Relatório de Atividades Assistenciais

CAISM Philippe Pinel

Convênio n.º

000421/2025

Setembro

2026

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

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL 4
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM 4
1.2 Convênio nº 421/2025 5
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES 5
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 7
4. FORÇA DE TRABALHO 8
4.1 Dimensionamento 8
4.1.1 Quadro de Colaboradores CLT 8
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas 9
4.2.1 Absenteísmo 9
4.2.2 Turnover 10
4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) 10
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS 11
5.1 Indicadores 11
5.1.1 Saídas 11
5.1.2 Taxa de Ocupação 12
5.1.3 Média de Permanência 12
5.1.4 Alta Melhorado/Curado 13
5.1.5 Tempo Mínimo para Alta Melhorado / Curado da Clínica de Dependência Química 13
5.1.6 Recusar a admissão de pacientes dentro do perfil da unidade 14
5.1.7 Evolução dos Prontuários 14
5.1.8 Projeto Terapêutico Singular dos pacientes 14
5.1.9 Participação da Conveniada nas reuniões das Comissões Hospitalares 15
5.1.10 Reclamações na Ouvidoria 15

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, 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:

Auditorías 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 30 de Setembro de 2026** pela equipe de profissionais da multidisciplinar de plantonistas (psiquiatra e clínico geral) e 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 **12** colaboradores, a equipe efetiva no período é de **16** contratados por processo seletivo (CLT) e **18** por contratação de Pessoa Jurídica (PJ) e **05** via RPA (coberturas). Abaixo segue a relação das categorias profissionais CLT previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo e setor.

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	1	☑
	Médico Clínico Geral 12h Diurno	1	1	☑
	Médico Psiquiatra 12h Diurno	1	1	☑
	Médico Psiquiatra 40h (diarista)	3	3	☑
	Médico Psiquiatra Responsável Técnico 20h	1	1	☑
Total		**12**	**12**	☑

Fonte: Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP)

Análise Crítica: O quadro de efetivo de funcionários encontra-se em conformidade com o previsto no Termo Aditivo vigente.

A efetividade dos cargos foi organizada da seguinte forma:

Médico clínico geral 12h diurno: três profissionais dividindo os plantões de quinta a domingo, mensalmente.

Médico psiquiatra 12h diurno (sábado e domingo): A cobertura assistencial aos domingos permaneceu estruturada em regime quinzenal por dois médicos psiquiatras do quadro efetivo. Os plantões de sábado foram assegurados mediante prestação de serviços por profissionais PJ ou RPA, estratégia transitória adotada durante o trâmite do processo seletivo para contratação formal via CLT.

Médico assistente diarista 40h semanais:

Na clínica de dependência química: dois médicos com carga de 30h semanais e um médico com 20h semanais, compondo a diferença necessária entre as enfermarias.

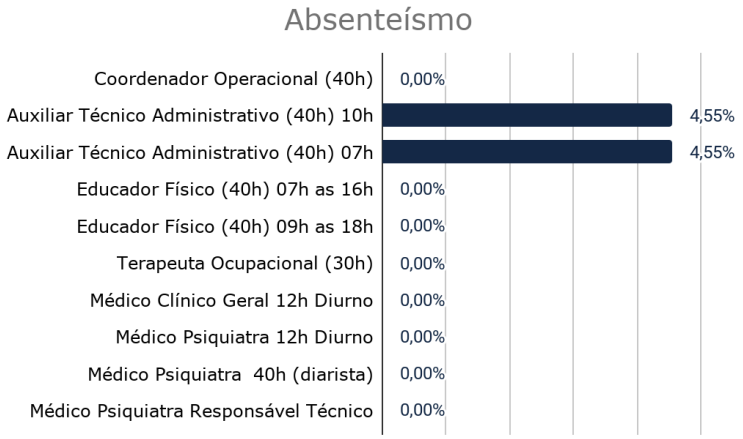
Na clínica de transtornos mentais: dois assistentes com 20h semanais cada.

Médico psiquiatra RT: em exercício exclusivo de sua função de articulação técnica.

Durante todo o período, foi assegurado o atendimento contínuo e ininterrupto às solicitações de avaliação médica, tanto nas admissões quanto nas enfermarias. A escala foi cumprida integralmente, respeitando o limite máximo de 40% do recurso financeiro do contrato destinado à gestão de terceiros.

4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

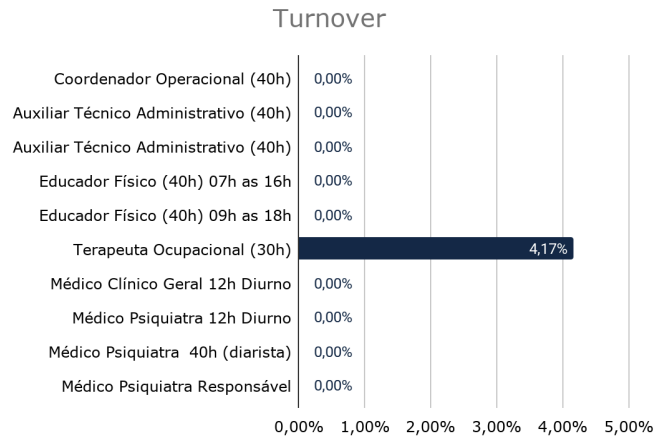
4.2.1 Absenteísmo



Análise Crítica: Houve no período 2 atestados de profissionais da equipe administrativa, sem impacto nas atividades.

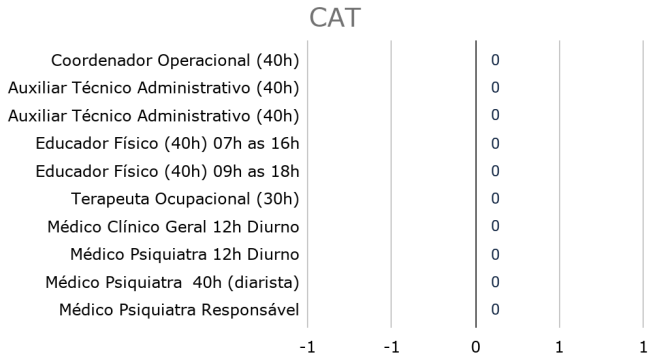
Nota: As escalas dos médicos psiquiatras, clínicos e equipe multi e equipe administrativa é compartilhada com a gerência do contrato para consulta.

4.2.2 Turnover



Análise Crítica: Houve o término do aviso prévio do pedido de demissão da Terapeuta ocupacional (encerrou dia 17/09/2026).

4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



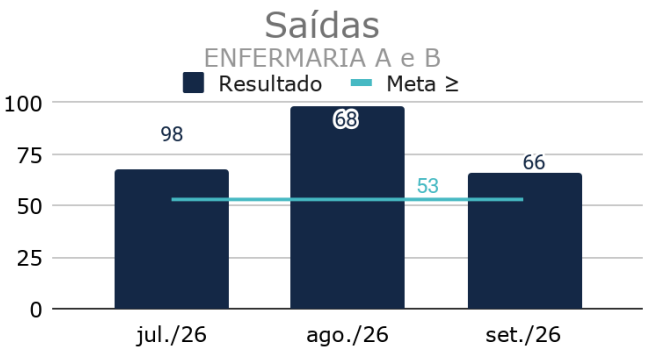
Análise Crítica: Não houve.

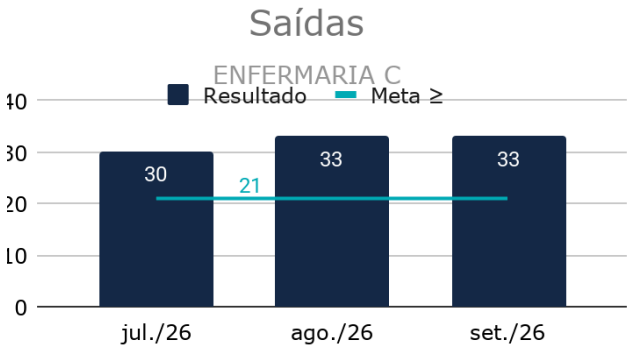
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

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 3 enfermarias (análise por enfermaria) que ocorreram no período avaliado.

5.1 Indicadores

5.1.1 Saídas

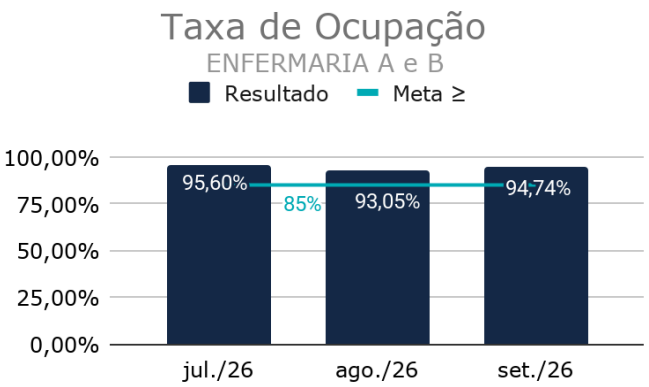


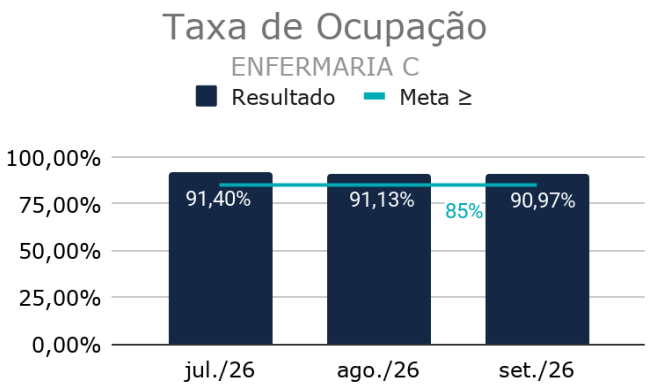


Análise crítica: O total de saídas na clínica de dependência química foi de 66, acima da meta de ≥ 53 saídas.

Quanto às saídas na clínica de transtornos mentais, foram 33 altas, acima da meta de ≥ 21 saídas.

5.1.2 Taxa de Ocupação

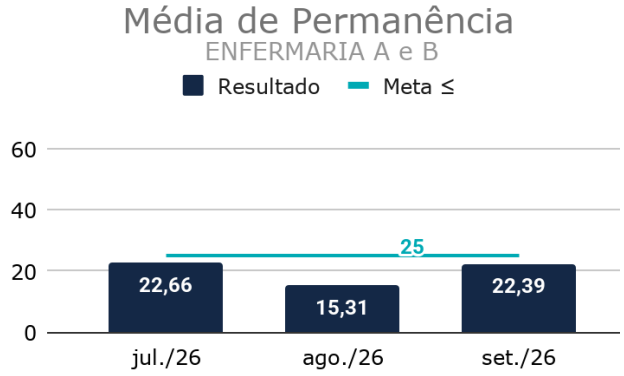


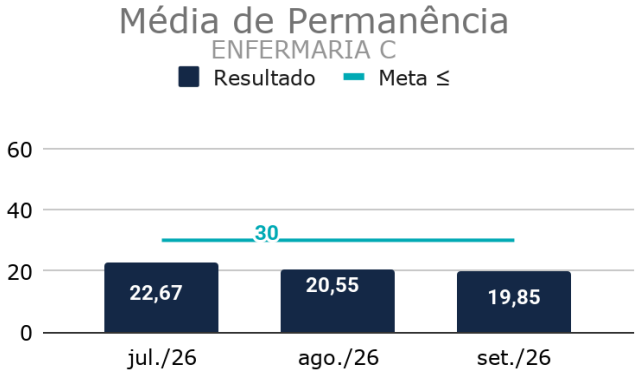


Análise crítica: A taxa de ocupação registrada na clínica de transtornos mentais foi de 91% e na clínica de dependência química de 95% atingindo a meta estabelecida de igual ou maior que 85%.

Mantém-se o monitoramento diário da previsão de altas, instrumento que possibilita ao médico plantonista o planejamento antecipado de novas admissões previamente à desocupação efetiva do leito, otimizando o giro do leito e o fluxo assistencial.

5.1.3 Média de Permanência

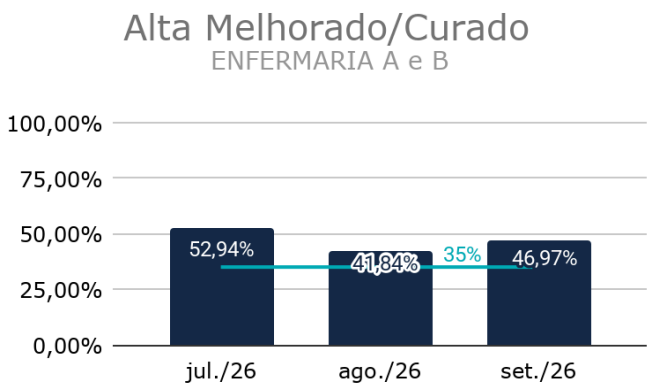




Análise crítica: A média de permanência na clínica de dependência química foi de 22 dias, mantendo-se dentro da meta de ≤ 25 dias (conforme contrato vigente).

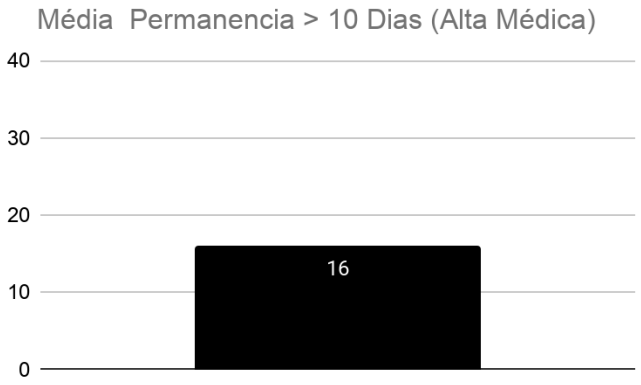
A média de permanência na clínica de transtornos mentais foi de 20 dias, dentro da meta (≤ 30 dias).

5.1.4 Alta Melhorado/Curado



Análise crítica: Do total de 66 altas registradas, 47% (n = 31) correspondem a pacientes com diagnóstico de dependência química que obtiveram alta médica motivada por melhora clínica, com subsequente encaminhamento para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

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



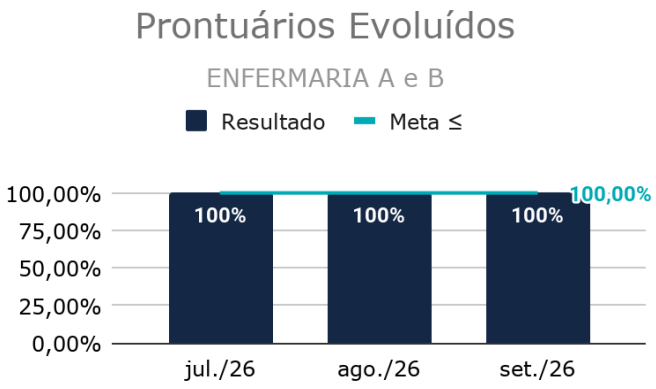
Análise crítica: O tempo mínimo de permanência dos pacientes diagnosticados com dependência química que obtiveram alta por melhora clínica foi de 16 dias, cumprindo o indicador pactuado no Contrato de Gestão vigente (meta ≥ 10 dias). Além disso, o resultado demonstra que as equipes multidisciplinares já estão alinhadas à nova meta

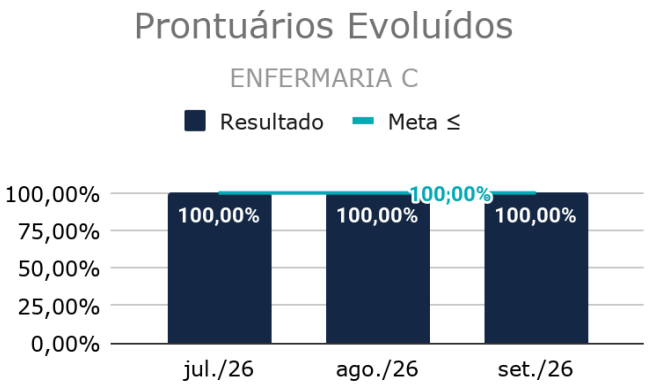
institucional (tempo mínimo de permanência ≥ 15 dias), que será formalizada por meio de Termo Aditivo.

5.1.6 Recusar a admissão de pacientes dentro do perfil da unidade

Análise crítica: Durante o período analisado, não houve recusa de admissão de pacientes que se enquadram no perfil da unidade.

5.1.7 Evolução dos Prontuários





Análise crítica: Na clínica de dependência química, foram registradas 888 evoluções de prontuários entre segunda e sexta-feira, correspondendo a 100% da meta prevista (888 evoluções).

Na clínica de transtornos mentais, foram realizadas 485 evoluções de prontuários, atingindo 100% da meta estabelecida (485 evoluções previstas).

5.1.8 Projeto Terapêutico Singular dos pacientes

Análise crítica: Meta de 100% dos prontuários com PTS elaborados alcançada.

5.1.9 Participação da Conveniada nas reuniões das Comissões Hospitalares

Análise crítica: Durante o período, não houve participação da conveniada em reuniões de comissões hospitalares. Contudo, destaca-se sua atuação direta — em especial por meio da representação do médico psiquiatra Responsável Técnico (RT) deste contrato — nas articulações e na tomada de decisões assistenciais.

5.1.10 Reclamações na Ouvidoria

Análise crítica: No período, houve o registro de 1 (uma) manifestação de ouvidoria, realizada pela genitora de uma paciente, a qual foi devidamente respondida dentro do prazo solicitado.

A **Pesquisa de Satisfação** foi realizada 1 vez a cada semana do mês de setembro com os pacientes com 10 ou mais dias de internação (na clínica de transtornos mentais a pesquisa é feita com os familiares).
São feitas as seguintes perguntas:

Como avalia:
Atendimento - Médico? (Ótimo - Bom - Ruim - Péssimo - Não se aplica)
Atendimento - Psiquiatra? (Ótimo - Bom - Ruim -Péssimo - Não se aplica)
Atendimento - Terapeuta Ocupacional? (Ótimo - Bom - Ruim -Péssimo - Não se aplica)
Atendimento - Educador Físico? (Ótimo - Bom - Ruim -Péssimo - Não se aplica)
Atendimento - Demais Colaboradores? (Ótimo - Bom - Ruim -Péssimo - Não se aplica)
Como você avalia este Serviço de Saúde? (Ótimo - Bom - Ruim -Péssimo)
Qual a chance de você recomendar o serviço desta Unidade? (10 a 0).

Em setembro **21 pacientes da clínica de dependência química** responderam a pesquisa, com seguintes resultados:
Atendimento - Médico? Todos responderam como Ótimo.
Atendimento – Psiquiatra? Todos responderam como Ótimo.
Atendimento – Educador Físico? Todos responderam como Ótimo.
Atendimento – Terapeuta Ocupacional? Todos responderam como Ótimo.

Atendimento – Demais Colaboradores? 20 responderam como Ótimo e 1 como Bom.
Como você avalia esse serviço de saúde? Todos responderam como Ótimo.
Qual a chance de você recomendar o serviço desta Unidade? Todos responderam como 10.

Na **Clínica de Transtornos Mentais, 14 familiares responderam a pesquisa**, com o seguinte resultado:
Atendimento - Médico? Todos responderam como Ótimo.
Atendimento – Psiquiatra? Todos responderam como Ótimo.
Atendimento – Educador Físico? 12 responderam como Ótimo e 2 como Bom.
Atendimento – Terapeuta Ocupacional? Não se aplica.
Atendimento – Demais Colaboradores? 13 responderam como Ótimo e 1 como Bom.
Como você avalia esse serviço de saúde? Todos responderam como Ótimo.
Qual a chance de você recomendar o serviço desta Unidade? Todos responderam como 10.

Não houve comentários de ações e atribuições de responsabilidade da contratada deste convênio. Os comentários pertinentes a outros profissionais e setores são encaminhados via memorando à GAAMOA para submissão à Ouvidoria desta instituição.

São Paulo, 09 de outubro de 2026.

Raquel Paula de Oliveira
Gerente Técnico Regional
Gerência Técnica
OS CEJAM

Raquel Paula de Oliveira
Gerente Técnico Regional