Relatório
de
Atividades Assistenciais

Centro de Atenção Integral à Saúde Clemente Ferreira em Lins

Convênio n.º

000479/2025

Setembro

2026

CAIS Clemente Ferreira - Lins
Estrada Lins Guaiçara, Km 4 - s/n - Zona Rural
16430-000 - Lins - SP
(14) 3533-1600
cais.lins@cejam.org.br
cejam.org.br

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 Paula de Oliveira

COORDENADOR
Carla Cristina Conceição Pereira

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL 4
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM 4
1.2 Convênio nº 000479/2025 6
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES 6
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 6
4. FORÇA DE TRABALHO 6
4.1 Dimensionamento 6
4.1.1 Quadro de Colaboradores 7
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas 8
4.2.1 Absenteísmo 8
4.2.2 Turnover 9
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 13
5.1.4 Incidência de queda de paciente 14
5.1.5 Não Conformidade na Administração de Medicamentos 15
5.1.6 Incidência de Autolesão 16
5.1.7 Notificação sobre Contenção Mecânica 17
5.1.8 Sistematização da Assistência de Enfermagem 18
5.1.9 Evolução dos Prontuários 19
5.1.10 Projeto Terapêutico Singular 20
5.1.11 Comunicação ao Responsável da classe escolar a internação do paciente no prazo de 24h após internação. 21
5.1.12 Realizar Oficinas Terapêuticas todos os dias, com frequência mínima de participação 70% 21
5.1.13 Atendimento Médico em situações urgentes de forma imediata e não urgentes 22
5.1.14 Realização atividade físicas de Segunda a Sábado com frequência mínima de 70% 23
5.1.15 Participação nas Comissões Hospitalares 23
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO 24
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário 24
7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES 26

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 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 000479/2025

Com início no dia 11 de Março de 2025, o convênio tem por objetivo principal é oferecer assistência integral, humanizada e de qualidade a pacientes que necessitam de suporte em saúde mental e reabilitação com quadro de dependência química e transtornos mentais, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as atividades realizadas no serviço do Centro de Atenção Integral à Saúde Clemente Ferreira em Lins, são monitoradas em planilhas em excel para consolidação dos dados.

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.**

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista é de 128 colaboradores, sendo 128 vagas CLT e 05 postos para contratação de Pessoa Jurídica (PJ), contempladas por 20 profissionais médicos. Abaixo segue a relação de colaboradores CLT previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo e setor.

4.1 Dimensionamento

4.1.1 Quadro de Colaboradores

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativo	Auxiliar Técnico Administrativo (40h)	1	1	☑
	Coordenador Administrativo (40h)	1	1	☑
	Recepcionista (36h)	5	5	☑
Assistencial	Farmacêutico (36h Diurno)	5	6	↑
	Psicólogo (36h Diurno)	7	7	☑
	Terapeuta Ocupacional (30h Diurno)	6	5	↓
	Assistente Social (30h)	6	5	↓
	Médico Psiquiatra Diurno	2	2	☑
	Médico Psiquiatra Noturno	1	1	☑
	Médico Clínico Diurno	1	1	☑
	Médico Clínico Noturno	1	1	☑
	Técnico de Enfermagem (36h PAR)	37	37	☑
	Técnico de Enfermagem (36h ímpar)	37	37	☑
	Educador Físico (24h)	2	2	☑
	Enfermeiro (36h - Par)	8	8	☑
	Enfermeiro (36h - Ímpar)	8	8	☑
Total		**128**	**127**	↓

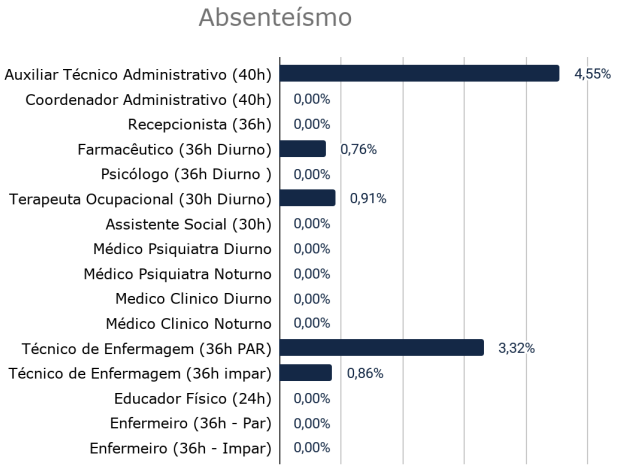
Análise Crítica: No período avaliado, foi identificado déficit de 1 (um) profissional de Terapia Ocupacional. O processo seletivo permanece em andamento, sem candidatos aptos até o momento, em razão da limitada disponibilidade de profissionais para o cargo.

Quanto ao cargo de Farmacêutico, o quantitativo superior ao previsto decorreu de contratação temporária para cobertura de licença-maternidade. A substituição

permaneceu vigente até 10/09; a partir de 11/09, o quadro passou a corresponder ao quantitativo previsto, não permanecendo excedente de profissionais.

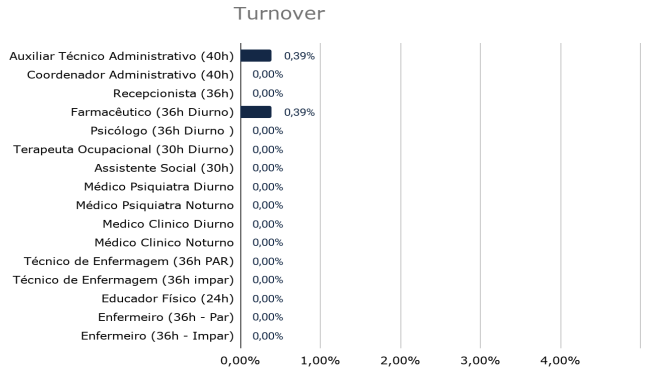
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.2.1 Absenteísmo



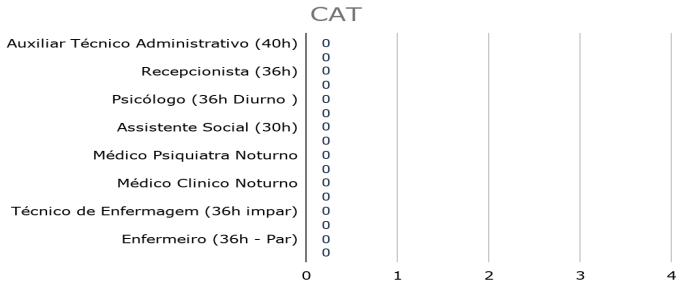
Análise Crítica: No período avaliado, o absenteísmo concentrou-se nos cargos de Auxiliar Técnico Administrativo (4,55%) e Técnico de Enfermagem – 36h PAR (3,32%), com registros inferiores a 1% para Terapeuta Ocupacional (0,91%), Técnico de Enfermagem – 36h ímpar (0,86%) e Farmacêutico (0,76%). Os demais cargos não apresentaram registro de absenteísmo no período. Diante das ausências, foram realizadas adequações pontuais nas escalas de trabalho e remanejamento interno de profissionais, conforme necessidade do serviço, assegurando a cobertura assistencial e a continuidade das atividades sem prejuízo à assistência prestada.

4.2.2 Turnover



Análise Crítica: No período avaliado, o turnover foi de 0,39% para Auxiliar Técnico Administrativo (40h) e Farmacêutico (36h Diurno), não sendo registrada movimentação nos demais cargos avaliados. O indicador demonstra baixa movimentação do quadro funcional no período.

4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



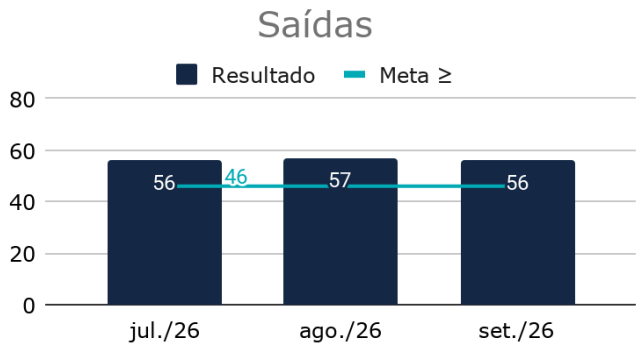
Análise Crítica: Durante o período avaliado, não foram registrados acidentes de trabalho com emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) em nenhuma das categorias profissionais, mantendo o indicador em 0,00%.

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 na Psiquiatria Adulto que ocorreram no período avaliado.

5.1 Indicadores

5.1.1 Saídas



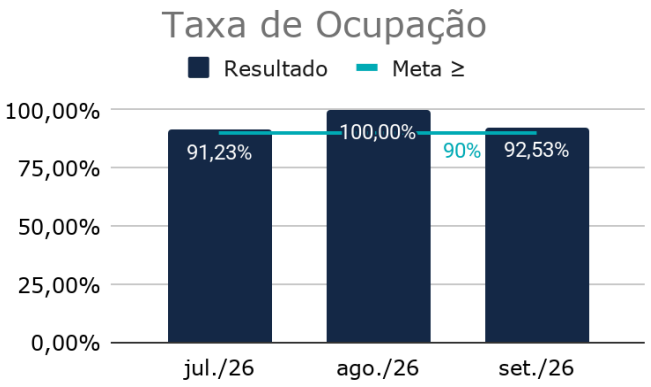
Análise crítica: No período, foram registradas 56 saídas.
Reabilitação 2:

- 14 alta médica
- 01 alta a pedido

Reabilitação 3:

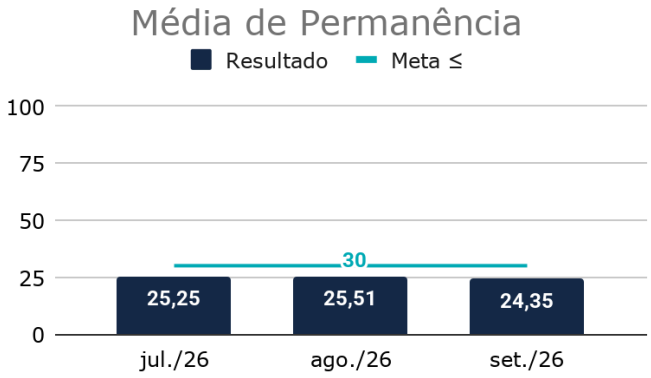
- 36 alta médica
- alta a pedido

5.1.2 Taxa de Ocupação



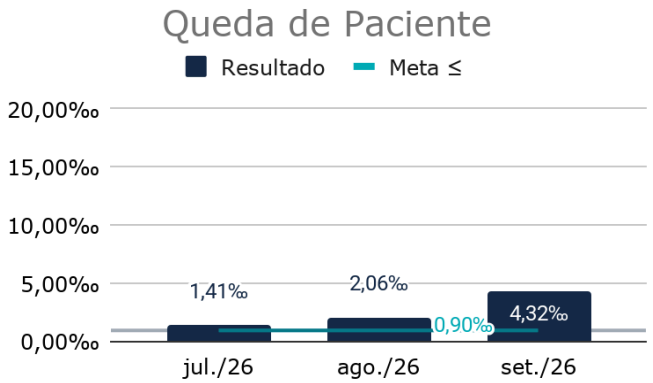
Análise crítica: Em setembro de 2026, a taxa de ocupação foi de **92,53%**, permanecendo acima da meta estabelecida de 90%. O resultado demonstra o cumprimento do parâmetro de ocupação previsto para o período.

5.1.3 Média de Permanência



Análise crítica: A média de permanência foi de 24,35 dias, mantendo-se dentro da meta estabelecida de até 30 dias. O resultado atende ao parâmetro definido para o período.

5.1.4 Incidência de queda de paciente



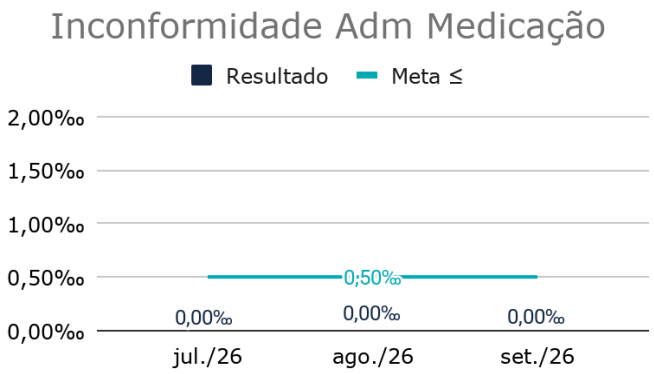
Análise crítica: Em setembro de 2026, foram registradas 2 quedas, ambas com avaliação pela equipe assistencial e adoção das orientações pertinentes, conforme fluxo institucional de atendimento e registro.

Nome: H.R.
Idade: 43 ANOS
DATA: 11/09/2026
HORA: 12;30
Pontuação Escala Morse: 0
Descrição: Paciente apresentou queda ao entrar no banheiro, após escorregar devido ao piso molhado, evoluindo com impacto dos joelhos contra o chão. Após a ocorrência, levantou-se espontaneamente, foi avaliada pela equipe e recebeu as orientações pertinentes.

Nome: K.R.T.
Idade: 39 ANOS
DATA: 23/09/2026
HORA: 16:30
Pontuação Escala Morse: 0

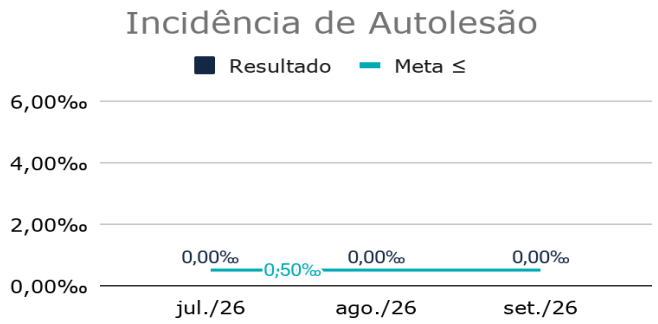
Descrição: Paciente apresentou queda da própria altura ao levantar-se da cama, evoluindo com escoriação em joelho esquerdo. Após a ocorrência, foi avaliada pela equipe assistencial e recebeu as condutas pertinentes.

5.1.5 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



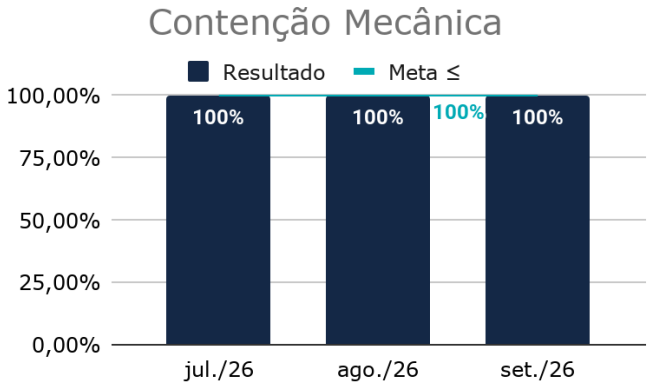
Análise crítica: Em setembro de 2026, o indicador de inconformidade na administração de medicamentos foi de 0,00%, dentro da meta estabelecida de até 0,50%. Não houve registro de administração de medicamento com dose ou via incorreta, mantendo-se a conformidade do processo no período avaliado.

5.1.6 Incidência de Autolesão



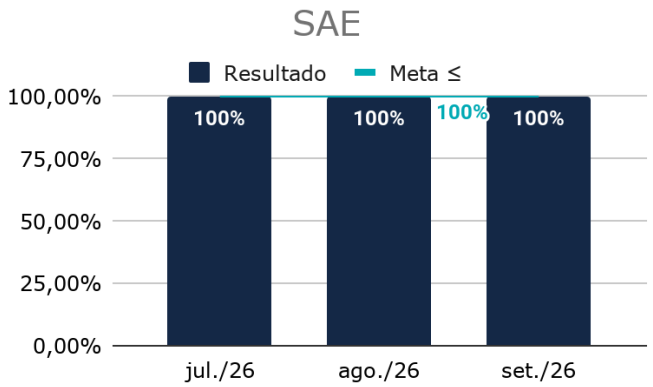
Análise Crítica: Em setembro de 2026, não foram registradas notificações de eventos relacionados à autolesão, mantendo o indicador dentro da meta estabelecida. O resultado demonstra ausência de ocorrências notificadas no período, com manutenção das medidas preventivas e de acompanhamento assistencial.

5.1.7 Notificação sobre Contenção Mecânica



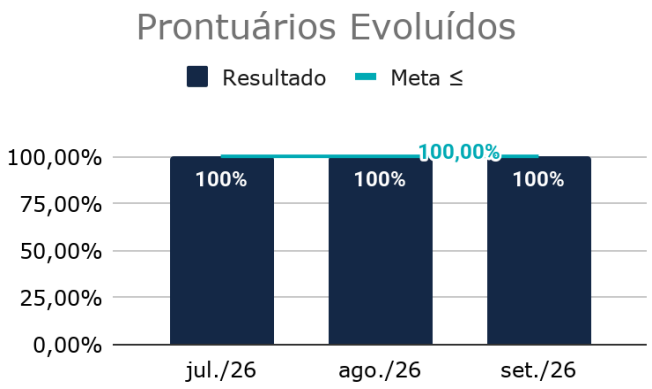
Análise crítica: Foram registradas 4 notificações de contenção mecânica. Os registros estavam relacionados a episódios de agitação psicomotora, risco de fuga, heteroagressividade e risco de auto e heteroagressividade, conforme avaliação assistencial e critérios institucionais.

5.1.8 Sistematização da Assistência de Enfermagem



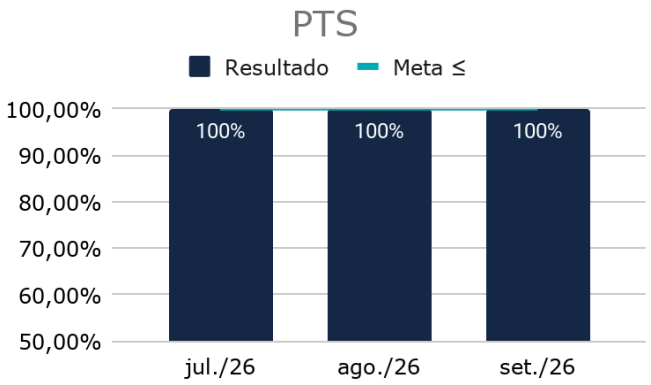
Análise crítica: No período avaliado, foram realizadas ações de orientação, acompanhamento e monitoramento dos processos de enfermagem, com foco na aplicação das diretrizes institucionais e normativas vigentes, incluindo a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Recomenda-se a manutenção dessas ações, visando à continuidade do acompanhamento e à padronização dos registros e práticas assistenciais.

5.1.9 Evolução dos Prontuários



Análise crítica: No período avaliado, foi realizado monitoramento dos registros assistenciais em prontuário, com verificação da conformidade documental e do atendimento às normativas institucionais e legais vigentes. Foram identificadas inconformidades pontuais relacionadas à ausência de assinatura e/ou carimbo profissional em alguns registros, bem como situações específicas de ausência de comunicação prévia ao Ministério Público, justificadas pelo Serviço Social mediante relatório técnico. Como medidas de melhoria, foram reforçadas as orientações às equipes quanto à identificação profissional, ao preenchimento adequado dos registros e ao cumprimento dos fluxos institucionais, com manutenção do monitoramento e das auditorias internas para acompanhamento e correção das ocorrências identificadas.

5.1.10 Projeto Terapêutico Singular



Análise Crítica: No período avaliado, os Planos Terapêuticos Singulares (PTS) foram elaborados conforme protocolo institucional, contemplando metas terapêuticas, intervenções e acompanhamento multiprofissional. Os documentos analisados apresentaram assinatura dos pacientes. Identificou-se oportunidade de aprimoramento quanto à inclusão de estratégias para continuidade do cuidado após a alta, especialmente relacionadas ao acompanhamento ambulatorial e à articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Como medida de melhoria, foram reforçadas junto às equipes assistenciais as orientações para contemplar essas estratégias nos PTS, visando qualificar o planejamento da continuidade do cuidado.

5.1.11 Comunicação ao Responsável da classe escolar a internação do paciente no prazo de 24h após internação.

Análise Crítica: No período analisado, foram realizadas 14 admissões de adolescentes, sendo todas comunicadas à instituição escolar correspondente no momento da admissão na unidade, totalizando 100% de cumprimento do fluxo estabelecido.

5.1.12 Realizar Oficinas Terapêuticas todos os dias, com frequência mínima de participação 70%

Análise Crítica: No período analisado, foram realizados 337 grupos terapêuticos nas unidades R2 e R3. O resultado foi alcançado considerando a programação assistencial e a ocorrência de períodos de férias de profissionais no mês.

Unidade R3: Dependência Química e Transtorno

- 40 grupos conduzidos pelo educador físico;
- 107 grupos realizados por psicólogos;
- 00 grupos realizados pela equipe de serviço social;
- 28 grupos conduzidos pela equipe de Terapia Ocupacional.

Unidade R2:

- 66 grupos conduzidos pelo educador físico;
- 59 grupos realizados por psicólogos;
- 02 grupos realizados pelo serviço social;

- 35 grupos foram realizados pela equipe de Terapia Ocupacional.

5.1.13 Atendimento Médico em situações urgentes de forma imediata e não urgentes



Análise Crítica: No período de setembro de 2026, foram agendadas 21 admissões, das quais 8 foram efetivamente realizadas, resultando em uma taxa de efetividade de 38,1%. As 13 ausências registradas decorreram de não comparecimentos, desistências de vagas e evasões de pacientes, sendo todas devidamente comunicadas à coordenação e tratadas conforme os fluxos institucionais estabelecidos.

5.1.14 Realização atividade físicas de Segunda a Sábado com frequência mínima de 70%

Análise Crítica: No período avaliado, foram registradas 1.110 participações nas atividades físicas realizadas de segunda a sábado, para um total de 1.388 pacientes-dia.

Para apuração do indicador, foi utilizada a seguinte fórmula:

Percentual de participação = (Nº de participações ÷ Nº de pacientes-dia) × 100

Cálculo:
(1.110 ÷ 1.388) × 100 = 79,97%

O resultado de 79,97% supera a meta mínima estabelecida de 70%, correspondendo a 9,97 pontos percentuais acima da meta. Dessa forma, o indicador foi cumprido no período avaliado.

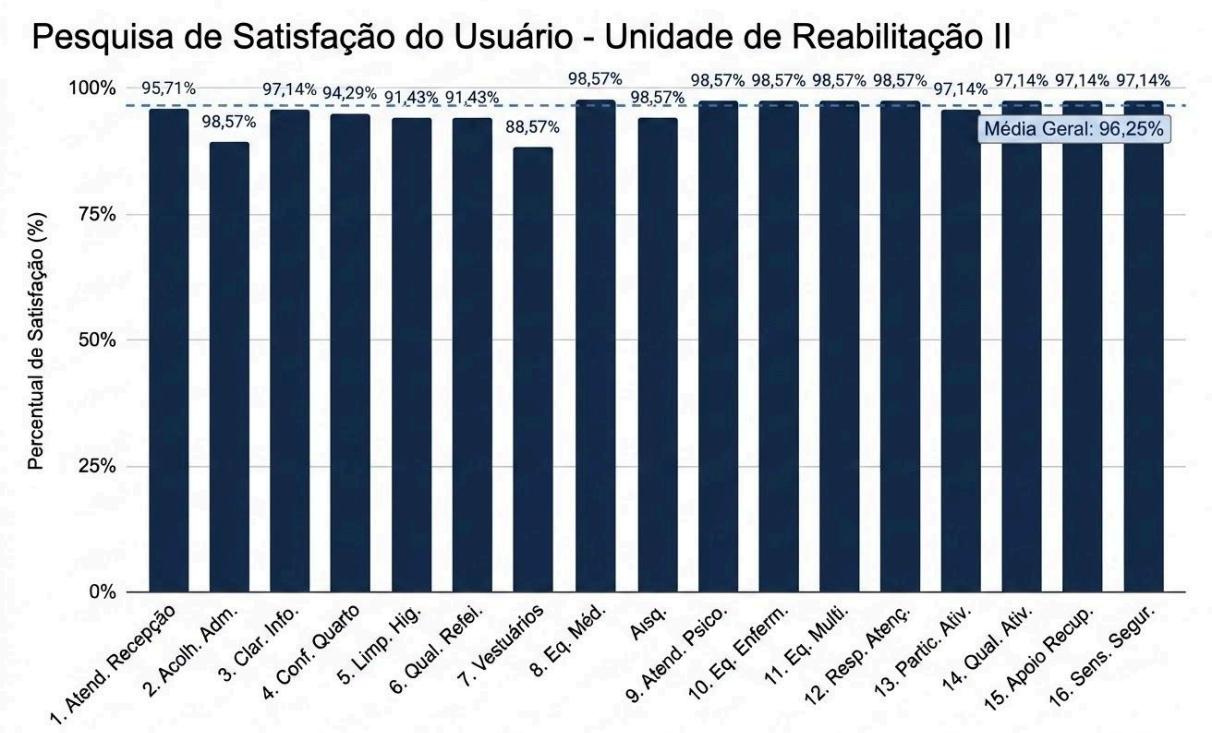
A rastreabilidade dos dados é assegurada por listas de presença assinadas pelos pacientes, encaminhadas mensalmente juntamente ao Boletim de Produção, permitindo a conferência documental das participações registradas.

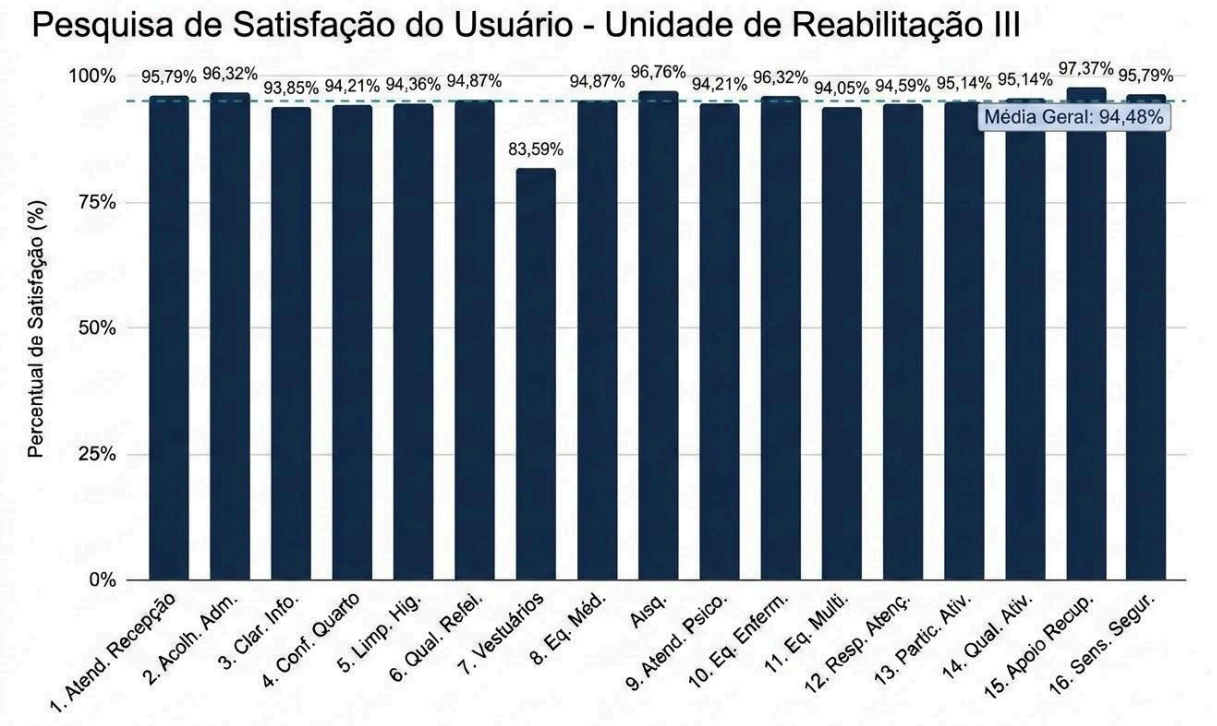
5.1.15 Participação nas Comissões Hospitalares

Análise Crítica: Houve participação nas reuniões quinzenais da Diretoria Hospitalar, nas reuniões assistenciais e nas instâncias de governança, incluindo o Núcleo de Segurança do Paciente, a Comissão de Revisão de Prontuários e a Comissão de Prevenção de Acidentes com Materiais Perfurocortantes. As participações contemplaram o acompanhamento dos indicadores assistenciais, a análise de eventos e a discussão de medidas de melhoria, em alinhamento às ações institucionais.

6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário





Análise Crítica: As Unidades de Reabilitação II e III apresentaram excelentes médias gerais de satisfação (96,25% e 94,48%, respectivamente), evidenciando a eficácia e a qualidade da assistência prestada. Os maiores índices concentraram-se na atuação da equipe médica e na assistência geral. O principal ponto de atenção identificado em ambas as unidades refere-se ao quesito Vestuários (88,57% na R2 e 83,59% na R3), sinalizando a necessidade de aprimoramento na gestão e disponibilização de enxoval. As equipes seguem orientadas para manter a excelência assistencial e otimizar os fluxos correlatos.

7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES

Durante o mês de setembro, foram realizadas ações de melhoria, capacitações e eventos institucionais direcionados à qualificação dos processos, ao fortalecimento das práticas assistenciais e à promoção da saúde e do bem-estar, contemplando tanto os pacientes quanto os colaboradores CEJAM e CAIS. As iniciativas tiveram como foco a qualificação profissional, a promoção da saúde mental, a qualidade de vida e a integração entre as equipes.

- **21 e 22/09/2026 –** Capacitação em Emergência Psiquiátrica: treinamento realizado pelo COREN, com abordagem relacionada ao manejo de situações de emergência psiquiátrica.
- **23 e 24/09/2026 –** Ação de Qualidade de Vida: atividade destinada aos colaboradores CEJAM e CAIS, contemplando sessões de auriculoterapia, laserterapia, bandagem funcional, verificação de sinais vitais e glicemia capilar.
- **29/09/2026 –** Palestra Setembro Amarelo: realizada com o tema "Saúde Mental no Trabalho: de Quem é a Responsabilidade?", ministrada pela Dra. Camila Simari – CEJAM.
- **30/09/2026 –** Comemoração dos 71 anos do Hospital: realização de almoço especial e missa ecumênica, destinados aos pacientes e colaboradores, como parte das ações comemorativas da instituição.

Raquel Paula de Oliveira
Gerente Técnico Regional
Gerência Técnica
OS CEJAM

São Paulo, 08 de Setembro de 2026.