

## PLANO OPERATIVO SUS – SP

Processo: **SES-PRC-2022/04488**

Convênio nº: 041/2022

Data da Assinatura do Convênio/Contrato: 10/03/2022

Vigência do Convênio ou Contrato: 6 MESES

Termo de Retirratificação nº: 1

Plano Operativo nº: 01/2022

Vigência do Plano Operativo: de 10/03/22 até 09/03/2023

### I – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Razão Social da Instituição: **ASSOCIAÇÃO ESPÍRITA VICENTE DE PAULO**  
CNPJ: 54.228.366/0001-41

Unidade I: **INSTITUTO BEZERRA DE MENEZES – Espírito Santo do Pinhal**

CNPJ: 54.228.366/0002-22

CNES: 2084384

Licença de Funcionamento - 351518601-861-0000-12-1-0

Data final da validade da licença de funcionamento: 07/10/2022

Endereço: R. Dr Abelardo Vergueiro César, 33 – Centro

Município: Espírito Santo do Pinhal

CEP: 13.990-000

Telefone: (19) 3651-1762

Diretor/Presidente: Célia Luzia Honorato Cavalheri

Diretor Clínico/Técnico: Dr. Airton Atila Leite Monfardini

Enfermeiro Responsável: Elaine Cristina Scanapieco Assi

### II – CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE

Missão da Instituição: Promover a evolução da saúde mental, o bem estar físico, psicológico, social e espiritual dos assistidos.

Natureza Jurídica: ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS

CEBAS: PORTARIA 1.037 – 19/10/2021 PROCESSO: 25000.068121/2021-2

VALIDADE: 31/12/2024

Presta atendimento ambulatorial: sim  não X

Presta atendimento Hospitalar: sim X não

Atende SUS: 100%

Atende Outros Convênios: 0%

Atende Particular: 0%

### III – CARACTERIZAÇÃO DA INFRA - ESTRUTURA

#### INTERNAÇÃO:

Nº. de leitos distribuídos por especialidade, disponibilizados ao SUS:

Tipos de leito por especialidades	Nº de leitos Existentes	Nº. de leitos SUS
Psiquiatria	272	252

Fonte CNES: Atualização 23/01/2022

### IV - HABILITAÇÕES NAS ÁREAS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data do Lançamento	Data da Atualização
0633	NIVEL III - ESTABELECIMENTO DE SAUDE COM nº DE LEITOS DE PSIQUIATRIA ENTRE 241 a 400	Nacional	11/2009	---	SAS 404	19/11/2009		09/12/2009	09/12/2009

Fonte CNES: Atualização 23/01/2022

### V – METAS FÍSICAS – ATENDIMENTOS CONTRATADOS PELO SUS-SP

ESPECIALIDADE DO LEITO	Nº CONTRATADO MAC (mensal)				Nº CONTRATADO FAEC (mensal)			
	MC		AC		MC		AC	
	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
Cirúrgico								
Obstétricos								
Clínico								
Crônicos								
Psiquiatria	329	R\$ 360.173,42						
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)								
Pediátricos								
Reabilitação								
Leito Dia / Cirúrgicos								
Leito Dia / Aids								
Leito Dia / Fibrose Cística								
Leito Dia / Geriatria								
Leito Dia / Saúde Mental								
Saude Mental	329	R\$ 360.173,42	0	0	0	0	0	0

*CS*

a) **INTERNAÇÃO** – descrever o número de leitos e de AIH conveniada/contratada pelo SUS por especialidade:

Internações	Nº. Leitos Conv/Contr	P.P.I.	Nº de AIH conveniadas mensal	População referenciada (municípios)	Qtde pactuada por município/colegiado
Psiquiatria	252	331	329/mês	Aguai Águas da Prata Caconde Casa Branca Divinolândia Espírito Santo da Pinhal Estiva Gerbi Itapira Itobi Mococa Moji-Guaçu Moji-Mirim Santa Cruz das Palmeiras Santo Antônio do Jardim São João da Boa Vista São José do Rio Pardo São Sebastião da Gramma Tambaú Tapiratiba Vargem Grande do Sul	Controle de vagas pelo Núcleo de Regulação do DRS 14, conforme demanda.

## VI- INDICADORES PACTUADOS

### • INDICADORES DE PRODUÇÃO E FINANCEIRO

META	INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	RANKING DE PONTUAÇÃO	PONTOS POSSÍVEIS
META 1 - Metas físicas de acordo com o número de internações ou de diárias hospitalares	Internações aprovadas/internações conveniadas x 100  OBS: Permitida Aproximação Dos Pontos Possíveis, Com Avaliação Por Escrito Do Núcleo De Regulação E Comissão, Caso Não Seja Cumprida Meta Por Falta De Demanda Ou Outra Justificativa Técnica Avalizada Pelos Dois Grupos	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado SIHD	- 50 pontos 95 a 105% da meta - 40 pontos 80 a 94,9% da meta - 35 pontos 70 a 79,9% da meta - não pontua menor de 70%	<b>50</b>
META 2 - Metas financeiras de acordo com o número de internações ou de diárias hospitalares, que consta no Convênio e no Plano Operativo	Faturamento aprovado/teto SIH mensal x 100  OBS: Permitida Aproximação Dos Pontos Possíveis, Com Avaliação Por Escrito Do Núcleo De Regulação E Comissão, Caso Não Seja Cumprida Meta Por Falta De Demanda Ou Outra Justificativa Técnica Avalizada Pelos Dois Grupos	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado SIHD	- 50 pontos 95 a 105% da meta - 40 pontos 80 a 94,9% da meta - 35 pontos 70 a 79,9% da meta - não pontua menor de 70%	<b>50</b>

**• INDICADORES DE QUALIDADE E GESTÃO**

META	INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	RANKING DE PONTUAÇÃO	PONTOS POSSÍVEIS
META 1 - CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - CNES) ATUALIZADO E FORMALIZADO PELO RESPONSÁVEL (SERVIÇOS/EQUIPAMENTOS/ EQUIPES PROFISSIONAIS COMPLETAS)	A. Cadastro do CNES do último mês do trimestre, a partir do site - Relatório Reduzido	Relatório do CNES - SITE CNES - RELATÓRIO REDUZIDO assinado pelo responsável pelo estabelecimento, enviado à equipe responsável até dia 15 do mês subsequente ao último mês do trimestre	Atualizado - 100 % Não atualizado - não pontua	<b>20</b>
META 1 - CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - CNES) ATUALIZADO E FORMALIZADO PELO RESPONSÁVEL (SERVIÇOS/EQUIPAMENTOS/ EQUIPES PROFISSIONAIS COMPLETAS)	B. Relatório de profissionais (SITE), assinado pelo RESPONSÁVEL para verificação da equipe multiprofissional conforme legislação vigente	1-Relatório do CNES - SITE CNES - RELATÓRIO DE PROFISSIONAIS 2-Escalas de Plantão Médico 3-Escala de Enfermagem 4-Planilhas de Equipe Multiprofissional Documentação assinada pelo responsável pelo estabelecimento, enviada à equipe responsável até dia 15 do mês subsequente ao último mês do trimestre	1-Escalas de Plantão Médico (35%-7) 2-Escala de Enfermagem (25%-5) 3-Planilhas de Equipe Multiprofissional (40%-8) 4-Não apresentou-não pontua	<b>20</b>
META 2 - INTERNAÇÃO - Apresentar, no mínimo, 95% das altas hospitalares, no faturamento hospitalar ao SUS - na própria competência, ou seja, no início do mês subsequente	AIHs DO MÊS/AIHs APRESENTADAS X 100	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado SIHD	- 30 pontos - 95 a 105% da meta - 24 pontos - 80 a 94,9% da meta - 21 pontos - 70 a 79,9% da meta - não pontua - menor de 70%	<b>27</b>
META 3 - Comissões atuantes - Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Infecção Hospitalar, Comissão de Óbitos	A. Comissão de Prontuário atuante	1. Comissão Instituída mantendo a lista de membro atualizada e Regimento Atualizado 2. Apresentação de relatório mensal, contendo itens relacionados à organização dos prontuários para a qualidade dos registros. OBS: Quando o quantitativo de internações no mês, na especialidade, foi inferior ao percentual definido para avaliação, analisar o total de prontuários.	1. Comissão Instituída mantendo a lista de membro atualizada e Regimento Atualizado - 20%-0,4 2. Apresentou relatório conforme instrumentos solicitados - Busca ativa ou amostragem (10% das internações mensais)-80%-1,6 3. Não apresentou itens conforme solicitado - não pontua	<b>2</b>
META 3 - Comissões atuantes - Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Infecção Hospitalar, Comissão de Óbitos	B. Comissão de Óbito atuante	1. Comissão Instituída mantendo a lista de membro atualizada e Regimento Atualizado 2. Apresentação de Relatório e Ata mensal dos óbitos conforme instrumento instituído (considerando a causa terminal e a causa básica) com análise dos itens solicitados e medidas adotadas	1. Comissão Instituída mantendo a lista de membro atualizada e Regimento Atualizado -20%-0,4 2. Apresentou relatório com a análise dos itens solicitados e medidas adotadas consistentes 80%-1,6 2a. Apresentou apenas o relatório conforme instrumento proposto 30%-0,6 3. Não apresentou relatório e medidas adotadas conforme solicitado-não pontua	<b>2</b>
META 3 - Comissões atuantes - Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Infecção Hospitalar, Comissão de Óbitos	C. Comissão de Infecção Hospitalar (CIH) atuante	1. Comissão Instituída mantendo a lista de membros atualizada e Regimento Atualizado 2. Ata das reuniões com a análise dos dados epidemiológicos, comparação entre os meses e medidas adotadas (quando houver) 3. Planilhas Mensais conforme modelo proposto pelo CVE/SES 4. Divulgação dos dados para Vigilância Epidemiológica e Equipes de Instituição através de Relatório	1. Comissão Instituída mantendo a lista de membro atualizada e Regimento Atualizado-20%-0,4 2. Ata com análise dos dados e descrição das medidas adotadas-40%-0,8 3. Envio das planilhas respeitando o cronograma-10%-0,2 4. Divulgação/Discussão dos dados nas equipes-30%-0,6	<b>2</b>



META	INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	RANKING DE PONTUAÇÃO	PONTOS POSSÍVEIS
META 4 - Capacitação permanente dos profissionais que atuam no hospital.	Desenvolver Capacitações de acordo com o Plano Anual	Relação das capacitações desenvolvidas no período avaliado em consonância com o Plano Anual de Capacitação, com os registros das mesmas conforme instrumento proposto. OBS: Caso haja desatualização do Plano apresentar justificativa através de Relatório	Capacitações desenvolvidas conforme o Plano Anual - 100% =2,0 Desenvolveu de forma parcial-40%=0,8 Não desenvolveu capacitações no período-não pontua	2
META 5 -Melhorar qualidade no Serviço de Nutrição e Dietética	A. Acompanhar o estado nutricional dos pacientes (Hipertensos, Diabéticos, Desnutridos/Obesos e Edêntulos) e se as práticas alimentares saudáveis estão sendo desenvolvidas	Provatório Amostragem de 20% dos pacientes com base no levantamento realizado através de instrumento padronizado	1. Realizou acompanhamento do estado nutricional dos pacientes segundo a condição clínica proposta - 100% - 2 2. Não apresentou acompanhamento conforme solicitado - não pontua	2
META 5 -Melhorar qualidade no Serviço de Nutrição e Dietética	B. Apresentar Cardápio Balanceado com programação de pelo menos 5 refeições/dia e comprovar sua utilização	Cardápio Balanceado	1. Apresentação do Cardápio Balanceado - 50% (1,0) 2. Obedecer a programação do cardápio - 50% (1,0) 3. Não apresentou/não obedeceu cardápio - não pontua	2
META 6 -Monitoramento de ações realizadas para melhoria da qualidade da assistência em Saúde Mental	A - Presença de PTS atualizado para as pessoas internadas Total de PTS atualizado / Total de pacientes internados SUSX 100	Apresentação do relatório mensal de monitoramento dos indicadores de melhoria da qualidade da assistência	-4 pontos - 100% -não pontua - <100%	4
META 6 -Monitoramento de ações realizadas para melhoria da qualidade da assistência em Saúde Mental	B - Pacientes com documentos civis atualizados Total de Pacientes com documentação ou encaminhamento para retirada de documentação / Total de pacientes internados SUS X 100	Apresentação do relatório mensal de monitoramento dos indicadores de melhoria da qualidade da assistência	-2 pontos - 100% -não pontua - <100%	2
META 6 -Monitoramento de ações realizadas para melhoria da qualidade da assistência em Saúde Mental	C - Leitos regulados pela Central de Regulação da Oferta de Serviços de Saúde CROSS Total de Leitos SUS regulados / Total de leitos SUS existentes X 100	Apresentação do relatório mensal de monitoramento dos indicadores de melhoria da qualidade da assistência	-2 pontos - 100% -não pontua - <100%	2
META 6 -Monitoramento de ações realizadas para melhoria da qualidade da assistência em Saúde Mental	D - Ações para qualificação de alta para pacientes com 30 dias ou mais de internação. Total de pacientes com 1 ou - ações de qualificação de alta executadas / Total de pacientes internados há 30 dias ou + X 100	Apresentação do relatório mensal de monitoramento dos indicadores de melhoria da qualidade da assistência	-2 pontos - 100% -não pontua - <100%	2
META 6 -Monitoramento de ações realizadas para melhoria da qualidade da assistência em Saúde Mental	E - Equipe técnica contratada de acordo com a legislação vigente (utilizar parâmetro referente ao total de pacientes de instituição) Total de profissionais contratados / Total de profissionais previstos X100	Apresentação do relatório mensal de monitoramento dos indicadores de melhoria da qualidade da assistência	-5 pontos - 80% -não pontua - <80%	5



META	INDICADOR	FONTE DE INFORMAÇÃO	RANKING DE PONTUAÇÃO	PONTOS POSSÍVEIS
META 7 - Núcleo de Segurança do Paciente.	A. Implantar Comissão do Núcleo do Paciente (NSP). Implantar e implementar padrão de boas práticas de segurança e qualidade no atendimento ambulatorial e hospitalar	1. Regimento do Núcleo de Segurança do Paciente. 2. Ata das reuniões mensais do Núcleo de Segurança do Paciente.	1. Comissão Instituída mantendo a lista de membro atualizada e Regimento Atualizado - 50% (0,5) 2. Apresentou Ata das reuniões com a análise dos indicadores do Núcleo de Segurança do Paciente e das medidas adotadas - 50% (0,5)	<b>1</b>
META 7 - Núcleo de Segurança do Paciente.	B. Indicador de quedas com lesão e sem lesão. Manter atualizado o levantamento do nº de quedas com lesão e sem lesão.	Relatório conforme instrumento padronizado para o levantamento do nº de quedas com lesão e sem lesão.	1. Apresentou relatório conforme instrumento padronizado - 100% (1) 2. Não apresentou itens conforme solicitado - não pontua	<b>1</b>
META 7 - Núcleo de Segurança do Paciente.	C. Taxa de erros na Dispensação de Medicamentos. Número de medicamentos dispensados com erro / número total de medicamentos dispensados X 100.	Relatório conforme instrumento padronizado para Monitorar a ocorrência de erros na atividade de separação/dispensação de medicamentos para atendimento do paciente	1. Apresentou relatório conforme instrumento padronizado - 100% (1) Não apresentou itens conforme solicitado - não pontua	<b>1</b>
META 8 - Organizar e padronizar o acompanhamento à pacientes na atenção em saúde mental	A. Acompanhar situação dos moradores e de pacientes internados a mais de um ano: 1-Manter atualizada a planilha dos moradores a partir do Censo 2014 2 -Apresentar lista de pacientes internados a mais de um ano. 3-Apresentar Projeto Terapêutico Singular da clientela de moradores e dos pacientes internados e mais de um ano	1. Apresentar a lista de moradores atualizada a partir do censo 2014 conforme instrumento padronizado, documento, benefício, curatela, e situação jurídica) e ações realizadas. 2. Apresentar lista de pacientes internados a mais de um ano e ações realizadas e ou em andamento para a efetivação da alta. 3. Apresentar Projeto Terapêutico Singular de acordo com as avaliações realizadas.	Cada um dos itens atendidos conforme proposto vale (1,0) 33,33% do total de pontos.	<b>3</b>

## VII – GESTÃO HOSPITALAR

- A instituição se compromete a manter equipe de monitoramento e acompanhamento do Convênio/Plano Operativo, cuja indicação será formalizada por meio de Ofício.
- A equipe indicada será a responsável por encaminhar todas as informações ou relatórios solicitados/pactuados neste Plano Operativo, nos prazos fixados. Deverá ainda participar das reuniões de acompanhamento do referido plano.
- A instituição se compromete a apresentar anualmente as licenças/alvarás da Vigilância Sanitária ou o protocolo de renovação.
- Manter contratos, vigentes, de manutenção dos equipamentos.
- Manter limpeza das caixas d'água, controle de pragas, de acordo com normas específicas, apresentando documentação que comprove essas atividades.
- Possuir gerador e planilha de distribuição de energia.

## VIII – PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS OU PROJETOS

Programa	Portaria	Valor
INTEGRASUS - Integração ao Sistema Único de Saúde	Portaria MS/GM nº 3.168, de 23/11/2017	RS 19.925,87/mês

## IX – TETO FINANCEIRO DO CONVÊNIO

• <b>TETO MAC - Mensal</b>	
SIA	0,00
SIH	<u>360.173,42</u>
<b>TOTAL</b>	<b>360.173,42</b>
• <b>FAEC – Valores estimados</b>	
SIA	0,00
SIH	<u>0,00</u>
<b>TOTAL</b>	<b>0,00</b>

## X - REGULAÇÃO E CONTROLE

Encaminhamento de pacientes se dá por demanda referenciada. Órgão emissor e autorizador do atendimento pactuado é o DRS XIV – São João da Boa Vista, através do Sistema CROSS – MÓDULO REGULAÇÃO DE LEITOS COM AIH.

O DRS deverá avaliar se a instituição prestou o atendimento referenciado a ela respeitando, a territorialização e as cotas de atendimentos pactuados.

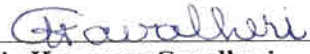
## XI - ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

As metas dispostas no Plano Operativo, parte integrante do convênio serão avaliadas trimestralmente por uma comissão composta por representantes da Secretaria de Estado da Saúde – DRS XIV São João da Boa Vista, indicados previamente por Portaria específica, e representante da Conveniada. É de responsabilidade da conveniada fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação.

A avaliação de desempenho da instituição será realizada conforme cronograma estabelecido pela Comissão de Acompanhamento da Secretaria de Estado da Saúde – DRS XIV São João da Boa Vista, ocasião em que será verificado o cumprimento das metas físicas e qualitativas. O não cumprimento de metas deverá ser informado a Conveniada juntamente com as medidas propostas de correção.

São João da Boa Vista, 10 de Março de 2022.

  
\_\_\_\_\_  
**Patrícia Maria Magalhães Teixeira Nogueira Mollo**  
Diretor Técnico de Saúde III  
DRS XIV São João da Boa Vista

  
\_\_\_\_\_  
**Célia Luzia Honorato Cavalheri**  
Presidente  
Associação Espírita Vicente de Paulo  
Instituto Bezerra de Menezes