

CONTRATO SNJ/Nº 651/2021

“TERMO DE 14º ADITAMENTO AO CONTRATO Nº 152/2017, CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE BARUERI E A EMPRESA SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA”.

Pelo presente termo de aditamento, de um lado o **MUNICÍPIO DE BARUERI**, neste ato representado pelo **SECRETÁRIO DE SAÚDE, Dr. DIONÍSIO ALVAREZ MATEOS FILHO**, e, de outro a empresa **SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA**, representada por **RONALDO RAMOS LARANJEIRA** – Diretor Presidente, resolvem aditar como de fato aditado têm, o Contrato nº 152/2017, referente à Seleção Pública SUPRI/Nº 003/2017, mediante as Cláusulas seguintes:

CLÁUSULA I

O valor do custeio para a unidade no período aditado de 13 de outubro de 2021 a 12 de julho de 2022 corresponde ao valor mensal de **R\$ 130.478.793,97 (Cento e trinta milhões quatrocentos e setenta e oito mil setecentos e noventa e três reais e noventa e sete centavos)**.

Valor mensal do Contrato	Custeio COVID	Custeio	Valor Total do Contrato
Outubro/2021 (Proporcional a 18 dias)	2.128.862,05	6.588.965,54	8.717.827,59
Novembro/2021	3.548.103,41	10.981.609,23	14.529.712,64
Dezembro/2021	3.548.103,41	10.981.609,23	14.529.712,64
Janeiro/2022 (Proporcional a 12 dias)	1.419.262,33	4.392.622,73	5.811.885,06
Janeiro/2022	-	8.688.965,60	8.688.965,60
Fevereiro/2022	-	14.481.609,34	14.481.609,34
Março/2022	-	14.481.609,34	14.481.609,34
Abril/2022	-	14.481.609,34	14.481.609,34
Maió/2022	-	14.481.609,34	14.481.609,34
Junho/2022	-	14.481.609,34	14.481.609,34
Julho/2022	-	5.792.643,74	5.792.643,74
Total Contrato Custeio	R\$ 10.644.331,20	R\$ 119.834.462	R\$ 130.478.793,97



CLÁUSULA II

As despesas decorrentes do presente Termo, correrão por conta da seguinte dotação:

DOTAÇÃO	VALOR
02.19.04.10.302.0074.2064-3350.3900 – D.R. 01	R\$ 28.552.184,00
Dotação orçamentária específica para o exercício de 2022	R\$ 91.282.278,77

DOTAÇÃO – (COVID 19)	VALOR
02.19.04.10.302.0074.2064-3350.3900 – D.R. 05	R\$ 9.225.068,87
Dotação orçamentária específica para o exercício de 2022	R\$ 1.419.262,33

CLÁUSULA II

O presente Termo de Aditamento objetiva a prorrogação pelo período de 13 de outubro de 2021 a 12 de janeiro de 2022 do Plano de Trabalho com ajuste de Metas de Produção, conforme Anexo Técnico I e Anexo Técnico IV “Plano de Trabalho Covid-19”.

CLÁUSULA III

Permanecem em vigor as demais Cláusulas do Contrato de Gestão nº 152/2017, não expressamente alterados pelo presente aditamento.

E, por estarem de acordo com as Cláusulas acima, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual inteiro teor na presença de 02 (duas) testemunhas para que produza seus legais efeitos.

Barueri, 20 de outubro de 2021.


DIONÍSIO ALVAREZ MATEOS FILHO
SECRETÁRIO DE SAÚDE


RONALDO RAMOS LARANJEIRA
DIRETOR PRESIDENTE

Testemunhas:

1. Fabiano Silva dos Santos 
2. Jean Greguer de Souza 

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE BARUERI

CONTRATADA: SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

CONTRATO DE GESTÃO Nº (DE ORIGEM): 152/2017

VALOR DO AJUSTE /VALOR REPASSADO:

EXERCÍCIO:

ADVOGADO(S) /Nº OAB /E-MAIL:

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

a) o ajuste acima referido e seus aditamentos /o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;

b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;

c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

d) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor e entidade beneficiária, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

a) o acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;

b) se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Barueri, 20 de outubro de 2021.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:

Nome: Rubens Furlan

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 492.801.398-00

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

Nome: Ronaldo Ramos Laranjeira

Cargo: Presidente

CPF: 042.038.438-39




Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:

Pelo ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:

Nome: Dionísio Alvarez Mateos Filho

Cargo: Secretário de Saúde

CPF: 195.034.158-53

Assinatura:  _____


Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:

Pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL:

Nome: Ronaldo Ramos Laranjeira

Cargo: Presidente

CPF: 042.038.438-39

Assinatura:  _____



ANEXO TÉCNICO I

I - PLANO DE TRABALHO

ATIVIDADES MÍNIMAS A REALIZAR

1. INTRODUÇÃO

1.1. A Secretaria de Saúde do Município de Barueri, na busca do aprimoramento e da eficiência na prestação dos serviços públicos de saúde adotou o modelo de gestão no Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran, que tem por objetivos:

- Potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde;
- Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;
- Implantar um modelo de gerência voltado para resultados;
- Apoiar as necessidades dos serviços de Atenção à Saúde, com oferta de consultas de especialidades médicas, serviços de diagnóstico.
- Evitar o êxodo de usuário para outros centros urbanos em busca de serviços de assistência à saúde de melhor qualidade, evitando complicações do quadro clínico e o desconforto do deslocamento dos pacientes.
- Garantir a equidade na atenção criando mecanismos de acesso para serviços e ações de saúde integrais (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação);
- Busca da eficiência, eficácia e efetividade na formulação do novo modelo de gestão na saúde a ser adotado no Município de Barueri obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, atendendo às políticas públicas definidas para a regionalização da saúde, buscando atender os pacientes oriundos da demanda referenciada conforme pactuação com a Central de Regulação, preservando a missão da Secretaria de Saúde.

2. ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI – DR. FRANCISCO MORAN

2.1. A população beneficiada com o Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran é de aproximadamente 274.182 habitantes (Fonte: IBGE 08/2019). A área de abrangência é todo o município de Barueri.

3. SERVIÇOS

3.1 O Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran está estruturado com perfil de baixa e média complexidade clínica, com 289 leitos de internação, destinado à assistência médica distribuídos da seguinte forma: Clínica Médica I, 24 leitos, Clínica Médica II, 24 leitos, Clínica Médica III, 24 Leitos, Clínica Cirúrgica I, 24 – Clínica Cirúrgica II, 24 leitos, Clínica Cirúrgica III 24, Clínica Psiquiátrica 12 leitos, Clínica Pediátrica I 24 leitos, Clínica Pediátrica II 24 leitos, Maternidade 24 leitos, Berçário 22 leitos, UTI adulto I 10 leitos, UTI adulto II 10 leitos, UTI neonatal 11 leitos, UTI infantil 8 leitos.

3.2. Os serviços devem observância às políticas nacional e estadual de referência de média complexidade, definidas por meio das normas emanadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, sendo:

3.2.1. Assistência Hospitalar

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, pela patologia atendida, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive Oftalmologia e todos os serviços relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais – OPM, contempladas na tabela unificada do SUS. Em caso de necessidade justificada de uso de OPM não prevista na tabela do SUS, a Secretaria de Saúde deverá autorizar previamente o orçamento.

3.2.1.1. No processo de hospitalização estão incluídos:

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes, diferentes daqueles classificados como principal que motivaram a internação do usuário, que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do usuário e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico que sejam requeridos durante o processo de internação;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem, necessários durante o processo de internação;
- Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação parenteral e enteral;
- Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar, incluído médico diarista para cobertura horizontal nas 24 horas/dia em todas as áreas de internação do hospital (**médico hospitalista**);
- Utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do usuário e/ou quarto de isolamento;
- Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Lei nº 10.741 de 01/10/2003);
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Procedimentos especiais que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do Hospital Municipal de Barueri – Francisco Moran.
- Procedimentos especiais de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, oftalmologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.

3.2.2. Hospital Dia

A assistência hospitalar em regime de hospital dia ocorrerá conforme definição da Portaria nº 44/GM de 10 de janeiro de 2001 e o Manual do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), os quais definem como regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos que requeiram permanência hospitalar máxima de 12 (doze) horas.

3.2.3. Urgência e Emergência

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados, que sejam dispensados pelos serviços de Urgência e Emergência do Hospital a pessoas que procurem tal atendimento, encaminhadas de forma referenciada, por meio da Central de Regulação Municipal.

Sendo o Hospital do tipo “porta fechada”, o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo a demanda que lhe for encaminhada, conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria de Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

O Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran conta com 16 (dezesesseis) consultórios para consultas médicas e 02 (dois) consultórios para profissionais não médicos de nível superior.

Para os consultórios médicos deverão ser disponibilizadas consultas ambulatoriais para usuários egressos do próprio Hospital e também encaminhados pela Central de Regulação Municipal, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

3.2.4 Atendimento ambulatorial

3.2.4.1 O atendimento ambulatorial médico compreende:

- ◆ Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;
- ◆ Interconsultas;
- ◆ Consultas subsequentes (retornos).
- ◆ Cirurgia Ambulatorial Menor

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela **Central de Regulação do Município** ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida.

Entende-se por interconsultas, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

Entende-se por cirurgia ambulatorial menor todas as cirurgias realizadas em ambiente adequado, com material cirúrgico estéril e procedimentos técnicos estéreis, que não exijam a presença de um médico anestesista para realizar o ato anestésico.

O atendimento ambulatorial deverá funcionar, no mínimo, das 7:00 às 19:00 horas, de segunda à sexta-feira, nas especialidades descritas no quadro abaixo:

QUADRO I - CONSULTAS DE ESPECIALIDADE MÉDICAS:

Anestesiologia (pré – operatório)
Cardiologia Adulto
Cirurgia Bucomaxilofacial
Cirurgia cabeça e pescoço
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Pediátrica
Cirurgia Plástica Reparadora
Cirurgia Torácica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Ginecologia
Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco)
Dermatologia
Endocrinologia Adulto e Pediátrica
Hematologia Adulto e Pediátrica
Nefrologia Adulto e Pediátrica
Neonatologia (Ambulatório de Prematuros)
Oftalmologia (<i>Angiofluorescenografia, Aval. Vias Lacrimais, Catarata, Cheh – Uk Glaucoma, Cirurgia Relativa (LASIK), Córnea, Dacriocitografia, Estrabismo, Farmacoterapia Intra Vítreo, Pequenas Cirurgias, Plástica Ocular, Retina, Teste de Teller, Teste provocativo p/ Glaucoma, Tratamento Clínico e Terapêutico do GIAUCOMA</i>)
Otorrinolaringologia
Pneumologia Adulto e pediátrico
Proctologia
Oncologista Clínico
Ortopedia e Traumatologia: Coluna Vertebral, Ombro e Cotovelo, Mãos e Punho, Quadril e Pelve, Joelho, Tornozelo e Pé, ortopedia Infantil.
Psiquiatria
Fisiatria

3.2.4.2. O atendimento ambulatorial não médico compreende:

- ◆ Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;
- ◆ Inter consulta;
- ◆ Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela **Central de Regulação do Município** ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida.

Entende-se por Inter consulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das Inter consultas.

Para os atendimentos referentes a processos terapêutico de média e longa duração, tais como, Fisioterapia sessões de reabilitação, Enfermagem e Fonoaudiologia, os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como consulta subsequente.

As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e **não configuram** consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Saúde Municipal.

O atendimento ambulatorial deverá funcionar, no mínimo, das 7:00 às 19:00 horas, de segunda à sexta-feira, nas especialidades descritas no quadro abaixo:

QUADRO II - CONSULTAS DE ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS DE NÍVEL SUPERIOR:

Enfermagem
Fisioterapia (seção de reabilitação)
Serviço Social
Psicologia

3.2.5. Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT Externo

Entende-se por SADT Externo a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários encaminhados pela Central de Regulação Municipal oriundos da Rede Municipal de saúde (Atenção Básica, Prontos Socorros, e Centros de Especialidades).

Serão disponibilizados os seguintes exames de acordo com as necessidades da população usuária, no limite da capacidade operacional do hospital:

Tabela de Exames

Audiometria Infantil	
Biópsia Prostática Guiada por USG	
Broncoscopia	
Bera simples e com sedação	
Colonoscopia	
Crosslinking	
Dacriocistografia	
Ecodoplercardiograma Adulto, Pediátrico e Fetal	
Endoscopia Digestiva Alta Adulto e Infantil	
Endoscopia com Esclerose e Dilatação Esofágica	
Endoscopia com ligadura elástica de varizes do esôfago	
Eletroencefalograma com e sem Sedação	
Eletroneuromiografia	
Histerosalpingografia	
Holter	
Mapa	
Mapeamento de retina mono	
PAAF – Tireoide e Mama	
Paquimetria	
Punção de liquor	
Raio X Contrastado (Esôfago/Estômago/Duodeno, Enema Opaco, Transito Intestinal, Uretrocistografia, Urografia Excretora)	
Retossigmoidoscopia (reto)	
Teste de adaptação de lente de contato (com fornecimento da lente de contato monocular)	
Tomografia computadorizada Urgência e Emergência	
Tomografia Computadorizada com Contraste	
Tomografia Computadorizada Com Sedação	
Topografia (bilateral)	
USG - Geral e Especializada	
USG – Doppler Arterial e Venosa e membros Inferiores Uni e bilateral	
USG Obstétrico com doppler	

3.2.5.1. Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT Interno.

Entende-se por SADT Interno a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico para a totalidade dos pacientes atendidos em regime de urgência e emergência, internação e ambulatorial do próprio Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran.

3.2.6. Serviço de Hemodiálise

Atendimento a pacientes internos e externos encaminhados pela Central de Regulação Municipal que necessitam de hemodiálise na fase aguda, sendo considerada hemodiálise de urgência e pacientes com tratamento prolongado.

3.2.7. Programa de Internação Domiciliar

O Programa de Internação Domiciliar (PID) tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a de institucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

A Atenção Domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e deverá ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à Rede de Atenção à Saúde, a partir dos Planos de Ação, conforme estabelecido na Portaria Nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

3.2.7.1. Indicadores para acompanhamento e avaliação para o Programa de Internação Domiciliar

Indicador	Tipo	Descrição	Método de Cálculo
1. Taxa de óbito domiciliar	Resultado	Proporção de pacientes em atenção pelo PID, que vieram a óbito no domicílio	Nº de óbitos de pacientes em PID / Nº total de pacientes em PID x 100
2. Taxa de internação hospitalar nas primeiras 48h em atendimento pelo PID	Resultado	Relação entre o número de pacientes que necessitaram de internação hospitalar nas primeiras 48h de admissão em PID e o número total de pacientes em PID	Nº de pacientes que necessitaram de internação hospitalar nas primeiras 48h após admissão na PID / Nº total de pacientes em PID x 100
3. Taxa de alta em PID	Resultado	Número de pacientes em PID que tiveram alta OBS: Por tipo de alta (administrativa ou clínica)	Nº de pacientes em PID que tiveram alta / Nº total de paciente em PID
4. Média de atendimentos em PID por equipe	Processo	Número médio de atendimentos domiciliares realizados	Nº total de atendimentos domiciliares realizados / Nº total de PID
5. Média de tempo de permanência de pacientes em AD	Processo	Tempo médio de permanência do paciente em AD	Somatório do tempo de permanência de todos os pacientes em PID na competência / Nº de pacientes em PID na mesma competência *

3.2.8. Serviço de Avaliação Neurológica

O objetivo deste serviço é oferecer avaliação neurológica emergencial (neuroclínica/neurocirúrgica), punção de líquor, incluindo medida de pressão inicial e final e todos os demais exames pertinentes “Bacteriológico, Imunobiológico, etc” e posterior encaminhamento adequado dos pacientes para referência terciária de Neurologia (Neuroclínica e Neurocirurgia), haja vista que o hospital não dispõe de serviço especializado de Neurologia Clínica ou Cirúrgica. O foco da atenção é agilizar o encaminhamento dos munícipes de Barueri que tenham necessidades de atendimento especializado em neurologia, por meio de encaminhamento, via Central de Regulação do Município, obedecendo aos princípios do SUS.

As unidades de Pronto Socorro de Atendimento Municipais solicitam as avaliações para Central de Regulação, que encaminha os dados clínicos e complementares do paciente em questão para o HMB. Este é autorizado a se deslocar até o Hospital Municipal de Barueri para realização do exame tomográfico e posterior avaliação do médico neurocirurgião. Conforme o diagnóstico o caso será encaminhado para referências terciárias com a intermediação da Central de Regulação

Municipal. O Hospital não se responsabilizará por internações haja vista não contar com Serviço Especializado em Neurologia Clínica e Cirúrgica.

3.2.9. Serviço de Quimioterapia

A quimioterapia é um dos principais tratamentos utilizados para combater o câncer. Vários medicamentos extremamente potentes são utilizados e, ao se misturarem com o sangue, são levados para todas as partes do corpo com o objetivo de destruir, controlar ou inibir o crescimento das células cancerígenas, ou seja, doentes.

Em razão do histórico de atendimentos prestados a pacientes oncológicos no HMB – Hospital Municipal de Barueri, a proposta é realizar 180 atendimentos/mês com a administração de quimioterápicos, conforme protocolo clínico implantado, baseado no perfil epidemiológico dos últimos 09 meses, que será realizado a pacientes adultos com tumores sólidos.

A aquisição, recebimento, controle e dispensação serão de responsabilidade de um profissional farmacêutico designado exclusivamente para esse processo, e a manipulação dos quimioterápicos será de responsabilidade de empresa contratada e devidamente qualificada conforme Diretrizes Institucionais. O Serviço buscará garantir o gerenciamento dos resíduos, objetivando assim a segurança do meio ambiente, de toda a equipe multiprofissional, bem como a segurança do paciente.

O munícipe que apresenta suspeita de doença oncológica durante o atendimento na rede municipal de Barueri, será inserido no plano de tratamento através de contato direto entre a rede e o Hospital Municipal, caso o oncologista identifique a necessidade de recursos não disponíveis no HMB, como radioterapia e alguns tratamentos de hematologia, o paciente será inserido no CROSS para disponibilização da vaga.

3.2.10. Projetos Especiais e Novas Especialidades de Atendimento

Se, ao longo da vigência do contrato, de comum acordo entre as partes, a Contratada/Secretaria de Saúde, se propuser a realizar outros tipos de atividades, diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pela Secretaria de Saúde.

Essas atividades serão autorizadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro do Hospital, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

Em função da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional foi elaborado um Plano Municipal de Contingência para enfrentamento da Pandemia. Neste contexto, o Município adotou a estratégia de tornar o Hospital Municipal de Barueri, referência para tratamento COVID-19, com leitos de baixa, média e alta complexidade, sendo necessário, portanto as alterações temporárias do plano de Trabalho, conforme tratativas entre a Organização Social e a Secretaria de Saúde.

Considerando as projeções epidemiológicas da evolução da doença, foi iniciado no final de março de 2020, a viabilização do plano de Trabalho de enfrentamento à Covid no Hospital Municipal, ampliando a seu tempo, a capacidade instalada, conforme apresentado:

3.2.10.1 Readaptação de Leitos

O Hospital passou a oferecer 20 Leitos críticos adaptados e 50 leitos intermediários adaptados para Síndrome Gripal – COVID-19. Conforme Anexo Técnico IV “Plano de Trabalho Covid-19”.

3.2.10.2. Implantação de Novas Especialidades Cirúrgicas

O Hospital Municipal de Barueri realizará os serviços de Cirurgia Bariátrica e Cirurgia Urológica.

3.2.10.3. Implantação de Linha de Cuidado para Ceratocone - Oftalmologia

O ceratocone é a ectasia da córnea primária mais comum. É uma doença não inflamatória, caracterizada por afinamento progressivo da córnea com protusão ectásica, de modo que a córnea assume a forma cônica. Com a progressão da doença pode ocorrer protusão apical, astigmatismo irregular, afilamento do estroma, formação de cicatrizes e importante comprometimento da acuidade visual. A doença é bilateral, mas geralmente há assimetria, sendo um olho mais afetado. A abordagem do ceratocone varia de acordo com a gravidade da doença.

O objetivo do tratamento é a reabilitação visual e/ou controle da progressão da ectasia. Os casos leves podem ter correção óptica satisfatória da ametropia por meio de óculos. Com o avanço da doença, a acuidade visual pode ser corrigida com lentes de contato convencionais rígidas gás-permeáveis (RGP) e nos casos mais avançados corrige-se com o uso de lentes com desenhos especiais. Na maioria dos casos a cirurgia está indicada quando a correção da ametropia não é satisfatoriamente obtida com o uso de óculos ou lente de contato. Nestes casos a cirurgia de ser considerada para evitar a progressão.

No passado, o transplante de córnea era o único procedimento para tratamento do ceratocone e atualmente existe técnicas como o implante de segmentos de anel intracorneanos, o crosslinking e a ceratocotomia foto-terapêutica (PTK).

A terapêutica para ceratocone será incluída ao serviço de oftalmologia do HMB, contemplando os seguintes serviços:

- Seguimento ambulatorial (primeira consulta referenciada e retornos);
- Realização de procedimentos de diagnose, terapia e acompanhamento da patologia oftalmológica identificada, com uso de equipamentos específicos;
- Atendimentos das complicações decorrentes dos procedimentos realizados;
- Referenciamento de pacientes para serviço terciário, quando indicado.

E contemplará os seguintes procedimentos:

- Consulta médica (refração dinâmica e exame oftalmológico);
- Topografia (bilateral);
- Paquimetria;
- Teste de adaptação de lente de contato (com fornecimento de lente de contato monocurva);
- Crosslinking.

4. PRESSUPOSTO E DEFINIÇÕES

4.1. Gestão

Tendo em vista que o Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran funcionará com o perfil descrito, sob Contrato de Gestão, caberá à Comissão de Acompanhamento do Contrato acompanhar os indicadores definidos no Contrato de Gestão.

4.1.1. A Contratada deverá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais;

4.1.2. A Contratada deverá possuir um responsável técnico (médico), com registro no respectivo conselho de classe;

4.1.3. Cada médico designado como Diretor/Responsável Técnico do Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran, somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única Unidade cadastrada pelo Sistema Único de Saúde;

4.1.4. A equipe médica deverá ser disponibilizada em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (Resolução CFM nº. 1634/2002), ensejando que o Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran realize a atividade assistencial quantificada no Contrato de Gestão;

4.1.5. A Contratada deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos;

4.1.6. A Contratada deverá adotar Prontuário Único do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam). Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo de Prontuários;

4.1.7. A Contratada deverá dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemplem no mínimo: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almojarifado, farmácia e nutrição), sistema de custos, prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº. 1.639/2002), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam ao Órgão Fiscalizador do Contrato/Secretaria de Saúde acessar via Internet (WEB) e gestão do bloco cirúrgico e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios ao Órgão Fiscalizador do Contrato/Secretaria de Saúde.

4.1.8. Havendo a disponibilização pela Contratante de sistema de informação próprio para monitoramento, controle e avaliação, deverá a Contratada aderir ao sistema e permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar.

4.1.9. A Contratada deverá desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como deverá implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR nº 32/2005 do MTE;

4.1.10. A gestão do Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran deverá respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

4.1.11. A Contratada deverá dispor de um Núcleo de Manutenção Geral - NMG que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, assim como um serviço de gerenciamento de Risco e de Resíduos sólidos na unidade, bem como manter o núcleo de engenharia clínica, para o bom desempenho dos equipamentos;

4.1.12. Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial e de manutenção de equipamentos cujo uso lhe fora permitido;

4.1.13. A Contratada deverá dispor de um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico, conforme as diretrizes da Portaria GM nº. 2.529 de 23/11/2004;

4.1.14. – Disponibilização imediata dos arquivos referente aos registros físicos e eletrônicos atualizados de todos os atendimentos efetuados no Hospital;

4.1.15 - A Contratada deverá providenciar e manter todas as licenças alvarás atualizados;

4.1.16. O rol de leis e normas sanitárias no qual as gerências do Hospital Municipal de Barueri –

Dr. Francisco Moran deverão se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

- Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;
- PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – define critérios e parâmetros de caráter qualitativos;
- Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País;
- PT GM/MS 2.616 de 12 de maio de 1998 – Estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares;
- PT GM/MS 67 de 21/02/1985 – Define uso e condições sobre o uso de saneantes e domissanitários (esta sofreu várias alterações e inclusões através das Portarias: n º 01/DISAD - 27/06/85; N º 607 -23/08/85; N º 15/MS/SVS -23/08/88; N º 05 – 13/11/89; N º 122 – 29/11/93; N º 453/SNVS/DTN – 11/09/96; NO. 843/MS/SVS – 26/10/98);
- RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 - Substitui a Portaria 1884 de 11/11/1994 – Estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde; Incluem as alterações contidas nas Resoluções RDC nº 307 de 14/11/2002 publicada no DOU de 18/11/2002 e RDC nº189 de 18/07/2003 publicada no DOU de 21/07/2003;
- PT SAS/MS 3.432 de 12 de agosto de 1998 - Estabelece critérios para a classificação e credenciamento de Unidades de Tratamento Intensivo;
- PT GM/MS 1.863 de 29 de setembro de 2003 - Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências;
- PT GM/MS 1.864 de 29 de setembro de 2003 - Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192;
- PT GM/MS 2.048 de 05 de novembro de 2002 – Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;
- PT GM/MS 1.559 de 1º de agosto de 2008 - Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS;
- PT GM/MS 2.529 de 23 de novembro de 2004 - Institui o subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;
- PT SVS/MS 453 – 01/06/1998 - Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;
- PT GM/MS Nº. 881 DE 19 de junho de 2001 - Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH;
- PT MS/SAS 202 de 19 de junho de 2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde.

II – METAS DE PRODUÇÃO

ATIVIDADES MÍNIMAS A REALIZAR

1. Assistência Hospitalar

1.1. Realizar no mínimo 1.320 (um mil e trezentos e vinte) saídas hospitalar/mês, distribuídas em: (clínica médica, clínica médica COVID, clínica cirúrgica, clínica obstétrica, clínica pediátrica e clínica psiquiátrica);

1.2. O indicador de aferição será a SAÍDA HOSPITALAR comprovada através da Autorização de Internação Hospitalar emitida pelo próprio Hospital, processada e faturada pelo Ministério da Saúde, e conforme descrito no Anexo III - Indicador da Qualidade, do Contrato de Gestão, Item 1 - Qualidade da Informação;

1.3. Manter em funcionamento a totalidade dos leitos operacionais nas especialidades definidas;

1.4. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o hospital.

2. Hospital Dia:

2.1. Realizar no mínimo 400 (quatrocentas) cirurgias/mês em regime de hospital dia, com variação de $\pm 15\%$, ficando 150 cirurgias/mês destinadas às cirurgias oftalmológicas, e 250 cirurgias/mês para demais especialidades.

2.2. O indicador de aferição será a SAÍDA HOSPITALAR comprovada através da Autorização de Internação Hospitalar emitida pelo próprio hospital, processada e faturada pelo Ministério da Saúde, e conforme descrito no Anexo III - Indicador da Qualidade, do Contrato de Gestão, Item 1 - Qualidade da Informação.

3. Assistência Urgência e Emergência:

3.1. Deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, atingindo 1.700 (mil e setecentos atendimentos/mês) com a variação $\pm 15\%$.

4. Ambulatório:

4.1. Atendendo os usuários egressos da instituição hospitalar e aos usuários encaminhados pela Central de Regulação Municipal para as especialidades previamente definidas após pactuação com o Hospital Municipal de Barueri – Dr. Francisco Moran, no limite da capacidade operacional do ambulatório com atendimento de: 11.000 (onze mil) consultas médicas/mês; 6.670 (seis mil e seiscentos e setenta) consultas não médicas/mês; 3.000 (três mil) sessões de reabilitação em Fisioterapia/mês; 200 (duzentas) cirurgia ambulatorial menor/mês.

5. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo:

5.1. Fornecerá os exames de SADT Externo no total de 1.400 (mil e trezentos) exames/mês.

6. Hemodiálise:

6.1. Atendendo os usuários cadastrados no sistema nacional de tratamento dialítico e usuários que estão internados, com produção de 3.150 (três mil, cento e cinquenta) sessões/mês.

7. Programa de Internação Domiciliar – (PID):

7.1. Fornecerá atendimento de internação domiciliar no total de 100 (cem) pacientes/mês.

8. Serviço de Avaliação Neurológica:

8.1. Realizará 200 (duzentas) avaliações neurológicas (Neuroclínica e Neurocirurgia) /mês.

9. Serviço de Quimioterapia

9.1. Realizará 180 atendimentos/mês com a administração de quimioterápicos, conforme protocolo clínico implantado.

II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS**1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR - INTERNAÇÃO****Internação (Saídas Hospitalares - Enfermarias e/ou Pronto-Socorro)**

O hospital deverá realizar um número de 1.320 (mil e trezentos e vinte) saídas hospitalares/mês, (clínica médica, clínica médica COVID, clínica cirúrgica, clínica obstétrica, clínica pediátrica –, clínica psiquiátrica). Distribuídas nas seguintes áreas e períodos.

INTERNAÇÃO (Saídas Hospitalares)	out/21 (18 Dias)	nov/21	dez/21	jan/22 (12 Dias)	Total
Clínica Médica	180	300	300	120	900
Clínica Médica Covid	60	100	100	40	300
Clínica Cirúrgica	390	650	650	260	1.950
Clinica Obstétrica	65	108	108	43,2	324
Clinica Pediátrica	90	150	150	60	450
Clinica Psiquiátrica	7	12	12	4,8	36
TOTAL	792	1320	1320	528	3.960

2. HOSPITAL DIA

O hospital deverá realizar mínimo 400 (quatrocentos) cirurgias/mês em regime de hospital/mês, com variação de \pm 15%, ficando 150 cirurgias/ mês destinadas às cirurgias oftalmológicas, e 250 cirurgias/mês para demais especialidades.

A instituição deverá fornecer relatório mensal das cirurgias realizadas.

HOSPITAL-DIA CIRÚRGICO	out/21	nov/21	dez/21	jan/22	Total
Cirurgias oftalmológicas	150	150	150	150	600
Demais cirurgias	250	250	250	250	1000
TOTAL	400	400	400	400	1.600

3. ATENDIMENTO À URGÊNCIAS REFERENCIADAS (âmbito hospitalar)

O hospital deverá realizar um número de 1.700 (dois mil) atendimentos de urgência/mês.

ATENDIMENTO URGÊNCIA	out/21	nov/21	dez/21	jan/22	Total
TOTAL	1.700	1.700	1.700	1700	6.800

4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendendo os usuários egressos da instituição hospitalar e aos usuários encaminhados pela Central de Regulação Municipal para as especialidades previamente definidas após pactuação com o Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran, na capacidade, no limite da capacidade operacional do ambulatório com atendimento de 20.870 atendimentos/mês, sendo: 11.000 (onze mil) consultas médicas /mês; 6.670 (seis mil e seiscentos e setenta) consultas não médicas/mês;

3.000 (três mil) sessões de reabilitação em Fisioterapia/mês e 200(duzentas) cirurgias ambulatoriais menor/mês.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	out/21	nov/21	dez/21	jan/22	Total
Consulta médica	11.000	11.000	11.000	11.000	44.000
Atendimento não médico	6.670	6.670	6.670	6.670	26.680
Sessão de fisioterapia	3.000	3.000	3.000	3.000	12.000
Pequena cirurgia	200	200	200	200	800
TOTAL	20.870	20.870	20.870	20.870	83.480

Especialidades Médicas

Anestesiologia (pré – operatório)
Cardiologia Adulto
Cirurgia Bucomaxilofacial
Cirurgia Cabeça e Pescoço
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cirurgia Pediátrica
Cirurgia Plástica Reparadora
Cirurgia Torácica
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vasculare
Cirurgia Ginecologia
Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco)
Dermatologia
Endocrinologia Adulto e Pediátrica
Hematologia Adulto e Pediátrica
Nefrologia Adulto e Pediátrico
Neonatologia (Ambulatório de Prematuros)
Oftalmologia
Otorrinolaringologia
Pneumologia Adulto e pediátrico
Proctologia
Oncologista Clínico
Psiquiatria
Fisioterapia

ATENDIMENTO DE ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS

Enfermagem
Fonoaudiologia
Assistente Social
Psicologia
Fisioterapia SOMENTE para sessões de reabilitação

5. ATIVIDADE SADT EXTERNO

Disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários encaminhados pela Central de Regulação Municipal oriundos da Rede Municipal de saúde (Atenção Básica, Prontos Socorros, Centros de Especialidades) em número de 1.400 (mil e quatrocentos) exames/mês.

SADT EXTERNO	out/21	nov/21	dez/21	jan/22	Total
TOTAL	1.400	1.400	1.400	1.400	5.600

6. HEMODIÁLISE

Atendimento a pacientes internos e externos encaminhados pela Central de Regulação Municipal que necessitam de hemodiálise na fase aguda, com um número de 3.150 (três mil e cento e cinquenta) **sessões/mês** de acordo com a capacidade operacional do serviço.

HEMODIÁLISE - SESSÃO	out/21	nov/21	dez/21	jan/22	Total
TOTAL	3.150	3.150	3.150	3.150	12.600

7. PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Atendimento a pacientes em regime de internação domiciliar deverá manter um número de 100 (cem) **pacientes em atendimento domiciliar/mês** de acordo com a capacidade operacional do serviço.

PID	out/21	nov/21	dez/21	jan/22	Total
TOTAL	100	100	100	100	400

8. ATENDIMENTO DE NEUROCIRURGIA E NEUROCLÍNICA

O serviço deverá realizar um número 200 (duzentos) avaliações por mês, entre avaliações de NEUROCIRURGIA e avaliações NEUROLÓGICAS. A equipe de avaliação de NEUROCLÍNICA deverá estar disponível no hospital no período de 2ª a 6ª feira das 7h00 às 19h00 horas.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA (Neurocirúrgica/Neuroclínica)	out/21	nov/21	dez/21	jan/22	Total
TOTAL	200	200	200	200	800

9. QUIMIOTERAPIA

Realizará 180 (cento e oitenta) atendimentos/mês com a administração de quimioterápicos, conforme protocolo clínico implantado.

QUIMIOTERAPIA	out/21	nov/21	dez/21	jan/22	Total
TOTAL	180	180	180	180	720

ANEXO TÉCNICO IV**I - PLANO DE TRABALHO COVID-19**

Considerando o quadro de pandemia do COVID-19 definiu-se um **Plano para Enfrentamento da Pandemia do COVID-19**, que atualizamos a seguir:

1 – Introdução**1.1 A PANDEMIA DA COVID-19**

A COVID-19 é uma doença respiratória aguda causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2). A doença foi identificada pela primeira vez em Wuhan, na província de Hubei, República Popular da China, em 1 de dezembro de 2019, mas o primeiro caso foi reportado em 31 de dezembro do mesmo ano. Acredita-se que o vírus tenha uma origem zoonótica, porque os primeiros casos confirmados tinham principalmente ligações ao Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Huanan, que também vendia animais vivos. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou o surto uma pandemia. Até 05 de março de 2021, são pelo menos 116.442.331 casos da doença confirmados em mais de 180 países e territórios, com grandes surtos na China continental, Itália, Estados Unidos e Brasil. Pelo menos 2.584.912 pessoas morreram e cerca de 92.039.918 foram curadas. No Brasil, até 05 de março de 2021, temos mais de 10 milhões de casos confirmados, com mais de 261 mil óbitos. A alta transmissibilidade da doença, associada a rápida evolução do número de casos em todo o mundo, trouxe respostas de governantes de diversos países.

Fechamento de fronteiras, decretos de quarentenas e medidas de saúde pública foram tomadas para tentar controlar a disseminação da doença e deixar o sistema de saúde preparado para situações de enorme demanda, como ocorrido na China e Itália.

Como visto nestes países, a necessidade de leitos críticos para pacientes graves por tempo prolongado foi a principal dificuldade encontrada pelos sistemas de saúde.

Para tanto, se faz necessária um contingenciamento por meio da disponibilização emergencial de novos leitos críticos e intermediários em todo o país.

Desta forma, ao nos basearmos na experiência de China e Itália, vemos que cerca de 12 a 20% dos pacientes com diagnóstico de COVID-19 irão evoluir para SRAG (síndrome respiratória aguda grave), havendo necessidade de internação hospitalar. Deste contingente, 16% necessitaram de vaga de UTI na Itália, e 5% na China. A literatura demonstra que os doentes críticos por COVID-19 têm um tempo de recuperação estimado entre 3 e 6 semanas.

Ou seja, a preparação para um número expressivo de casos no Brasil, por meio de novos leitos, é fundamental.

1.2 A DOENÇA

Os coronavírus causam infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais; sendo que a maioria das infecções por coronavírus em humanos são causadas por espécies de baixa patogenicidade, levando ao desenvolvimento de sintomas do resfriado comum, no entanto, podem eventualmente levar a infecções graves em grupos de risco, idosos e crianças. Previamente a 2019, duas espécies de coronavírus altamente patogênicos e provenientes de animais (SARS e MERS) foram responsáveis por surtos de síndromes respiratórias agudas graves. Acerca da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV), o espectro clínico não está descrito completamente bem, assim como não se sabe o padrão de letalidade, mortalidade, infectividade e transmissibilidade. Ainda não há vacina ou medicamentos específicos disponíveis e atualmente, o tratamento é de suporte e inespecífico.

Os vírus da SARS-CoV, MERS-CoV e 2019-nCoV são da subfamília Betacoronavírus que infectam somente mamíferos; são altamente patogênicos e responsáveis por causar síndrome respiratória e gastrointestinal. Além desses três, há outros quatro tipos de coronavírus que podem induzir doença no trato respiratório superior e, eventualmente inferior, em pacientes imunodeprimidos, bem como afetar especialmente crianças, pacientes com comorbidades, jovens e idosos.

O período médio de incubação da infecção por coronavírus é de 5.2 dias, com intervalo que pode chegar até 12.5 dias.

A suscetibilidade da população é geral, por ser um vírus novo. Quanto a imunidade, não se sabe se a infecção em humanos que não evoluíram para o óbito irá gerar imunidade contra novas infecções e se essa imunidade é duradoura por toda a vida. O que se sabe é que a projeção em relação aos números de casos está intimamente ligada a transmissibilidade e suscetibilidade.

O espectro clínico da infecção por coronavírus é muito amplo, podendo variar de um simples resfriado até uma pneumonia severa. No entanto, neste novo coronavírus não está estabelecido completamente o espectro, necessitando de mais investigações e tempo para caracterização da doença.

Segundo os dados mais atuais, os sinais e sintomas clínicos referidos são principalmente respiratórios. O paciente pode apresentar febre, tosse e dificuldade para respirar. Em avaliação recente de 99 pacientes com pneumonia e diagnóstico laboratorial de 2019-nCoV internados no hospital de Wuhan, aponta-se maior taxa de hospitalização em maiores de 50 anos, sexo masculino. Os principais sintomas foram febre (83%), tosse (82%), falta de ar (31%), dor muscular (11%), confusão (9%), dor de cabeça (8%), dor de garganta (5%), rinorréia (4%), dor no peito (2%), diarreia (2%) e náusea e vômito (1%).

As complicações mais comuns são Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG (17-29%), lesão cardíaca aguda (12%) e infecção secundária (10%). A letalidade entre os pacientes hospitalizados variou entre 11% e 15%.

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como síndrome gripal, no entanto, casos iniciais leves, subfebris, podem evoluir para elevação progressiva da temperatura e a febre ser persistente além de 3-4 dias, ao contrário do descenso observado nos casos de Influenza. O diagnóstico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico.

O diagnóstico laboratorial para identificação do vírus 2019-nCoV é realizado por meio das técnicas de RT-PCR em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral.

2. Plano de Trabalho Assistencial e Fluxo de Atendimento

2.1 PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL

O modelo foi definido dentro do conceito de sustentabilidade, caracterizando-se por uma abordagem sistêmica, relacionada com a continuidade dos aspectos econômicos, sociais, ambientais e culturais.

Procuramos manter um elevado padrão de qualidade, focado na segurança do paciente e na satisfação dos usuários, sempre com respeito ao bem público através da otimização dos recursos.

A melhoria contínua da cadeia de valor, respeitando o fluxo assistencial serviço é garantida pelo entendimento e sensibilização de toda a instituição, em relação as necessidades de cada fase do atendimento, através da implantação de processos transdisciplinares.

O modelo deverá facilitar o acesso aos serviços ofertados, sempre acompanhando a dinâmica da política da rede de saúde.

Objetivos:

- Saúde com Excelência 100% SUS
- Foco no paciente: Leitos para cuidados de pacientes **COVID-19** (atendimento especializado à população adulta e pediátrica, durante a pandemia COVID-19)
- Melhoria na oferta de assistência pública de saúde, pelo aumento da capacidade instalada.

2.2 Modelo de Gerenciamento da Assistência

Visitas Multidisciplinares e Elaboração do Projeto terapêutico na Unidade de Internação

A equipe multidisciplinar deve diariamente passar visita conforme planejamento da assistência do setor, com revisão sistemática do Plano Terapêutico.

Melhora a previsão das ações, a comunicação com familiares e entre as equipes e a informação aos pacientes e familiares, garantindo a continuidade da assistência durante o processo de internação. O planejamento da assistência deve conter:

- As Hipóteses diagnósticas
- O tratamento previsto
- As possíveis complicações
- Os riscos e protocolos específicos
- As interconsultas
- A previsão de tempo de internação

2.3 ORGANIZAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO ASSISTENCIAL

O escopo do trabalho consiste em leitos críticos e de cuidados intermediários localizados no Hospital Municipal de Barueri. Tais leitos são destinados a pacientes encaminhados dos serviços de urgência e emergência inseridos na Rede Municipal, por meio da Central de Regulação Municipal.

Os profissionais dos serviços de urgência e emergência do município, após realizarem o atendimento inicial (incluindo coleta de exames, coleta do PCR para COVID-19 e notificação do caso) e estabilização inicial do paciente, devem preencher a ficha padrão Sd. Gripal, que é enviada para a Central de Regulação Municipal. A partir daí, tal ficha, com os dados do paciente serão encaminhadas para o Plantão Administrativo do HMB, que realiza a avaliação técnica da solicitação e do caso, e conforme critérios clínicos e disponibilidade, direciona o paciente para internação em leito crítico ou intermediário.

Abaixo, nosso protocolo interno para tomada de decisão da classificação do paciente, levando-se em conta as comorbidades e sinais de falência orgânica.

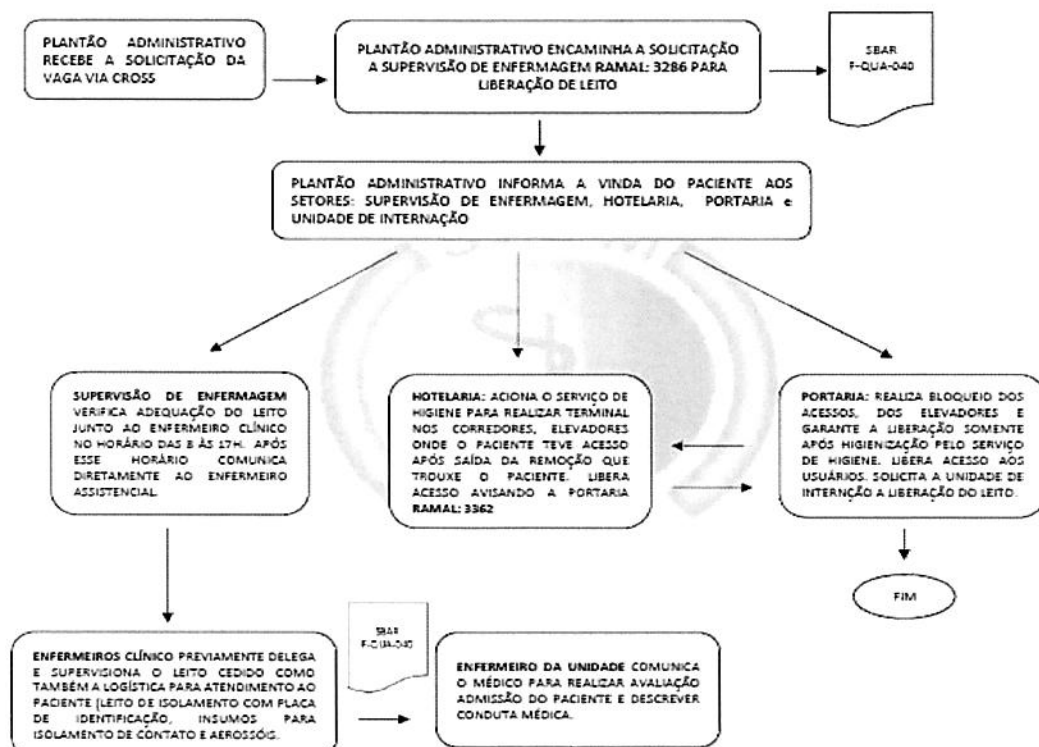
Comorbidades: <input type="checkbox"/> ≥ 60 anos <input type="checkbox"/> Doença Oncológica em tratamento	
<input type="checkbox"/> Insuf Cardíaca <input type="checkbox"/> Usuário de Corticóide Crônico	
<input type="checkbox"/> DM Insulinodependente <input type="checkbox"/> Doenças Pulmonares: <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Fibrose Pulmonar <input type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica	
Padrão Ventilatório: <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Em uso de Oxigênio	
Gestante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantas semanas
Quick SOFA	Ponto
Alteração do Nível de Consciência (ECG ≤ 14) <input type="checkbox"/> Sim	1
Frequência Respiratória > 22 <input type="checkbox"/> Sim	1
PAS ≤ 100 <input type="checkbox"/> Sim	1
Diretriz para Tomada de Decisão:	
Score	Destino
Q-SOFA 0 sem alteração ventilatória*	Isolamento Domiciliar
Q-SOFA 0 com alteração ventilatória*	Leito Intermediário
Q-SOFA 1 sem alteração ventilatória* e sem comorbidade	Leito Intermediário
Q-SOFA 1 com alteração ventilatória* sem comorbidade	Leito Intermediário
Q-SOFA 1 com alteração ventilatória* e comorbidade	Leito Crítico
Q-SOFA ≥ 2	Leito Crítico
* Alteração Ventilatória: <input type="checkbox"/> Dispneia Referida <input type="checkbox"/> Oxigênio para manter Sat. >92%	

Uma vez indicada a internação, esta informação é passada para a Central de Regulação, que irá informar o serviço solicitante, para providências referentes ao transporte.

Ao chegar no HMB, o paciente será admitido por equipe multiprofissional, dando início aos cuidados. Todos os cuidados realizados aos pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 são protocolados (cuidados de enfermagem, critérios de step down ou alta hospitalar, critérios de admissão em leito crítico,

boletins médicos a familiares, manejo clínico da COVID-19, orientações para suporte ventilatório e IOT, sedação, ventilação mecânica e demais cuidados intensivos).

O fluxo de atendimento ao paciente Sd. Gripal – COVID-19 está exposto a seguir:

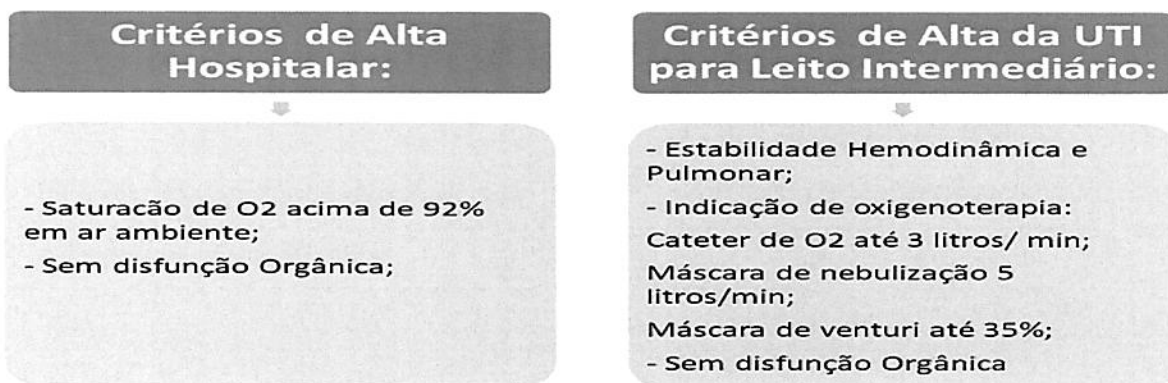


Os pacientes internados em leitos críticos que evoluam com melhora clínica e apresentem parâmetros conforme protocolo institucional, fazem o step down para unidade de internação de cuidados intermediários, onde terminam seu tratamento.

Os pacientes são alocados em leitos de internação isoladas a depender do seu perfil: positivos para COVID-19 ou casos suspeitos (aguardando confirmação).

Havendo condições clínicas de alta, o paciente será liberado para domicílio, com orientações de isolamento e cuidados, quando indicado.

Seguem abaixo, os critérios de alta hospitalar e de alta da UTI:



3- Protocolo de tratamento

3.1. OBJETIVO

Este protocolo objetiva orientar o manejo clínico de casos moderados ou graves de COVID-19, admitidos em enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

3.2. DETALHAMENTO

A doença pelo coronavírus (COVID-19) tem demonstrado ser de alto potencial de transmissibilidade, resultando num crescente número de casos e óbitos a ela relacionados. O manejo dessa doença tem sido diverso, incluindo opções terapêuticas farmacológicas sem evidências científicas robustas. Dessa forma, foram elaboradas recomendações relacionadas ao tratamento e manejo clínico da COVID-19, baseadas no conhecimento atual acerca desse importante agravo de saúde pública.

Considerando o potencial de risco ao doente, essas recomendações foram direcionadas para a aplicação a casos moderados ou graves admitidos em enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Definições de acordo com a severidade da doença:

- Doença leve: Paciente com síndrome gripal (febre, tosse, odinofagia, mal-estar geral, cefaleia, mialgia, etc) sem sintomas respiratórios, como dispneia, ou anormalidades radiológicas.

- Doença moderada: Paciente com evidência clínica ou radiológica de doença respiratória e $\text{SatO}_2 \geq 94\%$ em ar ambiente.

- Doença grave: Paciente com frequência respiratória > 30 ipm, $\text{SatO}_2 < 94\%$ em ar ambiente (ou, em pacientes com hipóxia crônica, uma redução $> 3\%$ do nível de base), $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ mmHg ou opacidades em $> 50\%$ do pulmão.

3.3. EXAMES COMPLEMENTARES

Recomenda-se a realização dos seguintes exames na admissão:

- Hemograma
- Creatinina
- Uréia
- Sódio e Potássio
- TGO e TGP
- LDH
- Proteína C reativa
- TP e TTPa
- Gasometria arterial
- Rx de tórax AP no leito

O monitoramento diário por exames laboratoriais é desnecessário e desaconselhado, e a sua repetição deve ser baseada no julgamento clínico, guiado pelo quadro do paciente, comorbidades e evolução clínica.

A tomografia de tórax só é necessária em casos em que exista dúvida se existe associação de pneumonia comunitária ou outras complicações como pneumotórax. **A presença de padrão em vidro fosco é comum a várias patologias e não deve ser considerada como patognomônico de COVID-19, devendo ser avaliado os sinais e sintomas do paciente.**

3.4 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA COVID-19:

No momento, o manejo de casos moderados e graves de COVID-19 incluem oxigenioterapia suplementar, corticosteroides e profilaxia de fenômenos tromboembólicos.

Além disso, deve-se avaliar a possibilidade de infecção bacteriana concomitante, tanto no início do quadro, dentro da síndrome pneumonia adquirida na comunidade (PAC) grave, quanto nos casos com

internação prolongada, que já trataram PAC grave, mas apresentem piora do padrão respiratório, com ou sem ventilação mecânica.

3.4.1 Manejo da PAC grave associada à COVID-19 no início da internação:

a) Ceftriaxona

Deve ser administrada na presença de critérios clínicos e radiológicos de pneumonia bacteriana.

Posologia: 2 g EV, 1 vez ao dia.

Obs.: A dose única diária tem como objetivo reduzir a exposição da equipe ao paciente com suspeita de COVID-19.

b) Azitromicina

Deve ser administrada na presença de critérios clínicos e radiológicos de pneumonia bacteriana.

Posologia:

Oral: 500 mg VO 1 vez ao dia por 5 dias.

Com a informação do PCR positivo para COVID-19, a antibioticoterapia deve ser suspensa.

3.4.2 Corticoterapia

Administração de corticoide pode ser considerada após 7 dias do início dos sintomas, se:

- a) Necessidade de suplementação de O₂ > 4 L/min ou aumento de 20% da necessidade de O₂ suplementar em 24h.

Nesses casos, recomenda-se o uso de Metilprednisolona, reservando a utilização de Dexametasona como primeira escolha para os casos de síndrome de ativação macrofágica (score \geq 169) ou de encefalite viral.

Posologia: Metilprednisolona 0,7 a 1,0 mg/Kg EV por dia (dose diária total dividida em duas administrações diárias, de 12/12h) por 3 dias, podendo-se prorrogar por 7 dias se houver resposta satisfatória ao tratamento (melhora clínica e radiológica).

Posologia: Dexametasona EV 16 mg/dia, na ausência de infecção bacteriana concomitante. Se houver infecção bacteriana, reduzir a dose à metade (8 mg/dia).

Caso paciente mantenha PCR \geq 10 mg/dL e sem evidência de infecção bacteriana concomitante, discutir com equipe especializada o uso de terapias específicas.

3.4.3 Prevenção e tratamento de complicações tromboembólicas em pacientes com COVID-19:

- a) Profilaxia de Tromboembolismo Venoso (TEV) durante a hospitalização

Todos os pacientes hospitalizados com suspeita ou confirmação de COVID-19 devem receber trombopprofilaxia farmacológica, com heparina de baixo peso molecular (HBPM) ou heparina não fracionada (HNF), a menos que apresentem contraindicação absoluta, como sangramento ativo ou plaquetopenia grave (contagem plaquetária inferior a $25 \times 10^9/L$).

A anticoagulação profilática por via subcutânea (SC) com HNF ou HBPM é recomendada para todos os pacientes internados com diagnóstico de COVID-19 de acordo com o clearance de creatinina (ClCr):

- ClCr > 30ml/min: HBPM 40mg 1x ao dia OU HNF 5.000 UI de 8/8h;
 - ClCr < 30ml/min: HNF 5.000 UI de 12/12h.
- Contraindicações para anticoagulação profilática:
- Sangramento ativo;
 - Contagem de plaquetas inferior a 30 mil;

Nos casos de contraindicação à profilaxia medicamentosa, recomenda-se o uso de métodos mecânicos de profilaxia de TEV (meias elásticas ou dispositivos de compressão pneumática intermitente).

Situações Especiais:

- Pacientes obesos com IMC > 40: recomendado o uso de HBPM na dose de 0,5mg/Kg/dia;
- Pacientes em uso prévio de anticoagulação oral em dose profilática: sugere-se trocar para HNF ou HBPM em dose profilática equivalente de acordo com o clearance de creatinina.

Anticoagulação terapêutica:

A anticoagulação terapêutica com HNF ou HBPM é recomendada para todos os pacientes internados com COVID-19 que tenham o diagnóstico confirmado de TEV ou sem evento trombotico documentado, porém, com D-Dímero > 3.000 e/ou Score SIC > 4 de acordo com o clearance de creatinina (ClCr):

- ClCr > 30ml/min: HBPM 1mg/Kg SC de 12/12h;
- ClCr 10-30ml/min: HBPM 1mg/Kg SC 1X ao dia;
- ClCr < 10ml/min: não utilizar HBPM; utilizar preferencialmente HNF em dose terapêutica com controle de TTPA a cada 6 horas ou Antagonista de Vitamina K (AVK) com controle rigoroso de INR bem como atenção às possíveis interações medicamentosas.

*** Para pacientes obesos com IMC > 40 em uso de HBPM pode ser feita a avaliação da efetividade da anticoagulação terapêutica através da dosagem do Fator Anti Xa.

Contraindicações para anticoagulação terapêutica:

- Sangramento ativo;
- Contagem de plaquetas inferior a 50 mil;

Nos casos de contraindicação à terapia medicamentosa, recomenda-se o uso de métodos mecânicos como meias elásticas ou dispositivos de compressão pneumática intermitente.

4 – Dimensionamento de Leitos

A partir de 13/10/21 serão oferecidos a Rede Municipal a seguinte quantidade de leitos dedicados ao atendimento de pacientes Covid:

Leitos críticos: 20

Leitos intermediários: 50

Total: 70 leitos Covid