

Relatório de Atividades Assistenciais

CAISM Philippe Pinel

Convênio n.º

000421/2025

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 de Paula Oliveira

COORDENADOR OPERACIONAL

Éder Novaes de Oliveira

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	4
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	4
1.2 Convênio nº 421/2025	6
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	6
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	8
4. FORÇA DE TRABALHO	8
4.1 Dimensionamento	9
4.1.1 Quadro de Colaboradores CLT	9
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas	10
4.2.1 Absenteísmo	10
4.2.2 Turnover	11
4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	12
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS	12
5.1 Indicadores	13
5.1.1 Saídas	13
5.1.2 Taxa de Ocupação	32
5.1.3 Média de Permanência	33
5.1.4 Alta Melhorado/Curado	41
5.1.5 Tempo Mínimo para Alta Melhorado / Curado da Clínica de Dependência Química	42
5.1.6 Recusar a admissão de pacientes dentro do perfil da unidade	42
5.1.7 Evolução dos Prontuários	43
5.1.8 Projeto Terapêutico Singular dos pacientes	44
5.1.9 Participação da Conveniada nas reuniões das Comissões Hospitalares	45
5.1.10 Reclamações na Ouvidoria	45

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

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

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

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

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

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

Visão

"Ser a melhor instituição nacional na gestão de saúde populacional".

Missão

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

Valores

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

Pilares Estratégicos

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

Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

1.2 Convênio nº 421/2025

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

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

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

1. COLETA DE DADOS:

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

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

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

2. ANÁLISE DOS INDICADORES:

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

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

4. AÇÕES CORRETIVAS E MELHORIAS:

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

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

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

5. MONITORAMENTO DE QUALIDADE E AUDITORIAS:

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

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

6. COMUNICAÇÃO E TRANSPARÊNCIA:

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

3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O relatório apresenta as atividades desenvolvidas no serviço referente ao período de **01 a 30 de junho de 2025** pela equipe de profissionais da multidisciplinar de médicos plantonistas (psiquiatra e clínico geral) e médicos diaristas (psiquiatra assistente) nas enfermarias A e B de dependência química e C de transtornos mentais.

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista é de **11** colaboradores, a equipe efetiva no período é de **14** contratados por processo seletivo (CLT) e **19** por contratação de Pessoa Jurídica (PJ).

4.1 Dimensionamento

4.1.1 Quadro de Colaboradores CLT

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

Fonte: Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP)

Análise Crítica: Para completar a equipe mínima prevista ocorreu uma entrevista em 27/06/2025 com uma candidata para Terapeuta Ocupacional e após consulta de referências a profissional está em fase de contratação.

A efetividade dos cargos de médico clínico geral 12h diurno atualmente é composta por 3 profissionais dividindo os plantões de quinta a domingo/mês e médico psiquiatra 12h diurno é composta por 3 profissionais dividindo os plantões de sábado e domingo/mês. A composição de médico assistente diarista está completa, no entanto, em junho foi aguardada a definição do diarista que também desempenha a atribuição como RT.

Informamos que não houve ausências nos plantões de 24 horas previstos para cobertura das Admissões, Internações e Intercorrências, realizados por meio de empresa contratada em regime de Pessoa Jurídica (PJ), assegurando 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 coberturas adicionais, conforme detalhado a seguir:

18/06 – período de 06 horas - cobertura na enfermaria C

20/06 – período de 06 horas - cobertura na enfermaria C

Conforme consenso com a Diretoria do hospital em 28/05/2025 o feriado de 19/06/2025 - Corpus Christis não houve cobertura do diarista nas enfermarias, em virtude do direito a folga de profissional contratado regime CLT (Artigo 70 da CLT e Artigo 9º da Lei nº 605/1949). Entretanto, posteriormente ficou acordado que nos próximos feriados haverá cobertura garantido as 30h semanais previstas no Contrato.

4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.2.1 Absenteísmo

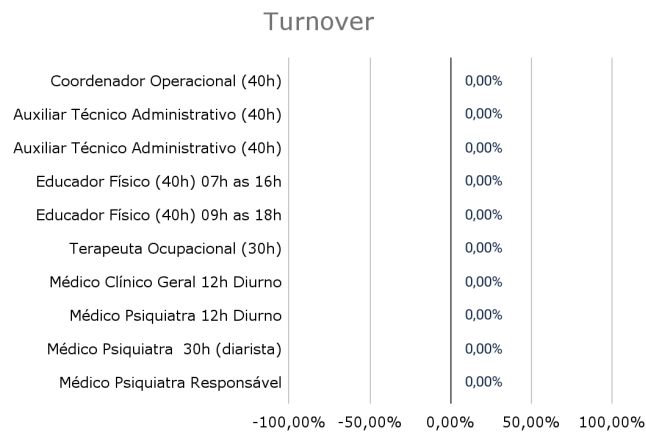
Absenteísmo

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 e nenhuma falta ou ausência injustificada. As folgas que houveram foram programadas e setores cobertos (exceto diarista no feriado de 19/06 conforme

explicado no item anterior) . Escala dos médicos psiquiatras, clínicos e equipe multi compartilhada com as áreas para consulta.

4.2.2 Turnover



Análise Crítica: No referido período houve a contratação de 1 Educador Físico para a vaga das 09h às 18h 1 Auxiliar Técnico Administrativo para vaga das 10h às 19h ambos escalas 5x2 (início do contrato em 23/06/2025).

4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

CAT				
Coordenador Operacional (40h)		0		
Auxiliar Técnico Administrativo (40h)		0		
Auxiliar Técnico Administrativo (40h)		0		
Educador Físico (40h) 07h as 16h		0		
Educador Físico (40h) 09h as 18h		0		
Terapeuta Ocupacional (30h)		0		
Médico Clínico Geral 12h Diurno		0		
Médico Psiquiatra 12h Diurno		0		
Médico Psiquiatra 30h (diarista)		0		
Médico Psiquiatra Responsável		0		
	-1	-1	0	1

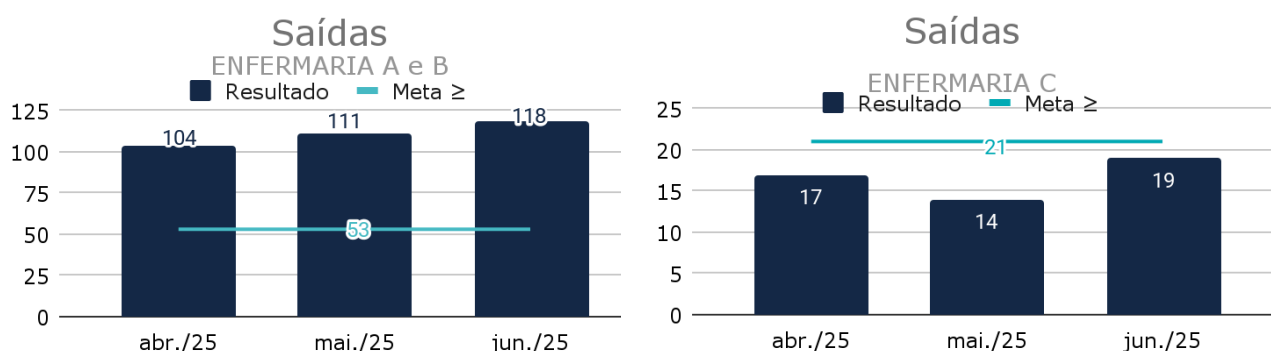
Análise Crítica: Não houve.

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 enfermarias de dependência química e transtorno mentais 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 118, acima da meta de ≥ 53 saídas.

Quanto às saídas na clínica de transtornos mentais, foram 19 altas, ainda abaixo da meta (≥ 21 saídas) pelo motivos técnicos de internações que se prolongaram acima do esperado:

Paciente: R.C.G - 40 anos. RGH: 34.905

Período de Internação: (27/04 a 16/06) - 50 dias

Diagnóstico Principal: F312 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR, EPISÓDIO ATUAL MANÍACO COM SINTOMAS PSICÓTICOS

A paciente possui diagnóstico prévio de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e Esquizofrenia, conforme relato de familiar (prima). Estava vinculada ao CAPS Pedreira, porém abandonou o acompanhamento.

Eventos Clínicos e Intervenções

- Internação no Hospital Jabaquara e posterior transferência para o PAI Zona Norte.
- Introdução de:
 - Haloperidol 5 mg
 - Valproato de Sódio 250 mg
 - Diazepam 10 mg

- Observada ausência de insight e baixa adesão ao tratamento.

24/04/2025

- Início de comportamentos desorganizados e agitação psicomotora:

- Gritos noturnos
- Insônia
- Agressividade
- Jogar objetos pela residência

- Relatos delirantes de despersonalização e ideação de morte.

05/05/2025

- Suspensão do Diazepam (manhã)

- Aumento da dose de Haloperidol

14/05/2025

- Participação ativa em atividades terapêuticas

21/05/2025

- Persistência de ideação delirante

28/05/2025

- Quadro de irritabilidade e desorientação

- Revisão do esquema medicamentoso

29/05/2025

- Introdução de Olanzapina 5 mg

10/06/2025

- Prescrição de Haloperidol Decanoato 50 mg (3 ampolas)

11/06/2025

- Evolução clínica favorável: paciente estável, comunicando-se com familiares

16/06/2025

- Alta hospitalar com encaminhamento para continuidade do acompanhamento no CAPS Adulto II – Cidade Ademar

Considerações Finais

A internação prolongada de R.C.G. foi fundamental para:

Promover estabilização clínica e resposta terapêutica adequada;

Reduzir riscos à integridade física da paciente e de terceiros;

Garantir um plano de alta estruturado, com suporte em rede (CAPS Adulto II), visando a continuidade do cuidado.

Paciente: A.I.T.S - 64 anos. RGH: 34.863

Período de Internação: (17/04 a 04/06) - 48 dias

Diagnóstico Principal: F29 PSICOSE NÃO-ORGÂNICA NÃO ESPECIFICADA

Paciente com diagnóstico de esquizofrenia desde os 30 anos de idade, conforme relato próprio e de terceiros. Recusa parcialmente o diagnóstico e relata histórico de eventos traumáticos associados à época em que atuava na polícia investigativa, incluindo abuso sexual, gravidez decorrente da violência e morte do filho em 2022. Refere uso atual de Risperidona 2 mg e de Clonazepam 10 gotas. Tem histórico de uma internação psiquiátrica anterior, aos 38 anos, após episódio de agressão física contra colega de trabalho.

Eventos Clínicos e Intervenções Terapêuticas

13/04/2025

- Paciente encontrada em situação de risco suicida em uma ponte, alegando perseguição por parte do síndico.
- Quadro de agitação psicomotora, discurso desconexo e persecutório.
- Encaminhada à UPA da Lapa, onde foram realizados exames laboratoriais e ajuste medicamentoso inicial.
- Paciente mantém ideiação persecutória em relação ao síndico.
- Relata ser "a mulher mais invejada do mundo".
- Confirma início do acompanhamento psiquiátrico após episódio de violência institucional e pessoal.

21/04/2025

- Ajuste na Risperidona para 6 mg, frente à intensificação dos sintomas psicóticos e alteração do humor.

23/04/2025

- Clonazepam ajustado para 0,5 mg, divididos em dois comprimidos noturnos.

28/04/2025

- Entrevista com amiga da paciente confirma relato de abuso e histórico prolongado de esquizofrenia.
- Introdução de Ácido Valproico 250 mg, diante de discurso grandioso e persecutório.

01/05/2025

- Discurso prolixo e comprometimento da atenção, com dificuldade em responder objetivamente.

12/05/2025

- Ajuste do Ácido Valpróico para 500 mg/dia, sendo dois comprimidos pela manhã e dois à noite.

14/05/2025

- Quadro de comportamento inadequado e recusa medicamentosa (quatro comprimidos), motivando troca da forma farmacêutica para solução oral.

22/05/2025

- Paciente relata pirose causada pela formulação líquida e solicita retorno ao comprimido.

- Introdução de Divalproato de Sódio 500 mg, 1 comprimido 2x/dia.

26/05/2025

- Persistência do quadro psicótico com discurso persecutório estruturado.

- Aumento da dose de Risperidona para 7 mg/dia.

04/06/2025

- Alta hospitalar, com encaminhamento ao CAPS Adulto II – Butantã, para continuidade do acompanhamento em regime ambulatorial.

Considerações Clínicas Finais

A internação prolongada da paciente foi justificada por dois fatores centrais:

Desorganização comportamental grave, com risco iminente à integridade física;

Risco psicossocial elevado, impossibilitando a desospitalização em momento anterior.

A alta somente foi possível mediante atingimento de critérios mínimos de:

Estabilidade clínica, com redução da sintomatologia psicótica aguda;

Segurança social, com suporte mínimo estabelecido para seguimento terapêutico em rede.

Paciente: K.A.S - 40 anos. RGH: 34.918

Período de Internação: (01/05 a 10/06) - 40 dias

Diagnóstico Principal: F312 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR, EPISÓDIO ATUAL MANÍACO COM SINTOMAS PSICÓTICOS

Histórico Familiar e Pessoal

Paciente divorciada, reside com prima. Possui dois filhos que saíram de casa após episódios de agressão cometidos pela avó (com diagnóstico de esquizofrenia).

Antecedentes familiares significativos de transtornos psiquiátricos, incluindo esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar entre mãe, pais e tios.

Relata abuso sexual infantil perpetrado por tios e cunhado.

Declara ser casada com um morador de rua, embora ele "não acredite nela".

Quadro Atual

Paciente apresenta episódios psicóticos descompensados, com os seguintes sintomas predominantes: Taquipsiquismo, Agressividade, Alterações de humor, Insônia, Discurso grandioso, Comportamento desorganizado (atravessando a cidade e entrando em locais privados sem autorização).

Possui histórico de múltiplas internações desde 2018, com baixa adesão terapêutica e episódios frequentes de desestabilização clínica.

Evolução e Intervenções

26/04/2025

- Administração de Haloperidol Decanoato (2 ampolas) na UPA Pirituba.

07/05/2025

- Redução da Prometazina.
- Introdução de Lítio 300 mg.
- Redução na dose do Haloperidol.

12/05/2025

- Relato de suspensão do uso dos medicamentos pela paciente, que afirmou que a tia os havia retirado para entregá-los à mãe.

14/05/2025

- Comportamento desorganizado: questionamento vago sobre seu "namorado", sem contextualização.

19/05/2025

- Ajuste na dose de Lítio, com aumento da posologia.

20/05/2025

- Visita de familiares (ex-sogra e ex-cunhada), com resposta emocional positiva: paciente relatou estar feliz.

26/05/2025

- Evolução clínica favorável; expressou saudade dos filhos.

02/06/2025

- Mantinha melhora clínica.
- Prescrição de Haloperidol Decanoato em regime contínuo:
 - 1 ampola em 02/06
 - 1 ampola programada para 17/06

(Objetivo: administração a cada 28 dias em esquema bimestral)

10/06/2025

▪ Concluída a internação com alta hospitalar, após cumprimento do ciclo de observação e estabilização clínica.

Justificativa para Internação Prolongada

A manutenção hospitalar de K.A.S. por período prolongado foi clinicamente indicada pelos seguintes fatores:

Gravidade do quadro psiquiátrico, com sintomas psicóticos persistentes e risco de desorganização comportamental.

Comportamento autossabotador, incluindo recusa e manipulação indevida das medicações.

Risco potencial de agressividade, tanto para terceiros quanto para si mesma.

A alta foi autorizada somente após estabilização sintomatológica, adesão parcial ao esquema terapêutico e estrutura mínima de apoio familiar.

Paciente: A. S. V. S. - 66 anos. RGH: 34.947

Período de Internação: (15/05 a 16/06) - 32 dias

Diagnóstico Principal: F312 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR, EPISÓDIO ATUAL MANÍACO COM SINTOMAS PSICÓTICOS

A paciente deu entrada no serviço de saúde apresentando comportamento agitado, insônia persistente, agressividade verbal e física, além de relato de alucinações auditivas, especificamente vozes masculinas que, segundo ela, afirmavam que "vai pro saco".

Segundo informações de familiares, o quadro depressivo teria iniciado há aproximadamente 2 anos, evoluindo nos últimos 6 meses para um estado de excitação psicomotora, alucinações auditivas, ideias persecutórias em relação a vizinhos e ausência total de sono.

Evolução Clínica e Conduta

Durante o período de internação, a paciente apresentou quadro clínico-comportamental instável, com necessidade de múltiplos ajustes farmacológicos, devido à pouca resposta terapêutica inicial.

04/06/2025: observada melhora parcial do comportamento, com redução da agitação. No entanto, passou a queixar-se de cefaleia constante, motivando a solicitação de uma Tomografia Computadorizada (TC) de crânio.

11/06/2025: exame foi autorizado, sendo agendado para 13/06/2025.

13/06/2025: realização da TC de crânio, sem alterações relevantes identificadas.

16/06/2025: após período de estabilidade clínica e comportamental, com boa resposta ao esquema medicamentoso vigente, a paciente recebeu alta hospitalar.

Justificativa da Internação Prolongada

A internação prolongada foi considerada necessária para:

Ajuste gradual do tratamento medicamentoso, conforme resposta clínica individual;

Estabilização do quadro psicótico e do comportamento agressivo;

Preservação da segurança da paciente e de terceiros, diante de episódios de agitação e impulsividade.

Investigação de sintomas neurológicos associados (cefaleia persistente), com realização de exames de imagem.

Paciente: V. S. R. - 39 anos. RGH: 34.851

Período de Internação: (14/04 a 23/06) - 70 dias

Diagnóstico Principal: F200 ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE

Paciente com diagnóstico prévio de Esquizofrenia com início há aproximadamente 9 anos. Primeiro episódio relatado há cerca de 6 anos. Histórico de Adesão: Recusa recorrente ao uso de medicações antipsicóticas com 2 registros de internações anteriores.

Paciente foi encaminhada ao Pronto Socorro (PS) após episódio de ameaça com arma branca à irmã, associada a comportamento agressivo e desorganizado. Relatava a presença de um "homem" que estaria constantemente tentando "tomar sua vida", configurando ideação persecutória persistente. Apresentava, ainda, alucinações auditivas com conteúdo ameaçador.

Medicações no Ato da Internação

Olanzapina 10 mg – 1x ao dia (noite)

Clonazepam 2 mg – 1x ao dia (noite)

Evolução Clínica e Condutas:

23/04/2025

- Avaliação revela manutenção das ideias persecutórias e alucinações auditivas.
- Ajuste de medicação: introdução de Olanzapina 5 mg adicional, totalizando 13 mg/dia.

24/04 a 10/06/2025

- Prescrição mantida com Olanzapina 13 mg/dia e Clonazepam 2 mg/dia.
- Paciente com resposta parcial ao tratamento.

20/05/2025

- Aumento da dose de Olanzapina para 20 mg/dia, diante da persistência de sintomas psicóticos residuais, apesar de melhora clínica inicial.

11/06/2025

- Paciente permanece em uso regular das medicações.
- Equipe observa melhora clínica e comportamental consistente, com previsão de alta em 15 dias.

16/06/2025

- Avaliação demonstra melhora psicopatológica importante, sem alucinações ativas.

23/06/2025

- Alta hospitalar concedida após estabilização clínica.
- Paciente sem queixas, sem sintomas psicóticos ativos e com boa resposta ao tratamento instituído.
- Mantida prescrição para uso ambulatorial de:
 - Olanzapina 13 mg/dia
 - Clonazepam 2 mg/dia (à noite)

Considerações Finais

A internação prolongada foi necessária para:

Garantir a segurança da paciente e de terceiros, frente a episódios de agressividade;

Estabilização do quadro psicótico agudo, com remissão de sintomas produtivos (alucinações e delírios persecutórios);

Implementação e ajuste progressivo do esquema farmacológico, com boa resposta terapêutica ao final do período.

Paciente: M. H. D. - 54 anos. RGH: 34.316

Período de Internação: (24/05 a 27/06) - 34 dias

Diagnóstico Principal: F31.2 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR, EPISÓDIO ATUAL MANÍACO COM SINTOMAS PSICÓTICOS

A paciente, do sexo feminino, foi encaminhada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ao Hospital Tiradentes em razão de um quadro de

agitação psicomotora intensa e comportamento desorganizado, culminando em tentativa de agressão à irmã com arma branca. Durante o atendimento hospitalar inicial, manteve discurso desorganizado, com delírios persecutórios, acreditando que seus familiares estariam conspirando para roubar sua aposentadoria. Também apresentava delírios místicos e de autorreferência, além de pensamentos persecutórios em relação à equipe de saúde.

No momento da admissão, foi necessário uso de contenção química devido à não responsividade ao manejo verbal, com administração de:

Haloperidol (1 ampola)

Prometazina (1 ampola)

Clorpromazina (1 ampola)

Medicações em uso no momento da internação

Lítio 300 mg – 1 cp ao dia

Prometazina 25 mg – 1 cp ao dia

Evolução e Intervenções

Primeiros dias de internação

- Paciente mantém hostilidade matinal e resistência à administração medicamentosa injetável.
- Conduta médica:
 - Suspensão do Lítio
 - Início de Ácido Valproico 250 mg 1-0-1
 - Início de Olanzapina 10 mg à noite
 - Redução do Clonazepam para 1 mg

27/05/2025

- Quadro persistente de agressividade grave → necessidade de nova contenção física.
- Ajuste medicamentoso:
 - Clonazepam aumentado para 2 mg 1-1-1,5
 - Ácido Valproico 250 mg 1-0-2
 - Introdução de Alopurinol 5 mg e Prometazina 50 mg

30/05/2025

- Nova contenção física e química por agitação psicomotora grave.
- Medicação utilizada:
 - Alopurinol 5 mg/ml + Prometazina 25 mg/2 ml

02/06/2025

- Observada piora comportamental após visita de familiares.
- Novos ajustes:
 - Ácido Valproico aumentado para 500 mg 0-0-500 mg
 - Alopurinol ajustado para 5 mg 0-1-0

03/06/2025

- Episódio de agressão física: paciente agrediu outra usuária com soco.
- Nova contenção física realizada.

12/06/2025

- Início de melhora clínica evidente.
- Paciente demonstra reconhecimento da equipe, agradecendo pelo cuidado e relatando benefícios das mudanças medicamentosas.

17/06/2025

- Suspensão do Clonazepam, com manutenção de estabilidade clínica.

23/06/2025

- Redução da dose de Ácido Valproico para 250 mg 2-0-2

27/06/2025 – Alta hospitalar

- Após avaliação clínica longitudinal, com estabilidade dos sintomas psicóticos e ausência de episódios agressivos recentes, foi concedida alta médica.
- Prescrição na alta:
 - Ácido Valproico 250 mg – 2 cp manhã / 2 cp noite
 - Olanzapina 10 mg – 1 cp à noite
- A alta ocorreu acompanhada do filho, que recebeu orientações quanto ao convívio, supervisão e seguimento terapêutico da paciente.

Considerações Finais

A internação prolongada foi necessária para:

Controle da agitação psicomotora grave e comportamento agressivo recorrente;

Ajustes medicamentosos complexos, frente à resistência inicial ao tratamento e escassa resposta clínica nas primeiras semanas;

Redução progressiva de sintomas psicóticos produtivos (alucinações e delírios persecutórios);

Planejamento de alta com suporte familiar e tratamento contínuo em regime ambulatorial.

Paciente: M.V. A. B. L. - 59 anos. RGH: 34.971

Período de Internação: (01/05 a 06/06) - 36 dias

Diagnóstico Principal: F312 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR, EPISÓDIO ATUAL MANÍACO COM SINTOMAS PSICÓTICOS

Paciente foi admitida neste serviço de saúde com diagnóstico prévio de Esquizofrenia, apresentando descompensação psicótica aguda. O quadro atual foi precipitado pela interrupção voluntária do tratamento com Risperidona 4 mg há aproximadamente dois meses. Na admissão, a paciente exibia comportamento desorganizado, delírios persecutórios direcionados à filha e agressividade excessiva.

Eventos Clínicos:

01/05: Admissão hospitalar em regime de internação psiquiátrica devido à descompensação do quadro psicótico e risco iminente à segurança própria e de terceiros.

05/05: Avaliação psiquiátrica inicial revelou ausência de crítica em relação à necessidade da internação. Iniciadas alterações medicamentosas: redução da dosagem de Alopurinol para 10 mg (1-0-1) e aumento da dosagem de Ácido Valproico para 250 mg (1-0-2), visando estabilização do humor e controle dos sintomas psicóticos.

12/05: Persistência do quadro de alucinações e pensamentos persecutórios. Novo ajuste terapêutico implementado: aumento da dosagem de Alopurinol para 5 mg (1-0-2) e substituição da apresentação de Ácido Valproico comprimido para formulação líquida, buscando melhor adesão e absorção.

14/05: Diante da evolução clínica e da necessidade de otimização da estabilização do humor, o Ácido Valproico foi descontinuado e o Lítio 300 mg foi introduzido na terapêutica.

Após 14/05: A paciente permaneceu em observação contínua, aguardando o período de latência e o efeito terapêutico completo das medicações introduzidas e ajustadas. Observou-se progressiva estabilização do quadro psicótico e do comportamento.

06/06: Após período de observação e constatação de estabilidade clínica e psiquiátrica, a paciente recebeu alta hospitalar, com prescrição de Lítio 300 mg e Alopurinol 5 mg (1-0-2), e indicação para seguimento ambulatorial.

Considerações finais:

A internação da paciente M.V. A. B. L. estendeu-se por 36 dias (01/05 a 06/06) devido à complexidade do quadro de transtorno afetivo bipolar com sintomas psicóticos, exacerbado pela interrupção prévia do tratamento. O tempo de internação prolongado foi fundamental para a realização de múltiplos ajustes na terapêutica psicofarmacológica, incluindo a introdução e titulação de estabilizadores de humor (Lítio) e antipsicóticos (Alopurinol), bem como a monitorização da resposta clínica e dos potenciais efeitos adversos. A estabilização completa dos delírios persecutórios, alucinações e agressividade, juntamente com a recuperação da crítica sobre sua condição, demandou um período de observação e manejo intensivo em ambiente seguro, justificando a duração da internação para garantir a segurança da paciente e a consolidação da estabilidade psiquiátrica antes da desospitalização e continuidade do tratamento em nível ambulatorial.

Paciente: A. G. S. - 28 anos. RGH: 32.517

Período de Internação: (19/05 a 23/06) - 35 dias

Diagnóstico Principal: F31.2 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR, EPISÓDIO ATUAL MANÍACO COM SINTOMAS PSICÓTICOS

Paciente foi admitida em serviço de pronto-socorro apresentando quadro prodromico de três dias de irritabilidade excessiva, comportamento hostil e logorreia, culminando em uma descompensação psiquiátrica aguda. A avaliação inicial revelou sintomatologia compatível com um episódio maníaco grave com sintomas psicóticos, corroborando o diagnóstico principal de Transtorno Afetivo Bipolar. No momento da admissão para internação, o perfil farmacológico domiciliar da paciente incluía Risperidona 2 mg, Clonazepam 2 mg, Prometazina 25 mg e Nicotina 21 mg (adesivo transdérmico).

Eventos Clínicos e Intervenções Terapêuticas

19/05: Internação em regime de hospitalização psiquiátrica. O procedimento foi indicado devido à refratariedade do quadro maníaco com características psicóticas em ambiente domiciliar, mesmo com a medicação em uso. A instabilidade clínica apresentava risco potencial à paciente e/ou a terceiros.

26/05: Reavaliação clínica evidenciou persistência do quadro, manifestado pela manutenção de alucinações (auditivas e visuais), comportamento francamente hostil e irritabilidade exacerbada, indicativos de atividade psicótica e desorganização maníaca.

30/05: Iniciou-se a desescalada terapêutica com a retirada gradual do Clonazepam 2 mg. Esta intervenção visou avaliar a contribuição do benzodiazepínico na sintomatologia atual e otimizar o regime farmacológico, com monitorização comportamental programada para as 72 horas subseqüentes.

04/06: Após cinco dias da suspensão do Clonazepam, a paciente mantinha discurso com pensamentos desconexos. Contudo, demonstrou um avanço significativo na autocrítica em relação à sua condição patológica, embora ainda persistisse uma limitada percepção sobre sua atual situação de internação. A suspensão do Clonazepam foi mantida, e as demais prescrições foram continuadas.

11/06: Observou-se uma melhora clínica progressiva, caracterizada pela redução da irritabilidade, diminuição da labilidade emocional (menor ocorrência de pranto) e atenuação dos pensamentos confusos. Diante da resposta terapêutica favorável, procedeu-se ao ajuste posológico do Carbonato de Lítio para 300 mg/dia, visando otimizar a estabilização do humor.

23/06: Após um período prolongado de observação intensiva e monitoramento contínuo do comportamento, constatou-se melhora psiquiátrica clinicamente significativa e estabilidade do humor. A paciente foi considerada apta para desospitalização, com prescrição de Risperidona 2 mg, Prometazina 25 mg e Carbonato de Lítio 300 mg/dia, e encaminhamento para seguimento ambulatorial em nível de atenção primária ou secundária.

Considerações finais:

A internação da paciente A. G. S. estendeu-se por um período de 35 dias, superando o período de 30 dias comumente considerado para episódios agudos, devido à complexidade inerente e à refratariedade inicial do quadro de Transtorno Afetivo Bipolar em episódio maníaco com sintomas psicóticos. A permanência hospitalar prolongada foi imperativa para a adequada condução e monitorização da polifarmácia psicotrópica, incluindo a fase de wash-out do Clonazepam e a otimização gradual da dose de Carbonato de Lítio. Tais processos demandam observação clínica contínua em ambiente controlado para mitigar riscos de descompensação iatrogênica e/ou efeitos adversos significativos. A estabilização do humor, a remissão sintomática dos fenômenos psicóticos e a recuperação da crítica da paciente sobre sua morbidade foram alcançadas de forma gradual e progressiva ao longo do período, justificando a duração da

internação para garantir a segurança da paciente e a efetividade do plano terapêutico antes da transição para o cuidado em regime ambulatorial.

Paciente: E. M. C. - 39 anos. RGH: 34.885

Período de Internação: (23/04 a 16/06) - 54 dias

Diagnóstico Principal: F200 ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE

A paciente, que reside sozinha e atua como atendente em restaurante (possuindo uma filha residente com o pai), deu entrada apresentando um quadro de descompensação psicótica aguda. A sintomatologia inicial incluía alucinações e delírios persecutórios complexos, como a crença de conspiração por parte de familiares e inquilinos para a apropriação de seu imóvel, a percepção de rituais de vodu e uso de "areia de cemitério" na residência, e delírios de grandeza com convicções de ser da linhagem do Rei Davi e de possuir comunicação bidirecional com entidades divinas (Deus e anjos), embora negasse alucinações auditivas. No momento da internação, a paciente utilizava as seguintes medicações: Haloperidol 5 mg (1-0-1), Prometazina 25 mg (1-1-1) e Valproato de Sódio 500 mg a cada 8 horas.

Eventos Clínicos e Intervenções Terapêuticas

30/04: Iniciada a redução da dosagem de Haloperidol 5 mg para um esquema de 0-0-1, visando a otimização da farmacoterapia antipsicótica e a minimização de efeitos colaterais.

05/05: Reavaliação clínica demonstrou persistência de discurso tangencial e atitude suspicaz. A paciente ainda apresentava ausência de crítica em relação ao seu estado clínico e ao motivo da internação, evidenciando manutenção da desorganização do pensamento e da percepção da realidade.

07/05: Decidiu-se pela descontinuação completa do Haloperidol, buscando reavaliar a resposta terapêutica e a necessidade de ajuste da estratégia antipsicótica.

17/05: (10 dias após retirada do Haldol): A paciente manifestou desejo de alta e um discurso de melhora da intensidade dos sintomas e redução da proporção dos delírios, visando a desospitalização. Contudo, a avaliação psiquiátrica objetiva revelou que a paciente ainda apresentava delírios persecutórios ativos e evidentes, com persistência da remissão do juízo de realidade, indicando que o quadro psicótico permanecia ativo e comprometendo a sua capacidade de discernimento.

Considerações Finais:

A internação da paciente E. M. C. se estendeu por 54 dias em decorrência da complexidade e da evolução atípica do quadro de Esquizofrenia Paranóide. A necessidade de um período prolongado de hospitalização foi determinada pela persistência de delírios persecutórios e alucinações, a notável ausência de crítica em relação à sua condição psicopatológica e a recorrente deterioração da capacidade de julgamento da realidade. Apesar das intervenções farmacológicas iniciais e dos ajustes medicamentosos subsequentes (incluindo a tentativa de retirada de Haloperidol), a estabilização do quadro psicótico demonstrou refratariedade e exigiu um tempo estendido para observação da latência e eficácia das novas estratégias terapêuticas. A discrepância entre a percepção subjetiva de melhora da paciente e a avaliação clínica objetiva da sua condição psíquica, com risco potencial de auto ou heteroconsolidação e comprometimento funcional, justificou a manutenção da internação até a obtenção de uma remissão sintomática mais consistente e a recuperação satisfatória do juízo de realidade, indispensáveis para a segurança e a continuidade do tratamento em ambiente extra-hospitalar.

Paciente: V. A. M. - 68 anos. RGH: 34.839

Período de Internação: (14/04 a 11/06) - 58 dias

Diagnóstico Principal: F312 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR, EPISÓDIO ATUAL MANÍACO COM SINTOMAS PSICOTICOS

Paciente com histórico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) diagnosticado previamente no CAPS Lapa e múltiplas internações por episódios maniformes. Diarista, separada, mãe de três filhos, reside com uma das filhas. Foi admitida neste serviço de saúde apresentando um quadro maníaco agudo, com sintomas psicóticos associados. A sintomatologia, desenvolvida nas semanas anteriores à internação, incluía redução significativa do sono, agitação psicomotora e logorreia ("muitas coisas na cabeça"). A paciente referiu como gatilhos recentes o falecimento de uma conhecida e de seu cão. No momento da admissão, a paciente fazia uso de Ácido Valproico 500 mg e Quetiapina 100 mg, e foi adicionada Risperidona 2 mg (0-0-1) à sua prescrição.

Eventos Clínicos e Intervenções Terapêuticas:

21/04: Reavaliação clínica indicou persistência do quadro maniaco inicial. Procedeu-se ao aumento da dosagem de Quetiapina de 100 mg para 300 mg, visando otimizar a estabilização do humor e o controle dos sintomas psicóticos.

07/05: Em avaliação, a paciente mantinha taquipsiquismo com fuga de ideias, episódios persistentes de agitação psicomotora noturna, comportamento desorganizado (urinando no chão) e respostas tangenciais às perguntas. Apresentava mudanças de humor constantes, mas negava alucinações. A prescrição medicamentosa foi mantida, aguardando o período de latência para o efeito terapêutico completo das medicações ajustadas.

15/05: Persistência do taquipsiquismo e logorreia, com discurso arborizado. A prescrição foi mantida, reforçando a necessidade de aguardar a plena ação dos fármacos.

04/06: O quadro clínico ainda apresentava pensamento acelerado e discurso arborizado, com a paciente fornecendo pararrespostas. Embora reconhecesse possuir Transtorno Afetivo Bipolar, demonstra incapacidade de elaborar sobre a doença. A manutenção da prescrição foi decidida, aguardando-se a latência para a estabilização.

10/06: Constatou-se melhora psíquica e comportamental expressiva ao longo da internação. A paciente encontrava-se calma e colaborativa. Diante da estabilização do quadro, foi considerada apta para seguimento ambulatorial. A alta hospitalar foi programada para o dia subsequente.

11/06: Alta hospitalar efetivada.

Considerações finais:

A internação da paciente V. A. M. estendeu-se por 58 dias devido à complexidade e à refratariedade inicial do episódio maniaco com sintomas psicóticos, em um contexto de Transtorno Afetivo Bipolar com histórico de múltiplas descompensações. O período prolongado de hospitalização foi essencial para permitir a adequada titulação e monitorização da polifarmácia psicotrópica, incluindo o aumento progressivo da Quetiapina e a manutenção de outros estabilizadores e antipsicóticos. A persistência de sintomas como taquipsiquismo, agitação psicomotora noturna, desorganização comportamental e delírios, demandou um tempo estendido para que as medicações atingissem seu pleno efeito terapêutico e para que a paciente alcançasse estabilidade clínica e comportamental. A dificuldade em obter uma remissão rápida dos sintomas, a necessidade de observação contínua para garantir a segurança e a resposta

gradual ao tratamento justificaram a duração da internação, assegurando que a paciente estivesse em condições adequadas para a continuidade do tratamento em ambiente ambulatorial.

Paciente: C.E.A. - 56 anos. RGH: 34.963

Período de Internação: (20/05 a 27/06) - 38 dias

Diagnóstico Principal: F311 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR, EPISODIO ATUAL MANÍACO SEM SINTOMAS PSICOTICOS

Paciente admitida após dar entrada na UPA Vergueiro devido a quadro de agitação psicomotora e agressividade. A paciente, que coabita com sua irmã há um ano para prover cuidados à mesma, apresentava-se irritada e com discurso persecutório direcionado ao irmão, afirmando que este a internava anualmente e negligenciava o cuidado da irmã doente. A paciente possui diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, estabelecido há quatro anos, e seu histórico prévio de internação revela baixa adesão terapêutica. No ato da admissão, foi prescrito Ácido Valproico 250mg (0-0-1).

Eventos Clínicos e Intervenções Terapêuticas:

22/05: Observou-se persistência do quadro clínico inicial. Diante da ausência de resposta à monoterapia inicial, procedeu-se ao ajuste da farmacoterapia com aumento da dosagem de Ácido Valproico para 250mg (1-0-1) e introdução de Olanzapina 5mg (0-0-1) e Risperidona (0-0-1).

26/05: Paciente mantinha-se hostil e irritada, demonstrando ausência de crítica em relação à necessidade da medicação e externalizando a problemática para o irmão. Diante da resposta insatisfatória à terapia combinada prévia e para controle da sintomatologia aguda, foi prescrito Haloperidol 5mg (0-0-1), com suspensão concomitante da Olanzapina e Risperidona, e novo aumento da dosagem de Ácido Valproico para 250mg (1-1-1).

30/05: Observada melhora significativa do quadro, com comportamento menos hostil e restauração de um padrão de sono adequado. A prescrição medicamentosa foi mantida, aguardando a consolidação da estabilidade.

03/06: Realizou-se a substituição do Haloperidol por Olanzapina 5mg (0-0-1) devido à ocorrência de efeitos extrapiramidais (SEP) associados ao uso do Haloperidol, buscando otimizar o perfil de segurança e tolerabilidade da paciente.

05/06: A paciente demonstrou-se mais colaborativa, embora mantivesse um discurso demandante e persistissem as queixas em relação ao irmão, bem como

a ausência de plena compreensão sobre a razão da internação. A prescrição anterior foi mantida para continuidade da estabilização.

06/06 a 26/06: Durante este período, a paciente permaneceu sob monitoramento contínuo, apresentando estabilidade psicopatológica progressiva e consolidação da melhora comportamental.

27/06: Concessão de alta hospitalar para seguimento em regime ambulatorial, com a paciente acompanhada por familiar e portando as seguintes prescrições: Haloperidol 5mg (0-0-1) e Ácido Valproico 250mg (1-1-1).

Conclusão final:

A internação da paciente C.E.A. prolongou-se por 38 dias em virtude da complexidade e da refratariedade inicial do episódio maníaco sem sintomas psicóticos em paciente com Transtorno Afetivo Bipolar e histórico de baixa adesão terapêutica. A necessidade de um período estendido de hospitalização foi imperativa para a realização de múltiplos ajustes na farmacoterapia psicotrópica, incluindo a tentativa de introdução de diferentes agentes antipsicóticos (Olanzapina, Risperidona, Haloperidol) e a titulação do Ácido Valproico. A persistência de agitação, agressividade e ausência de crítica em relação à doença, somada à necessidade de gerenciar efeitos adversos medicamentosos (como a SEP), demandou um tempo considerável para alcançar a estabilização psicopatológica e garantir a segurança da paciente. A consolidação de um padrão comportamental estável e a resposta favorável aos ajustes terapêuticos justificaram o período de internação para assegurar uma transição segura e eficaz para o acompanhamento ambulatorial.

Paciente: M. M. O. - 48 anos. RGH: 34.891

Período de Internação: (25/04 a 02/06) - 38 dias

Diagnóstico Principal: F20 ESQUIZOFRENIA

Paciente natural da Bahia, residente sozinha no centro de São Paulo, sem filhos e com histórico laboral em cuidados infantis e serviços de limpeza em fábrica. A paciente foi transferida para este serviço de saúde em 25/04/2025, proveniente de internação prévia no Hospital Psiquiátrico da Vila Mariana desde 17/04/2025. O quadro de entrada caracterizava-se por desorganização do pensamento, discurso prolixo e delírios persecutórios de que estaria sendo alvo de um "espírito ruim que quer roubar sua vida". Embora diagnosticada previamente com Esquizofrenia, negava o diagnóstico, afirmando estar bem e que o mesmo era

equivocadamente atribuído. A paciente relatou que sua internação inicial em hospital psiquiátrico decorreu de uma ida prévia a uma UPA para "limpar o sangue" supostamente contaminado em um salão de beleza, acreditando que a contaminação não a atingiu exclusivamente. Negava alucinações visuais e ideação suicida. O histórico farmacológico prévio incluía Revoc 100mg, Venlafaxina, Risperidona, Clonazepam e Haloperidol. No ato da admissão, fazia uso de Haloperidol 5mg (0-0-1) e Clonazepam 0,5mg (1-1-1).

Eventos Clínicos e Intervenções Terapêuticas:

28/04: Anamnese detalhada revelou que a paciente fazia uso prévio de Risperidona e Revoc 100mg, mas havia suspenso a Risperidona por conta própria há aproximadamente um ano, referindo rigidez muscular ("deixava dura"). Procedeu-se à reintrodução de Risperidona 2mg (0-0-1), suspensão do Haloperidol e redução da dosagem de Clonazepam para 2,5mg (0-0-1), buscando otimizar a resposta antipsicótica e minimizar efeitos adversos.

30/04: Persistência do discurso psicótico. Foi adicionado Biperideno 2mg (1-0-0) à prescrição, visando controle de possíveis efeitos extrapiramidais induzidos por antipsicóticos, e o Clonazepam foi completamente retirado.

07/05: Avaliação clínica considerou o aumento da dosagem de Risperidona, mantendo-se as demais medicações para monitorização da resposta.

12/05: Paciente demandava insistentemente por alta. Durante visita de seu irmão, a paciente verbalizou ter reconhecido um "surto" que motivou sua internação, indicando um início de autocrítica.

21/05: Evolução significativa do quadro, com paciente apresentando-se preservada, calma, colaborativa e orientada em tempo e espaço, com ausência de pensamentos delirantes. A prescrição medicamentosa anterior foi mantida para consolidação da estabilidade.

23/05: Paciente permanecia calma e colaborativa, expressando ansiedade pela alta e desejo de retomar suas atividades de vida diária. Devido à manifestação de efeitos extrapiramidais (SEP), foi reintroduzido Biperideno 2mg (1-0-0), mantendo-se as demais medicações.

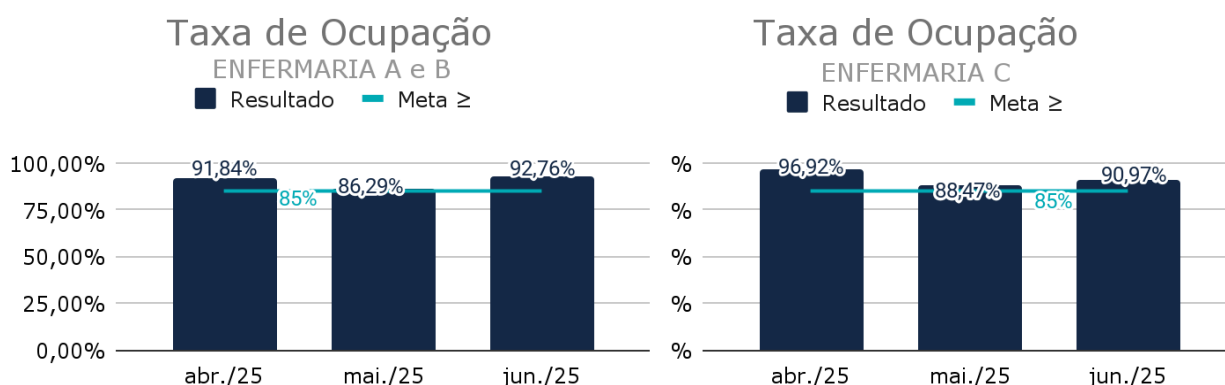
28/05: Paciente demonstrava estabilidade clínica e psicopatológica consolidada, com alta programada.

30/05: Paciente mantinha-se assintomática e orientada, recebendo orientações detalhadas para continuidade do tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A prescrição foi mantida, e a alta programada para 02/06/2025.

Conclusão final:

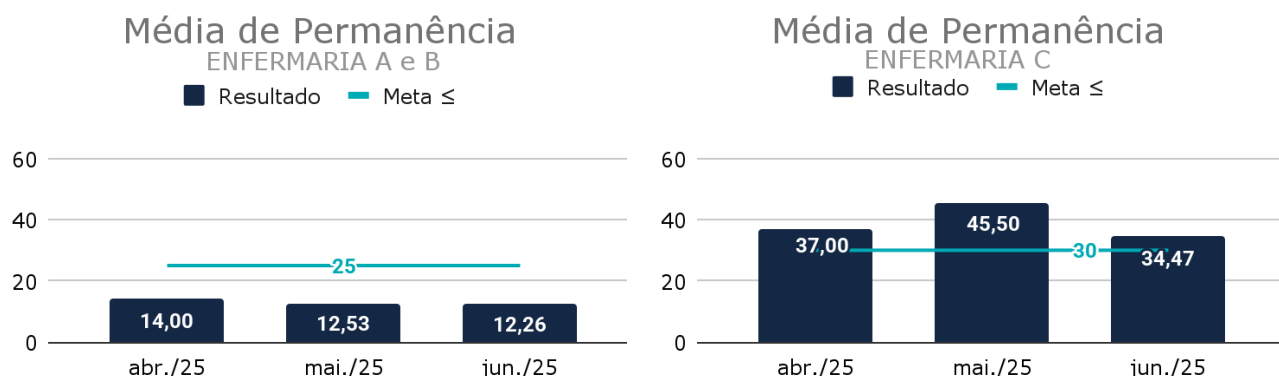
A internação desta paciente por 38 dias devido à complexidade do quadro de Esquizofrenia em descompensação psicótica aguda, agravado pela não adesão terapêutica prévia e pela necessidade de ajuste de polifarmácia psicotrópica. A permanência hospitalar prolongada foi crucial para a revisão do esquema medicamentoso (reintrodução e titulação de Risperidona, desmame de Haloperidol e Clonazepam), manejo de efeitos adversos (SEP), e observação rigorosa do tempo de latência para a efetividade dos novos regimes terapêuticos. A gradual recuperação da crítica em relação à doença, a remissão dos delírios persecutórios e a estabilização comportamental exigiram um período de intervenção intensiva em ambiente seguro. A consolidação da estabilidade psicopatológica e a preparação para a transição segura para o tratamento ambulatorial em CAPS justificaram a duração da internação, visando otimizar o prognóstico a longo prazo.

5.1.2 Taxa de Ocupação



Análise crítica: A meta de taxa de ocupação de 90,14% na clínica de transtornos mentais e 93,01% nas clínicas de dependência química se mantém acima do esperado sem extrapolar a capacidade máxima, embora os casos na clínica de transtornos mentais continuam estão sendo manejados para superarmos a meta de saídas e aumentar a rotatividade dos leitos nessa enfermaria. A substituição prevista da médica assistente da enfermaria C visa o esforço para maior agilidade nos ajustes medicamentosos para previsão de alta dentro do período esperado.

5.1.3 Média de Permanência



Análise crítica: A média de permanência na clínica de dependência química foi de 12 dias, mantendo-se dentro da meta de ≤ 25 dias.

A média de permanência na clínica de transtornos mentais foram de 34 dias, ainda acima da meta (≤ 30 dias) mas nota-se melhora em comparação com os meses anteriores desde o início do contrato, evidenciando o esforço da equipe de agilizar os ajustes terapêuticos e intervenções sociais. Apresentam-se, a seguir, as justificativas referentes à permanência das pacientes internadas até 30/06/2025 com tempo de internação superior a 30 dias, integrando a análise dos impactos decorrentes dos casos elencados no item 5.1.1 – Saídas.

G.L.R. - 38 anos. (01/06/2025)

Diagnóstico Principal: F29 - Psicose não-orgânica não especificada

Paciente sexo feminino, 31 anos, natural da Bahia, com formação em Direito (sem atuação atual na área). Foi admitida em 01/06/2025, acompanhada pela filha. O histórico psiquiátrico remoto incluía um surto psicótico em 2020, caracterizado por sintomas persecutórios e isolamento social, que foi medicado sem prescrição de antipsicóticos. A história pregressa recente revela residência nos Estados Unidos e, posteriormente, em Londres. Em outubro de 2024, retornou ao Brasil, permanecendo em Salvador até janeiro de 2025, incluindo estadia em hotel custeado pelo pai (falecido em fevereiro de 2025). Nos meses antecedentes à internação, a paciente esteve em situação de rua, alternando

entre hotéis e abrigos, culminando em intervenções de equipes de segurança e policiais que contataram a filha. No momento da admissão, a paciente demonstrava intensa reatividade violenta às tentativas de contato e apresentava discurso desorganizado e não congruente. O tratamento em curso no ato da internação incluía Haloperidol 5 mg e Clonazepam 2 mg, com Carbonato de Lítio 300 mg introduzido em 31/05/2025.

Eventos Clínicos e Intervenções Terapêuticas

31/05/2025 (Pré-internação/Concomitante): Início da introdução de Carbonato de Lítio 300 mg à terapia medicamentosa, em adição a Haloperidol 5 mg e Clonazepam 2 mg.

11/06/2025: Reunião multidisciplinar de equipe para discussão do caso. Verificou-se a persistência de delírios de grandeza e ausência de juízo crítico e insight em relação à sua condição atual. Devido à não adesão terapêutica à apresentação oral sólida do Haloperidol, a formulação foi alterada para Haloperidol em gotas (2 mg/mL), visando otimizar a administração e a eficácia do antipsicótico.

16/06/2025: Realizado ajuste na dosagem do Haloperidol, com aumento para 5 mg (via gotas), buscando um controle mais efetivo dos sintomas psicóticos e da agitação.

17/06/2025: Monitoramento contínuo da resposta clínica aos ajustes medicamentosos. Observação da evolução dos delírios, nível de agitação e congruência do discurso. Avaliação da tolerabilidade aos psicofármacos e monitoramento de possíveis efeitos adversos. Início de manejo da adesão terapêutica e intervenções psicossociais para reabilitação e planejamento da alta. Estabilização Farmacológica: Necessidade de múltiplos ajustes e introdução de psicofármacos (Lítio), além da transição de formulação do Haloperidol para garantir a adesão terapêutica, exigindo observação contínua da resposta clínica e gerenciamento de potenciais efeitos adversos.

A paciente ainda se encontra em fase de estabilização, sendo a manutenção da internação necessária para a consolidação da remissão sintomática, a otimização da funcionalidade e a preparação para uma alta planejada e segura.

A.L.S. - 52 anos. (01/10/2024)**Diagnóstico Principal: F200 Esquizofrenia paranóide**

Paciente sexo feminino, 52 anos, natural de São Paulo, com diagnóstico prévio de Esquizofrenia há aproximadamente 20 anos. Foi admitida acompanhada da filha, que relatou descontinuidade do acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e recusa medicamentosa por parte da paciente nos últimos meses. A filha foi notificada pelo condomínio devido à situação insalubre da residência da paciente, que se encontrava em condições inadequadas de moradia. No momento da admissão, a paciente apresentava discurso desorganizado e exterioriza delírios persecutórios. Houve tentativas da filha de acolher a paciente em sua residência, mas foram frustradas por comportamento agressivo e recusa da paciente. A.L.S., segue internada realizando tratamento medicamentoso, impossibilitada de receber alta devido questões sociais familiares, a mesma não possui condições psíquicas para dar continuidade ao tratamento ambulatorial de forma autônoma, sendo assim na ausência de um familiar para acompanhar alta segue internada em tratamento interno.

L.C.S.C. - 42 anos (21/05/2025)**Diagnóstico Principal: F29 - Psicose não-orgânica não especificada**

Paciente natural de Belém - PA, admitida devido a um quadro psicótico agudo. A sintomatologia de entrada foi caracterizada por alucinações auditivas de comando e ameaças ("vozes dizendo que a matariam") e delírios de referência/persecutórios, incluindo a simulação de vozes de conhecidos e familiares em sofrimento, o que a levou a buscar freneticamente e a desorganizar-se, resultando em dois dias de ausência do domicílio em deslocamento. O histórico psiquiátrico relevante inclui um episódio psicótico prévio em 2023, durante o puerpério de seus gêmeos. No momento da admissão, a paciente possuía história de má adesão a antipsicóticos (Risperidona, devido à sonolência) conforme relato materno.

Eventos Clínicos e Intervenções Terapêuticas

25/05: Avaliação clínica indicou que a paciente não apresentava condições para alta hospitalar, dada a persistência da sintomatologia psicótica e a instabilidade do quadro.

27/05: Início ou manutenção da terapêutica com Olanzapina 10 mg e Clonazepam, visando a sedação inicial e o controle dos sintomas psicóticos.

29/05, 04/06, 06/06: Observada e registrada má adesão da paciente ao uso do Clonazepam, indicando um desafio persistente no manejo da farmacoterapia.

06/06: Realizada reunião com a genitora da paciente. A mãe relatou histórico de psicose pós-parto em 2023 e a descontinuação prévia da Risperidona pela paciente devido à sonolência. A genitora expressou o desejo de que a filha retorne a Belém-PA, devido à ausência de moradia e suporte em São Paulo.

09/06: A paciente verbalizou explicitamente sua recusa em retornar a Belém-PA, evidenciando um conflito familiar e social significativo que impacta o planejamento da alta.

12/06: Iniciados os esforços de articulação social e planejamento de alta, buscando conciliar as necessidades clínicas da paciente com as possibilidades de suporte familiar e social pós-hospitalização.

16/06: Procedeu-se ao ajuste da dosagem de Olanzapina, com aumento para otimizar o controle dos sintomas psicóticos. A articulação com os familiares e a rede de apoio social permanece em andamento, fundamental para definir um destino seguro para a paciente.

A internação da paciente vigorou durante o mês de junho para monitoramento contínuo da resposta terapêutica à Olanzapina e aos demais psicofármacos. Avaliação da adesão medicamentosa e manejo dos efeitos adversos. Observação da estabilização da sintomatologia psicótica e da capacidade de autogestão. Articulação persistente com a família e serviços sociais para um planejamento de alta seguro e sustentável, considerando a recusa da paciente em retornar a Belém e a ausência de suporte local em São Paulo.

A.C.S.S. - 45 anos (19/05/2025)

Diagnóstico Principal: F20 ESQUIZOFRENIA

Relato Clínico – Evolução Psiquiátrica

Paciente do sexo feminino, 45 anos, auxiliar de limpeza, foi encaminhada à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), apresentando quadro de agitação psicomotora, desorganização do pensamento e delírios persecutórios. Relata acreditar estar sendo fotografada

em seu ambiente de trabalho, além de afirmar que vizinhos possuem a chave de sua residência com a intenção de furtar seus mantimentos.

Possui histórico de internação no sistema prisional, tendo cumprido pena de seis anos no Presídio de Tremembé e, posteriormente, cinco anos no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha, em decorrência de homicídio praticado contra seu filho de 1 ano de idade. A paciente manifesta desejo de retornar ao sistema carcerário, referindo que "a vida aqui fora está muito difícil".

Foi previamente diagnosticada com esquizofrenia, estando sem adesão ao tratamento medicamentoso há aproximadamente dez meses. No momento da admissão neste serviço de saúde, apresentava discurso desorganizado e delírios persecutórios.

Medicações prescritas na admissão:

- Metformina 200 mg – 1-1-0
- Carbamazepina 200 mg – 1-1-0
- Biperideno 2 mg – 1-0-1
- Risperidona 2 mg – 1-0-1

Evolução clínica e condutas médicas:

- 22/06: Mantida a prescrição inicial. Paciente refere hipotensão.
- 28/05: Relata leve melhora subjetiva, porém mantém ideias persecutórias. Alega que objetos foram furtados de seu armário no ambiente de trabalho. Mantida a prescrição anterior.
- 29/05: Redução da Risperidona para 2 mg (0-0-1). Iniciada prescrição de Haloperidol 5 mg (0-0-1).

- 03/06: Quadro psicopatológico semelhante aos dias anteriores. Prescrição mantida.
- 04/06: Redução da Risperidona para 1 mg/dia.
- 09/06: Aumento do Haloperidol para 5 mg (0-0-2) devido à intensificação dos delírios persecutórios.
- 16/06: Suspensão da Risperidona. Programada aplicação de Haloperidol Decanoato.
- 20/06: Suspenso o uso de Ácido Valproico.
- 23/06: Aumento da dose oral de Haloperidol para 5 mg/dia diante da persistência dos sintomas persecutórios.
- 30/06: Programada administração de Haloperidol Decanoato (3 ampolas intramuscular) para o dia 15/07. Considerada possível redução do Haloperidol via oral.

Situação atual:

Paciente permanece internada, apresentando necessidade de novos ajustes farmacológicos. Mantém desorganização do pensamento e delírios de conteúdo persecutório.

J.A.P.S. - 41 anos (31/05/2025)

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

Paciente natural de São Paulo, refere ser escritã no MT e afastada há 5 anos. A paciente reside com esposo e filhas, embora apresente discurso inconsistente ao afirmar que "mais ninguém mora com ela". Deu entrada no pronto-socorro do

Hosp Sapopemba após manifestar comportamento desorganizado, discurso incoerente, vocalização e risos inapropriados em ambiente público (Ministério do Trabalho). Relato de tratamento irregular prévio com Olanzapina e Risperidona. Clinicamente, demonstrou labilidade afetiva ao chorar ao referir-se às filhas, em contraste com a desorganização comportamental.

Eventos Clínicos e Intervenções Terapêuticas

02/06: Iniciada alteração na farmacoterapia: introdução de Clonazepam 2 mg e descontinuação do Diazepam, visando o controle da agitação e ansiedade.

03/06: Persistência de pensamento desorganizado. Foi iniciada/mantida a medicação com Haloperidol e Prometazina, visando o controle dos sintomas psicóticos e a sedação.

05/06: Paciente manifestou comportamento agressivo, proferindo ameaças à equipe assistencial, indicando a necessidade de manejo intensivo do comportamento.

09/06: Realizado aumento do Lítio.

13/06: Ajuste significativo na farmacoterapia: o Haloperidol foi reduzido, e a dosagem de Clonazepam foi aumentada. Esta alteração indica uma estratégia de manejo da agitação e ansiedade com benzodiazepínicos, possivelmente devido à refratariedade ou efeitos adversos do antipsicótico prévio.

27/06: Aguardando perícia da latência.

Paciente segue em monitoramento contínuo da estabilidade do quadro psicótico, da adesão terapêutica e da reavaliação da necessidade e dosagem das medicações, especialmente do Clonazepam após o ajuste. Observação do comportamento e da organização do pensamento em resposta à nova abordagem farmacológica.

A.M.F - 42 anos (31/05/2025)

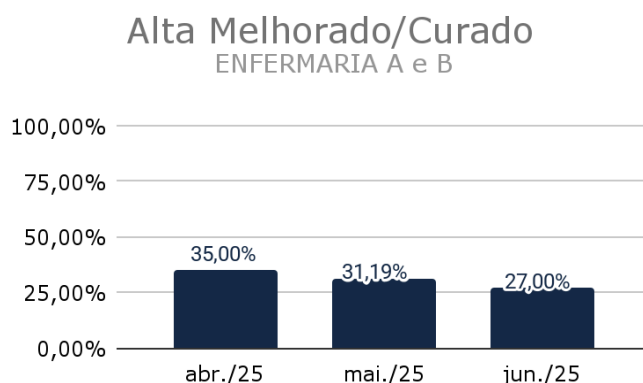
Diagnóstico Principal: F317 Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão

Paciente do sexo feminino, 42 anos, reside com a mãe, é solteira, desempregada e não possui filhos. A mãe, o irmão e a cunhada da paciente, acompanham o período de internação. Relatam que a paciente apresentou início de quadro psicótico há aproximadamente dez anos. Desde então, manifesta fala desconexa,

episódios de agitação durante os quais fala coisas que não correspondem à realidade, além de apresentar elevado grau de desconfiança em relação aos familiares. Em episódios prévios, a paciente demonstrou comportamento agressivo, chegando a quebrar móveis dentro de casa, incluindo portas de guarda-roupa, e a apresentar agressividade dirigida aos familiares. Nos períodos em que não apresenta episódios, mantém uma convivência familiar adequada, embora sua vida social seja bastante limitada, sem estabelecer relacionamentos ou manter atividades laborais fora do ambiente doméstico. No último ano, retomou a confecção de doces em sua residência, inclusive realizando encomendas. Quanto ao tratamento farmacológico, fazia uso de haloperidol (Haldol) e lítio; contudo, segundo relato da própria paciente, devido a efeitos adversos percebidos com o uso do haloperidol, a médica da Unidade Básica de Saúde (UBS) suspendeu a medicação, permanecendo apenas com o uso de lítio desde aproximadamente novembro de 2024. Nos últimos meses, especialmente a partir de maio de 2025, a paciente apresentou alterações comportamentais. No último mês, observou-se o início de gastos compulsivos, agitação, discurso logorreico e insônia. Nos dias mais recentes, manifestou irritabilidade com a família e tentou agredir a mãe. Os familiares relatam que a paciente responde bem ao haloperidol, porém ela se recusa a utilizá-lo, alegando que a medicação faz mal. Não foram tentadas alternativas de antipsicóticos. Além disso, houve insucesso na administração do haloperidol decanoato, devido à dificuldade da família em levá-la para receber as injeções. A paciente apresenta discurso persecutório, alegando que suas irmãs conspiraram contra ela e que há uma trama contra sua pessoa. Relata ainda que é escritora e que possui diversos empregos, acreditando estar envolvida em uma guerra política, pois trabalhou com seu pai na política local. Afirmam que outros políticos do bairro começaram a persegui-la, o que teria causado a perda de suas posses e a interrupção de sua trajetória. Ela acredita que familiares inventam mentiras a seu respeito, reforçando uma percepção de perseguição e conspiração. No dia 05/06, foi iniciado o uso de risperidona na dose de 2 mg ao dia. Em 09/06, a paciente permaneceu apresentando discurso desconexo, alegando que sua internação ocorreu devido a questões políticas, pois estaria filmando fatos considerados incorretos. No dia 11/06, a paciente afirmou estar sendo perseguida pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e que estaria sendo alvo de perseguição por parte de uma enfermeira. Em 12/06, relatou que o governo teria impedido que ela tivesse

filhos, alegando que isso estaria relacionado à sua condição de esquizofrenia. No dia 13/06, a paciente falou sobre sua relação com a irmã e expressou dúvidas acerca de seu sobrinho, acreditando que na verdade o sobrinho seria seu próprio filho. Durante esse período, houve o aumento da dose de lítio para 300 mg, administrados na proporção de 1 comprimido de manhã e 2 à noite (1-0-2). Em 18/06, foi observada a presença de delírios, embora tenha sido notada uma melhora nos parâmetros clínicos, especialmente na redução do taquipsiquismo. No dia 23/06, a dose de risperidona foi aumentada para 3 mg ao dia. Em 27/06, a paciente apresentou discurso persecutório dirigido à irmã. No dia 30/06, houve novo aumento na dose de lítio para 300 mg, agora na proporção de 1 comprimido de manhã, 1 tarde e 2 à noite (1-1-2). Atualmente, a paciente encontra-se em fase de estabilização clínica. A manutenção da internação permanece necessária para consolidar a remissão dos sintomas, otimizar a funcionalidade e garantir uma preparação adequada para uma alta planejada e segura.

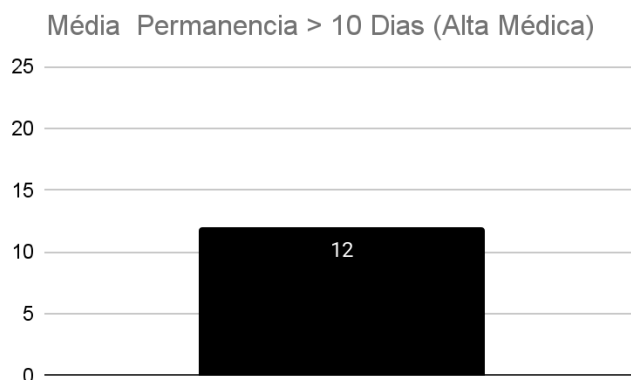
5.1.4 Alta Melhorado/Curado



Análise crítica: Do total de 118 altas, 27% referem-se a pacientes com melhora clínica. Mantém um número elevado de altas a pedido, mesmo com um membro da equipe multi de domingo a domingo. Em análise das altas a pedido, nota-se que 30 pacientes há a descrição que o abandono da internação/tratamento é em virtude da proibição do fumo de tabaco dentro das dependências do hospital, regra sem possibilidade atual de alteração, mas está em vias de ser implementado "kit fissura" por parte do hospital, e foi observado cerca de 20

altas a pedido de pacientes acima de 10 dias de internação, em períodos fora do horário de trabalho dos médicos assistentes, dentre as justificativas a verbalização de que deseja retomar o uso de drogas ilícitas. Entretanto, em alinhamento com as gerências de enfermagem e equipe multi foi realizada uma orientação aos plantonistas que avalie caso a caso com a equipe multi da enfermaria para realizar alta médica com encaminhamento pelo menos ao CAPS de referência para que paciente não abandone totalmente o tratamento.

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 12 dias. (Meta ≥ 10 dias).

5.1.6 Recusar a admissão de pacientes dentro do perfil da unidade

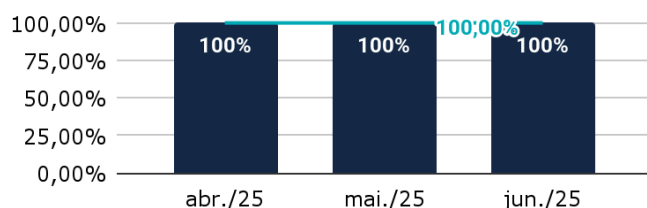
Análise crítica: Não houve recusa de admissão de pacientes dentro do perfil da unidade neste período.

5.1.7 Evolução dos Prontuários

Prontuários Evoluídos

ENFERMARIA A e B

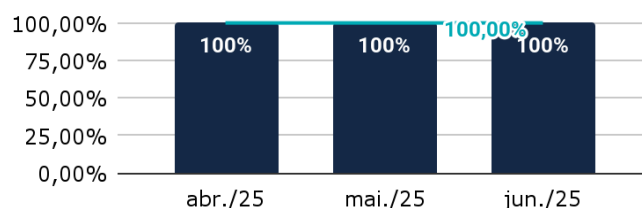
■ Resultado ■ Meta ≤



Prontuários Evoluídos

ENFERMARIA C

■ Resultado ■ Meta ≤

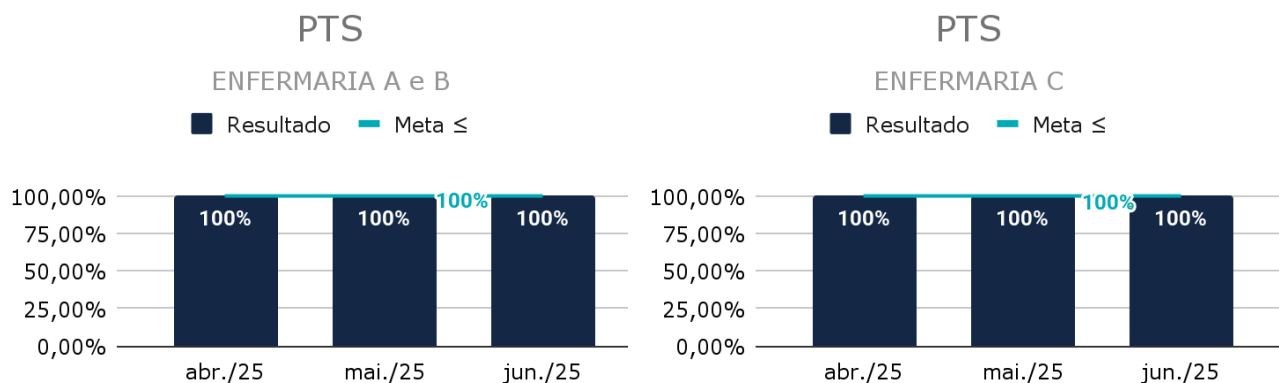


Análise crítica: A quantidade de prontuários evoluídos de segunda a sexta na clínica de dependência química foram de **986 evoluções, 98,69% da meta** (eram previstos 999). Na clínica de transtornos mentais foram realizadas **325 evoluções, 67% da meta** (eram previstas 482).

Embora houve considerável melhora neste indicador, no caso da clínica de transtornos mentais ainda há resíduos da atuação do primeiro assistente que foi desligado por dificuldades em se adequar ao cumprimento de metas e normas. Quanto às clínicas de dependência química, a meta não foi alcançada devido ao fato de que 11 pacientes foram evoluídos pelos residentes ao longo de seis dias, sem que o médico assistente assinasse e carimbasse os registros correspondentes. Especificamente, no dia 19/05, o paciente G.O.B foi evoluído pelo residente. No dia 02/06, os pacientes R.S.A e A.K.A.S também foram evoluídos pelos residentes; contudo, nesses registros, não há assinatura nem carimbo do médico assistente. No dia 05/06, o paciente L.L.C foi evoluído pelo residente. No dia 06/06, os pacientes V.A.L, A.C.O, L.L.C e V.J.S foram evoluídos pelos residentes, porém, novamente, sem assinatura ou carimbo do médico assistente. No dia 13/06, os pacientes E.H.R e W.L.A.D foram evoluídos pelos residentes, e no dia 20/06, o paciente J.C.S também foi evoluído por um residente. Além disso, no dia 02/06, houve um paciente (M.A.S) que não foi evoluído, e no dia 20/06, o paciente D.A.M não foi evoluído pelo médico assistente, pois solicitou alta antes da chegada do profissional responsável. Reforçamos que a equipe administrativa está atuando sobre esse indicador com a

rotina diária de supervisão dos prontuários na expedição a partir de 23/06/2025, quando a equipe ficou completa novamente.

5.1.8 Projeto Terapêutico Singular dos pacientes



Análise crítica: Meta alcançada.

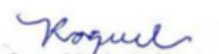
5.1.9 Participação da Conveniada nas reuniões das Comissões Hospitalares

No mês de maio não ocorreu reunião de comissão hospitalar com pactuação prévia da participação da conveniada.

5.1.10 Reclamações na Ouvidoria

Não houve registro de ouvidoria de reclamação.

São Paulo, 10 de julho de 2025.


Raquel Paula de Oliveira
Gerente Técnico Regional
Gerência Técnica
OS CEJAM

Raquel Paula de Oliveira - Gerente Técnico Regional