



HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI  
Avenida Ruy Rodriguez, 3434 - Bairro Jardim Yeda - CEP 13060-646 - Campinas - SP

HMMG-DIRHMMG/HMMG-PRESIDENCIA/HMMG-CHPEO/HMMG-CHPEO-DIR TEC

## OFÍCIO

Campinas, 26 de fevereiro de 2021.

Prezado Presidente,

Em que pese a referida Comissão Permanente de "Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência" não ter assegurado o fiel cumprimento do Art. 1o. da Portaria no. 11 de 14.10.2019 no que tange a garantia da paridade tripartite em sua composição, não contando com a efetiva participação dos gestores representantes das Unidades Hospitalares que compõem a RMMG na discussão e produção do relatório, conforme evidenciado no documento 3503279 e igualmente demonstrado à **página 128** de 3503327;

Em que pese não ter sido dada à gestão do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi (CHPEO) a justa oportunidade, ainda que como convidada (conforme previsto na Portaria supracitada), de realizar uma discussão prévia junto ao relator da referida Comissão, antes que a apresentação dos dados fosse feita ao CMS em 10.02.21;

Em que pese a versão ora anexada a este SEI em 3503327 ("*versão 6 - parcialmente revisada em 22.02.2021*", com 128 páginas) **não corresponder** a versão originalmente apresentada ao CMS ("*versão 5 - CMS de 10.02.2021*", com 115 páginas), ainda disponível na página do Conselho Municipal de Saúde no Facebook (<https://www.facebook.com/conselhomunicipaldesaudecampinas/videos/1660124817499112/>), a qual apresenta diversas falas com adjetivações tendenciosas que induziram a interpretações distorcidas e compreensivelmente indignadas por grande parte da audiência;

venho através do presente, registrar algumas considerações técnicas desta Diretoria sobre a apresentação anexada em 3503327, especificamente no que tange às internações hospitalares, tempo médio de permanência, taxa de mortalidade hospitalar, produção do Pronto Socorro e remuneração dos profissionais médicos do Hospital Ouro Verde.

### Sobre as Internações Hospitalares

O relatório declara comparar dados de internação no período 2004-2006 aos dados referentes a 2015-2019, utilizando, para tal, grupos diferentes de hospitais nestes períodos. Para 2004-2006, diferentemente de 2015-2019, relata ter incluído o Cândido Ferreira, Albert Sabin, PUCC e CAPS. Idealmente, estes dois últimos deveriam ter sido mantidos na análise referente ao período 2015-2019 para que a comparação fosse mais equivalente, ainda que com restrições em relação a aplicabilidade do conceito "leito hospitalar" ao CAPS.

Nas **páginas 32-33** são apresentados gráficos referentes às internações por habitantes no Município de Campinas no período 2015-2019 (setor público e privado) e, à **página 34**, conclui-se que inflexão na produção relativa às internações em 2018 coincide com a "*crise do Hospital Ouro Verde e a gestão da RMMG*", ignorando detalhes importantes sobre oferta de leitos e taxas de ocupação nos diversos serviços.

Embora o efeito deletério da questão da crise do Ouro Verde entre 2017-2018 não possa ser ignorado, não é correto atribuir exclusivamente a esta Unidade, muito menos à RMMG, a inflexão observada como um todo no Município em 2018.

Aliás, contradizendo a alegação do apresentador de que a queda na desempenho tenha sido mantida pela RMMG, o gráfico apresentado à **página 44** demonstra claramente uma tendência em sentido contrário, isto

é, a despeito das gravíssimas dificuldades operacionais no Hospital Ouro Verde (causadas pela crise Vitale de 2017 e herdadas pela RMMG em 2018), já no 3º trimestre de 2018 a RMMG consegue viabilizar os processos licitatórios para recomposição das equipes assistenciais. Em consequência, o que se observa, de fato, é uma importante tendência de recuperação, com significativa ascensão na produção das internações por especialidades clínicas, cirúrgicas e por leito-dia (Oftalmologia e Otorrinolaringologia). Tal aumento não só é evidenciado através dos relatórios de produção oficiais como, em paralelo, foi amplamente divulgado pela mídia na ocasião (vide: <https://blogdarose.band.uol.com.br/apos-vitale-internacoes-e-cirurgias-aumentam-no-ouro-verde/> e [https://correio.rac.com.br/\\_conteudo/2019/07/campinas\\_e\\_rmc/851831-hospital-ouro-verde-tenta-voltar-a-normalidade.html](https://correio.rac.com.br/_conteudo/2019/07/campinas_e_rmc/851831-hospital-ouro-verde-tenta-voltar-a-normalidade.html)). Um exemplo notório de recuperação de produção foi o fato de em 2019, menos de um ano após a reestruturação da equipe de Oftalmologia, o Hospital Ouro Verde ter conseguido zerar a fila de cirurgia de catarata, a qual, em 2018, chegou a contabilizar mais de 1200 pessoas em espera. Adicionalmente, o gráfico apresentado à **página 44** também demonstra que não houve perda no padrão de sazonalidade da UTI Pediátrica, ao contrário do que o apresentador comenta na versão 5 da apresentação. O número de leitos de UTI pediátrica, pelo contrário, foi mantido ao longo de todo o período estudado e, em 2019, ampliado em 50% durante o pico da sazonalidade. A despeito destas evidências, o apresentador declara à **página 45** que o referido gráfico “*demonstra com clareza o tamanho da catástrofe do Hospital Ouro Verde, inicialmente com a OSS Vitale, logo pior ainda com a Rede Mário Gatti*”. Com esse comentário denota-se a intenção de distorcer os fatos e atribuir à gestão da RMMG a responsabilidade pela queda na produção, quando, na realidade, esta queda já vinha sendo sinalizada desde 2017. Diferentemente, a retomada da produção somente pôde ser viabilizada após o trabalho hercúleo de reestruturação das equipes assistenciais através da conclusão dos processos licitatórios deflagrados à época pela RMMG. Por fim, na mesma página, destaca-se a fragilidade das demais conclusões quando o apresentador novamente confunde SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar) com produção de internação clínica, e, adicionalmente, se contradiz ao dizer que a Pediatria “*mantem a mesma média de antes, mas não consegue dar conta do aumento sazonal do 2º Trimestre de 2018 e 2019*”. Ora, que contradição! Se manteve a mesma média (de produção) de antes, é justamente porque deu conta!

### Sobre tempo médio de permanência

À **página 50** são apresentadas as médias do tempo de permanência hospitalar (tempo de internação) por Especialidade. Neste gráfico, considerou-se Saúde Mental como uma Especialidade *per si*, quando, na realidade, a Psiquiatria é a especialidade médica que trabalha com Saúde Mental (esta entendida num conceito mais amplo e multidisciplinar). Portanto, calcular médias de permanência de Psiquiatria e de Saúde Mental como se fossem duas especialidades distintas entre si, é uma inacurácia técnica. Falha idêntica também pode ser observada quando se presta a calcular média de permanência em Leito-Dia (que por definição, não é internação).

À **página 57** é apresentado um gráfico sobre os tempos médios de permanência hospitalar no Hospital Ouro Verde, por especialidade, mês a mês, no período 2015-2019. Mais uma vez, incluindo a média de permanência em Leito-Dia (que por definição, não é internação). A seguir, à **página 58**, apresenta-se a tabela com os tempos médios de permanência hospitalar no Hospital Ouro Verde, por especialidade, mas diferentemente, ano a ano, no período 2015-2019.

Nesta tabela, de 2017 para 2018, todas as especialidades aumentam o tempo médio de internação em cerca de 1 dia, porém, em 2019, retomam ao valor basal (a exceção da Psiquiatria). Em que pese estes dados não terem sido submetidos a análise estatística para verificar se estas diferenças (para mais ou para menos) de fato são significativas, bem como os dados que demonstram o recuo das médias de 2018 para 2019, ainda assim o apresentador insiste em concluir, de maneira tendenciosa (à **página 59**), que “*a média de permanência de Clínica, Cirurgia e Pediatria aumenta durante o período da crise 2017 (Vitale), 2018 e 2019 (Rede)*”. Este dado, isoladamente, em nada contribui para a efetiva análise da qualidade dos serviços prestados. Pacientes psiquiátricos podem demandar tempos mais longos de internação, e o fato de permanecerem um ou dois dias a mais (em relação a uma média prévia) precisa ser investigado em relação ao perfil das solicitações de vagas da Unidade. Afinal, é sabido que nos últimos anos o hospital tem recebido, de modo cada vez mais frequente, mandados de internação compulsória (judicializações) de pacientes psiquiátricos em situação de extrema vulnerabilidade social, cuja permanência se prolonga e em cujos casos

a alta hospitalar não depende isoladamente da assistência médico-hospitalar em si, mas de um conjunto de ações sociais externas que não estão sob a gestão da instituição.

Por fim, cumpre ressaltar que entre 2017 e 2019 o Hospital Ouro Verde chegou a ter, sob seus cuidados, simultaneamente, dez pacientes “moradores” (um dos casos, com mais de 5 anos de internação hospitalar), elevando assim as médias de permanência institucional. Felizmente, graças a um esforço conjunto entre SMS, RMMG e SMAS, ao longo de 2019 e 2020 foi possível redirecionar todos estes casos a instituições de longa permanência. Atualmente temos apenas 3 pacientes com perfil de “moradores”, o mais antigo há apenas 90 dias no hospital.

## Sobre Mortalidade Hospitalar

A taxa de mortalidade hospitalar é calculada pela totalidade de óbitos ocorridos após 24 horas da entrada do paciente na instituição tomando por base a totalidade de internações em leito no mesmo período. Não se trata aqui de contrapor-se aos números apresentados em si, mas sim às conclusões superficiais e claramente tendenciosas exaradas pelo apresentador, já que o mesmo não levou em conta a realidade assistencial do Hospital Ouro Verde.

Na apresentação consta a informação de que uma taxa de mortalidade “ideal” seria ao redor de 4% (**página 101**). O autor não explicita a fonte bibliográfica utilizada. Adicionalmente, mesmo após extensiva busca bibliográfica empreendida por esta Diretoria, nada foi encontrado neste sentido (Obs.: Cumpre informar que, posteriormente, o apresentador declarou ter utilizado esse índice por ser, supostamente, a taxa média observada em hospitais dos **Estados Unidos**). Tal meta obviamente não pode servir de referência para a realidade dos hospitais do Brasil, sequer da região Sudeste, sejam unidades públicas ou privadas. Afinal, é de amplo conhecimento que o acesso aos serviços hospitalares americanos é extremamente injusto, restritivo, caríssimo, o que certamente acaba dificultando o acesso universal de pessoas com patologias graves (a maioria sem seguro de saúde) a um leito de internação. Destaca-se, oportunamente, que tal modelo assistencial é, inclusive, um dos principais fatores responsáveis pela altíssima mortalidade por COVID-19 naquele país, onde muitos óbitos acabaram ocorrendo em ambiente domiciliar ou em emergências. Portanto, essa suposta meta de 4% não só é inaplicável para o Brasil como, de fato, sequer é confiável como indicador assistencial no próprio país onde supostamente foi levantada.

Alternativamente, a recomendação é que o apresentador utilize estudos nacionais ou, minimamente, de países com acesso universal semelhante ao sistema de saúde brasileiro. Nesse sentido, sugere-se o estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Fundação Oswaldo Cruz), publicado na Revista de Saúde Pública em 2018 e acessível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000146>). Neste estudo, a taxa de mortalidade média em hospitais públicos com perfil assistencial semelhante ao Hospital Ouro Verde na região sudeste do Brasil foi calculada entre **10% e 14%**. Isto, de modo algum, significa que seja “aceitável”, ou “não aceitável”, uma taxa ao redor de 6%, como a observada no Hospital Ouro Verde; afinal, sobre taxa de mortalidade não faz sentido emitir juízo de valor, muito menos comparar hospitais de perfis assistenciais diferentes! Ou seja, não basta simplesmente calcular a taxa e, a partir da aritmética simples, inferir comparações de desempenho assistencial. Muito menos se propor a ‘torturar os números’ e, através de metodologia estatística equivocada (como por exemplo o uso de intervalo de confiança para medidas que não refletem risco relativo), fazê-los confessar “*que o resultado obtido é estatisticamente significativo*”, como fez o apresentador à **página 104**. Muito mais do que isto, é fundamental entender para quê serve o cálculo da taxa de mortalidade e quais os diversos fatores que podem interferir na análise de nexos.

No caso do Hospital Ouro Verde, vários fatores interferem na taxa de mortalidade observada, entre eles:

1. A **complexidade** dos leitos - hospitais com maior proporção de leitos de tratamento intensivo tendem a receber mais pacientes com maior gravidade e, portanto, com maior risco de morte. No CHOV, a proporção de leitos intensivos no período de 2015-2019 foi de 23.2%.
2. A proporção de **leitos clínicos** - hospitais com maior proporção de leitos clínicos para adultos tendem a receber um público cuja faixa etária é mais avançada e, frequentemente com quadros cardiovasculares, pulmonares ou neurológicos, portanto, com maior risco demográfico e patológico de morte. No CHOV, considerando-se apenas os leitos regulados no período de 2015-2019 (215 leitos),

84 (39%) eram Clínicos (64 de Clínica Médica e 20 de Neurologia/Cardiologia), sem contar os leitos clínicos de observação no Pronto Socorro (n: 14).

3. O **perfil assistencial** “Porta-Aberta”, com leitos hospitalares integralmente regulados pela Central de Regulação – Este perfil impede que o Hospital interfira na escolha do tipo de paciente a ser internado, ou seja, a unidade não tem como escolher internar apenas casos de melhor prognóstico e assim buscar interferir artificialmente nas taxas de mortalidade. Não é esta a vocação do Hospital Ouro Verde, principal receptor de solicitações de vagas de internação no Município. Acreditamos e defendemos amplamente a aplicação do modelo regulatório via Central Municipal, um importante mecanismo de justiça de acesso hospitalar aos munícipes e usuários da região.
4. O fato de ser **referência ortopédica** regional para fraturas de fêmur, patologia complexa frequentemente observada na terceira idade, uma população naturalmente sob maior risco.

Portanto, considerando-se que pouco **mais de 60%** dos leitos operacionais do CHOV no período 2015-2019 eram clínicos ou intensivos (perfil este sem igual na região, seja serviço público ou privado), isto por si só já interfere na formação de uma taxa de mortalidade institucional maior em comparação a outras.

De modo contrário, hospitais gerais que incluem, proporcionalmente, mais leitos obstétricos, neonatais, pediátricos e cirúrgicos, tendem a produzir uma taxa de mortalidade naturalmente mais baixa justamente por atenderem a uma população cuja faixa etária é mais jovem e com menos co-morbidades. Já hospitais com foco em cuidados oncológicos e paliativos, por outro lado, tem uma taxa de mortalidade maior.

Logo, depreende-se que o perfil do hospital é extremamente importante quando se analisa a taxa de mortalidade institucional. Não tem sentido técnico algum ou qualquer acurácia metodológica se prestar a comparar entre si hospitais de perfis distintos, ainda que tenham tamanhos (número total de leitos) semelhantes, ou que eventualmente estejam localizados numa mesma região de desenvolvimento econômico.

É preciso compreender que a análise estatística da taxa de mortalidade requer muito mais do que simples aritmética básica. Sua interpretação requer a aplicação da “modelagem multinível”, considerando como **Nível 1** o perfil populacional atendido (idade, sexo, diagnóstico, o tipo de internação – se eletiva ou urgente, etc), como **Nível 2**, o perfil do hospital (tempo médio de permanência, o porte hospitalar (pequeno, médio ou grande), complexidade (baixa, média, alta), as taxas de transferências, a natureza jurídica (privado ou público), estrutura de ensino, etc), e ainda, como **Nível 3**, a análise pormenorizada e individualizada de cada óbito, trabalho esse realizado pela Comissão de Revisão de Óbito (Resolução do CFM no. 2.171/2017).

A Comissão de Revisão de Óbito (CRO), formada por médicos e enfermeiros de nível superior, profissionais estes obrigatoriamente não envolvidos na assistência direta (ou seja, uma comissão técnica independente), tem atividade exclusiva e funções específicas, sendo sua existência obrigatória nos estabelecimentos hospitalares públicos e privados no Brasil.

Compete à CRO a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necrópsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal do Município, serviços com os quais mantemos estreita relação de informações. O objetivo é concluir, ao final da análise, se a causa do óbito era esperada (decorrente do processo de doença) ou, alternativamente, se a mesma carece de maiores esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam ao paciente. Nesse sentido, não há, no Hospital Ouro Verde, um só óbito que não tenha sido submetido ao escrutínio da CRO. Mensalmente, a CRO emite um relatório quantitativo e qualitativo à Diretoria Técnica.

Em conclusão, fica claro que não basta simplesmente calcular a taxa de mortalidade intrahospitalar e, a partir de um número frio e isolado, inferir sobre a qualidade assistencial em busca de denegrir ou exaltar determinado serviço de saúde. É essencial, antes, compreender profundamente qual é o perfil assistencial da instituição e se comprometer a analisar de forma vertical, dentro da mesma instituição, a evolução das taxas em relação às mudanças estruturais e perfil assistencial ao longo do tempo.

Por fim, é oportuno destacar aqui que, embora o ano de 2020 não tenha sido objeto da análise ora apresentada pelo Conselho, o aumento significativo na oferta de leitos clínicos e de terapia intensiva para enfrentamento à COVID-19 no Município certamente interferirá na taxa de mortalidade hospitalar, visto que a instituição desempenhou importante papel assistencial, sendo referência para o atendimento a pacientes de

maior gravidade e faixa etária avançada. Os dados referentes a 2020 ainda estão em fechamento pela CRO através de um trabalho minucioso debruçado sobre os prontuários dos pacientes que faleceram.

### **Sobre a produção do Pronto Socorro**

À **página 107**, o gráfico demonstra uma queda acentuada na produção de consultas médicas de Clínico Geral no Pronto Socorro Adulto (PSA) (nas quais também se incluem as consultas de Cirurgia Geral) no início de 2018, com relativa estabilidade das consultas de classificação de risco (feitas pela Enfermagem), estabilidade nas consultas de Pediatria e aumento das consultas ortopédicas. Importante lembrar que nesta época as equipes de Clínica Médica e Cirurgia do Pronto Socorro Adulto enfrentavam dois obstáculos simultaneamente: a fragmentação de suas escalas assistenciais (por falta de pagamento pelo gestor anterior) e, pouco tempo depois, com a convivência turbulenta com as obras de reforma da unidade (reduzindo temporariamente as salas para atendimento). Este impacto não foi tão impactante para a Ortopedia, cuja escala não havia sofrido desmonte, nem para a Pediatria (que apesar da escala fragmentada ainda tinha recursos humanos suficientes para a cobertura do atendimento).

### **Sobre a média de remuneração dos trabalhadores**

À **página 116**, o apresentador objetiva estabelecer uma comparação entre a remuneração média do médico do Hospital Ouro Verde e a média supostamente paga por outras instituições. Entretanto, além de declarar que a fonte da informação é informal, e portanto especulativa (**página 118**), ele não utiliza os mesmos critérios de qualificação profissional ao comparar os rendimentos, nem mesmo se restringe a comparar serviços equivalentes (pois insere até hospitais privados sem convênio com o SUS).

Ou seja, compara-se remuneração de médico plantonista do Pronto Socorro (normalmente mais jovem e cuja experiência profissional é ao redor de 3 anos) com a de um médico intensivista adulto e a de um médico intensivista pediátrico, médicos estes mais experientes – este último, inclusive, com média salarial historicamente maior, dada a escassez atual dessa qualificação no mercado. Adicionalmente, o apresentador insere na comparação UTIs e Pronto-Atendimentos de Hospitais privados que sequer tem leitos conveniados com o SUS e cujos processos seletivos médicos frequentemente exigem maior tempo de experiência e qualificação acadêmica avançada (portanto, elevando o valor de mercado).

Independente destas considerações, o fato é que, através dos processos licitatórios realizados pela RMMG, os quais estabeleceram cláusulas explícitas inclusive quanto ao tipo de vínculo com a empresa contratada (incluindo profissionais empregados, autônomos ou sócios) a qualificação profissional exigida e o respeito ao piso salarial da categoria, já ao final de 2018 foi possível reestruturar de maneira progressiva e satisfatória as escalas assistenciais do CHOV. É fato que, historicamente, a remuneração média do médico brasileiro sofreu redução progressiva nos últimos 15 anos, especialmente após a excessiva abertura de novas escolas médicas e maior disponibilidade destes profissionais no mercado. Entretanto, caso a remuneração no Hospital Ouro Verde fosse, de fato, tão inferior ao mercado vigente, não teria sido possível manter a adesão destes profissionais por tanto tempo.

Em relação à procedência dos profissionais, soa injusto e antiético tentar desqualificar os médicos formados em outras unidades federativas. Independente da procedência, temos exigido e fiscalizado junto as empresas para que estas exijam a qualificação compatível e demonstrem o registro no Conselho Regional de Medicina no Estado de São Paulo. A grande maioria destes profissionais já se estabeleceu em nossa região e trabalha em diversos hospitais. Entendemos não ser justificável, a qualquer momento, defender uma postura corporativista (e até xenofóbica) de exclusão de médicos formados em outras unidades federativas.

Sem mais para o momento, é o que em apertada análise esta Diretoria conclui sobre a referida apresentação.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **CYNTHIA RESENDE CAMPOS HERRERA**,  
**Diretor(a) Técnico**, em 26/02/2021, às 11:11, conforme art. 10 do Decreto 18.702 de 13 de abril de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://sei.campinas.sp.gov.br/verifica> informando o código verificador **3521244** e o código CRC **819C1DFB**.