

# **Relatório de Atividades Assistenciais**

CAISM Philippe Pinel

Convênio n.º

000421/2025

**FEVEREIRO**

**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

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <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                                                          | 5         |
| <b>2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES</b>                               | <b>5</b>  |
| <b>3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>                        | <b>7</b>  |
| <b>4. FORÇA DE TRABALHO</b>                                                       | <b>8</b>  |
| 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        |
| <b>5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS</b>                                    | <b>10</b> |
| 5.1 Indicadores                                                                   | 11        |
| 5.1.1 Saídas                                                                      | 11        |
| 5.1.2 Taxa de Ocupação                                                            | 28        |
| 5.1.3 Média de Permanência                                                        | 29        |
| 5.1.4 Alta Melhorado/Curado                                                       | 34        |
| 5.1.5 Tempo Mínimo para Alta Melhorado / Curado da Clínica de Dependência Química | 35        |
| 5.1.6 Recusar a admissão de pacientes dentro do perfil da unidade                 | 35        |
| 5.1.7 Evolução dos Prontuários                                                    | 35        |
| 5.1.8 Projeto Terapêutico Singular dos pacientes                                  | 36        |
| 5.1.9 Participação da Conveniada nas reuniões das Comissões Hospitalares          | 36        |
| 5.1.10 Reclamações na Ouvidoria                                                   | 36        |

## 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:

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 28 de Fevereiro 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 **11** colaboradores, a equipe efetiva no período é de **14** contratados por processo seletivo (CLT) e **18** por contratação de Pessoa Jurídica (PJ). 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 30h (diarista)                     | 2        | 2       | ✓ |
|                | Médico Psiquiatra Responsável Técnico (diarista) 30h | 1        | 1       | ✓ |
| Total          |                                                      | 11       | 11      | ✓ |

Fonte: Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP)

**Análise Crítica:** A equipe mínima está completa, com a contratação da Terapeuta Ocupacional ocorrida dia 19/02/2026.

A efetividade dos cargos de médico clínico geral 12h diurno continua composta por 3 profissionais dividindo os plantões de quinta a domingo/mês e médico psiquiatra 12h diurno composta por 2 profissionais dividindo os plantões de sábado e domingo/mês quinzenais (está em processo a contratação via CLT de mais um plantonista médico psiquiatra para compor a escala dos domingos diurno quinzenal). A composição de médico assistente diarista está completa, sendo um destes profissionais agregando a atribuição como RT neste convênio.

Durante o período foi assegurado o atendimento contínuo e ininterrupto às solicitações de avaliação médica nas admissões e enfermarias.

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

17/02/2026 - período de 06 horas - cobertura na enfermaria C.

## 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:** Não houve no período afastamento de nenhum colaborador.

Houve a falta justificada da médica diarista na enfermaria C dia 04/02/2026. A assistência da clínica foi suprida pelos médicos residentes na supervisão do médico diarista da enfermaria A.

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

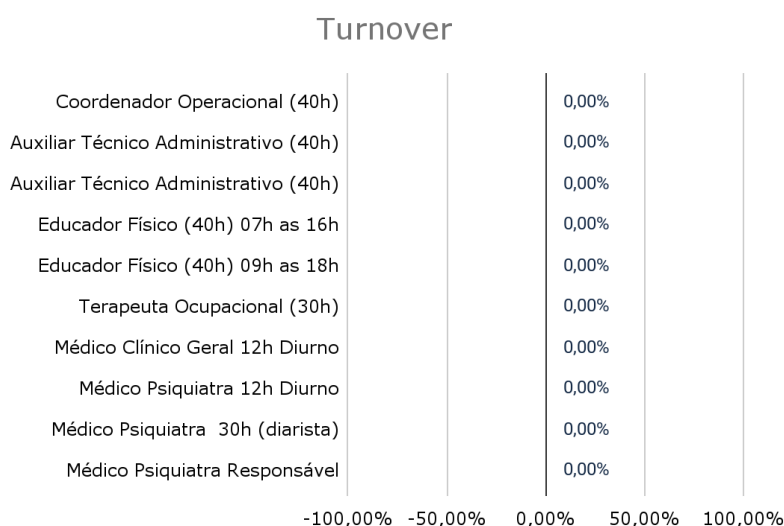
#### 4.2.2 Turnover

---

**Análise Crítica:** Contratação da Terapeuta Ocupacional para compor equipe mínima. Houve o pedido de desligamento de um plantonista médico psiquiatra dia 21/01/2026 (escusas pela informação não constar no relatório de janeiro 2026).

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

---



**Análise Crítica:** Não houve.

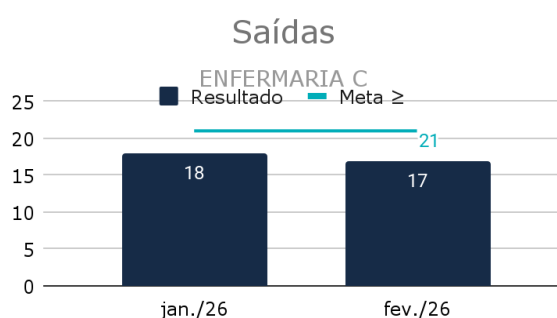
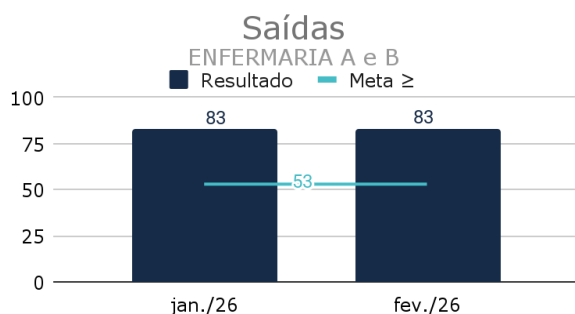
### 5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

---

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 83**, acima da meta de  $\geq 53$  saídas.

Quanto às saídas na clínica de transtornos mentais, foram **17 altas**, abaixo da meta ( $\geq 21$  saídas). Segue os 7 casos de altas acima da média com os motivos técnicos da internação acima do esperado:

**Paciente:** I.C.A.N.S. - 32 anos

**Data de Internação:** 19/12/2025 - 05/02/2026 - 48 dias

Diagnóstico Principal: Transtorno afetivo bipolar, episódio maníaco (CID-10 F31.2)

Diagnóstico de Saída: Transtorno afetivo bipolar, episódio maníaco (CID-10 F31.2)

Paciente encaminhada do PS de Embu das Artes, trazida pelo SAMU em 08/12, com quadro de agitação psicomotora, desorganização do comportamento, discurso acelerado e desorganizado, sem agressividade. Durante a permanência no PS, apresentou comportamento bizarro (ingestão de água do vaso sanitário).

Histórico de baixa adesão ao tratamento no CAPS; início do adoecimento há cerca de 2 anos, segundo familiares. Sem internações psiquiátricas prévias.

Prescrição Inicial: Clorpromazina 25 mg – VO – 1-1-0, Prometazina 25 mg – VO – SN, Clorpromazina 100 mg – VO – 0-0-1, Diazepam 10 mg – VO – 1-1-1, Haloperidol 5 mg – VO – 1-0-1, Ácido valproico 250 mg – VO – 1-1-2, Haloperidol 5 mg/mL – IM – ACM, Prometazina 50 mg/2 mL – IM – ACM

**Evoluções:**

22/12/2025

Suspensa clorpromazina, devido a sinais de impregnação medicamentosa.

Reduzida dose de diazepam 10 mg 1-0-1.

24/12/2025

Aumentada dose de haloperidol 5 mg 1-0-1.

Solicitada dosagem sérica de valproato (valprolêmia).

29/12/2025

Reduzida dose de haloperidol 5 mg 1-0-1.

Reduzido diazepam para 5 mg 1-0-1.

02/01/2026

Devido a sinais extrapiramidais compatíveis com parkinsonismo medicamentoso, suspenso haloperidol. Introduzido clonazepam 0-0-1. Reduzido ácido valproico 250 mg 1-0-1. Substituído diazepam por clonazepam 1 mg.

05/01/2026

Aumentada dose de ácido valproico 250 mg 2-0-2.

09/01/2026

Prescrito haloperidol 10 mg 0-0-1.

14/01/2026

Aumentada dose de haloperidol 5 mg 1-0-1.

19/01/2026

Realizada aplicação de haloperidol decanoato, 3 ampolas, via intramuscular.

21/01/2026

Iniciado processo de redução gradual de haloperidol por via oral, posologia 1-0-1.

23/01/2026

Reduzido haloperidol via oral para posologia 0-0-1.

26/01/2026

Suspenso haloperidol via oral.

03/02/2026

Realizada avaliação para alta.

05/02/2026

Alta hospitalar. Medicações da Alta: Sertralina 50mg 1-0-0, Ácido Valproico 250mg 2-0-2, Biperideno 2mg 1-0-0, Clonazepam 2mg 0-0-1, Decanoato de Haloperidol 50mg/ml 3 ampolas

Paciente diagnosticada com CID F70.1 e F20.9. A internação prolongada fez-se necessária no início do acompanhamento em razão de quadro clínico de difícil remissão. Após ajustes terapêuticos e consequente melhora do estado clínico, a paciente, a equipe acompanhou a paciente até a residência dos familiares, a deixando sob seus cuidados no dia 05/02/2026.

**Paciente:** S.A.C. - 57 anos

**Data de Internação:** 21/12/2025 a 10/02/2026 - 51 dias

Diagnóstico de entrada: F312 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos

Diagnóstico de saída: F312 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos

Paciente com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), com histórico de três internações psiquiátricas. Admite baixa adesão ao tratamento com carbonato de lítio. Há cerca de 15 dias apresentou descompensação maníaca, caracterizada por comportamento heteroagressivo (ameaça à familiar com faca e tesoura), discurso grandioso, logorreia, pressão de fala, atitude expansiva, redução da necessidade de sono e prejuízo de insight. Nega ideação suicida. Relata picos pressóricos sem diagnóstico formal de HAS. Alergia à penicilina. Em uso prévio de lítio, quetiapina e biperideno. Exames laboratoriais recentes sem alterações relevantes. Encaminhada para internação psiquiátrica com avaliação do CAISM Vila Mariana.

Prescrição Inicial: Diazepam 10 mg – VO, Quetiapina 25 mg – VO, Olanzapina 10 mg – VO, Carbonato de lítio 300 mg – VO, Diazepam 5 mg\* – VO, Haloperidol 5 mg/mL – IM, Prometazina 25 mg/mL – IM

### **Evoluções:**

22/12/2025

Suspensão de Diazepam. Introdução de Clonazepam 2 mg, esquema 1-1-1.

Aumento de Carbonato de Lítio 300 mg, esquema 1-0-2.

26/12/2025

Aumento de Clonazepam 0,5 mg, esquema 1-2-0. Posterior aumento: Clonazepam 2 mg, esquema 0-0-1.

29/12/2025

Diminuição de Clonazepam 0,5 mg, esquema 0-1-0. Aumento de Olanzapina 10 mg, esquema 1-0-1.

31/12/2025

Prescrição de Biperideno 2 mg, esquema 0-0-1.

05/01/2026

Redução de Clorpromazina 25 mg, esquema 0-0-2.

09/01/2026

Redução de Clorpromazina 25 mg, esquema 0-0-1.

Aumento de Biperideno 2 mg, esquema 2-0-0.

12/01/2026

Redução de Olanzapina para 15 mg/dia, desde SEP.

Suspensão de Clorpromazina, desde SEP.

14/01/2026

Redução de Olanzapina para 10 mg/dia, esquema 1-0-0.

Prescrição de Prometazina 25mg/noite, esquema 0-0-1.

16/01/2026

Aumento da dose de Clonazepam para 0,5 mg – 0,5 mg – 2 mg.

19/01/2026

Redução de Olanzapina para 5 mg, esquema 0-0-1.

21/01/2026

Introdução de Ácido Valproico 250 mg, esquema 1-1-1.

26/01/2026

Redução de Biperideno para 2 mg, esquema 1-1-0.

Redução de Clonazepam para 2 mg, esquema 0-0-1.

28/01/2026

Redução de Biperideno para 2 mg, esquema 1-0-0.

04/02/2026

Suspensão de Biperideno 2mg.

06/02/2026

Reintrodução de Biperideno 2mg 1-0-0

09/02/2026

Redução de Carbonato de Lítio 300mg 1-0-1

Aumento de Ácido Valproico 250mg 2-0-2

Suspensão de Biperideno

10/02/2026

Alta Hospitalar. Prescrição na alta: Ácido valproico 250 mg (2-0-2), Carbonato de lítio 300 mg (1-0-1), Prometazina 25 mg (0-0-1), Clonazepam 2 mg (0-0-1)

Durante a internação, recebeu tratamento medicamentoso e acompanhamento multidisciplinar, apresentando melhora progressiva da organização do pensamento, remissão dos sintomas psicóticos e estabilização do humor, além de recuperação da crítica sobre o quadro e compreensão da necessidade de tratamento. Não apresentou ideação suicida no período.

Diante da remissão do episódio maníaco com sintomas psicóticos, a paciente recebeu alta hospitalar, por não apresentar critérios atuais para internação, estando apta para seguimento ambulatorial e acompanhamento pelo CAPS, com suporte familiar.

**Paciente:** M.Q.Q. 23 anos

**Data de Internação:** 31/12/2025 a 02/03/2026 - 61 dias

Diagnóstico Principal: F200 - Esquizofrenia paranóide

Diagnóstico de Saída: Transtorno afetivo bipolar, episódio maníaco (CID-10 F31.2)

Paciente com diagnóstico de esquizofrenia e histórico de múltiplas internações psiquiátricas. O quadro clínico atual caracteriza-se por alucinações auditivas persistentes de caráter persecutório e delírios de temática mística, apresentando agravamento sintomático no último ano após descontinuidade do tratamento farmacológico. Recentemente, a paciente evoluiu com um episódio febril, o que motivou sua transferência para uma unidade de cuidados clínicos e a suspensão cautelar da Clozapina. No momento do exame, a paciente apresenta-se colaborativa e estável, porém com sinais negativos proeminentes, especificamente humor apalado e embotamento afetivo.

Prescrição Inicial: Omeprazol 20 mg 1-0-0, Risperidona 2 mg 1-0-1, Clonazepam 2 mg: 1-0-1, Haloperidol 5 mg/ml (01 ampola) se necessário (SN) em caso de agressividade. Prometazina 25 mg/ml (01 ampola) se necessário (SN) em caso de agressividade. Quetiapina 25 mg: Via oral (VO), posologia 0-0-1 (noite).

**Evoluções:**

02/01/2026

Devido ao histórico de má adesão terapêutica, foi realizada a suspensão da Risperidona.

Introdução de Haloperidol (Haldol) solução 2 mg/ml, com posologia de 50 gotas pela manhã e 50 gotas à noite.

06/01/2026

Ampliação da dose de Haloperidol 2mg/ml para 50 gotas 50-50-50.

Aumento da dosagem de Clonazepam 0,5mg 2-2-2.

Elevação da Quetiapina 25mg 2-2-2.

Prescrição de Ácido Valproico 250 mg/5 ml, com posologia de 5 ml pela manhã e 5 ml à noite.

13/01/2026

Redução da posologia do Clonazepam 0,5 mg 2-2-0.

20/01/2026

Aumento da dose de Haloperidol 5 mg para o esquema 1-1-2

Elevação significativa da Quetiapina para a apresentação de 100 mg 1-1-1.

23/01/2026

Redução da posologia do Ácido Valproico 250mg/5ml posologia 5-0-5 ml

10/02/2026

Início de Haloperidol Decanoato 5mg/ml 1amp.

16/02/2026

Aumento de Quetiapina 200mg 0-0-2

19/02/2026

Início de Clonazepam 0,5mg 0-0-1

24/02/2026

Suspensão de Haldol via oral.

02/02/2026

Alta Hospitalar.

A internação prolongada fez-se necessária em razão da complexidade do quadro clínico e da dificuldade de remissão apresentada pela paciente. Durante o tratamento, houve ocorrência de reação adversa ao uso de clozapina, o que demandou a substituição da medicação. Após a evidente reversão do quadro clínico, além do

quadro psicótico da paciente ser revertido, a alta hospitalar foi concedida sem que a mesma apresentasse riscos para si, ou terceiros.

**Paciente:** D.S - 34 anos

**Data de Internação:** 25/12/2025 a 10/02/2026 - 47 dias

Diagnóstico de entrada: F29 PSICOSE NÃO ORGÂNICA NÃO ESPECIFICADA

Segundo relato da própria paciente, encontrava-se no Hospital Pérola Byington devido a quadro de secreção, sendo encaminhada para avaliação hospitalar. Reside com o filho, o pai e um primo. Refere histórico de infecções recorrentes. Informa que sua mãe esteve internada neste serviço em abril de 2012. Relata diagnóstico prévio de asma e bronquite, com acompanhamento em Unidade Básica de Saúde do Jardim Helga. Nega histórico prévio de internações hospitalares. Durante a avaliação, foi observada dissimulação ativa, com aparente ocultação de pensamentos. Conforme relato de Vanessa, auxiliar de enfermagem, na realidade a paciente encontra-se internada no Hospital da Mulher desde o dia 14/12/2025, não sendo esta a primeira internação. A paciente refere episódio de estupro coletivo envolvendo 28 pessoas, mencionando indivíduos diferentes e relatando que os episódios ocorreriam no período noturno, além de afirmar que, caso exponha os fatos, será internada. Apresenta-se bastante receosa, resistente em fornecer informações, inquieta durante a internação e solicitando alta hospitalar.

Prescrição inicial: Risperidona 2 mg, administrada uma vez ao dia.

### **Evoluções:**

26/12/2025

Haloperidol 5 mg, no esquema posológico 0-0-1, mantendo-se Risperidona 2 mg (0-0-1) e Diazepam 10 mg (1-0-1).

29/12/2025

Redução do Diazepam 10 mg para o esquema 0-0-1.

31/12/2025

Haloperidol foi ajustado para a apresentação 2 mg/mL, na posologia de 0-0-100 gotas, com suspensão da Risperidona.

05/01/2026

Iniciado Valproato de sódio 500 mg, no esquema 0-0-1. Prescreveu-se também Biperideno 2 mg, no esquema 1-0-0.

08/01/2026

Aumento da dose de Biperideno para 2 mg, no esquema 2-0-0.

09/01/2026

Aumento da dose de Haloperidol 2 mg/mL para 50-0-100 gotas.

12/01/2026

Introdução de Olanzapina 5 mg, no esquema 0-0-1, associada a Clonazepam 0,5 mg, no esquema 0-0-1. Na mesma data, foi prescrito Haloperidol decanoato, 03 ampolas, por via intramuscular.

16/01/2026

Suspensão do Diazepam.

19/01/2026

Realização de titulação da Olanzapina para 10 mg, no esquema 0-0-1, bem como redução da dose de Haloperidol para 50 gotas, no esquema 0-50 gotas.

30/01/2026

Aumento da dose de Olanzapina para 15 mg/dia, no esquema 0-0-1.

03/02/2026

Administração de Haloperidol decanoato 70,52 mg/mL, 04 ampolas, por via intramuscular (1-0-0).

04/02/2026

Aumento da Olanzapina para 20 mg/dia (1-0-1).

10/02/2026

Medicações na alta hospitalar: Olanzapina 10 mg: 1-0-1 (manhã e noite), Divalproato de Sódio 500 mg: 0-0-1 (noite), Biperideno 2 mg: 2-0-0 (manhã), Haloperidol gotas: 0-0-50 gotas (noite), Haloperidol Decanoato 70,52 mg/mL: 03 ampolas por via intramuscular a cada 28 dias. Próxima dose: 04/03/2026

A paciente permaneceu internada por 47 dias em decorrência da difícil remissão do quadro psiquiátrico, inicialmente compatível com psicose não especificada, sendo posteriormente estabelecido diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Durante a internação, observou-se melhora parcial da sintomatologia, com redução significativa da agressividade e melhor controle comportamental após os ajustes terapêuticos realizados. Entretanto, a paciente manteve sintomatologia psicótica ativa, com persistência de ideias delirantes e prejuízo do juízo crítico. No decorrer da internação, foram introduzidas medicações antipsicóticas para manejo do quadro. Inicialmente foi instituído tratamento com Risperidona, porém sem resposta clínica satisfatória mesmo

após utilização em dose otimizada e por tempo adequado. Diante da baixa resposta terapêutica, foi realizada troca cruzada para Olanzapina, atualmente em dose de 20 mg/dia. Também foi introduzido Haloperidol decanoato, considerando histórico de baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Durante o período de internação, a paciente manteve comportamento globalmente adequado, sem episódios de agitação psicomotora ou agressividade. Apesar de apresentar crítica de morbidade reduzida, não foram observados sinais de comportamentos de risco ou autoagressividade. Houve evolução com melhora parcial do quadro, evidenciada por diminuição das alucinações olfativas, embora persista ideação delirante com pouca crítica em relação aos conteúdos delirantes. Foi realizada psicoeducação durante a internação, com melhora na aceitação do tratamento medicamentoso. A paciente passou a aceitar regularmente as medicações prescritas e comprometeu-se a manter acompanhamento e tratamento em regime ambulatorial. Durante a internação, optou-se por não realizar nova troca de antipsicótico nem introdução de Clozapina, em razão do baixo suporte familiar e das dificuldades previstas para seguimento rigoroso necessário ao uso dessa medicação. Diante da estabilização clínica parcial, ausência de comportamentos de risco e melhora da adesão ao tratamento, a paciente recebeu alta hospitalar com encaminhamento para seguimento ambulatorial. Foi realizado contato da equipe deste serviço com a equipe do CAPS de referência, sendo repassadas informações acerca do quadro clínico atual e das dificuldades previamente observadas quanto à adesão terapêutica.

**Paciente:** P.R.B.S - 41 anos

**Data de Internação:** 30/11/2025 a 20/02/2026 - 82 dias

Diagnóstico Principal: F20 – Esquizofrenia

Paciente apresentou agitação psicomotora e insônia com início há aproximadamente uma semana. Diagnóstico prévio de esquizofrenia de longa data, em acompanhamento regular pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Faz uso habitual de Clozapina, Fluoxetina e Lamotrigina, havendo dúvidas quanto à adesão correta ao tratamento medicamentoso. Segundo relato do irmão (com quem reside), há cerca de uma semana a paciente evoluiu com agitação psicomotora e insônia. Como possível fator desencadeante recente, refere-se o reaparecimento da sobrinha da paciente, gerando receio familiar de que a mesma viesse a assumir cuidados com crianças (netos do irmão).

Relata episódio de traumatismo cranioencefálico (TCE) há quatro dias, decorrente de queda da própria altura, com necessidade de sutura em região parietal. Fez uso de Cefalexina por via oral. Nega uso de álcool e drogas ilícitas. Nega alergias medicamentosas conhecidas. Relata conflitos familiares com o irmão. Apresenta ideação delirante de cunho persecutório, referindo que estariam “fazendo macumba” contra ela, sem identificar autores.

Medicações em uso na admissão: Fluoxetina 20 mg VO (4-0-0), Clozapina 100 mg VO (0-0-3), Lamotrigina 100 mg VO (2-0-0), Cefalexina 500 mg VO, 1 comprimido a cada 6 horas (início em 28/11/2025), Rivaroxabana 20 mg/dia (relata suspensão há mais de 1 mês; previamente indicada por TEP há 1 ano), Levotiroxina 100 mcg VO (1-0-0)  
Medicações Recentes: Haloperidol 10 mg VO e Haloperidol Decanoato (02 ampolas) em 26/11/2025.

Comorbidades: Tromboembolismo venoso (TEV) em membros inferiores há mais de 1 ano.

Paciente com autocuidado prejudicado, parcialmente cooperativa, calma no momento da avaliação. Encontra-se consciente e orientada em tempo, espaço e pessoa, normovigilante e normotenaz. Não exterioriza alucinações auditivas ou visuais durante a avaliação. Observam-se pensamento e comportamento desorganizados, com presença de delírios persecutórios. Psicomotricidade preservada. Humor ansioso, com afeto congruente. Insight parcial. Durante a avaliação, apresentou episódio isolado de mutismo.

Exames Complementares:

Tomografia Computadorizada de Crânio (24/11/2025):

Hematoma subgaleal parietal à direita.

### **Evoluções:**

01/12/2025

Ajuste medicamentoso com Clozapina 100 mg (1-0-2) e Clozapina 25 mg (0-0-2); Lamotrigina 100 mg (1-0-1); Fluoxetina 20 mg (4-0-0); Levotiroxina 100 mg (1-0-0). Prescrito Diazepam 10 mg, se insônia ou agitação, a cada 6 horas, se necessário.

03/12/2025

Suspensas Fluoxetina e Lamotrigina. Ajuste terapêutico com progressão da Clozapina para 100 mg (1-0-2). Introduzida Clorpromazina 100 mg/dia (1-1-1). Em caso de recusa da via oral, prescrita Clorpromazina IM 25 mg/mL, 1 ampola a cada 8 horas.

08/12/2025

Aumento da Clozapina para 100 mg (1-1-2) e Clozapina 25 mg (1-1-0).

12/12/2025

Programada progressão da dose de Clozapina a partir de 15/12.

15/12/2025

Aumento da Clozapina para 100 mg (1-0-3) e Clozapina 25 mg (0-3-0).

17/12/2025

Ajuste da Clorpromazina para 100 mg (0-0-1).

19/12/2025

Aumento da Clozapina para 100 mg (1-1-3) e Clozapina 25 mg (0-0-1). Redução da Clorpromazina no período vespertino para 25 mg (1-1-2).

24/12/2025

Redução da Clorpromazina para 100 mg à noite (0-0-1). Reintrodução de Fluoxetina 20 mg/dia (1-0-0).

29/12/2025

Aumento da Clozapina para 100 mg (0-1-4) e Clozapina 25 mg (2-0-0).

05/01/2026

Aumento da Clozapina para 100 mg (1-1-4); Fluoxetina aumentada para 40 mg/dia (2-0-0). Redução da Clorpromazina 25 mg (0-0-2).

06/01/2026

Ajuste da Clozapina para 100 mg (1-1-4); mantida Clorpromazina 25 mg (0-0-2) e Levotiroxina 100 mg em jejum.

09/01/2026

Mantida medicação, respeitando tempo de latência terapêutica.

12/01/2026

Prescrito Clonazepam 0,5 mg (1-1-0) e Ácido Valpróico 250 mg/5 mL, 10 mL (10-10-10).

13/01/2026

Suspenso Clonazepam.

19/01/2026

Paciente apresentou melhora clínica. A equipe iniciou planejamento de alta e articulação com o CAPS para seguimento do tratamento.

23/01/2026

Paciente apresentou piora do quadro, com discurso persecutório, referindo que sua história estaria sendo transmitida pela televisão. Aumento da Clozapina para dose total de 625 mg/dia.

28/01/2026

Ajuste da Clozapina para 100 mg (1-1-4) e Clozapina 25 mg (0-0-1). Ajuste do Ácido Valproico para 250 mg/5 mL, (15-0-15). Redução da Fluoxetina para 20 mg (1-0-0).

30/01/2026

Aumento da Fluoxetina para 20 mg (2-0-0).

04/02/2026

Aumento de Clozapina para 100mg (2-1-4).

12/02/2026

Prescrito Biperideno 2 mg (1-0-0).

20/02/2026

Alta. Medicamentos na alta: Clozapina 700 mg/dia (200 mg pela manhã, 100 mg à tarde e 400 mg à noite), Ácido valproico 1250 mg/dia (500 mg manhã, 250mg tarde, 500mg noite), Fluoxetina 20 mg pela manhã, Biperideno 2 mg se necessário

Durante a internação, observou-se evolução clínica lenta e com flutuações, incluindo período de melhora inicial seguido de recrudescimento dos sintomas psicóticos, o que demandou ajustes sucessivos do esquema terapêutico, especialmente com titulação gradual de Clozapina, antipsicótico indicado para quadros de maior refratariedade, necessitando monitorização clínica contínua. Foram ainda associados Ácido valproico como estabilizador do humor e Fluoxetina, além de suporte clínico, cuidados gerais e intervenções psicossociais. Em determinados momentos do tratamento, manteve sintomas psicóticos ativos, com elevada persecutoriedade e desorganização comportamental importante, o que inviabilizava manejo ambulatorial seguro e justificava a manutenção da internação para estabilização clínica. A permanência hospitalar prolongada foi necessária para possibilitar titulação segura de altas doses de clozapina, observação da resposta terapêutica, manejo de intercorrências e redução do risco de agravamento do quadro, considerando ainda o comprometimento da autonomia da paciente e o potencial risco de descontinuidade do tratamento fora do ambiente hospitalar. Ao final da internação, observou-se melhora parcial e progressiva da organização psíquica e comportamental, permitindo a alta hospitalar com plano terapêutico estruturado e seguimento intensivo em rede de saúde mental.

A paciente recebeu encaminhamento para acompanhamento ambulatorial intensivo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Adulto de Osasco), visando manutenção da estabilidade clínica, monitoramento da terapêutica instituída e continuidade do cuidado em saúde mental.

**Paciente:** D.J.F.A - 50 anos

**Data de Internação:** 13/12/2025 a 27/02/2026- 76 dias

Diagnóstico de entrada: F 20.0 ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE + F 63.1 PIROMANIA

Diagnóstico de saída: F 20.0 ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE + F 63.1 PIROMANIA

Paciente foi encaminhada a uma unidade de pronto atendimento após episódio grave de heteroagressividade ocorrido em 09/12/2025. Na madrugada, por volta das 3 horas, enquanto o filho dormia, a paciente teria lançado água quente em seu rosto (com quem reside, de 25 anos), resultando em queimaduras graves, com necessidade de internação hospitalar do mesmo para tratamento das lesões. Paciente esteve em internação psiquiátrica prévia entre agosto e setembro de 2025, em outra instituição, com evolução insatisfatória após a alta. Após esse período, a paciente não teria mantido a adesão ao tratamento ambulatorial, recusando-se frequentemente a utilizar as medicações prescritas, apesar de supervisão familiar. O esquema medicamentoso relatado incluía olanzapina 2,5 mg, biperideno 2 mg de clorpromazina 100 mg. Consta ainda, histórico de episódios psicóticos há cerca de 20 anos, cursando com importante prejuízo funcional, sem maiores detalhes disponíveis. Relata-se que a paciente residia anteriormente na Bahia com o ex-marido e que, durante episódio psicótico, teria ateado fogo no ex-companheiro e incendiado a própria residência. Posteriormente, teria se mudado para Brasília, onde reside uma irmã, ocasião em que teria ateado fogo em si mesma e tentado incendiar a residência da família. Há aproximadamente um ano em São Paulo, houve episódios de comportamento auto e heteroagressivo, incluindo tentativas de incendiar o sobrinho e o próprio filho em duas ocasiões distintas, além de tentativas frequentes de fuga do domicílio e de instituições de internação.

**Evoluções:**

16/12/2025

Uso de Olanzapina 10 mg à noite (0-0-1), Clonazepam 2,5 mg/ml em esquema de 7-5-13 gotas, Ácido valproico 250 mg à noite (0-0-1), além de Clonazepam 2 mg conforme necessidade (ACM) e Clorpromazina 25 mg se necessário.

18/12/2025

Redução do Clonazepam 2,5 mg/ml para 0-0-13 gotas, bem como aumento da dose do Ácido valproico 250 mg para 1-0-1.

19/12/2025

Aumento da Olanzapina para 15 mg/dia, dividida em 10 mg à noite (0-0-1) e 5 mg à noite (0-0-1).

23/12/2025

Nova redução do Clonazepam 2,5 mg/ml para 0-0-10 gotas.

26/12/2025

Substituição da formulação do Clonazepam, de solução oral para comprimidos, iniciando Clonazepam 0,5 mg à noite (0-0-2).

07/01/2026

Redução da dose de Clonazepam 0,5 mg para 0-0-1 comprimido.

12/01/2026

Troca do Ácido valproico de comprimidos para solução oral, mantendo dose equivalente, com Ácido valproico 250 mg/5 ml, em esquema 3-0-5 ml. Na mesma data, foi introduzida Risperidona 2 mg à noite (0-0-1), com a suspensão do Clonazepam e da Olanzapina.

23/01/2026

Aumento de ácido valproico 250 mg/5 ml 5-0-10 ml.

Manteve-se essas prescrições até ocorrer a alta (articulação para seguimento no CAPS)

A permanência hospitalar por 76 dias justificou-se pela gravidade do quadro psiquiátrico apresentado pela paciente, portadora de Esquizofrenia Paranoide associada à Piromania, com histórico extenso de comportamentos auto e heteroagressivos de alta gravidade. Destacam-se múltiplos episódios prévios de incêndio intencional, incluindo atear fogo na própria residência e no próprio corpo, além de agressões graves contra familiares, como episódios de lançamento de água quente contra o enteado e contra o próprio filho, culminando no evento que motivou a

presente internação. Durante a internação, observou-se ainda comportamento de risco persistente, com tentativas frequentes de fuga, negligência significativa com autocuidado e alimentação, e ausência de crítica quanto ao quadro clínico, configurando importante comprometimento da autonomia e risco relevante à integridade física própria e de terceiros. Do ponto de vista terapêutico, o manejo farmacológico demandou período prolongado de observação e ajustes. A paciente apresenta histórico de síndrome extrapiramidal grave com uso de haloperidol, o que inviabilizou a utilização de antipsicóticos de depósito (injeções de longa duração), estratégia frequentemente indicada em casos de baixa adesão medicamentosa. Dessa forma, foi necessário tempo adicional para introdução, titulação e monitoramento de um esquema medicamentoso oral seguro, com estabilização progressiva com risperidona e ácido valproico. Além das necessidades clínicas, a duração da internação foi influenciada por fatores psicossociais e assistenciais. A equipe multiprofissional avaliou que a paciente não apresenta autonomia para manejo de atividades básicas da vida diária nem para administração regular de medicações. Foram realizadas tentativas de encaminhamento para dispositivos da rede de saúde mental, incluindo Serviço Residencial Terapêutico e acolhimento intensivo em Centros de Atenção Psicossocial modalidade III, porém tais possibilidades foram inviabilizadas por ausência de vagas ou limitações operacionais da rede municipal. Diante desse cenário, concluiu-se que o retorno imediato ao domicílio, onde reside com um filho que permanece fora durante grande parte do dia por motivos laborais, não garantiria condições mínimas de segurança para a paciente nem para seus familiares. Assim, a internação prolongada teve como objetivos principais: garantir a segurança física dos familiares após episódio grave de agressão, possibilitar a estabilização clínica com ajuste gradual do tratamento medicamentoso oral e viabilizar a articulação com a rede territorial de saúde mental para organização de acompanhamento intensivo após a alta. Ressalta-se que, conforme registrado pela equipe assistente, a manutenção da paciente em unidade de internação psiquiátrica de agudos após a estabilização clínica pode configurar medida potencialmente iatrogênica; entretanto, a alta hospitalar somente foi considerada possível mediante estabelecimento de acompanhamento contínuo pela família e vinculação ao serviço territorial da rede CAPS, assegurando monitoramento clínico e suporte psicossocial contínuos.

**Paciente:** G.R.L - 51 anos

**Data de Internação:** 23/12/2025 a 13/02/2026 - 52 dias

Diagnóstico de entrada: F 31.2 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Diagnóstico de saída: F 31.2 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Paciente apresentava estado de agitação psicomotora, com comportamento acelerado e agressivo, relatando ter deslocado móveis do ambiente domiciliar. Refere que o esposo a estaria provocando, o que teria impedido o sono. Informa que o esposo e a filha teriam se unido para acionar o serviço de emergência. Relata ainda que estava realizando limpeza da residência e encontrou objetos que, segundo a paciente, teriam sido escondidos pela filha. Apresenta histórico de transtorno afetivo bipolar (TAB) de longa data, com relato de baixa adesão ao tratamento. Quanto ao uso de medicações, refere fazer uso de medicamento para tireoide, administrado em jejum, porém desconhece a dosagem. Relata uso de captopril, 1 comprimido pela manhã. Informa ainda utilizar medicação para dormir, sem conseguir especificar o nome ou a dose.

### **Evoluções:**

26/12/2025

Iniciada medicação antipsicótica (haloperidol 5 mg 1-1-1, levomepromazina 25 mg 2-2-0), estabilizadores de humor (ácido valproico 250 mg 2-1-2), levotiroxina 25 mcg em jejum, clonazepam 0,5 mg 1-1-0, além de administração de haloperidol 5 mg + prometazina 50 mg/2 ml IM e levomepromazina 100 mg 0-0-1.

30/12/2025

Redução da levomepromazina para 25 mg 1-1-0; aumento de clonazepam para 0,5 mg 2-2-2.

02/01/2026

Redução de haloperidol para 5 mg 1-0-1; aumento de ácido valproico para 250 mg 2-2-2; introdução de lítio 300 mg 1-0-1; ajustes de levomepromazina 25 mg 1-1-2, clonazepam 0,5 mg 1-1-2, e início de biperideno 2 mg 1-0-0.

05/01/2026

Troca do ácido valproico para divalproato de sódio 500 mg 1-0-1.

06/01/2026 e 08/01/2026

Reduções progressivas da levomepromazina.

12/01/2026

Redução de clonazepam 0,5 mg 1-1-1; suspensão de levotiroxina; prescrição de haloperidol decanoato 03 FA IM em 13/01.

14/01/2026 a 19/01/2026

Ajustes progressivos de clonazepam e biperideno; suspensão de lítio e haloperidol oral devido à administração de haloperidol decanoato e necessidade de período de latência.

21/01/2026 e 26/01/2026

Reintrodução gradual de clonazepam e prescrição de haloperidol 5 mg 0-0-1.

28/01/2026

Introdução de Carbamazepina 200 mg 1-0-1 para potencialização do tratamento dos sintomas maniformes, escolhida também por facilidade de acesso à medicação.

04/02/2026

Prescrição mantida, aguardando período de latência terapêutica.

05/02/2026

Aumento da carbamazepina para 200 mg 1-0-2; prescrito Haloperidol decanoato 70,52 mg/ml 04 IM para 06/02.

06/02/2026

Realizada a aplicação do haloperidol decanoato devido à má adesão ao tratamento oral.

09/02/2026

Programação para suspensão do haloperidol via oral, mantendo apenas a forma de depósito de longa ação.

A paciente permaneceu internada por 52 dias devido à instabilidade clínica psiquiátrica, caracterizada por episódios de agitação psicomotora, agressividade e desorganização comportamental, em contexto de transtorno afetivo bipolar de longa duração com adesão irregular ao tratamento. Durante a internação, foi necessário realizar ajustes contínuos da medicação, incluindo antipsicóticos, estabilizadores de humor e ansiolíticos, além de efetivar a transição para haloperidol decanoato de depósito, garantindo a adesão e monitorização segura da resposta terapêutica. A paciente apresentou um episódio de intoxicação por lítio (litemia 1,7), manifestado por lentificação e empastamento da fala, revertido após suspensão da medicação, reforçando a necessidade de acompanhamento hospitalar rigoroso. Ao longo da internação, houve melhora progressiva do humor, remissão dos sintomas psicóticos e

organização do pensamento, com compreensão da importância do tratamento (crítica de quadro), sem ideação suicida ou efeitos colaterais graves das medicações atuais.

A manutenção da internação foi, portanto, justificada para:

Estabilização do quadro afetivo e comportamental, prevenindo novos episódios de agitação e agressividade.

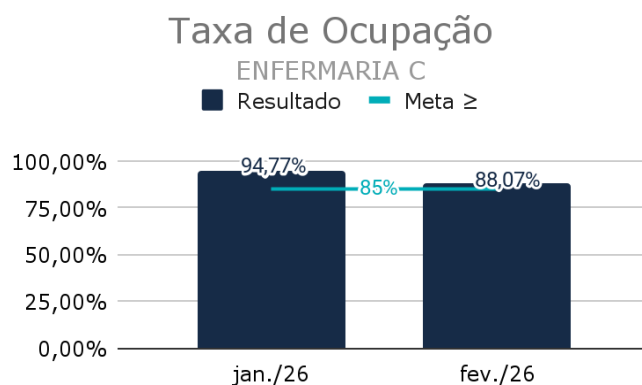
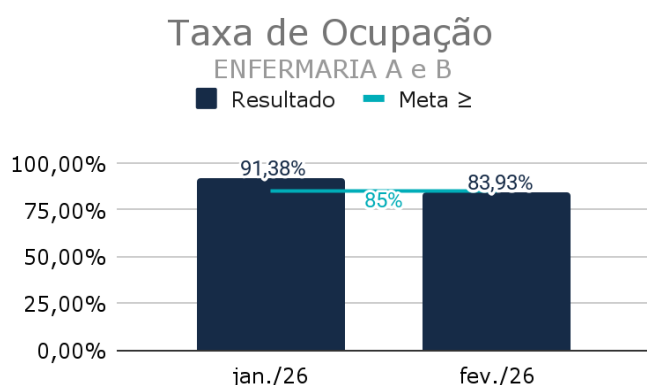
Segurança da paciente e do ambiente, diante do histórico de comportamentos desorganizados e risco potencial.

Acompanhamento farmacológico seguro, especialmente durante ajustes de múltiplos medicamentos e administração de medicação de depósito.

Monitoramento de complicações clínicas, incluindo intoxicação medicamentosa e possíveis alterações cognitivas.

A alta foi realizada com prescrição estável e com orientação para seguimento ambulatorial, visando manter a adesão ao tratamento e prevenir novas descompensações.

### 5.1.2 Taxa de Ocupação



**Análise crítica:** A taxa de ocupação registrada na **clínica de transtornos mentais** foi de **87,56%** (atingindo a meta) e na clínica de **dependência química** de **84,34%**. Segue justificativa da taxa de ocupação na clínica de dependência química abaixo da meta:

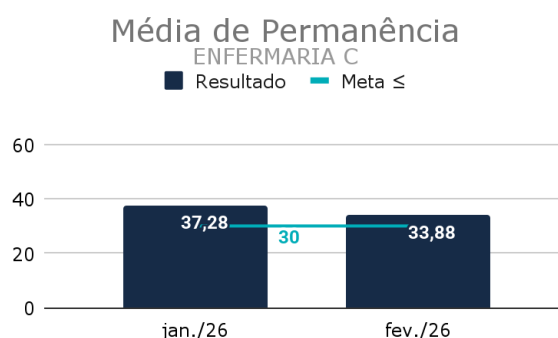
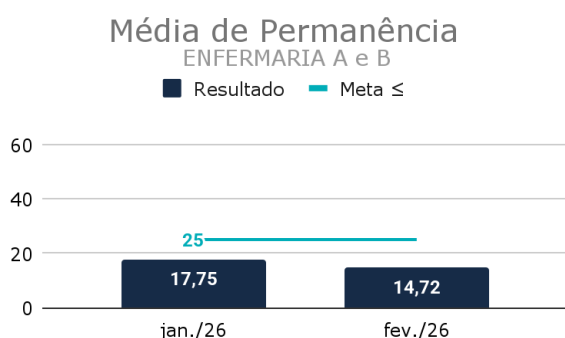
No mês de fevereiro observou-se uma redução na demanda pelas fichas do perfil da instituição (HUB – Trilha 6 – CID F192 – Transtornos mentais e comportamentais

decorrentes do uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência, sem outra comorbidade psiquiátrica associada).

Além disso, em razão do período de Carnaval, registrou-se um aumento significativo no número de altas (32 entre os dias 12 e 18/02/2026). A demanda por novas internações só voltou a ocorrer a partir de 19/02/2026, totalizando 16 internações entre os dias 19 e 28/02/2026.

Somando-se a esses fatores à curta duração do mês de fevereiro, conclui-se os motivos que a taxa de ocupação ficou abaixo de 85%.

### 5.1.3 Média de Permanência



**Análise crítica:** A média de permanência na **clínica de dependência química foi de 15 dias**, mantendo-se dentro da meta de  $\leq 25$  dias.

A média de permanência na **clínica de transtornos mentais foi de 34 dias**, acima da meta ( $\leq 30$  dias). Apresentam-se, a seguir, as justificativas referentes à permanência de 2 pacientes internadas até 28/02/2026 com tempo de internação superior a 30 dias, integrando a análise dos impactos decorrentes dos casos elencados no item 5.1.1 – Saídas.

**Paciente:** H.D.S.C.B.M. - 29 anos

**Data de Internação:** 27/12/2025

Diagnóstico de entrada: F312 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos

Paciente com discurso delirante envolvendo familiares e funcionários, apresentando delírios de origem persecutória e mística, sem insight. Histórico de abandono de

tratamento psiquiátrico e múltiplas internações prévias, sendo a última internação no M'Boi Mirim há aproximadamente 1-2 meses. Conforme o prontuário, apresentava fuga de ideias e delírios. Encontrada em situação de rua, com relato de permanência prolongada sem adesão terapêutica. Em razão do quadro, foi iniciado haloperidol decanoato (4 ampolas em 22/12), mantendo-se prescrição conforme serviço de origem.

Prescrição Inicial: Diazepam 10 mg – VO – 1-0-1, Ácido valproico 500 mg – VO – 1-0-1, Carbonato de lítio 300 mg – VO – 1-0-1, Risperidona 2 mg – VO – 0-0-1

Haloperidol (Haldol) 5 mg – VO – 0-0-1, Diazepam 5 mg – VO – SN 1-1-1, Haloperidol (Haldol) 5 mg/mL – IM – ACM, Prometazina 25 mg/mL – IM – ACM.

### **Evoluções:**

29/12/2025

Aumento de Risperidona 2 mg – posologia: 1-0-1.

01/01/2026

Retirada de Haloperidol.

Aumento de Carbonato de Lítio 300 mg – posologia: 1-0-2.

Aumento de Divalproato de Sódio 500 mg – posologia: 1-0-2.

Redução de Risperidona para 3 mg.

05/01/2026

Aumento de Risperidona 2 mg – posologia: 1-0-1.

Início de Biperideno 2 mg – posologia: 1-0-0.

09/01/2026

Redução de Divalproato de Sódio 500 mg – posologia: 1-0-1.

12/01/2026

Redução de Clonazepam 0,5 mg – posologia: 0-0-1.

Aumento de Risperidona 2 mg – posologia: 1-0-2.

21/01/2026

Início de Olanzapina 5 mg – posologia: 0-0-1.

26/01/2026

Início de Haloperidol gotas – posologia: 0-0-50 gotas.

28/01/2026

Aumento de Haloperidol - posologia: 50-0-50 gotas

04/02/2026

Aumento de Haloperidol 5mg 1-1-1

Redução de Risperidona 2mg 1-0-2

09/02/2026

Início de Haldol Decanoato 70,52 mg/ml 04 amp.

23/02/2026

Redução de Haloperidol 5mg 1-0-1

25/02/2026

Redução de Haloperidol 5mg 0-0-1

A necessidade de internação se manteve decorrente do diagnóstico de esquizofrenia associado a déficit intelectual, condição que dificulta a remissão do quadro psicótico. A paciente apresenta manifestações dissociativas recorrentes, com alterações significativas do estado psíquico em diferentes momentos. Foram realizados diversos ajustes e substituições no esquema terapêutico medicamentoso, contudo, até o presente momento, não houve resposta clínica satisfatória. Tal condição inviabiliza a alta hospitalar, uma vez que a paciente ainda representa risco potencial à própria integridade e à de terceiros.

**Paciente:** A.C.L.O - 33 anos

**Data de Internação:** 28/12/2025

Diagnóstico de entrada: F 20.0 ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE

Diagnóstico de saída: F 20.0 ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE + F 60.9 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE NÃO ESPECIFICADO

Paciente reside sozinha, mãe de dois filhos, com idades de 6 e 15 anos. Realiza acompanhamento em CAPS no estado da Bahia. Encontra-se há alguns dias no estado de São Paulo, referindo estar sendo perseguida por quatro indivíduos em um veículo de cor prata, os quais, segundo seu relato, a seguem por onde vai. Informa que já residiu em Brasília e posteriormente em Minas Gerais, locais onde afirma ter vivenciado a mesma situação de perseguição. Relata que foi internada após episódio ocorrido na rodoviária, onde identificou novamente os referidos indivíduos no veículo, acreditando que estavam a segui-la. Afirma que os indivíduos teriam seguido o veículo de aplicativo (Uber) no qual se encontrava, levando-a a acionar uma viatura policial. Segundo a paciente, os policiais a conduziram a um hospital. Refere uso prévio de medicações psicotrópicas, incluindo quetiapina, clonazepam, haloperidol e risperidona.

Relata histórico de duas internações psiquiátricas anteriores, sendo uma em CAPS e outra em hospital em Brasília, associadas a quadro de surto psicótico.

**Evoluções:**

28/12/2025

Risperidona 2 mg (0-0-1); Diazepam 10 mg (0-0-1); Quetiapina 25 mg (0-0-2); Diazepam 5 mg (1-0-0).

05/01/2026

Início de troca cruzada com manutenção de risperidona 2 mg (0-0-1) e introdução de haloperidol 5 mg (0-0-1); aumento do diazepam para 5 mg – 5 mg – 10 mg.

07/01/2026

Aumento do haloperidol para 5 mg (0-0-2) e suspensão da risperidona.

12/01/2026

Prescrição mantida, considerando latência de resposta terapêutica.

13/01/2026

Redução do diazepam para 5 mg (0-0-1).

14/01/2026

Suspensão do diazepam.

16/01/2026

Introdução de prometazina 25 mg (0-0-1).

19/01/2026

Aumento da dose de haloperidol para 5 mg (1-0-2); suspensão da prometazina 25 mg; reintrodução de diazepam 5 mg (0-0-1).

21/01/2026

Alteração da forma farmacêutica do haloperidol para solução oral (2 mg/ml), na dosagem de 50-0-100 gotas; aumento do diazepam para 10 mg (0-0-1).

23/01/2026

Introdução de sertralina 50 mg (1-0-0).

26/01/2026

Aumento da dose de haloperidol solução oral (2 mg/ml) para 50-50-100 gotas.

27/01/2026

Introdução de Biperideno 2 mg 2 mg ( 1-1-0).

04/02/2026

Introdução de olanzapina 5 mg (1-0-1).

06/02/2026

Aumento da sertralina para 100 mg/dia (2-0-0), considerando sintomas de humor importantes associados a possíveis episódios de pseudoalucinações.

09/02/2026

Realizada aplicação de haloperidol decanoato 70,52 mg, 4 ampolas, via intramuscular.

10/02/2026

Prescrito diazepam 5 mg (0-0-1) e aumento da olanzapina para 10 mg (0-0-1).

13/02/2026

Introdução de ácido valproico 250 mg (1-0-2).

16/02/2026

Aumento do diazepam para 10 mg (0-0-1) e redução da dose de haloperidol solução oral (2 mg/ml) para 12-12-150 gotas.

18/02/2026

Programada retirada gradual do haloperidol.

19/02/2026

Redução da dose de haloperidol solução oral (2 mg/ml) para 12-12-100 gotas.

23/02/2026

Redução da dose de haloperidol para 12-12-50 gotas e redução do biperideno para 2 mg (1-0-0).

25/02/2026

Redução do haloperidol para 0-0-20 gotas.

26/02/2026

Redução do diazepam para 5 mg (0-0-1) e ajuste da sertralina para 100 mg/dia (2-0-0).

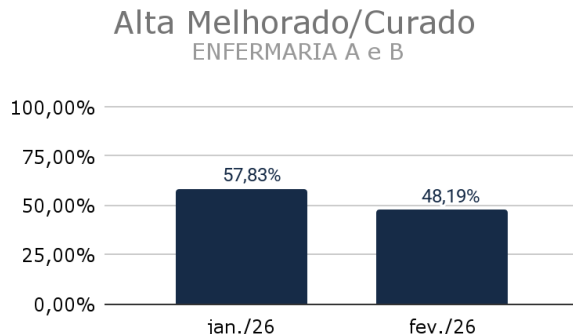
27/02/2026

Suspensão do haloperidol em solução oral.

A paciente permanece internada em decorrência da persistência de quadro psicótico compatível com esquizofrenia paranoide, caracterizado por ideação persecutória ativa, prejuízo importante do juízo crítico e comprometimento da capacidade de avaliação da realidade. Durante a internação, observa-se necessidade de ajustes sucessivos do esquema farmacológico, com realização de troca de antipsicóticos, introdução de antipsicótico de longa ação e manejo de sintomas associados, visando estabilização clínica e redução da sintomatologia psicótica. Além da gravidade do quadro psiquiátrico, fatores psicossociais relevantes também contribuem para a manutenção da internação, incluindo fragilidade da rede de apoio e necessidade de articulação com

a rede de atenção psicossocial para definição de seguimento terapêutico adequado. A paciente encontra-se, ainda, em acompanhamento de questões relacionadas à guarda de seu filho de 6 anos, que atualmente permanece sob medida protetiva em instituição de acolhimento, após episódio de desorganização psíquica durante tentativa de visita. A paciente também permanece aguardando encaminhamento e vaga em dispositivo terapêutico adequado para continuidade do cuidado em rede, considerando a complexidade do caso e a necessidade de acompanhamento psiquiátrico contínuo e estruturado. Dessa forma, o tempo prolongado de internação justifica-se pela necessidade de estabilização do quadro psicótico, adequação terapêutica medicamentosa e articulação com a rede assistencial para garantia de seguimento seguro após a alta hospitalar.

#### 5.1.4 Alta Melhorado/Curado



**Análise crítica:** Do total de 83 altas, **48% referem-se a pacientes de dependência química com melhora clínica**, superando a meta de 35%. Ou seja, 39 receberam alta médica com indicação de melhora e encaminhamento para a Rede.

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

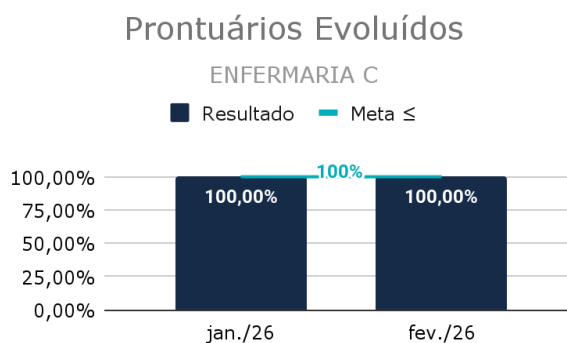
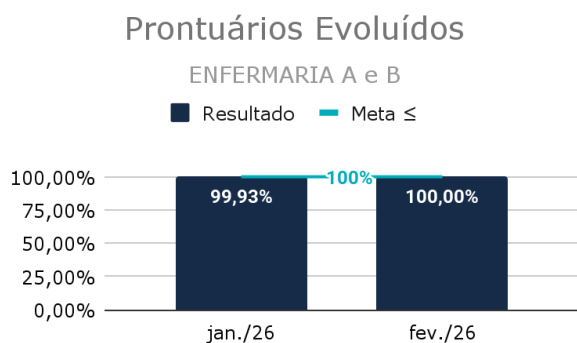


**Análise crítica:** O tempo mínimo de permanência com alta melhorado na clínica de dependência química foi de **11 dias**, alcançando a meta (Meta  $\geq$  10 dias).

### 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



**Análise crítica:** A quantidade de prontuários evoluídos de segunda a sexta na **clínica de dependência química foi de 1042 evoluções, 100% da meta** deste período (eram previstos 1042). Na **clínica de transtornos mentais foram realizadas 438 evoluções, 100% da meta** deste período (previstas 438).

#### **5.1.8 Projeto Terapêutico Singular dos pacientes**

---

Meta de 100% dos prontuários com PTS elaborados alcançada.

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

---

A médica diarista RT participou da reunião da Comissão de Farmácia e Terapêutica dia 19/02/2026.

#### **5.1.10 Reclamações na Ouvidoria**

---

Não houve registro de reclamação recebida pela Contratada em fevereiro de 2026.

A **Pesquisa de Satisfação** foi realizada 1 vez a cada semana do mês de fevereiro 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 fevereiro **26 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 (7 em 27/02/2026).

**Atendimento – Demais Colaboradores?** 25 responderam como Ótimo. 1 como Bom.

**Como você avalia esse serviço de saúde?** 25 responderam como Ótimo. 1 como Bom.

**Qual a chance de você recomendar o serviço desta Unidade?** Todos responderam como 10.

Na **Clínica de Transtornos Mentais**, **11 familiares responderam a pesquisa**, com o seguinte resultado:

**Atendimento - Médico?** 10 responderam como Ótimo. 1 como Bom.

**Atendimento – Psiquiatra?** 10 responderam como Ótimo. 1 como Bom.

**Atendimento – Educador Físico?** 10 responderam como Ótimo. 1 como Bom.

**Atendimento – Terapeuta Ocupacional?** Não se aplica

**Atendimento – Demais Colaboradores?** 9 responderam como Ótimo. 2 como Bom.

**Como você avalia esse serviço de saúde?** 9 responderam como Ótimo. 2 como Bom.

**Qual a chance de você recomendar o serviço desta Unidade?** 9 deram a nota 10 e 2 a nota 9.

Não houve comentários de ações e atribuições de responsabilidade da contratada deste convênio. Os entrevistados são orientados a registrar elogios e/ou reclamações no canal institucional do hospital - setor da Ouvidoria.

São Paulo, 10 de março de 2026.



Raquel Paula de Oliveira  
Gerente Técnico Regional  
Gerência Técnica  
OS CEJAM

Raquel Paula de Oliveira  
Gerente Técnico Regional