

Relatório de Atividades Assistenciais

**Centro de Atenção Integral à
Saúde Clemente Ferreira em Lins**

**Convênio n.º
000479/2025**

**Junho
2025**

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO



GOVERNADOR

Tarcísio Gomes de Freitas

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Eleuses Paiva

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"



DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO

Renato Tardelli

GERENTE TÉCNICO REGIONAL

Raquel 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	5
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	6
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	6
4. FORÇA DE TRABALHO	6
4.1 Dimensionamento	7
4.1.1 Quadro de Colaboradores	7
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas	13
4.2.1 Absenteísmo	13
4.2.2 Turnover	14
4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	15
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS	15
5.1 Indicadores	16
5.1.1 Saídas	16
5.1.2 Taxa de Ocupação	17
5.1.3 Média de Permanência	18
5.1.4 Incidência de queda de paciente	19
5.1.5 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	20
5.1.7 Notificação sobre Contenção Mecânica	22
5.1.8 Sistematização da Assistência de Enfermagem	23
5.1.9 Evolução dos Prontuários	24
5.1.10 Projeto Terapêutico Singular	25
5.1.11 Comunicação ao Responsável da classe escolar a internação do paciente no prazo de 24h após internação.	25
5.1.12 Realizar Oficinas Terapêuticas todos os dias, com frequência mínima de participação 70%	26
5.1.13 Atendimento Médico em situações urgentes de forma imediata e não urgentes	26
5.1.14 Realização atividade físicas de Segunda a Sexta feira com frequência mínima de 70%	26
5.1.15 Participação nas Comissões Hospitalares	26
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	27
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	27
7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES	27

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

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

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

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

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

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

Visão

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

Missão

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

Valores

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

Pilares Estratégicos

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

Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

1.2 Convênio nº 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 Junho de 2025**.

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista é de **128** colaboradores, sendo 123 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	5	✓
	Psicólogo (36h Diurno)	7	7	✓
	Terapeuta Ocupacional (30h Diurno)	6	6	✓
	Assistente Social (30h)	6	6	✓
	Médico Psiquiatra Diurno	2	2	✓
	Médico Psiquiatra Noturno	1	1	✓
	Medico clinico Diurno	1	1	✓
	Médico Clínico Noturno	1	1	✓
	Técnico de Enfermagem (36h PAR)	37	35	↓
	Técnico de Enfermagem (36h impar)	37	35	↓
	Educador Físico (04h)	2	2	✓
	Enfermeiro (36h - Par)	8	9	↑
	Enfermeiro (36h - Impar)	8	8	✓
Total		128	125	↓

Análise Crítica: Durante o período analisado, foram registradas alterações na composição da equipe assistencial, sem prejuízo direto à continuidade da assistência prestada aos pacientes.

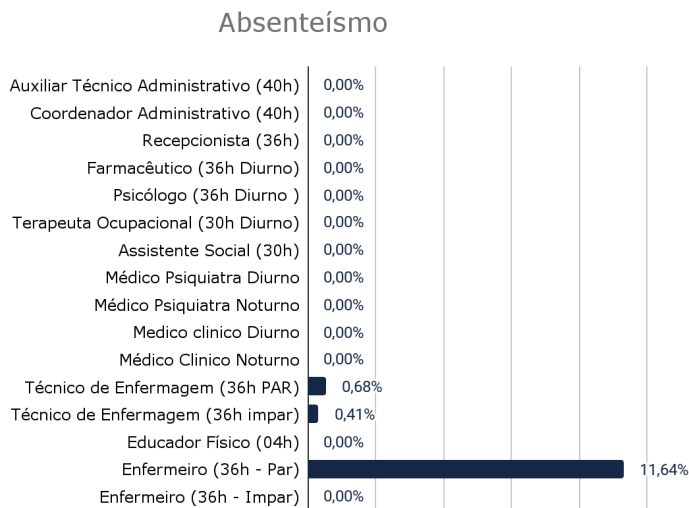
No setor de enfermagem, houve a dispensa de três (03) técnicos de enfermagem, em decorrência do término de contrato sem justa causa, o que resultou em déficit temporário no quadro funcional. Houve ainda um (01) pedido de demissão por parte da terapeuta ocupacional. Ressalta-se que o cargo de terapeuta ocupacional permanece em déficit, situação agravada pela baixa disponibilidade desse profissional no mercado de trabalho, fator que tem dificultado a recomposição regular da equipe ao longo dos últimos meses.

Diante desse cenário, a gestão adotou as devidas providências administrativas, com a reabertura de editais para provimento das vagas de técnico de enfermagem e, pela terceira vez, a reabertura de edital para terapeuta ocupacional, com o objetivo de recompor o quadro profissional e garantir a conformidade com os parâmetros técnicos e assistenciais exigidos para o serviço.

A situação segue sob monitoramento contínuo, com foco na adoção de ações estratégicas que assegurem a sustentabilidade da assistência, em consonância com as diretrizes de cuidado multiprofissional e as demandas clínicas e funcionais do perfil de pacientes atendidos.

4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.2.1 Absenteísmo



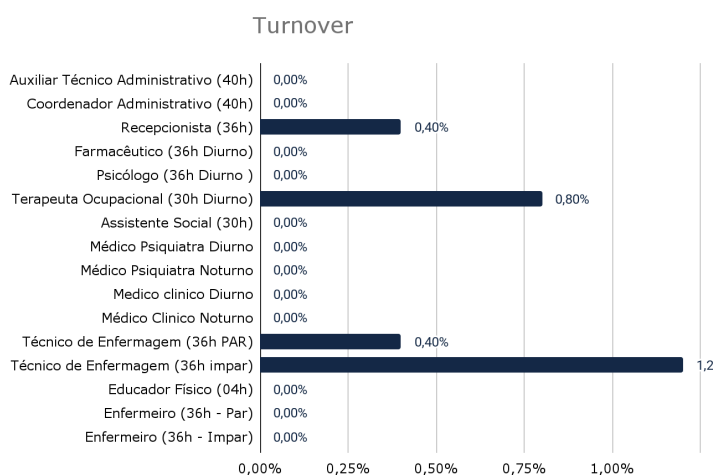
Análise Crítica: Durante o período analisado, foram registradas ausências na equipe de enfermagem, devidamente justificadas por documentação médica, conforme segue:

- 0,41% de ausência justificada entre os técnicos de enfermagem, mediante apresentação de atestado médico;

- 11,64% de ausência justificada do enfermeiro, com base em relatório e declaração médica.

As ausências foram registradas e tratadas em conformidade com os protocolos institucionais, sem impacto direto na continuidade da assistência prestada. A cobertura assistencial foi assegurada por meio de remanejamento interno da equipe e reorganização das escalas de trabalho, garantindo a manutenção da qualidade do cuidado.

4.2.2 Turnover

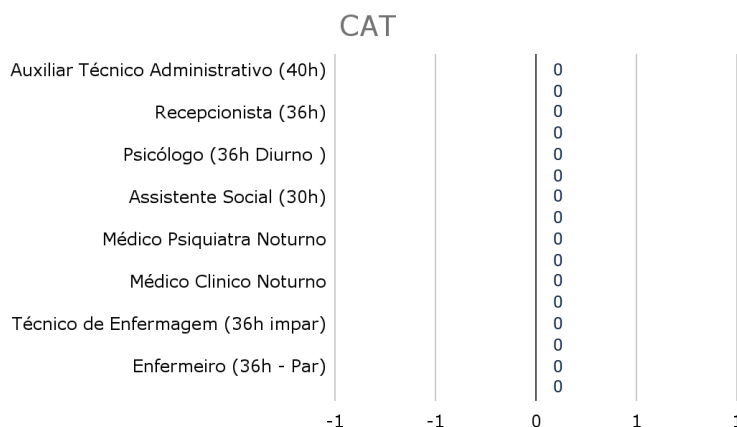


Análise Crítica: Durante o período analisado, foram registradas as seguintes movimentações no quadro de pessoal das Unidades de Reabilitação:

- 1 (uma) dispensa por término de contrato de recepcionista;
- 1 (um) pedido de demissão por parte da terapeuta ocupacional;
- 3 (três) dispensas por término de contrato de técnicos de enfermagem do plantão diurno;

- 2 (duas) licenças-maternidade de técnicas de enfermagem do plantão noturno.
- Tais movimentações impactaram temporariamente a composição da equipe, exigindo readequações internas nas escalas e processos administrativos para reposição dos cargos, a fim de assegurar a continuidade e qualidade da assistência prestada.

4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



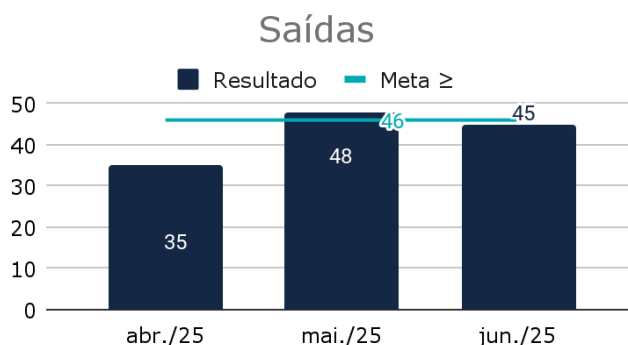
Análise Crítica: No período analisado, **não foram registrados acidentes ou incidentes de trabalho**, demonstrando o comprometimento da equipe com as normas de segurança e prevenção estabelecidas pela instituição.

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

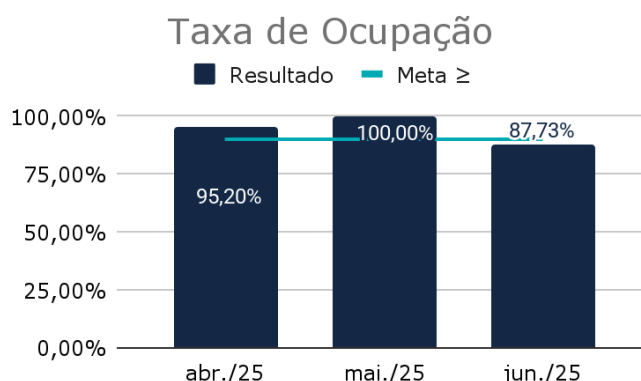


Análise crítica: No período analisado, foram registradas 45 altas hospitalares sendo:

- 40 altas melhorada, demonstrando resolutividade nas condutas terapêuticas e evolução clínica satisfatória dos pacientes;
- 05 altas a pedido, que foram devidamente avaliadas e orientadas conforme protocolo institucional, garantindo a segurança e a autonomia do paciente;

As altas ocorreram dentro dos parâmetros técnicos e assistenciais estabelecidos, refletindo a efetividade do serviço prestado no período.

5.1.2 Taxa de Ocupação



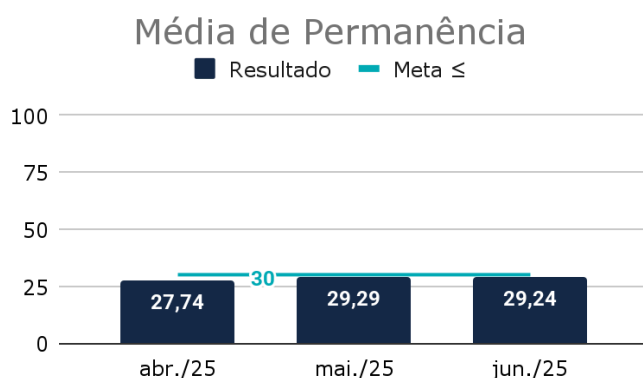
Análise crítica: No período avaliado, foi realizada a análise de desempenho assistencial das Unidades de Reabilitação 2 (R2) e Reabilitação 3 (R3), com foco na taxa de ocupação hospitalar — indicador essencial para o monitoramento da eficiência da utilização dos recursos físicos disponíveis.

Na Reabilitação 2, foram registradas **13 altas** e um total de **335 pacientes-dia**, considerando a capacidade instalada de **16 leitos** e um período de **30 dias**. Com base nesses dados, a **taxa de ocupação foi de 69,79%**, resultado que, embora aceitável, está sendo baseado nas vagas ofertadas e reguladas via SIRESP (Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo). Ressalta-se que essa unidade recebe pacientes com demandas judiciais, que não são contabilizados nas altas, mas permanecem internados.

Por outro lado, a Reabilitação 3 apresentou **32 altas** e **976 pacientes-dia**, com **34 leitos disponíveis**. Isso resultou em uma **taxa de ocupação de 95,69%**, demonstrando **utilização máxima da capacidade instalada**. Embora esse índice reflita alta demanda e boa performance em termos de ocupação, também acende um sinal de alerta quanto à possibilidade de sobrecarga assistencial, risco de filas para admissão e comprometimento da rotatividade em longo prazo.

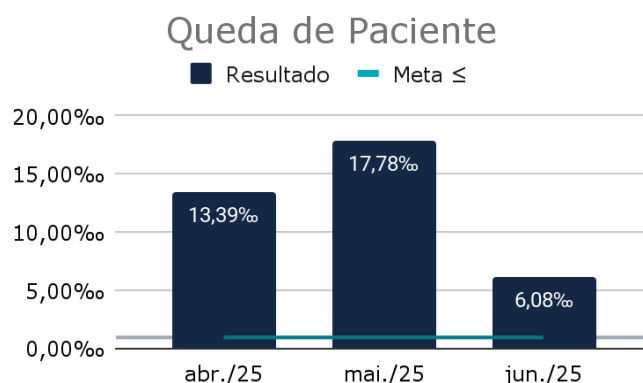
Ressalto a importância da continuidade no acompanhamento desses indicadores, buscando sempre o equilíbrio entre a qualidade assistencial, o cumprimento das diretrizes clínicas e a utilização racional da estrutura disponível. No período avaliado, as duas unidades contabilizaram 45 altas e apresentaram um percentual geral de aproximadamente 87,73% na taxa de ocupação.

5.1.3 Média de Permanência



Análise crítica: Conforme o parâmetro assistencial estabelecido, o tempo de tratamento nas Unidades de Reabilitação é fixado em **28 dias**, podendo ser estendido até **30 dias** conforme avaliação clínica. A análise consolidada do Tempo Médio de Permanência (TMP) nas Unidades de Reabilitação 2 (R2) e 3 (R3) resultou em uma média de **29,13 dias**, o que demonstra aderência ao tempo previsto de cuidado especializado, considerando as especificidades clínicas e sociais dos pacientes atendidos. O valor médio reflete a composição entre R2 (TMP de 25,77 dias), com perfil de reabilitação funcional moderada, e R3 (TMP de 30,50 dias), voltada a casos de maior complexidade. Este indicador reafirma a adequação do tempo de permanência ao protocolo terapêutico vigente, servindo como base para o monitoramento da eficiência assistencial.

5.1.4 Incidência de queda de paciente



Análise crítica: Durante o período em análise, foram registradas cinco (05) ocorrências de quedas nas unidades de reabilitação, conforme descritas a seguir:

Unidade de Reabilitação 2

Paciente: Adolescente – Prontuário 12.995 Data

Data: 15/06/2025 Horário: 15h41

Descrição: A queda ocorreu ao sair do banheiro, em razão de piso molhado. O paciente escorregou, não apresentando ferimentos aparentes, sendo mantido em observação pela equipe assistencial. Foi identificado que o chinelo utilizado, de propriedade do paciente, apresentava desgaste no solado, o que pode ter contribuído para o acidente.

Unidade de Reabilitação 2

Paciente: Adolescente – Prontuário 12.665

Data: 27/06/2025 Horário: 23h30

Descrição: Queda da cama ao se virar durante o sono. O paciente foi avaliado imediatamente após o evento e permaneceu em observação clínica, sem intercorrências posteriores.

Unidade de Reabilitação 3

Paciente: Prontuário 12.975

Data: 02/06/2025 Horário: 13h00

Descrição: Queda da própria altura ocorrida no corredor interno da unidade, no momento da troca de turno da equipe para o almoço. A equipe assistencial foi prontamente acionada, realizou a avaliação clínica e manteve o paciente em observação.

Unidade de Reabilitação 3

Paciente: Prontuário 12.684

Data: 29/06/2025 Horário: 22:30

Descrição: Ocorreu durante o uso do vaso sanitário, o qual apresentou instabilidade e perdeu o equilíbrio, ocasionando a queda da paciente. Após avaliação, a paciente permaneceu em observação. Reforçada a necessidade de verificação preventiva da fixação e estabilidade dos sanitários em uso.

Unidade de Reabilitação 3

Paciente: 12.661

Data: 30/06/2025 Horário: 15:30

Descrição: Durante atividade física, o equipamento utilizado perdeu estabilidade, ocasionando a queda da paciente. A equipe assistencial prestou atendimento imediato, sem intercorrências posteriores. Reforçada a orientação para que sejam evitados equipamentos com risco potencial de desequilíbrio durante atividades com pacientes.

Análise Crítica:

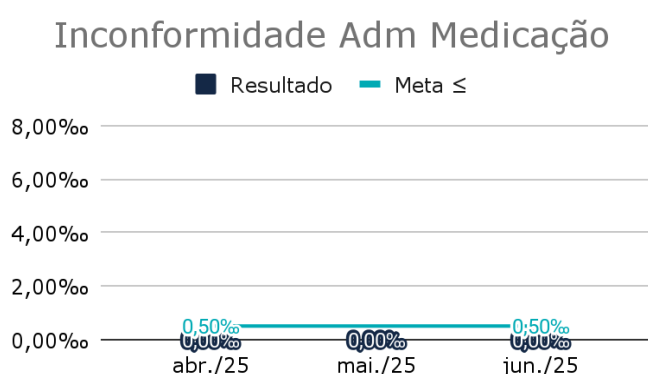
As ocorrências registradas no período analisado evidenciam a necessidade de reforço nas medidas de segurança ambiental, com foco na prevenção de escorregamentos (especialmente em áreas com piso molhado), na verificação

das condições dos calçados utilizados pelos pacientes, na avaliação da estabilidade de mobiliários fixos (como vasos sanitários) e no controle rigoroso da seleção e monitoramento de equipamentos utilizados em atividades físicas e terapêuticas.

Ações importantes foram realizadas durante o período analisado, tais como, a classificação de pacientes com risco de quedas nos chamados *quartos amarelos*, o acompanhamento e supervisão mais próxima por parte da equipe, identificação em prontuários (etiquetas que sinalizam o risco de queda) , troca de camas hospitalares por camas mais baixas, rondas de vigilância e supervisão foram intensificadas e escala de MORSE realizada diariamente pelo Equipe de Enfermagem do Plantão noturno.

Cabe ressaltar que, o fortalecimento das rotinas de inspeção preventiva nas áreas comuns e nos quartos, a sensibilização contínua das equipes assistenciais sobre a importância da adesão às práticas seguras de cuidado, com foco na prevenção de incidentes e promoção de um ambiente terapêutico seguro, devem fazer parte de processo contínuo de aprimoramento do cuidado.

5.1.5 Não Conformidade na Administração de Medicamentos

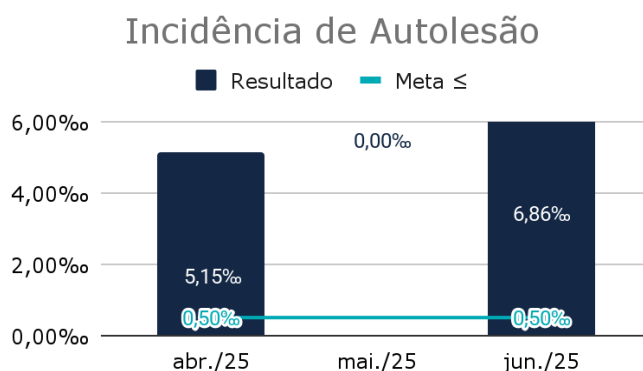


Análise crítica: Durante o período analisado, não foram registradas inconformidades relacionadas à administração de medicamentos, tais como erro de dose, identificação incorreta do paciente ou falha na via de administração.

No que se refere à devolução de medicamentos à farmácia, não houve ocorrências. As alterações e suspensões de medicamentos ocorreram de forma adequada, conforme avaliação clínica e conduta médica, em alinhamento com o plano terapêutico individualizado de cada paciente.

Destaca-se, ainda, uma melhora significativa nos processos de checagem, carimbo e rubrica nas prescrições médicas, demonstrando maior comprometimento e alinhamento da equipe de enfermagem às boas práticas de segurança na prescrição e administração de medicamentos.

5.1.6 Incidência de Autolesão



Análise Crítica: No período analisado, foram registradas cinco (5) ocorrências de autolesão nas Unidades de Reabilitação 2 e 3, envolvendo usuários distintos, com motivações e gravidades variáveis.

Unidade de Reabilitação 2

Prontuário 12.665 – Data: 04/06/2025 – Horário: 17h43

O paciente reagiu com agressividade após ser informado que a administração medicamentosa só ocorreria no horário prescrito. Demonstrando baixa tolerância à frustração, desferiu um chute na porta e soco, provocando corte na mão direita. Não houve necessidade de sutura, apenas curativo simples.

Unidade de Reabilitação 2

Prontuário 12.964 – Data: 12/06/2025 – Horário: 10h28

Adolescente realizou corte superficial na palma da mão esquerda com pedaço de vidro localizado na janela do NAT (Núcleo de Atividades Terapêuticas).

Unidade de Reabilitação 2

Prontuário 12.987 – Data: 14/06/2025 – Horário: 17h00

Durante o banho, o paciente retirou o ralo do banheiro e provocou pequenos cortes superficiais no próprio corpo. O fato demonstra risco associado a objetos de uso comum e à necessidade de reforço na vigilância durante atividades individuais, além de indicar potencial comportamento autodestrutivo dissimulado.

Unidade de Reabilitação 3

Prontuário 10.079 – Data: 20/06/2025 – Horário: 13h00

Paciente apresentou alteração de humor ao aguardar a liberação da equipe de enfermagem para uso de tabaco, não aceitando o tempo de espera. Em resposta, desferiu soco na janela do corredor, resultando em lesão com necessidade de sutura em punho direito. O evento revela impulsividade diante da frustração, além da dependência comportamental vinculada ao uso de substâncias como fator desencadeante.

Unidade de Reabilitação 3

Prontuário 10.079 – Data: 22/06/2025 – Horário: 16h00

Paciente apresenta nova alteração de comportamento relacionada ao uso de tabaco, insistindo em descumprir o acordo terapêutico previamente estabelecido. Frente à negativa da equipe, reagiu com impulsividade, desferindo soco contra a janela da unidade, o que resultou em lesão no antebraço direito, sendo necessário curativo. A reincidência do comportamento autolesivo sugere **baixa tolerância à frustração, dificuldade de aderência aos combinados terapêuticos e padrões de resposta agressiva diante de contenção institucional**. Ressalta-se a importância de intensificar intervenções focadas na

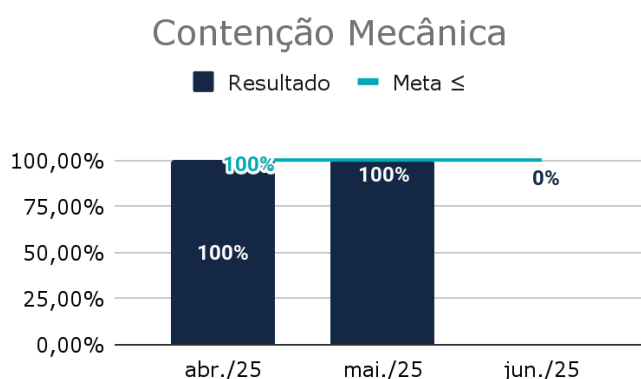
regulação emocional, bem como revisar a eficácia das estratégias já aplicadas com o referido paciente.

Unidade de Reabilitação 3

Prontuário 13.005 – Data: 30/06/2025 – Horário: 23h50

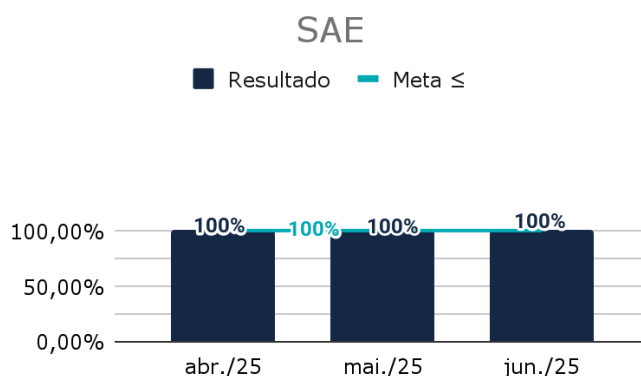
O episódio ocorreu após desentendimento com uma colega de quarto, gerando sentimento de tristeza que culminou em comportamento autolesivo. O paciente utilizou a ponta de um apontador de lápis de olho, previamente escondido na estrutura metálica da cama, para se mutilar no antebraço esquerdo. O caso evidencia um quadro de sofrimento psíquico não verbalizado e um **gesto de autolesão com forte carga emocional, desencadeado por conflito interpessoal**. Além disso, a presença de objeto perfuro cortante escondido requer providências imediatas para prevenção de novos eventos.

5.1.7 Notificação sobre Contenção Mecânica



Análise crítica: Não foi registrada nenhuma notificação de contenção no período analisado.

5.1.8 Sistematização da Assistência de Enfermagem



Análise crítica: Durante o período analisado, foram realizadas orientações contínuas à equipe de enfermagem quanto à importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme preconizado pelas Diretrizes do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Como resultado desse processo educativo e de sensibilização, observou-se avançado nível de adequação da equipe às práticas do SAE, com a implementação de ações de melhoria voltadas à qualificação da assistência.

A análise dos prontuários evidencia conformidade na estruturação do SAE, com registro do Histórico de Enfermagem, Exame Físico e Prescrição de Enfermagem em todos os documentos avaliados, demonstrando o comprometimento da equipe com a formalização e a segurança do cuidado prestado.

5.1.9 Evolução dos Prontuários

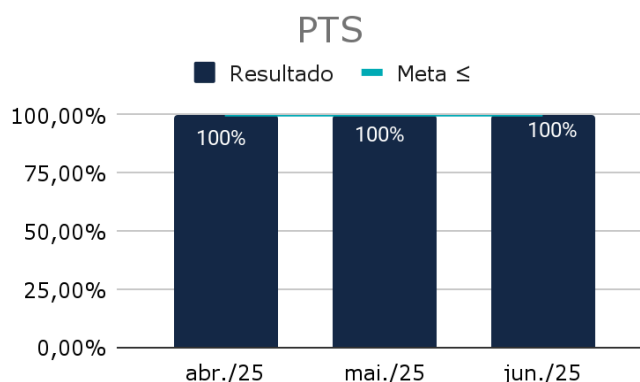


Análise crítica: Durante o período analisado, foi constatado que todos os prontuários apresentam evoluções regulares realizadas pela equipe multiprofissional, evidenciando o compromisso com a continuidade do cuidado, a comunicação entre as especialidades e a rastreabilidade das intervenções terapêuticas.

Observou-se, ainda, que parte das evoluções já adota o novo modelo de registro clínico, conforme orientações repassadas nas capacitações institucionais voltadas à qualificação dos registros assistenciais. Tais registros demonstram aderência progressiva às referências técnicas do setor, incluindo a identificação dos pacientes por grupos terapêuticos, prática que contribui para a personalização dos planos terapêuticos e melhor organização da assistência.

Essa evolução no padrão documental reflete o esforço conjunto da equipe multiprofissional na busca por melhorias contínuas, promovendo a padronização e a qualificação dos registros, em conformidade com as diretrizes institucionais, e assegurando maior qualidade, segurança e coerência nas informações assistenciais.

5.1.10 Projeto Terapêutico Singular



Análise Crítica: Durante o período analisado, todos os Planos Terapêuticos Singulares (PTS) foram devidamente elaborados, em conformidade com o protocolo institucional vigente.

Todos os documentos apresentam a assinatura dos respectivos pacientes, o que reforça o compromisso com a participação ativa do usuário no processo terapêutico e a conformidade com os princípios da integralidade e da humanização do cuidado.

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

Análise Crítica: Durante o período analisado, todas as 04 admissões foram devidamente comunicadas à classe escolar de referência, conforme o fluxo institucional estabelecido. A responsabilidade por esse processo foi assumida pelo profissional terapeuta ocupacional, designado como referência técnica para a articulação com o ambiente educacional.

Essa prática tem como objetivo assegurar a continuidade do vínculo educacional dos pacientes internados, promovendo a inclusão escolar e possibilitando a adaptação da rotina pedagógica às suas condições clínicas e terapêuticas.

Trata-se de uma estratégia alinhada aos princípios da atenção integral, humanizada e intersetorial, fundamentais no contexto da reabilitação.

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

Análise Crítica: As oficinas terapêuticas foram realizadas diariamente, conforme o cronograma previamente estabelecido, garantindo a continuidade das atividades propostas no plano terapêutico dos pacientes e contribuindo para os objetivos de reabilitação física, cognitiva, emocional e social.

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

Análise Crítica: Durante o período analisado, não foram registrados intercorrências em situação de urgência e não urgência que necessitasse de atendimento médico .

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

Análise Crítica: Durante o período analisado, foram realizadas 82 atividades físicas, conforme o cronograma estabelecido pelos Profissionais de Educação Física, conduzidas de forma regular e sistemática.

As ações foram executadas de acordo com os objetivos definidos no Plano Terapêutico Singular (PTS), respeitando as condições clínicas dos pacientes e os critérios de segurança estabelecidos pela equipe multiprofissional, promovendo o fortalecimento funcional, a autonomia e a reabilitação física dos usuários atendidos.

5.1.15 Participação nas Comissões Hospitalares

Análise Crítica: Durante o período analisado, a equipe participou ativamente das comissões institucionais, conforme solicitado, respeitando os calendários e convocações pré-estabelecidos:

- **Comissão de Segurança do Paciente:**

Reuniões realizadas na segunda semana de cada mês, às segundas-feiras, conforme cronograma previamente divulgado. Neste período, foram discutidos temas relacionados ao risco de queda, com destaque para a implementação de um projeto piloto envolvendo a utilização de pulseiras de identificação, aplicação da Escala de Morse e identificação de leitos com alerta de risco (quarto amarelo).

- **Comissão de Perfurocortante:**

Reuniões mensais, realizadas na última quarta-feira de cada mês, conforme previsto no calendário institucional.

- **Comissão de Revisão de Prontuários:**

Reuniões organizadas mensalmente, com convocações emitidas por meio do grupo oficial da comissão no WhatsApp, de forma acordada entre os membros.

A gestão assegurou o envio de um representante do CEJAM para cada comissão, mantendo o alinhamento entre as demandas institucionais e a disponibilidade dos profissionais, sem prejuízo às atividades assistenciais.

Ficou pactuado que as atas das reuniões serão compartilhadas com a gestão, com o objetivo de permitir o acompanhamento contínuo, registro formal das deliberações e apoio à tomada de decisão.

6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

Análise Crítica: No dia 18 de junho de 2025, foi realizada uma reunião com a equipe técnica do CEJAM com o objetivo de alinhar a definição da ferramenta de avaliação mais adequada ao perfil do serviço de saúde oferecido pela unidade.

Durante a reunião, foram discutidas diferentes possibilidades de aplicação da pesquisa de satisfação, incluindo o uso de dispositivos eletrônicos (tablets), questionários com perguntas fechadas e formas de resposta espontânea.

Após análise conjunta, ficou acordado que será implantada uma pesquisa de satisfação do usuário com perguntas fechadas, aplicada no momento da alta do paciente, podendo ser respondida de forma anônima ou identificada, de acordo com a preferência do usuário.

Essa iniciativa visa qualificar o processo de escuta do paciente, promovendo a melhoria contínua dos serviços prestados, com base em indicadores de percepção e experiência do cuidado.

7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES

Capacitações e Ações Institucionais – Junho de 2025

Instituição de Ensino: Centro de Referência em Formação e em Educação a Distância - Cefor

Capacitação Técnica – Situações Críticas

Datas: 09, 10, 11, 23, 24 e 26 de junho de 2025

Temas abordados:

- Emergências Psiquiátricas
- Deterioração Clínica
- Parada Cardiorrespiratória (PCR)

Total de colaboradores capacitados: 68 profissionais

A capacitação teve como objetivo ampliar o preparo técnico das equipes para o manejo de situações críticas, fortalecendo a segurança do paciente e a resposta imediata às intercorrências clínicas.

Ações Culturais e de Integração – Junho de 2025

- 18/06/2025 – Ação Cultural: Primeira Festa Junina do CEJAM, com a participação ativa dos pacientes das Unidades de Reabilitação 2 (R2) e Reabilitação 3 (R3).
- 22/06/2025 – Ação Cultural: Tarde do Flashback, com a participação dos pacientes da Unidade R3.
- 28/06/2025 – Ação de Integração com Colaboradores: Festa Junina com os profissionais do Plantão Noturno, promovendo engajamento e valorização das equipes.
- 29/06/2025 – Ação Cultural: Roda de Viola, realizada com os pacientes da Unidade R2, incentivando o convívio social e o bem-estar emocional.

Essas ações, de caráter pontual, foram planejadas com foco na promoção da humanização do cuidado, na integração entre equipe e pacientes, no bem-estar psicossocial e no fortalecimento do vínculo terapêutico, alinhando-se às diretrizes institucionais de atenção integral.


Raquel Paula de Oliveira
Gerente Técnico Regional
Gerência Técnica
OS CEJAM

São Paulo, 07 de Julho de 2025.