dos hospitais públicos.
487 Tentativa de correlacionar gasto e produto hospitalar. Gasto municipal com assistência
488 hospitalar Fontes dos dados e considerações metodológicas: • Dados obtidos das
489 prestações de contas oficiais do FMS (Portal da Saúde e TV Câmara), recuperados desde
490 1996. A granularidade, detalhamento e critérios mudaram ao longo desses 24 anos. Nos

491 casos em que o número apresentado no PDF e o número apresentado no vídeo foram
492 diferentes, optamos por fazer média simples, solução pouco convencional, mas que divide o
493 erro inevitável por 2. • Para completar as séries históricas em alguns momentos foi
494 necessário fazer interpolações ou médias. Por exemplo, o dado de RH do MG faltava em 7
495 anos não contíguos, tendo sido feita interpolação por média aritmética simples (1 ano
496 faltando), ou por média geométrica da taxa de crescimento dos outros valores (2 ou 3 anos
497 faltando). • Alguns valores foram reclassificados, de maneira a torná-los comparáveis ao
498 longo do tempo ou com parâmetros externos. • Estes dados não se prestam para auditoria
499 ou contabilidade, mas são úteis do ponto de vista estatístico e gerencial. Apesar de
500 imperfeições e imprecisões, vale a pena estudar os gráficos a seguir, pois permitem ter
501 noção visual de 3 aspectos: dimensões, proporções e tendências. • Todos os valores foram
502 corrigidos pela inflação (deflacionados para valores de 2020). Foi utilizada a média
503 geométrica ano a ano dos seguintes índices: IPCA do IBGE, IPC da FIPE, INPC do IBGE,
504 ICV do DIEESE, IGP-M da FGV. Comentários: • Este indicador mostra o total gasto pelos
505 serviços de saúde geridos pelo SUS Campinas. Não considera o gasto executado
506 diretamente pelo Estado ou pelo nível federal, nem pelo setor privado. • Notam-se 3 etapas
507 no período analisado: um fase de oscilação até 2006, uma fase de franco crescimento de
508 2007 a 2015, e uma fase de retração a partir de 2016. Essas etapas refletem a dinâmica da
509 política nacional do período. • 2019 marca um grande retrocesso no investimento em saúde,
510 com o município voltando ao patamar de 2006 – um retrocesso de 13 anos! • Esse
511 retrocesso reflete a conjuntura nacional e escolhas (prioridades) da gestão municipal. Este
512 diagrama combina conceitos de modalidade de gasto, de gestão e de prestação de serviços,
513 para efeito ilustrativo e didático. • As categorias contábeis foram traduzidas em termos que
514 refletem o caráter mais público ou mais privado de cada modalidade: • administração
515 pública direta com seus serviços próprios, • administração pública indireta autárquica, •
516 organização social de saúde, • prestadores privados conveniados, • e diferentes tipos de
517 terceirização. • O diagrama foi desenhado de maneira a representar as modalidades “mais
518 públicas” em baixo e as “mais privadas” em cima. O que se observa é uma relativa
519 estabilidade, ao longo de mais de duas décadas, em relação a essas modalidades de gasto,
520 gestão e prestação de serviços. • Os serviços próprios da SMS incluem a RB, vigilâncias, e,
521 por 30 anos, também os PAs (em azul). Os PAs passaram para administração indireta em
522 2018. • A intervenção judicializada no OV está em marrom, e parte do gasto do OV com
523 terceirizações está em vermelho. Durante cerca de 10 anos a SMS usou nos serviços
524 próprios RH fornecido pelo SSCF numa modalidade de convênio que depois foi considerada
525 irregular pelo MPT (em roxo). • A administração pública indireta, representada

526 historicamente pelo Hospital Mário Gatti, perdeu participação percentual no bolo dos
527 recursos financeiros do município, pois manteve seu porte relativamente inalterado
528 enquanto os demais serviços cresciam (em verde). Para melhor efeito ilustrativo, a folha de
529 RH do MG, que contabilmente fazia parte da Adm. Direta, foi classificada como se fosse da
530 Adm. Indireta todos estes ano (verde). • A criação do CHOV, gerido por OSS, “ocupou
531 espaço” e reduziu a participação percentual dos serviços privados (verde claro e laranja).
532 Gasto hospitalar percentual em relação ao gasto total (que inclui rede básica, vigilâncias,
533 PA. s). • Parte da saúde mental (CF e CHOV) está incluída no gasto hospitalar. • O gasto
534 hospitalar per capita sai do patamar de R\$ 300 para R\$ 600, atingindo o pico em 2015 e
535 depois caindo. • Há relativa recuperação do gasto hospitalar per capita em 2018 e 2019
536 (demissões no Ouro Verde e custo das terceirizações). • Entre 2004 e 2006 perdeu espaço
537 para a rede básica, num período que corresponde à expansão da RB com os contratos do
538 CF e investimentos em área física da RB. A partir de 2007 o setor hospitalar volta a
539 aumentar, gradativamente, seu percentual no bolo do SUS municipal, até 2015. • Esse
540 aumento de participação do gasto hospitalar corresponde ao início de operação do CHOV. •
541 Em 2016 e 2017 a participação do setor hospitalar encolhe. • O setor hospitalar ocupou
542 cerca de 44% do bolo da saúde municipal, na média dos 24 anos analisados. Em nenhum
543 momento o setor hospitalar foi maior que 50% do todo. • Se fosse corrigido o crônico sub-
544 financiamento da rede básica, o setor hospitalar possivelmente retornaria a um patamar
545 próximo de 1/3 do bolo. • (Pode ser que esta seja uma proporção mais adequada, do ponto
546 de vista do fortalecimento da RB.) • Esta perspectiva se aproxima da média de gasto
547 hospitalar nacional (36%) e da OCDE (38%) conforme apontam Botega, Andrade e Guedes
548 (2020) no artigo Perfil dos Hospitais Gerais do Sistema Único de Saúde
549 (<https://www.scielo.br/j/rsp/a/p9P9zMdyqxQZgpDZs753CDk/>). O percentual de RH no
550 orçamento de hospitais e escolas costuma variar entre 2/3, 3/4 e 4/5, ou seja, ao redor de
551 75% do conjunto dos gastos. Este é um parâmetro administrativo da realidade e é
552 relativamente constante em diferentes circunstâncias. • A LRF (arts 19 e 20) estabelece um
553 limite máximo de 54% para gasto com RH nos municípios, na prática inviabilizando a
554 prestação direta de serviços públicos de saúde e educação. • Este gráfico ilustra o
555 percentual real de RH na SMS e no MG ao longo dos últimos anos. • RB+ inclui rede
556 básica, nível central e distritos, vigilâncias, laboratório, PA e outros serviços próprios. • O
557 HMMG tem sua folha “emprestada” da SMS. Para alguns anos os valores não estavam
558 disponíveis e foi feita interpolação. Nota-se uma redução do percentual de RH da RB+ em
559 fase de grande investimento (2005-2008). • O detalhamento de custos de algumas UBS
560 (Taquaral, Figueira, B. Vista), tomadas como exemplo em 2006-7, mostra %RH ~78%,

561 compatível com a premissa. • Com a contratação de pessoal via CF o percentual de RH da
562 RB+ sobe a ~80%; mas volta a cair com o fim do convênio CF-RB e estabiliza ao redor de
563 70%. • O HMMG mantém seu gasto com pessoal sempre próximo de 80% (até 2015). A
564 partir de 2015 começa a política de esvaziamento do MG e terceirização de mão de obra.
565 Os dados do CHOV, disponíveis apenas para 2018 e 2019, mostram a situação anômala de
566 demissão da equipe própria e terceirização de mão de obra. • Entre 2018 e 2019 cerca de
567 10% do gasto do MG se refere à mão de obra terceirizada. • Em 2019 a contratação de mão
568 de obra terceirizada chegou a 48% do gasto do OV. O MG é o principal hospital do SUS
569 municipal; seguido de PUC, OV, CF, Mater. • Não sabemos o motivo dos picos de gasto
570 com o MG em 1998 e 2015: investimento? • O CF começa a se destacar a partir de 2002. É
571 possível que parte do gasto do CF entre 2005 e 2009 seja correspondente ao convênio RB e
572 tenha sido mal classificado como saúde mental. • O OV começa a funcionar em 2008, e tem
573 crescimento acelerado até 2015. Entre 2015 e 2018 o gasto do OV cai a taxas constantes,
574 mesmo em 2018, quando já estava sob judicialização. • Em 2019 o gasto do OV explode
575 com o pagamento das demissões de 1400 funcionários (demissões a nosso ver
576 desnecessárias, lançadas como indenizações pela SMS). Aqui é possível apreciar o peso de
577 cada hospital no gasto municipal ao longo dos últimos 24 anos. • A importância proporcional
578 do MG vem se reduzindo de maneira constante, de cerca de 60% para ~30%. • A PUC
579 reduziu sua fatia de ~30% para ~20% do bolo. • O OV aumentou rapidamente sua
580 participação, entre 2008 e 2016 de maneira orgânica, graças ao seu crescimento, e em
581 2018 pelo enorme gasto com indenizações trabalhistas. Faltam dados para analisar com
582 mais detalhe o histórico de despesas do Mário Gatti. • Aqui custeio foi somado com
583 investimento, apesar de habitualmente ser considerado em separado. • Nota-se relativa
584 estabilidade no aumento do custeio (inflação da saúde?). • Há aumento sustentado do
585 gasto com RH de 2007 a 2015, não sabemos se por aumento no quantitativo ou no valor
586 dos salários (ou ambos). • A partir de 2015 fica clara a política de esvaziamento dos
587 quadros de pessoal. • Os dados de terceirização estão destacados apenas para 2017 e
588 2018, mas o processo começou antes. • Estes dados precisam ser refinados. •
589 Levantamento de quase toda a despesa do CHOV desde o começo. Inclui o gasto com
590 desapropriação (2003-5) e construção (2006-8). Não inclui o gasto do antigo PA Ouro
591 Verde, com pessoal da SMS e CF. • Durante o período UNIFESP / SPDM houve o grande
592 crescimento do hospital. Com a Vitale começa o estrangulamento financeiro. • A partir de
593 2018 ocorrem às despesas da judicialização e da rede. • Em 2019 o hospital atinge custo
594 mais alto, à custa das terceirizações e demissões (indenizações). • Apesar do custo mais
595 alto, a produção, a eficiência e a qualidade diminuíram. A razão “real por internação” não é o

596 custo da internação. Depende da composição do produto hospitalar (que inclui também PS,
597 UTI, ambulatório, exames, etc). • A comparação entre hospitais é difícil, mas para o mesmo
598 hospital ao longo do tempo, se não houver mudança na composição do produto, é possível.
599 • No caso do CF, cujo modelo oferece muito ambulatório e pouca internação, a razão
600 reais/internação parece mais alta, mas isso é efeito da composição do produto. • Quando o
601 hospital oferece UTI essa razão também aumenta. • De maneira geral houve aumento neste
602 indicador, entre o período 2015-9 comparado a 2004-6. Pode ser efeito da “inflação médica”
603 ou mudança de composição do produto ou, mais exatamente, incorporação de tecnologia
604 (p.ex. aumento no uso de exames caros.). Os dados sugerem uma concentração de valores
605 em 2004-6 ao redor de R\$ 5 mil por internação, que pode refletir o custo de internação
606 hospitalar sem UTI na época. • No período 2015-9 há muita dispersão nos dados, sugerindo
607 diferentes composições no produto hospitalar. • Parece haver uma concentração de valores
608 ao redor de 13-14 mil R\$ por internação, para o caso de internações que incluem UTI. • O
609 aumento de patamar, de 5-6 para 13-14 mil R\$, pode corresponder à incorporação de
610 tecnologia, por exemplo, UTI. Nesse período ocorreu uma diminuição do déficit de leitos de
611 UTI na região. • O MG apresenta sempre o maior gasto por internação entre os hospitais
612 gerais. Talvez refletindo o peso do PS e ambulatório. No caso do MG chama a atenção o
613 fato de que a produção diminuiu entre os dois períodos analisados; supondo que a
614 composição do produto não tenha mudado, parece ter havido aumento de custo
615 significativo. • Há variações muito grandes ano a ano nos casos da BP e IMC, que
616 demandaria outras informações para ser entendida. • A composição do produto hospitalar
617 do MG e do OV é semelhante, e o OV gastava menos por internação que o MG. • A partir
618 da criação da RMG houve aumento significativo do gasto por internação do OV, sem que
619 houvesse alteração na composição do produto hospitalar. Este pode ser um aumento real
620 no custo do hospital. Esta tabela apresenta um modelo matemático, uma suposição, não
621 dados reais de faturamento. • Foi estimado um custo / preço de diária de enfermaria de R\$
622 1.000 e um custo / preço de diária de UTI de R\$ 2.500. Estes valores são compatíveis com
623 os praticados pela SMS em seus convênios de 2020. • Na tabela é possível avaliar a ordem
624 de grandeza do preço / custo das internações, conforme a quantidade de dias de enfermaria
625 e/ou de UTI. • Note que, para uma internação aguda, 3 dias de UTI tem o efeito de duplicar
626 o preço / custo da internação. • Esta tabela foi feita para ilustrar a interpretação do gráfico
627 com a razão de reais por internação. **HOSPITAL OURO VERDE.** O hospital Ouro Verde
628 passou por grave crise depois que a gestão foi entregue, em 2016, a uma OSS que se
629 revelou corrupta. A crise foi noticiada amplamente em 2017, quando MP e PF chegaram a
630 invadir o Hospital e prender parte da diretoria. No entanto, a crise continuou ainda por

631 muitos meses, e até se aprofundou, com a intervenção e a gestão da “Rede Mário Gatti”.

632 **Análise comparativa:** Foram separadas 4 etapas para comparação: ● Período pré-crise: de

633 janeiro/2015 até junho/2017 = 30 meses ● Período de crise aguda: de julho/2017 até

634 dezembro/2017 = 6 meses ● Fase de “intervenção” e transição: de janeiro/2018 até

635 dezembro/2018 = 12 meses ● Rede MG instalada, com todas as terceirizações: de

636 janeiro/2019 até dezembro/2019 = 12 meses ● A periodização acima não é perfeita, talvez a

637 “transição” tenha demorado mais. ● 2020 = ano da Covid = ano atípico, ficaram fora da

638 análise. A mortalidade do CHOV apresenta muita flutuação mês a mês, com tendência de

639 alta no período analisado. ● No entanto, não se obtêm bom ajuste com uma reta única de

640 regressão linear. Parece haver sub-períodos com tendências diferentes dentro dos cinco

641 anos analisados. ● A técnica de regressão por jointpoint talvez permita melhor modelagem.

642 ● No próximo slide tentaremos analisar este sequenciamento com mais detalhe. Analisando

643 possíveis etapas na mortalidade do CHOV (método similar ao jointpoint): ● De jan/2015 a

644 mar/2016 (15 meses com média 5,11%, inclinação +0,0008%am): estabilidade com

645 oscilações, referente ao período final do contrato com a SPDM. ● De abr/2016 a jun/2016 (3

646 meses com média 6,56%, inclinação +0,0375%am): piora aguda da mortalidade, refletindo

647 o período de transição SPDM-Vitale. ● De jul/2016 a Nov/2016 (5 meses com média 5,33%,

648 inclinação -0,0246%am): engrena a gestão Vitale e a taxa melhora gradualmente, em

649 patamar similar ao anteriormente obtido pela SPDM. ● De dez/2016 a Nov/2017 (12 meses

650 com média 5,63%, inclinação +0,0103%AM): as crises com a Vitale se avolumam em

651 progressão, e a taxa de mortalidade sobe refletindo isso. ● De dez/2017 a jul/2019 (20

652 meses com média 7,21%, inclinação +0,0006%AM): o longo, longuíssimo, período de

653 intervenção e transição, da Vitale para a RMG, com a mortalidade em patamar muito alto. ●

654 De ago/2019 a dez/2019 (5 meses com média 5,46%, inclinação -0,0011%am): aparente

655 estabilização da RMG, em patamar superior ao da SPDM e da Vitale. Ouro Verde -

656 mortalidade Comentários: ● Não é a primeira vez que surge a questão da elevada

657 mortalidade no Hospital Ouro Verde. Surgiu pela primeira vez como boato em 2018. Surgiu

658 novamente em 2019 em relatório do TCE que foi noticiado na imprensa. ● Os dados obtidos

659 confirmam o aumento da mortalidade hospitalar no Ouro Verde, em todas as etapas da

660 crise, da intervenção e do funcionamento da RMG. ● A mortalidade se eleva durante a crise

661 com a OSS, e diminui um pouco no final de 2019, mas não retorna ao patamar pré-crise. ●

662 Lembrando que a mortalidade considerada razoável para hospitais gerais no SUS é

663 aproximadamente 3-4%. ● Notícias de jornal sobre a mortalidade em 2019: ●

664 <https://www.acidadeon.com/campinas/cotidiano/cidades/NOT,0,0,1479155,mortalidade+em+hospitais+de+campinas+supera+media+estadual.aspx>

665 https://correio.rac.com.br/_conteudo/2

666 020/01/campinas_e_rmc/894200-ouro-verde-2-maiorindice-de-mortalidade-da-rmc.html
667 ● [https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2020/01/22/mortalidade-no-hospital-](https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2020/01/22/mortalidade-no-hospital-ouroverde-em-campinas-supera-media-estadual.ghtml)
668 [ouroverde-em-campinas-supera-media-estadual.ghtml](https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2020/01/22/mortalidade-no-hospital-ouroverde-em-campinas-supera-media-estadual.ghtml)
669 ● [https://www.radiowolf.com.br/2017/2020/mortalidade-no-hospital-ouro-verde-em-](https://www.radiowolf.com.br/2017/2020/mortalidade-no-hospital-ouro-verde-em-campinassupera-media-estadual/)
670 [campinassupera-media-estadual/](https://www.radiowolf.com.br/2017/2020/mortalidade-no-hospital-ouro-verde-em-campinassupera-media-estadual/) ● [https://brasilcampinas.com.br/hospital-ouro-verde-tem-a-](https://brasilcampinas.com.br/hospital-ouro-verde-tem-a-maior-taxa-de-mortalidade-decampinas.html)
671 [maior](https://brasilcampinas.com.br/hospital-ouro-verde-tem-a-maior-taxa-de-mortalidade-decampinas.html) taxa-de-mortalidade-decampinas.html. Ouro Verde – excesso de mortalidade
672 Comentários: ● A taxa percentual de mortalidade institucional apresenta um dado de certa
673 forma abstrato. Aqui se tentou traduzir essa informação em termos mais concretos. ● O
674 excesso de mortalidade em cada período, por comparação ao período pré-crise, foi
675 estimado pela técnica de diferença de proporções, com os respectivos intervalos de
676 confiança para 95%. ● Uma vez obtida à diferença nas proporções, esta foi multiplicada pelo
677 total de internações do período, e a seguir dividido pelo número de meses, assim obtendo a
678 estimativa do excesso em números absolutos. ● Os intervalos de confiança mostram que o
679 resultado obtido é estatisticamente significativo. A taxa de mortalidade “pré-crise” do
680 Hospital Ouro Verde era similar à de outros hospitais como o Mário Gatti, e ligeiramente
681 mais alta que a do Hospital da PUCC. ● Com a crise da Vitale, greves, desvios de material,
682 etc, a mortalidade sobe mais de 30 por cento, indicando claramente a queda na qualidade
683 da assistência. ● No entanto, a situação piora depois que a Rede MG assume a gestão do
684 hospital, atingindo seu pior momento durante a fase de “intervenção” e transição. ● Mesmo
685 depois de instalada a Rede, a qualidade não melhora, e a mortalidade continua ~24% maior
686 do que antes da crise. PS – Ouro Verde Comentários: ● Os dados de produção do PS do
687 Ouro Verde foram obtidos da SMS (CSAPTA). ● Não foram analisados (ainda) os dados
688 relativos a outros hospitais. ● No caso do Ouro Verde os gráficos mostram a redução nos
689 atendimentos médicos nos períodos de judicialização / intervenção / implantação da RMG. ●
690 Em 2018-2019 o pronto-socorro do hospital passou por reformas. ● Houve falta de médicos
691 no PS-OV nos anos de 2017 e 2018. ● Os dados mostram que a redução de atendimentos
692 médicos aconteceu ao mesmo tempo que um aumento nos atendimentos de enfermagem.
693 CHOV – gasto × produção Comentários: ● O gasto com o Hospital Ouro Verde aumentou no
694 período 2015-9. Conforme informação verbal do diretor financeiro da RMG em reunião de
695 prestação de contas aumentou de aproximadamente 11 milhões para aproximadamente 14
696 milhões por mês. ● Nesse período a produção do Hospital diminuiu. Houve também
697 alterações na composição do produto hospitalar, que não sabemos se foram significativas. ●
698 O gráfico sugere que tenha havido efetivo aumento de custo no hospital após a intervenção
699 e incorporação à RMG. Este diagrama compara duas coisas de natureza muito diferentes,
700 com o propósito de ilustrar suas dimensões relativas. ● O prejuízo causado pelos desvios da

701 OSS Vitale chegou a ser estimado em até 20 milhões de reais, mas o que foi comprovado
702 pela PF, e utilizado pelo MP no embasamento da denúncia, foi cerca de 8,6 milhões. (Fonte:
703 <https://www.acidadeon.com/campinas/cotidiano/cidades/NOT,0,0,1428281,Caso+Ouro+Verd>
704 e+MP+denuncia+Jonas+por+omissao.aspx) • As demissões de trabalhadores do hospital
705 teriam sido evitadas se a intervenção ocorresse na modalidade de requisição administrativa,
706 seguida de sucessão de contratos para um novo gestor. O custo financeiro das
707 indenizações foi mais de 3 vezes maior que o valor desviado pela corrupção. (Fonte: dados
708 financeiros fornecidos pelo FMS. As indenizações foram contabilizadas como verbas da
709 PMC e não do CHOV.) • O efeito prático das demissões foi à desorganização de todos os
710 serviços hospitalares, a redução na produção, à redução na eficiência, o aumento da
711 mortalidade e o aumento de gastos e custos. Intervenção = requisição administrativa Lei
712 8.080 de 19/09/1990 (a “Lei do SUS”): Dispõe sobre as condições para a promoção,
713 proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços
714 correspondentes e dá outras providências. CAPÍTULO IV – Da Competência e das
715 Atribuições Seção I – Das Atribuições Comuns Art. 15. A União, os Estados, o Distrito
716 Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:
717 alínea XIII – para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias,
718 decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de
719 epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá
720 requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes
721 assegurada justa indenização; 127 CHOV – RH (rendimento CHOV – RH Comentários: • Os
722 dados de mercado foram obtidos por levantamento informal com ajuda de profissionais do
723 hospital, do Sindimed e do Sinsaúde. • As empresas fornecedoras de mão de obra para o
724 CHOV tiram seu ganho e seu lucro da diferença entre o valor que recebem da RMG e o
725 valor que pagam para os trabalhadores. Assim, as empresas preferem pagar rendimentos
726 menores e contratar profissionais menos qualificados. • Após a demissão de seus ~1400
727 trabalhadores apenas a minoria aceitou continuar trabalhando sob as novas condições
728 pioradas. Houve grande renovação, em geral para profissionais menos qualificados e com
729 menos experiência. • Esta é uma das explicações da redução da eficiência e da qualidade
730 dos serviços. • Não é a RMG que define a política de RH ou o rendimento dos seus
731 profissionais. Isso é feito pelas terceirizadas. CHOV – intervenção e RMG Comentários: • O
732 resultado da intervenção e da criação da RMG, para o OV é muito negativo: • redução da
733 produção • redução da eficiência • redução da qualidade • aumento da mortalidade
734 hospitalar • aumento do gasto • aumento do custo • De todos esses aspectos o aumento
735 da mortalidade institucional talvez seja o mais grave e está a exigir análise e providências

736 urgentes. • Esta era a situação antes da pandemia. É possível que essa situação tenha
737 melhorado com o tempo, ou tenha se agravado com e por causa da pandemia. Conclusões
738 Assistência hospitalar em Campinas: • A assistência hospitalar em Campinas passa por
739 crise há anos. • Essa crise é relativamente “silenciosa”: embora a população sinta o
740 problema, nem a imprensa nem o governo deu a atenção merecida. • A produção hospitalar
741 do SUS decaiu nos últimos 5 anos, e não acompanhou nem o crescimento populacional
742 nem a perda de cobertura do setor privado. • Assim, o déficit de leitos e internamentos
743 aumentou num ritmo aproximado de 3% ao ano no período analisado (mais, se considerar
744 apenas população SUS dependente). • A pandemia de Covid-19 em 2020 atingiu Campinas
745 num momento de crise e deficiências graves no segmento da assistência hospitalar. Sobre o
746 Ouro Verde • Os indicadores de produção e qualidade do Ouro Verde eram melhores no
747 período 2015-2016. • A crise do Hospital começa no final da gestão da OSS Vitale, no
748 segundo semestre de 2017. (A operação policial ocorreu em 30/11/2017.) • A quantidade de
749 atendimentos, a eficiência e qualidade da assistência caíram com a implantação da Rede
750 MG. A mortalidade, o gasto e o custo aumentaram. A situação desse hospital em 2018-2019
751 foi pior do que durante a crise da OS Vitale. • Especialmente preocupante é a elevação da
752 taxa de mortalidade hospitalar. Sobre o Mário Gatti: • O hospital Mário Gatti parece
753 estagnado, sua produção praticamente não varia ao longo dos 5 anos observados. • Os
754 indicadores de qualidade e processo (mortalidade e permanência respectivamente) também
755 permaneceram quase inalterados no período. • Mesmo durante o auge da crise do Ouro
756 Verde a produção do Mário Gatti não aumentou nem diminuiu. Assim, de certa forma pode-
757 se dizer que o Mário Gatti “não ajudou” durante a crise. • Os funcionários, no entanto
758 lembram que no início da operação da Rede a falta de insumos e medicamentos se
759 acentuou não só no Ouro Verde como no Mário Gatti também. A mortalidade do Mário Gatti
760 aumentou pouco nos primeiros meses de 2018 (início da Rede), mas voltou ao seu patamar
761 habitual no segundo semestre. • Seria de se esperar, num hospital bem administrado,
762 aumento gradual da produção, refletindo investimento e ganho de produtividade, e aumento
763 gradual da qualidade, refletindo a otimização de processos e qualificação progressiva das
764 equipes. Nada disso aconteceu no Mário Gatti. • Qual o motivo da produção do Mário Gatti
765 não variar ao longo do tempo? • Os funcionários dizem que o hospital “está no seu limite”,
766 mas essa explicação esconde o fato de que a capacidade pode variar ao longo do tempo, ou
767 seja, “o limite” pode aumentar se houver investimento. • Aparentemente a estagnação
768 desse hospital reflete um impasse entre duas forças opostas: • (1) Por um lado a gestão
769 dos últimos anos, com projeto de privatização do hospital e não reposição dos servidores
770 aposentados e demissionários. • (2) Por outro lado o conjunto de trabalhadores

771 concursados, que resiste como pode ao desinvestimento programado e mantêm o hospital
772 funcionando. • Por fim, o fato de que nem a média de permanência nem a taxa de
773 mortalidade tenham variado significativamente ao longo do tempo reflete o mesmo impasse,
774 e reflete também a falta de empenho da gestão em melhorar processos e qualidade.
775 **Lacunas** Pontos cujo estudo ficará para outra oportunidade: • Análise de leitos: tendências
776 e disponibilidade, leitos por hospital, necessidades futuras, transição de perfil (tradicional x
777 domiciliar / leito-dia / leito-noite) • 2020 e COVID-19 • Leitos, internações e serviços
778 oferecidos pelo Estado de São Paulo (HC) • Taxas de ocupação • Situação de RH, pelo
779 menos nos hospitais próprios • Dados de regulação • Relação com a região: migração,
780 “invasão” e “evasão” de internações • Comparação entre setor público e privado • Melhores
781 parâmetros de comparação, do Brasil e do exterior, para todos os indicadores: leitos, perfil
782 dos internamentos, médias de permanência, mortalidade institucional. Pergunta que sempre
783 cabe após o diagnóstico... O que fazer quando sabemos o que sabemos? **Sr. José**
784 **Augusto** finaliza apresentação apontando a necessidade produzir uma nova versão (versão
785 9) incorporando alguns detalhes que ficaram faltando a partir dos documentos colocados
786 pela gestão no SEI, especificamente pela gestão do Hospital Ouro Verde e da Secretaria.
787 Além disso, como encaminhamentos, propõe também que estes documentos do SEI sejam
788 anexados ao relatório. Relata que a Secretaria já informou em despacho no SEI seu
789 compromisso em monitorar os referidos indicadores, o que é muito oportuno e importante.
790 Na comissão discutimos desdobramentos desse compromisso em 3 linhas de atuação: a
791 primeira monitorar a mortalidade hospitalar daqui para frente, como uma questão relevante
792 para a Secretaria e para o Conselho; em segundo lugar estudar melhor a mortalidade
793 hospitalar e seus determinantes, reconhecendo o limite da metodologia que utilizamos até o
794 momento, sugerindo realizar um aprofundamento deste estudo a ser realizado por
795 reconhecida instituição acadêmica sobre mortalidade hospitalar na cidade; uma terceira
796 iniciativa de estabelecer um compromisso de todos, Secretaria e hospitais da cidade, de não
797 somente monitorar, mas reduzir e melhorar os indicadores da mortalidade hospitalar, para
798 trabalhar o que existe de mortalidade evitável, como um imperativo moral de trabalhadores e
799 gestores neste sentido. **Sr. Mário** informa que o Sr. Mariante tem um complemento a fazer.
800 **Sr. Mariante** informa que para a reunião de hoje foi convidada a Dra. Cynthia, gestora do
801 Ouro Verde, mas que justificou que o tempo não permitiria avançar em questões tratadas na
802 comissão. **Sr. Lucio** relata sua experiência triste de acompanhar o falecimento da própria
803 mãe no momento de crise do Hospital Ouro Verde, onde houve descaso durante o final do
804 ano de 2017, quando o hospital era administrado pela empresa Vitalle, sendo que hoje
805 estamos discutindo o que significou aquela situação de fraudes, roubo no hospital. Ou seja,

806 hoje estamos ouvindo e vendo o que aconteceu. Relata que sua mãe foi internada na UPA
807 São Jose em setembro de 2017, estava bem, sorrindo, sendo que a orientação dos médicos
808 era que ela precisava ir para um hospital onde tivesse mais recursos e proteção para sua
809 saúde, porque estava com problemas no coração. Ela conseguiu a internação no Ouro
810 Verde, tendo ficado um dia e uma noite, sem um local, ou seja, só na emergência, sem o
811 devido cuidado que foi buscar. Só conseguiu entrar num setor com mais preparo para seu
812 caso muito tarde e veio a falecer, justamente na fase exemplificada na apresentação de
813 maior crise entre julho e dezembro de 2017, ou seja, na crise da gestão da Vitalle. **Sr.**
814 **Roberto** parabenizou à comissão de atenção hospitalar urgência e emergência pelo
815 trabalho brilhante, que nos deixa sem fôlego por tantas informações até difícil de
816 acompanhar, principalmente para quem tem pouca familiaridade com o trabalho com dados,
817 mas o que salta a vista é o que foi trazido pelo Lucio. É impossível dissociar a mortalidade
818 do Ouro Verde com o caos que foi provocado na transição, nos problemas provocados pela
819 Vitalle, etc. Então é bem possível que estes dados tenham uma grande correlação de causa
820 e efeito, que não dá para comprovar, mas é bem possível isso. A segunda questão é que a
821 mortalidade hospitalar nunca foi razão de acompanhamento do Conselho Municipal, daí uma
822 das razões de parabenizar o trabalho da comissão, pela primeira vez, pois já participei do
823 conselho em outros momentos, e nunca os dados foram trazidos com tanta consistência,
824 com tanta discussão. Quero assim referendar o que o Sr. José Augusto trouxe, em
825 discussões comuns na Secretaria de Saúde, de que o Conselho sempre traz as coisas para
826 o debate com um pano de fundo ideológico, de oposição. Então para superar isso, pois não
827 acha que é isso que ocorre, mas para evitar as ilações, concordo que é necessário que uma
828 instituição acadêmica se debruce sobre estes e outros dados para dar mais elementos para
829 compreender a questão da mortalidade hospitalar na cidade. Então, junto com isso, também
830 é muito importante é colocar no RDQA, com o Sr. José Augusto em conversa com o Sr.
831 Moacyr Perche, trazendo este indicador para este relatório de gestão, como também a
832 Secretaria iniciar junto a seus hospitais e hospitais conveniados um pacto pela redução da
833 mortalidade hospitalar, como já foi feito com pactos para redução da mortalidade infantil e
834 outros. Isso não significa buscar culpados, mas buscar as razões de indicadores que não
835 deveriam ser tão altos para reduzi-los, o que seria muito positivo para todos: secretaria,
836 hospitais, população e conselho. Essas propostas foram debatidas na Executiva e gostaria
837 que fossem deliberadas aqui no pleno. **Sr. Mario** solicita ajuda do Sr. Roberto para elencar
838 todas as propostas, que o ajuda citando cada uma. Enquanto isso, Sra. Nayara, para apoiar
839 a mesa, escreve no chat os seguintes encaminhamentos: 1) Efetivar a versão 09
840 considerando as divergências e pontuações da gestão levantadas na Comissão de Atenção

841 Hospitalar, Urgência e Emergência e incluir anexos com os SEI com os contrapontos da
842 gestão neste processo. 2) Divulgação este material aos órgãos de controle citados pelo
843 Mariante (Câmara Municipal, Ministério Público Estadual, Tribunal de Contas do Estado,
844 Ministério Público Federal e Tribunal de Contas da União) e produzir boletins elaborados
845 didaticamente para serem publicados em nosso site; 3) incluir os indicadores de mortalidade
846 hospitalar no RDQA; 4) Negociação do DEVISA e solicitar a UNICAMP para elaboração de
847 boletins voltados para este material; 5) Que a gestão incorpore no PPA 2022-25 o pacto
848 pela redução da mortalidade hospitalar em Campinas. **Sr. Mario** solicita a prorrogação por
849 mais 30 minutos da reunião, sem que houvesse nenhuma discordância, sendo a reunião
850 prorrogada. **Sra. Nayara** manda um abraço fraterno e carinhoso ao Sr. Lucio pelo relato que
851 já conhecido dela, mas que toda vez que o faz, a deixa com lágrimas nos olhos, de
852 desmantelo do sistema de saúde, do que significa o que foi vivido por essa cidade, inclusive
853 porque no meio de tudo isso tem corrupção envolvida. Inclusive porque associamos o que
854 temos vivido na pandemia e o que a CPI da Covid está mostrando em Brasília de dano à
855 saúde pública. Voltando para Campinas é importante dar valor, mas também é necessário
856 seriedade para conduzir para que essas informações cheguem a opinião pública e aos
857 órgãos de controle, como foi deliberado neste pleno, agora com as correções foram feitas
858 pelos órgãos internos da Secretaria e da Rede Mario Gatti, que estão sendo apresentadas,
859 estejam sendo contempladas. Neste sentido essa versão 9 deve contemplar isso, e que ao
860 divulgar este material, tenhamos os anexos dos contrapontos feitos pelos órgãos internos da
861 Secretaria e RMG. Ou seja, somos responsáveis em contemplar esses conteúdos no que
862 será divulgado. Ao mesmo tempo é imperativo fazer a publicidade dessas informações,
863 conforme foi deliberado para os diversos órgãos citados pelo Mariante, que já constam no
864 chat. E que estes dados e informações sejam transformadas em vários boletins, apoiados
865 pela nossa nova estagiária do projeto WASH, para facilitar o entendimento com os devidos
866 recortes didáticos, considerando os contrapontos, voltados para a opinião pública divulgados
867 no nosso site. Os demais encaminhamentos estão em adiantado processo de negociação
868 com Secretaria, pois hoje de manhã foi informada pelo Sr. Jorge Ávila, isto é, a inclusão dos
869 indicadores da mortalidade hospitalar no RDQA, isto está bem adiantado, tanto o Sr. Moacyr
870 quanto o Sr. Jorge concordaram com isso e eles que trabalham com isso, sendo uma
871 primeira forma de desdobramentos em relação ao que fazemos com o que sabemos do
872 ponto de vista do monitoramento quadrimestral da Secretaria. O segundo encaminhamento
873 está em negociação com o DEVISA, através da Juliana Nativio, com pedido que será feito
874 para a UNICAMP, para produção de materiais a partir de estudos que serão feitos
875 considerando estas informações e outras que a UNICAMP queira produzir, porque tem uma

876 expertise super reconhecida, referindo que o Sr. Jorge pode completar alguma informação
877 que ele tenha desde hoje na parte da manhã, quando atualizou com ele sobre isso. E o
878 terceiro encaminhamento, que necessita submeter ao colegiado da Secretaria, que se
879 desdobre no PPA 2022-25 um compromisso de redução na mortalidade hospitalar em
880 Campinas. Foi solicitado ao Sr. Jorge que encaminhasse esta discussão ao colegiado da
881 Secretaria para avaliação, pensando que é um momento muito propício justamente
882 incorporação no PPA. Solicita que estas propostas sejam aprovadas pelo pleno. **Sr.**
883 **Mariante** se solidariza com Sr. Lucio e recorda a sensação da Comissão quando se tomou
884 conhecimento destes dados. Como cidadãos e cidadãs e militantes de saúde se sentiram
885 pegos de surpresa pelos dados que continuam parecendo preocupantes. Tem muito acordo
886 com a proposta da Sra. Nayara, em preparar uma versão 9, com a deliberação no pleno
887 para que os acréscimos objetivos com as ressalvas já feitas e para os órgãos de controle
888 apontados. Dessa forma, este olhar sobre as questões precisam ser feitas considerando os
889 olhares divergentes, colocando as diferentes posições em relação aos pontos, onde
890 ocorrerem. Levando tudo às instancias colocadas, pois dizem respeito também a instituições
891 privadas prestadoras de serviços. É uma obrigação nossa. **Sra. Andrea** como
892 epidemiologista que faz parte dos professores da Faculdade de Ciências Médicas da
893 UNICAMP e dialogo com o colocado pela Sra. Nayara, uma vez que o DEVISA tem uma
894 ampla tradição de produção de boletins epidemiológicos conjunto com a área de
895 Epidemiologia da UNICAMP, com as professoras Marilisa Berti e Maria Rita Donalisio, tanto
896 que na abordagem da pandemia, fizemos uma série de boletins em conjunto. Vou levar este
897 pleito, pois a Juliana Nativio trabalha mais com as doenças crônicas não transmissíveis,
898 sendo que já conversou com o Sr. Jorge sobre isso. Tendo olhado o relatório com muita
899 atenção, comparei com a literatura, parabeniza quem o executou, bastante robusto, bem
900 escrito, algumas coisas que sentiu falta foram explicadas hoje. Incomodou-se com a
901 inexistência de taxa, mas proporção, mas foi explicado o motivo. Incomodou-se- também
902 que não conseguiu ajustar para o perfil de cada hospital, que pacientes são atendidos, que
903 tipo de diagnóstico. Ou seja, para fazer esse ajuste de risco precisam ser vistos os riscos
904 individuais, pois há hospitais que tem missão diferenciada, com cuidado mais paliativo ou
905 não. Se faltarem estes elementos é importante busca-los para não se ter uma falsa
906 sensação do que está ocorrendo. A taxa de mortalidade hospitalar é um instrumento
907 bastante importante de monitoramento, pois não só olhar a má qualidade da assistência
908 prestada, pois ela tem outros objetivos, pois essa taxa deve ser todo o tempo perseguido
909 para ser um indicador de melhora. Importante comparar situações diferentes como fator que
910 interfere na mortalidade institucional como idade, etc. Ofereceu para que o DEVISA entre

911 nesta análise junto com a UNCAMP porque o DEVISA tem um grupo de epidemiologistas
912 bem experientes, que trabalham com essas parcerias, que fosse feito um estudo mais
913 aprofundado, especialmente dos denominadores, que ao ser taxa e não proporção traz viés.
914 **Sr. Mario** solicita que as duas pessoas inscritas sejam objetivas para que se tenha tempo
915 para colocar o tema em votação. **Sra. Leila** reitera elogios ao relatório, que aprende muito e
916 dessa vez aprendeu mesmo. Acrescenta que houve questionamentos sobre ter
917 posicionamentos ideológicos, mas que alerta que “as pessoas têm lado”, pois seria uma
918 hipocrisia. Mas usar o lado que se tem para não dialogar é inadmissível numa democracia.
919 Ressaltou que existe uma ideologia que está no governo federal, que diz que uma economia
920 geradora de lucros também deve comandar o sistema de saúde, pois o estado não poderia
921 prestador de serviço, sendo que o resultado desta ideologia teve como resultado o
922 desabastecimento de insumos durante a pandemia. Ou seja, as ideologias dominantes não
923 precisam nem ter consistência, porque houve ao mesmo tempo uma superprodução de
924 cloroquina pelo estado, numa pura decisão ideológica. **Sra. Érika** informa que, assim como
925 o DEVISA, a Secretaria se coloca a disposição para ampliar essa discussão. Considera que
926 teve um empenho de garantir a transparência das informações, por exemplo, o portal da
927 transparência os relatórios da CSAPTA, com informações desde 2012 talvez, tendo como
928 objetivo qualificar a assistência. Tem feito muitas discussões, muitos eventos sentinelas com
929 as entidades, quando se percebe que há alterações nas taxas de mortalidade. Várias das
930 ponderações feitas pelo Sr. José Augusto hoje são importantes, porque são esclarecedoras
931 no relatório, uma vez que o que se tem na literatura são taxas de mortalidade e não
932 proporção e o quanto isso impacta na hora de fazer uma análise comparativa. Colocou-se à
933 disposição, o DGDO, como o DEVISA, sendo que o objetivo é sempre qualificar. Todas as
934 propostas encaminhadas ao Sr. Jorge estão sendo analisadas cuidadosamente para avaliar
935 quais ações possíveis de ser implementadas, uma vez que existem hospitais com perfis
936 muito distintos, com taxas esperadas diferentes. O quanto à gente precisa qualificar as
937 informações para passar para frente ou se for para passar para frente, está tudo certo, a
938 Secretaria acata a decisão deste pleno e vai responder para as instâncias que forem
939 necessárias. **Sr. Mario** lê encaminhamentos listados no chat e consulta se há alguma
940 dúvida em relação ao foi lido. **Sr. Roberto** coloca sobre o pacto de redução da mortalidade
941 deva estar no PPA, porque ele é mais amplo, uma vez que o PPA é somente da Prefeitura.
942 Penso que deveria trabalhar na perspectiva de um pacto mais amplo do que o PPA. Mas
943 considera que fica com a proposta de inclusão no PPA e no processo se reavalia a extensão
944 deste pacto para envolver todas as entidades que teriam relação com ele (as universidades,
945 os hospitais contratados, até os não contratados que possam se interessar em fazer parte).

946 Mas isso seria para uma discussão posterior. Neste momento, necessário conduzir dessa
947 forma, incluindo no PPA. **Sr. Mario** consulta o pleno sobre a votação ser por aclamação,
948 sendo que a **Sra. Erika** se manifesta contrária. **Sr. Mario** encaminha que esse ponto de
949 pauta será votado na próxima reunião do pleno no dia 08.09.2021, depois da aprovação da
950 ata, com votação nominal dos 5 encaminhamentos. **Sr. Mário** agradece a participação de
951 todos e pergunta se tem algum informe, não havendo encerra-se a reunião. Eu **Maria**
952 **Ivonilde Lúcio Vitorino**, lavro a presente ata que, após lida, discutida e votada será
953 arquivada e publicizada na página do Conselho Municipal de Saúde.