

# **Relatório de Atividades Assistenciais**

**CAISM Philippe Pinel**

**Convênio n.º**

**000421/2025**

**Maio**

**2025**

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**



**GOVERNADOR**

Tarcísio Gomes de Freitas

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Eleuses Paiva

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"**



**DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

Mário Santoro Júnior

**DIRETOR TÉCNICO**

Renato Tardelli

**GERENTE TÉCNICO REGIONAL**

Raquel de Paula Oliveira

**COORDENADOR OPERACIONAL**

Éder Novaes de Oliveira

## SUMÁRIO

<b>1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL</b>	<b>4</b>
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	4
1.2 Convênio nº 421/2025	6
<b>2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES</b>	<b>6</b>
<b>3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>8</b>
<b>4. FORÇA DE TRABALHO</b>	<b>8</b>
4.1 Dimensionamento	9
4.1.1 Quadro de Colaboradores CLT	9
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas	10
4.2.1 Absenteísmo	10
4.2.2 Turnover	11
4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	12
<b>5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS</b>	<b>12</b>
5.1 Indicadores	13
5.1.1 Saídas	13
5.1.2 Taxa de Ocupação	19
5.1.3 Média de Permanência	20
5.1.4 Alta Melhorado/Curado	20
5.1.5 Tempo Mínimo para Alta Melhorado / Curado da Clínica de Dependência Química	21
5.1.6 Recusar a admissão de pacientes dentro do perfil da unidade	21
5.1.7 Evolução dos Prontuários	22
5.1.8 Projeto Terapêutico Singular dos pacientes	23
5.1.9 Participação da Conveniada nas reuniões das Comissões Hospitalares	23
5.1.10 Reclamações na Ouvidoria	24

## 1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

### 1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM

---

O Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” - CEJAM é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 20 de maio de 1991 por um grupo de médicos, advogados e profissionais de saúde do Hospital Pérola Byington - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil – CRSMNADI para dar apoio àquela Instituição.

Seu nome é uma homenagem ao Dr. João Amorim, médico obstetra, um dos seus fundadores e 1º Diretor Clínico do Hospital Pérola Byington, com ampla experiência na administração em saúde.

**Com o lema “Prevenir é Viver com Qualidade”, é qualificado como Organização Social (OSS)** em vários municípios com reconhecida experiência na gestão de serviços de saúde, atuando por meio de contratos de gestão e convênios em parceria com o Poder Público.

Atualmente, o CEJAM conta com mais de 120 serviços e programas de saúde nos municípios de São Paulo, Mogi das Cruzes, Rio de Janeiro, Peruíbe, Cajamar e Campinas, sendo uma Instituição de excelência no apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **Visão**

“Ser a melhor instituição nacional na gestão de saúde populacional”.

#### **Missão**

“Ser instrumento transformador da vida das pessoas por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde”.

## **Valores**

- Valorizamos a vida;
- Estimulamos a cidadania;
- Somos éticos;
- Trabalhamos com transparência;
- Agimos com responsabilidade social;
- Somos inovadores;
- Qualificamos a gestão.

## **Pilares Estratégicos**

- Humanização;
- Atenção à Saúde;
- Equipe Multidisciplinar;
- Geração e Disseminação de Conhecimento;
- Tecnologia da Informação;
- Ecossistema em Saúde.

## **Lema**

"Prevenir é Viver com Qualidade".

## 1.2 Convênio nº 421/2025

---

Com início no dia 02 de março de 2025 o objetivo do convênio visa promover o gerenciamento do atendimento psiquiátrico hospitalar no Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental Philippe Pinel (CAISM Philippe Pinel), unidade estadual vinculada à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e atua como parte de uma rede regional de serviços de saúde mental, referência para internações de curta duração de pacientes psiquiátricos, incluindo transtornos mentais e comportamentais associados ao uso de substâncias psicoativas. O CEJAM realiza a administração dos recursos financeiros previstos e disponibilizados, assim como os recursos técnicos, fornecidos pelos CAISM, por meio de planejamento, organização, coordenação e controle das ações, alocando de maneira adequada, os recursos existentes, para mobilizar e comprometer os colaboradores na organização, desenvolvimento e produção de ações e serviços em saúde mental, que atendam às necessidades da população e alcancem o seu nível mais alto de desempenho.

## 2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as atividades realizadas no serviço de atendimento psiquiátrico hospitalar no Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental Philippe Pinel (CAISM Philippe Pinel) o CEJAM segue um modelo de gestão orientado para a qualidade e eficiência dos serviços prestados, com especial atenção ao acompanhamento contínuo dos indicadores de desempenho propostos em Plano de Trabalho. O monitoramento é realizado de maneira sistemática, com base em processos de coleta de dados, análise, relatórios e tomada de decisões. Abaixo estão os principais passos do processo de monitoramento:

### 1. COLETA DE DADOS:

Fontes de Dados: A coleta de dados é realizada através dos sistemas de gestão hospitalar (SIRESP, NIR, NIH), prontuários do paciente, formulários de acompanhamento e registros de equipe multiprofissional.

Responsáveis pela Coleta: A coleta é responsabilidade da equipe administrativa (coordenador operacional e auxiliares técnico administrativos)

Frequência de Coleta: A coleta de dados é realizada de forma diária, semanal ou mensal, dependendo do indicador. A frequência é definida conforme as necessidades de cada indicador.

## 2. ANÁLISE DOS INDICADORES:

Responsáveis pela Análise: A análise dos dados é realizada pela equipe de gestão do CEJAM, incluindo a Coordenação Médica, Coordenação de Saúde Mental e Gestores Administrativos.

Ferramentas de Análise: O CEJAM utiliza ferramentas de BI (Business Intelligence) e planilhas. As análises são feitas para identificar tendências, pontos fortes e áreas de melhoria.

## 4. AÇÕES CORRETIVAS E MELHORIAS:

Identificação de Desvios: Quando um indicador não atingir a meta estabelecida, será feita uma análise das causas subjacentes para identificar problemas no processo, falhas na execução ou fatores externos que impactam os resultados.

Plano de Ação: Caso sejam identificados desvios, é implementado um plano de ação corretiva, que incluirá ajustes no fluxo de trabalho (alinhamento junto à direção do hospital), treinamento de equipe, revisão de protocolos ou melhorias nos recursos disponíveis.

Feedback às Equipes: As equipes envolvidas são informadas sobre os resultados e as ações corretivas necessárias, com acompanhamento das melhorias implementadas.

## 5. MONITORAMENTO DE QUALIDADE E AUDITORIAS:

Auditorias Internas: O CEJAM realizará auditorias periódicas para verificar a conformidade dos processos com os padrões estabelecidos, incluindo a verificação da adequação das altas qualificadas, protocolos de atendimento e a participação das atividades terapêuticas com a equipe multi.

Indicadores de Qualidade: Além dos indicadores de desempenho, o CEJAM acompanhará indicadores de qualidade como satisfação dos pacientes (acordado apenas o indicador de zero reclamação), eficiência dos protocolos terapêuticos e controle de reinternações, assegurando a melhoria contínua.

#### 6. COMUNICAÇÃO E TRANSPARÊNCIA:

O monitoramento dos indicadores pelo CEJAM será realizado de forma integrada, com foco na qualidade, eficácia e melhoria contínua dos processos. A participação ativa das equipes técnicas e administrativas, bem como o uso de tecnologias de gestão e comunicação, garantirão que as metas sejam cumpridas, promovendo um atendimento de excelência no tratamento dos pacientes.

### 3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O relatório apresenta as atividades desenvolvidas no serviço referente ao período de **01 a 31 de maio de 2025** pela equipe de profissionais da multidisciplinar de médicos plantonistas (psiquiatra e clínico geral) e médicos diaristas (psiquiatra assistente) nas enfermarias A e B de dependência química e C de transtornos mentais.

### 4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista é de **11** colaboradores, a equipe efetiva no período é de **14** contratados por processo seletivo (CLT) e 18 por contratação de Pessoa Jurídica (PJ) e 1 em regime RPA.

## 4.1 Dimensionamento

### 4.1.1 Quadro de Colaboradores CLT

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativo	Coordenador Operacional (40h)	1	1	✓
	Auxiliar Técnico Administrativo (40h) 10h as 19h	1	1	✓
	Auxiliar Técnico Administrativo (40h) 07h as 16h	1	1	✓
Assistencial	Educador Físico (40h) 07h as 16h	1	1	✓
	Educador Físico (40h) 09h as 18h	1	1	✓
	Terapeuta Ocupacional (30h)	1	0	↓
	Médico Clínico Geral 12h Diurno	1	3	↑
	Médico Psiquiatra 12h Diurno	1	3	↑
	Médico Psiquiatra 30h (diarista)	2	3	↑
	Médico Psiquiatra Responsável Técnico (diarista) 30h	1	0	↓
<b>Total</b>		<b>11</b>	<b>14</b>	↑

Fonte: Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP)

**Análise Crítica:** Para completar a equipe mínima prevista permanece as tentativas de captação da vaga de Terapeuta Ocupacional. O processo seletivo para a vaga de Terapeuta Ocupacional permanece com o edital aberto, com busca em banco de trabalho no mercado, entretanto devido ao cenário de escassez de profissionais da categoria, não tivemos nenhum candidato para a vaga durante o período deste relatório.

A efetividade dos cargos de médico clínico geral 12h diurno atualmente é composta por 3 profissionais dividindo os plantões de quinta a domingo/mês e médico psiquiatra 12h diurno é composta por 3 profissionais dividindo os plantões de sábado e domingo/mês. A composição de médico assistente diarista está completa, no entanto, com o desligamento de um profissional desta categoria que acumulava a função de RT pela empresa neste convênio, a nova

contratação está atuando apenas como diarista. Está em processo de definição de qual diarista assumirá a atribuição de RT da empresa.

Informamos que não houve ausências nos plantões de 24 horas previstos para cobertura das Admissões, Internações e Intercorrências, realizados por meio de empresa contratada em regime de Pessoa Jurídica (PJ).

A escala foi cumprida integralmente, respeitando o limite máximo de 40% do recurso financeiro do contrato para este fim mesmo tendo ocorrido coberturas adicionais, conforme detalhado a seguir:

- 02/05 – período de 06 horas - cobertura na enfermaria C
- 13/05 – período de 6 horas - cobertura na enfermaria C
- 20/05 – período de 6 horas - cobertura na enfermaria C

Além destes, nos dias 03 e 04 de maio o plantão de 12h diurno do Clínico Geral foi coberto por profissional RPA.

Dessa forma, **foi assegurado o atendimento contínuo e ininterrupto às solicitações de avaliação médica nas admissões e enfermarias.**

## 4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

---

### 4.2.1 Absenteísmo

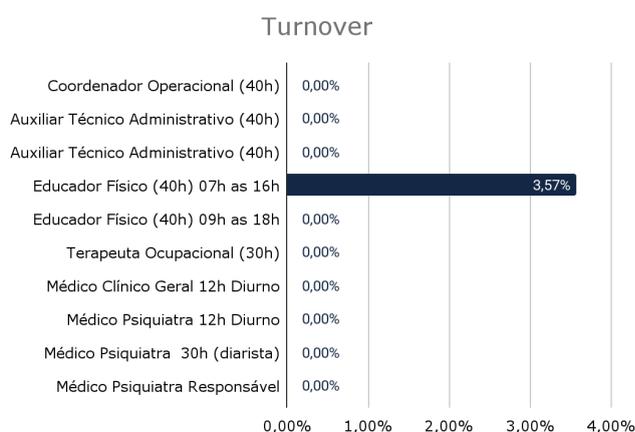
---

#### Absenteísmo

Coordenador Operacional (40h)	0,00%
Auxiliar Técnico Administrativo (40h) 10h	0,00%
Auxiliar Técnico Administrativo (40h) 07h	0,00%
Educador Físico (40h) 07h as 16h	0,00%
Educador Físico (40h) 09h as 18h	0,00%
Terapeuta Ocupacional (30h)	0,00%
Médico Clínico Geral 12h Diurno	0,00%
Médico Psiquiatra 12h Diurno	0,00%
Médico Psiquiatra 30h (diarista)	0,00%
Médico Psiquiatra Responsável	0,00%

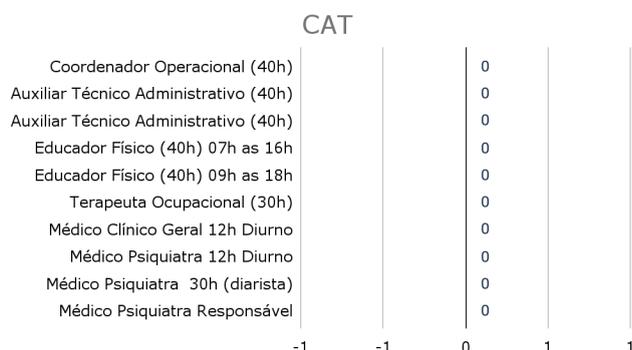
**Análise Crítica:** Houve no período afastamento de um educador físico por incidente de trabalho com atestado por 10 dias. Com os demais profissionais não houveram ausências injustificadas. As folgas que houveram foram programadas e setores cobertos. Escala compartilhada com as áreas para consulta.

#### 4.2.2 Turnover



**Análise Crítica:** No referido período houve 3 terminos de contratos de experiência, sendo 1 Médico diarista - RT (dispensa pois não se adequou aos fluxos e rotina do hospital, com impacto às metas de produção) - vaga já ocupada; 1 Educador Físico (a pedido por motivos pessoais) e 1 Auxiliar Técnico Administrativo (a pedido por oportunidade em outra empresa). O processo para contratação dessas vagas está em andamento.

### 4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



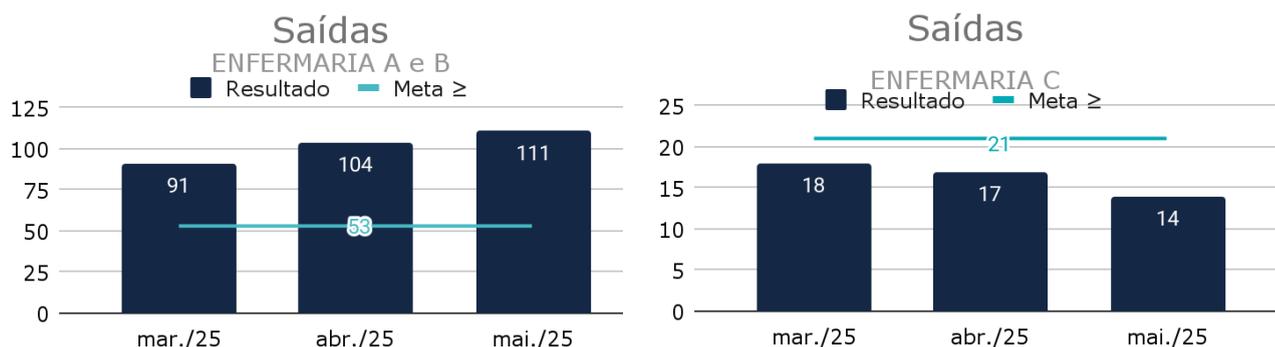
**Análise Crítica:** O único incidente de trabalho que ocorreu em 06/05/2025 com 1 educador físico não foi caracterizado como acidente de trabalho, apenas incidente com afastamento.

## 5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

Os indicadores são fundamentais para o planejamento e avaliação da unidade pois estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos pacientes e por medirem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao seu desempenho. Nesse sentido, os dados apresentados a seguir retratam as atividades realizadas nas enfermarias de dependência química e transtorno mentais que ocorreram no período avaliado.

## 5.1 Indicadores

### 5.1.1 Saídas



**Análise crítica:** As saídas na clínica de dependência química ocorreram acima da meta.

Quanto às saídas na clínica de transtornos mentais, estiveram abaixo da meta pelo motivos técnicos de internações que se prolongaram acima do esperado:

**A.K.S. 29 anos - RGH 33.436 (01/04/25 a 09/05/2025) - 39 dias. CID F31.2.** Paciente apresentou intensa agitação psicomotora, discurso de conteúdo persecutório e baixa colaboração durante a admissão. Possui histórico de internação recente no CAISM Vila Mariana, porém interrompeu o uso de ácido valproico devido à queixa de queda de cabelo. Perdeu o seguimento ambulatorial no CAPS.

Durante a internação em nossa unidade, foi iniciada a seguinte terapêutica: carbonato de lítio 300 mg (2 cp à noite), olanzapina 10 mg (à noite) e clonazepam 0,5 mg (1 cp 3x/dia). Na avaliação de 09/04/2025, a paciente apresentava delírios de conteúdo místico-religioso. Em 16/04, observou-se remissão do quadro psicótico, porém optou-se por manter a internação para monitoramento da resposta ao lítio.

Em 30/04, exame de  $\beta$ -HCG resultou positivo. Exame anterior à internação havia sido negativo, o que possivelmente se deve a alterações hormonais significativas

no período. Diante da confirmação da gestação, foi mantida a internação para observação dos possíveis efeitos do lítio sobre o organismo materno e fetal.

Paralelamente, a equipe iniciou trabalho de orientação e preparo da família para suporte no pós-alta. Assim, o prolongamento da internação por 39 dias se deu, principalmente, em razão da descoberta da gestação durante o tratamento e da necessidade de acompanhamento clínico mais rigoroso diante do uso de lítio.

**J.N.C. 35 anos - RGH 32.841 (15/03/2025 a 12/05/2025) - 59 dias. CID F29 / F31.2.** Paciente com quadro de agitação psicomotora decorrente da não adesão ao tratamento medicamentoso e acompanhamento irregular. Apresenta postura resistente e possui histórico de múltiplas internações psiquiátricas (total de 23), sendo a última ocorrida há cerca de duas semanas. Após essa internação, não realizou uso das medicações prescritas.

Relata histórico de abuso sexual até os 15 anos de idade, sendo este um marco associado ao início das crises sucessivas. Durante a atual internação, foi instituído tratamento com ácido valproico, carbonato de lítio e risperidona. Até o dia 09/04, mantinha-se hostil ao tratamento. Em 16/04, observou-se modesta melhora clínica. No dia 23/04, houve redução da hostilidade, embora ainda sem crítica em relação ao transtorno e verbalizando que não daria continuidade ao tratamento após a alta.

Em 30/04, a equipe iniciou planejamento de alta, com indicação de uso de Haldol. No entanto, em 05/05, a paciente demonstrou maior insight, afirmando compreender o motivo da internação e se comprometendo a manter o acompanhamento no CAPS.

Dessa forma, o prolongamento da internação por 59 dias justificou-se pela lenta redução da agressividade e pela necessidade de intervenção contínua para promoção da adesão ao tratamento, frente ao histórico prolongado de recusas anteriores.

**T.N.S. 26 anos - RGH 34.782 (15/03/2025 a 13/05/2025) - 60 dias. CID F60.2.** Paciente com quadro psicótico e episódios de heteroagressividade, apresentando pouca colaboração e marcada frouxidão nos vínculos afetivos. Relata-se histórico de alterações comportamentais desde a infância. Já respondeu a processo judicial por maus-tratos ao filho de 1 ano, tendo perdido a guarda da criança.

Fazia uso prévio de risperidona e sertralina, porém sem adesão adequada ao tratamento. Em 19/03, durante a internação, manifestou recusa em manter contato com familiares. A equipe multiprofissional atuou intensamente na tentativa de promover reaproximação familiar. No entanto, até 30/04, não houve sucesso na mobilização da mãe ou do tio para assumir os cuidados no pós-alta.

Nesta mesma data, a paciente solicitou contato com o pai, com quem não mantinha vínculo havia 3 anos, mas este também não demonstrou disponibilidade para oferecer suporte. Em 07/05, um amigo se prontificou a acompanhar a alta, porém a paciente recusou o apoio e optou por acolhimento institucional, manifestando desejo de ir para um Centro de Acolhida.

Assim, a internação se estendeu por 60 dias devido à necessidade de garantir um responsável que acompanhasse o seguimento terapêutico da paciente. O tempo prolongado foi necessário tanto para o trabalho de reconstrução dos laços familiares quanto para aguardar a disponibilidade de vaga em instituição de acolhimento.

**N.H. 45 anos - RGH 34.794 (21/03/2025 a 14/05/2025) - 55 dias. CID F31.6 / F25.** Paciente com histórico de transtorno depressivo não psicótico desde 2006, apresentando primeiro episódio psicótico em 2020. Evolui com discurso delirante de conteúdo persecutório, com características de psicose maniforme e delírios de grandiosidade, referindo ter conhecimento de um suposto esquema de corrupção no Hospital das Clínicas (HC), sendo perseguida por essa razão. Possui antecedente familiar de transtorno psicótico por parte paterna.

Fazia uso de risperidona, biperideno e valproato, porém com baixa adesão e resposta insatisfatória ao tratamento. Durante os primeiros 30 dias de internação, não apresentou melhora clínica, mantendo discurso delirante persistente. Foi iniciada Olanzapina em dose elevada, com expectativa de resposta terapêutica. Ajustes medicamentosos foram realizados em 02/04, 09/04 e 23/04, sem resposta clínica significativa até então.

Em 29/04, o conteúdo persecutório ampliou-se, incluindo acusações à própria filha de cumplicidade no suposto esquema. Apenas em 02/05 a paciente passou a apresentar discurso mais organizado, com ausência de formações delirantes. Em 05/05, aceitou dar continuidade ao tratamento no CAPS, e em 08/05 afirmou

ter dado “um ponto final” às ideias relacionadas ao HC, manifestando intenção de retomar sua vida cotidiana.

A paciente manteve-se estável até sua alta, ocorrida em 14/05.

Dessa forma, a internação por 55 dias foi necessária para permitir o tempo adequado de ação dos antipsicóticos, possibilitando remissão do quadro psicótico e retomada parcial da crítica. Ressalta-se que, sem essa evolução, a filha permanecia em situação de risco, uma vez que a paciente a incluía em suas construções delirantes persecutórias.

**M.S.S.S. 66 anos - RGH 34.785 (17/03/2055 a 19/05/2025) - 64 dias.**

**CID F31.9.** Paciente com histórico de duas internações psiquiátricas recentes no Hospital Saboya. Apresentava quadro psicótico com delírios persecutórios direcionados à filha, disforia, redução do sono e suspensão voluntária do tratamento medicamentoso, além de recusa em frequentar o CAPS.

O início do quadro remonta há 21 anos, após a perda de um filho, com agravamento significativo após o falecimento do cônjuge. Em internações anteriores, não apresentou boa resposta ao uso de biperideno, haloperidol, clorpromazina e olanzapina. Relatava também ideação suicida.

Durante os primeiros 16 dias de internação, manteve-se com discurso delirante. Em 09/04, verbalizou que seus órgãos haviam sido transplantados por Jesus. Apenas em 16/04 passou a apresentar discurso mais coerente e aceitação parcial do tratamento. Foi reintroduzida olanzapina, considerando sua melhor resposta em pacientes idosos.

No dia 30/04, a dosagem de valproatemia revelou nível plasmático de 28 mcg/mL, abaixo do ideal terapêutico (>50 mcg/mL), indicando baixa absorção ou adesão. A equipe avaliava, nesse período, a falta de suporte familiar como fator limitante para o seguimento no CAPS.

Após novo ajuste medicamentoso e repetição da valproatemia, observou-se melhora nos níveis séricos, acompanhada de maior adesão da paciente ao tratamento. Com isso, tornou-se viável a proposta de continuidade do acompanhamento ambulatorial via CAPS.

Portanto, a internação se estendeu por 64 dias devido à resposta terapêutica lenta e à necessidade de estabilização clínica para que a paciente alcançasse condições mínimas de autonomia e adesão ao tratamento fora do ambiente hospitalar, especialmente diante da ausência de apoio familiar.

**L.F.A. 59 anos - RGH 34.898 (26/04/2025 a 29/05/2025) - 34 dias. CID**

**F 31.1.** Paciente com histórico de múltiplas internações psiquiátricas. Apresentava irritabilidade, frouxidão associativa e parcial consciência da doença, porém sem crítica preservada no momento da admissão. O tratamento foi iniciado com valproato, risperidona e clonazepam.

A internação foi indicada diante do risco de heteroagressividade, exposição social inadequada e ausência de adesão ao uso correto das medicações. Durante o período de internação, manteve-se o esquema com risperidona e ácido valproico. Em 07/05, a paciente já demonstrava sinais de melhora clínica, embora a equipe ainda não tivesse obtido contato com familiares. Em 14/05, foi estabelecido vínculo com uma sobrinha. Apesar disso, em 21/05, a paciente ainda apresentava crítica prejudicada. Em 28/05, durante visita familiar, foi observada em bom estado geral, com discurso mais organizado, crítica recuperada e aceitação do seguimento terapêutico.

A alta foi realizada no dia seguinte, 29/05.

Assim, a internação se estendeu por 34 dias, período necessário para que a equipe realizasse intervenções terapêuticas voltadas à estabilização do quadro clínico e, sobretudo, para o trabalho de articulação com a rede de apoio familiar. O engajamento efetivo da família só foi possível ao final do período de internação, o que justificou sua duração.

**K.C.T.U. 35 anos - RGH 34.798 (22/03/2025 a 29/05/2025) - 69 dias.**

**CID F29 / F20.** Paciente iniciou mudança de comportamento em janeiro de 2025. Em fevereiro do mesmo ano, realizou consulta com psiquiatra e foi prescrita risperidona e ácido valproico (Depakene). No entanto, apresentou piora progressiva, evoluindo com discurso suicida.

Possui histórico significativo de vulnerabilidade, incluindo abandono parental, abuso infantil e violência física e psicológica no ambiente doméstico. Em 26/03, apresentava-se com atitude desconfiada e sem interação com a equipe. Até 14/04, não demonstrava melhora clínica; nesta data, tentou suicídio por enforcamento com lençol, além de ter sido identificada auto sabotagem do uso das medicações.

Em 23/04, ainda mantinha risco elevado de suicídio. No dia 07/05, apresentava resíduos delirantes. A primeira evidência de melhora ocorreu apenas em 14/05.

Em 21/05, foi fechado diagnóstico de esquizofrenia, sendo suspensa a sertralina do esquema terapêutico. A partir de então, observou-se melhora clínica consistente.

Entre os dias 23 e 26/05, a paciente foi autorizada a realizar licença terapêutica, sem intercorrências, retornando de forma estável. Manteve estabilidade até sua alta, realizada em 29/05.

Dessa forma, a internação, com duração de 69 dias, justificou-se pela gravidade do risco suicida, necessidade de monitoramento intensivo, adequação do tratamento medicamentoso ao diagnóstico de esquizofrenia e articulação com os familiares para garantir suporte adequado no pós-alta.

**M.G.R. 43 anos - RGH 34.845 (12/04/2025 a 30/05/2025) - 49 dias. CID F32.2 / F29.** Paciente com primeiro episódio psicótico há aproximadamente 10 anos, caracterizado por discurso grandioso e ausência de crítica em relação ao transtorno. Desde então, nunca realizou acompanhamento psiquiátrico, devido à recusa em reconhecer a própria condição. Natural de Minas Gerais, veio a São Paulo visitar familiares, os quais observaram importante desorganização do comportamento, motivando a internação.

Durante o período de internação, em 16/04, apresentava ainda discurso delirante com conteúdo de grandiosidade. Em 24/04, mantinha ausência de crítica. No dia 30/04, foi realizada troca de medicação, substituindo-se o valproato por carbonato de lítio. Em 07/05, observou-se redução da hostilidade, embora os pensamentos delirantes ainda estivessem presentes.

Em 05/05, iniciou-se construção parcial de crítica, e a equipe passou a aguardar resultado da dosagem de lítio. Em 08/05, demonstrava algum comprometimento com o seguimento do tratamento pós-alta, porém em 15/05 houve declínio desse nível de crítica. Em 14/05, a equipe conseguiu contato com familiares para discutir possibilidades de continuidade do cuidado.

Em 26/05, paciente apresentava crítica parcial, e no dia 28/05 evoluiu com melhora do discurso, condições clínicas estabilizadas e possibilidade de alta.

Dessa forma, a internação se estendeu por 49 dias, sendo este o primeiro período em que a paciente permaneceu sob acompanhamento psiquiátrico contínuo, o que permitiu intervenção estruturada para estabilização do quadro e início da construção de consciência sobre sua condição mental.

**A.H.S.F. 41 anos - RGH 34.832 (09/04/2025 a 30/05/2025) - 52 dias.**

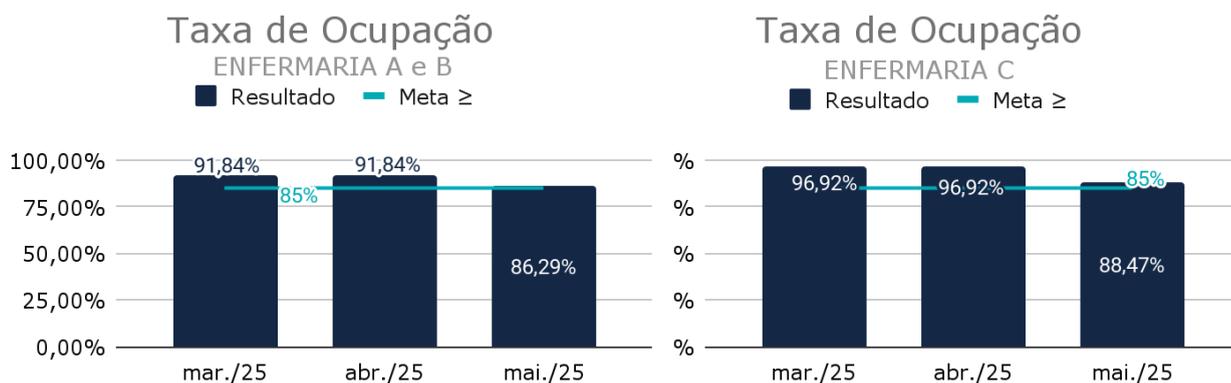
**CID F29.** Paciente internada com quadro de agressividade associado a discurso delirante de conteúdo persecutório, com ameaça direta à integridade física de familiares.

Durante a internação, não apresentou resposta satisfatória ao uso de haloperidol e diazepam. Foram necessários manejos terapêuticos contínuos para contenção da agitação e início de estabilização clínica. A partir do 36º dia de internação, observou-se melhora parcial do quadro. Contudo, após visita de familiar (irmã), houve importante desestabilização emocional, exigindo intensificação da monitorização clínica.

Somente por volta do 50º dia de internação, a equipe observou organização do pensamento e condições mínimas de estabilidade clínica para alta.

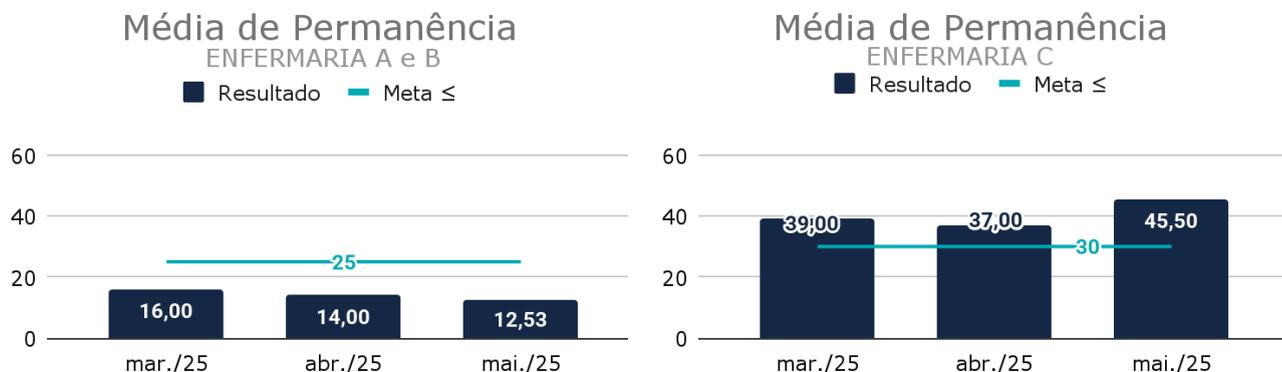
Dessa forma, a permanência hospitalar por 52 dias foi necessária diante do quadro de agressividade com risco à segurança dos familiares, associado à resposta terapêutica lenta, que exigiu tempo prolongado para contenção do surto psicótico e restabelecimento da estabilidade psíquica.

### 5.1.2 Taxa de Ocupação



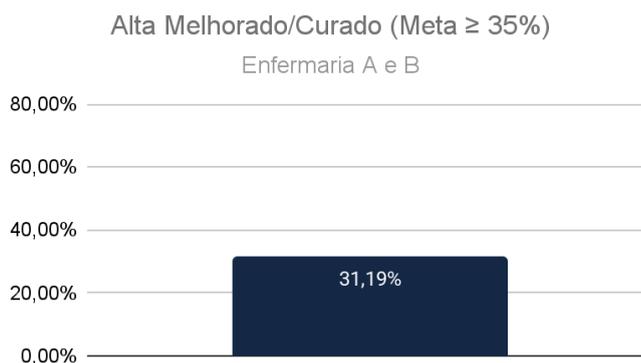
**Análise crítica:** A meta de taxa de ocupação se mantém acima do esperado sem extrapolar a capacidade máxima, embora os casos na clínica de transtornos mentais estão sendo manejados para superarmos a meta de saídas e aumentar a rotatividade dos leitos nessa enfermaria.

### 5.1.3 Média de Permanência



**Análise crítica:** A média de permanência na clínica de dependência química se mantém dentro da meta de  $\leq 25$  dias. As justificativas que impactaram a média de permanência na clínica de transtornos mentais para 45 dias, estão descritas no item 5.1.1 Saídas.

### 5.1.4 Alta Melhorado/Curado

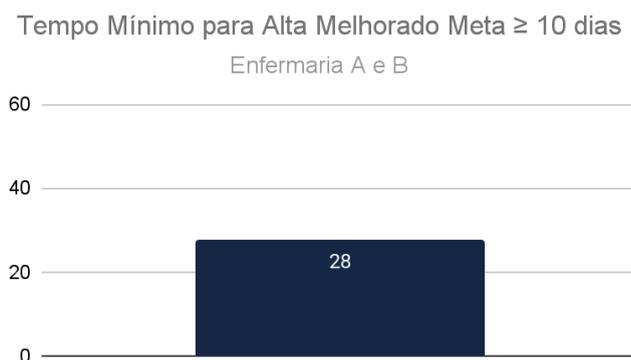


**Análise crítica:** Do total de 111 altas, 31% referem-se a pacientes com melhora clínica. Observa-se um número elevado de altas a pedido, cujos principais motivos incluem fissura, necessidade de pagamento de benefícios sociais e ociosidade. Esses dados indicam que o manejo da alta não depende exclusivamente da equipe médica.

Diante disso, será proposta uma reunião com as gerências das equipes multiprofissional e de enfermagem, visando analisar e implementar ações que garantam que a internação dos pacientes tenha duração mínima de 10 dias. Uma das sugestões é realizar uma pesquisa de satisfação para identificar os motivos das altas a pedido precoces, possibilitando um melhor direcionamento das intervenções e aprimoramento do manejo hospitalar.

### 5.1.5 Tempo Mínimo para Alta Melhorado / Curado da Clínica de Dependência Química

---



**Análise crítica:** O tempo mínimo foi em média 28 dias (Meta  $\geq 10$  dias).

### 5.1.6 Recusar a admissão de pacientes dentro do perfil da unidade

---

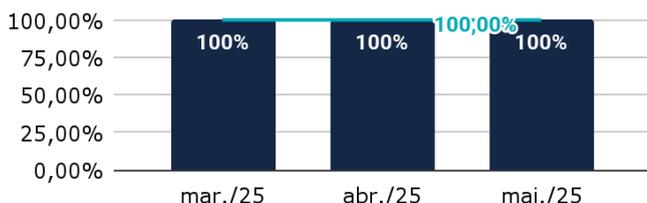
**Análise crítica:** Não houve recusa de admissão de pacientes dentro do perfil da unidade neste período.

### 5.1.7 Evolução dos Prontuários

#### Prontuários Evoluídos

ENFERMARIA A e B

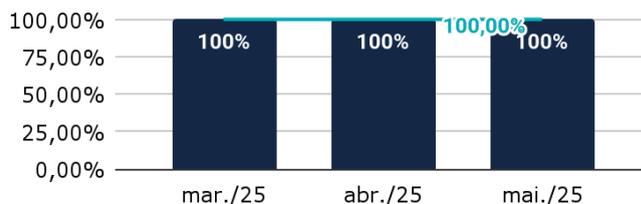
■ Resultado — Meta ≤



#### Prontuários Evoluídos

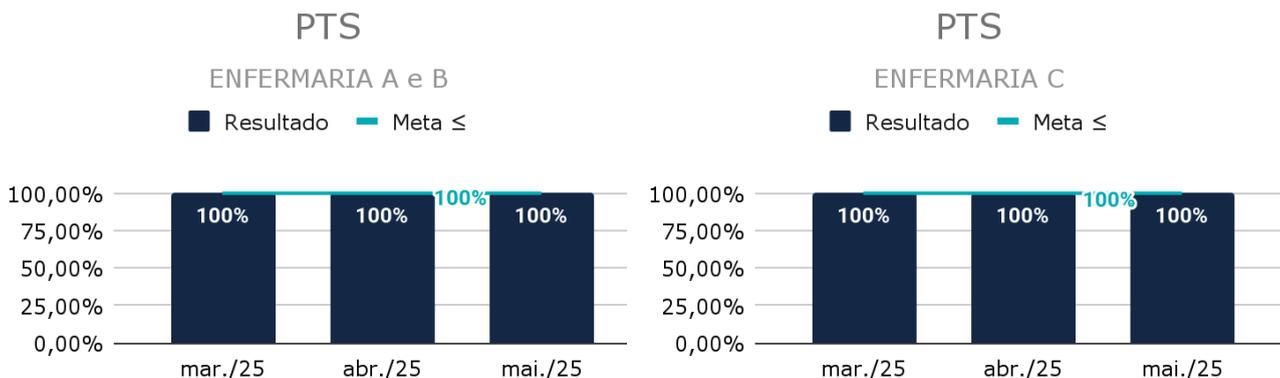
ENFERMARIA C

■ Resultado — Meta ≤



**Análise crítica:** A quantidade de prontuários evoluídos de segunda a sexta na clínica de dependência química foram de 895 evoluções (eram previstos 976). Na clínica de transtornos mentais foram realizadas 152 evoluções (eram previstas 375). Neste período de 3 meses de contrato do convênio, houve melhora significativa deste indicador na clínica de dependência química (na clínica de transtornos mentais foram menor, mas houve a troca do assistente, sendo o novo profissional com perfil mais colaborativo), sendo a meta deste mês não ter sido alcançada ainda por ocorrer do residente evoluir e não constar o carimbo e assinatura do médico assistente. Este processo está sendo monitorado, mas será melhorado por atuação no setor de Expediente das enfermarias para consultar e se identificado a ausência do processo, profissional médico irá adequar.

### 5.1.8 Projeto Terapêutico Singular dos pacientes



#### **Análise crítica:** Meta alcançada.

Os dois prontuários que não tiveram o registro do carimbo e assinatura do médico assistente na clínica de transtornos mentais na folha do PTS, foi assegurado a participação deste profissional na execução do projeto terapêutico singular das pacientes M.S.S. - RGH 34.785 e J.S.I. - RGH 34.906 ambas com alta em 19/05/2025 (data do último dia de atuação desse profissional) conforme registros de evoluções médicas cumprindo o papel médico esperado - admissão, evolução médica, ajuste de medicamentos, prescrições, reavaliações e alta médica.

### 5.1.9 Participação da Conveniada nas reuniões das Comissões Hospitalares

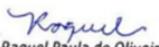
No mês de maio não ocorreu reunião de comissão hospitalar com pactuação prévia da participação da conveniada. Entretanto houve reunião com os representantes da Coreme dia 23/05/2025 com participação dos médicos diaristas.

### **5.1.10 Reclamações na Ouvidoria**

---

Não houve registro de ouvidoria de reclamação.

São Paulo, 13 de junho de 2025.

  
Raquel Paula de Oliveira  
Gerente Técnico Regional  
Gerência Técnica  
OS CEJAM

Raquel Paula de Oliveira - Gerente Técnico Regional