

Relatório de Atividades Assistenciais

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

**Convênio n.º
000479/2025**

**Julho
2026**

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO



GOVERNADOR

Tarcísio Gomes de Freitas

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Eleuses Paiva

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS "DR. JOÃO AMORIM"



DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Mário Santoro Júnior

DIRETOR TÉCNICO

Renato Tardelli

GERENTE TÉCNICO REGIONAL

Raquel Paula de Oliveira

COORDENADOR

Carla Cristina Conceição Pereira

SUMÁRIO

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL	4
1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM	4
1.2 Convênio nº 000479/2025	6
2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES	6
3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	6
4. FORÇA DE TRABALHO	6
4.1 Dimensionamento	7
4.1.1 Quadro de Colaboradores	7
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas	8
4.2.1 Absenteísmo	8
4.2.2 Turnover	9
4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)	10
5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS	11
5.1 Indicadores	11
5.1.1 Saídas	11
5.1.2 Taxa de Ocupação	12
5.1.3 Média de Permanência	13
5.1.4 Incidência de queda de paciente	14
5.1.5 Não Conformidade na Administração de Medicamentos	16
5.1.6 Incidência de Autolesão	17
5.1.7 Notificação sobre Contenção Mecânica	18
5.1.8 Sistematização da Assistência de Enfermagem	19
5.1.9 Evolução dos Prontuários	20
5.1.10 Projeto Terapêutico Singular	21
5.1.11 Comunicação ao Responsável da classe escolar a internação do paciente no prazo de 24h após internação.	22
5.1.12 Realizar Oficinas Terapêuticas todos os dias, com frequência mínima de participação 70%	22
5.1.13 Atendimento Médico em situações urgentes de forma imediata e não urgentes	24
5.1.14 Realização atividade físicas de Segunda a Sábado com frequência mínima de 70%	25
5.1.15 Participação nas Comissões Hospitalares	25
6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	26
6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário	26
7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES	28

1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

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

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

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

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

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

Visão

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

Missão

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

Valores

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

Pilares Estratégicos

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

Lema

"Prevenir é Viver com Qualidade".

1.2 Convênio nº 000479/2025

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

2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

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

3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O relatório apresenta as atividades desenvolvidas no serviço referente ao período de **01 a 31 de Julho de 2026**.

4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista é de 128 colaboradores, sendo 130 vagas CLT e 05 postos para contratação de Pessoa Jurídica (PJ), contempladas por 20 profissionais médicos. Abaixo segue a relação de colaboradores CLT previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo e setor.

4.1 Dimensionamento

4.1.1 Quadro de Colaboradores

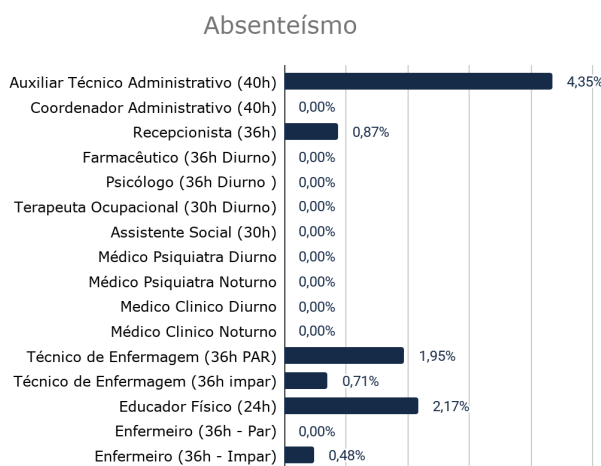
Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Administrativo	Auxiliar Técnico Administrativo (40h)	1	1	✓
	Coordenador Administrativo (40h)	1	1	✓
	Recepcionista (36h)	5	5	✓
Assistencial	Farmacêutico (36h Diurno)	5	6	↑
	Psicólogo (36h Diurno)	7	7	✓
	Terapeuta Ocupacional (30h Diurno)	6	5	↓
	Assistente Social (30h)	6	6	✓
	Médico Psiquiatra Diurno	2	2	✓
	Médico Psiquiatra Noturno	1	1	✓
	Médico Clínico Diurno	1	1	✓
	Médico Clínico Noturno	1	1	✓
	Técnico de Enfermagem (36h PAR)	37	38	↑
	Técnico de Enfermagem (36h ímpar)	37	37	✓
	Educador Físico (24h)	2	2	✓
	Enfermeiro (36h - Par)	8	8	✓
	Enfermeiro (36h - Ímpar)	8	9	↑
Total		128	130	↑

Análise Crítica: Durante o período, as Unidades de Reabilitação mantiveram a equipe multiprofissional dentro dos parâmetros mínimos necessários para a continuidade e segurança da assistência. Contudo, permanecem desafios relacionados à composição do quadro de profissionais, especialmente para o cargo de Terapeuta Ocupacional, cujo processo seletivo permanece aberto em razão da ausência de candidatos aptos, refletindo a limitada disponibilidade desse profissional no mercado de trabalho. Registra-se, ainda, que o quantitativo de profissionais apresentado contempla contratações temporárias realizadas

exclusivamente para cobertura de afastamentos legais, sendo 1 (um) farmacêutico em substituição à licença-maternidade e 1 (um) enfermeiro para substituição de profissional afastado pelo INSS em decorrência de procedimento cirúrgico. Dessa forma, tais contratações possuem caráter transitório e não representam ampliação permanente do quadro de pessoal.

4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

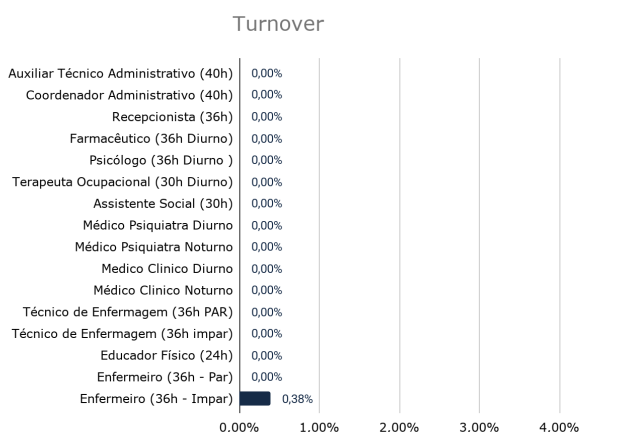
4.2.1 Absenteísmo



Análise Crítica: Durante o período avaliado, o indicador de absenteísmo apresentou predominância de índices reduzidos entre as categorias profissionais. Os maiores percentuais foram registrados para os cargos de Auxiliar Técnico Administrativo (40h) (4,35%), Educador Físico (24h) (2,17%) e Técnico de Enfermagem (36h – PAR) (2,05%). As demais categorias apresentaram índices inferiores a 1,00% ou ausência de registros de absenteísmo. O indicador permaneceu sob monitoramento sistemático pela gestão e, quando necessário, foram adotadas medidas de adequação das escalas de trabalho, visando

assegurar a continuidade da assistência e a manutenção dos parâmetros assistenciais estabelecidos.

4.2.2 Turnover



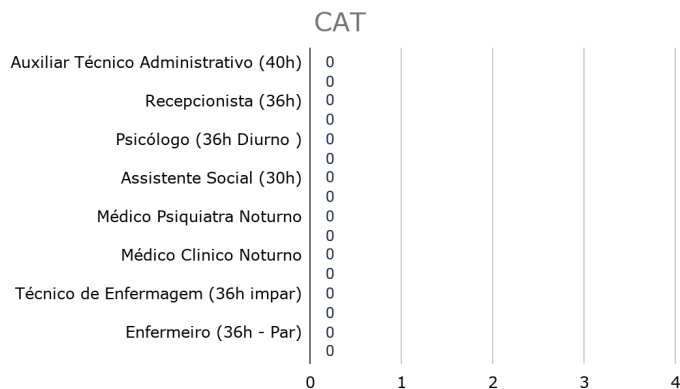
Análise Crítica: Os percentuais apurados permaneceram dentro do padrão previsto, com monitoramento sistemático pela gestão. Sempre que necessário, foram adotadas medidas de reposição e adequação das escalas, visando à manutenção da continuidade dos serviços e ao atendimento dos parâmetros assistenciais estabelecidos.

Turnover registrado:

- Enfermeiro (36 horas – escala ímpar): 0,38%.

As demais categorias profissionais apresentaram índice de turnover igual a zero no período, mantendo a composição regular da equipe multiprofissional.

4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



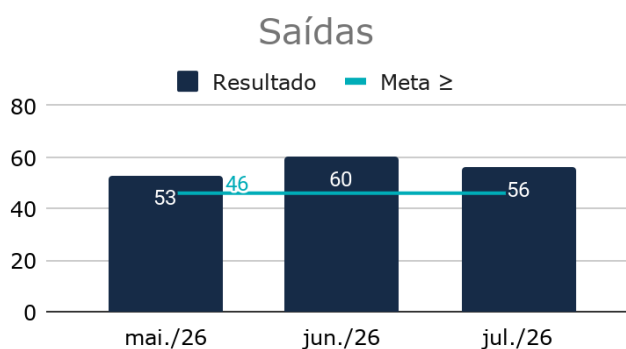
Análise Crítica: Durante o período avaliado, não foram registrados acidentes de trabalho com emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) em nenhuma das categorias profissionais, mantendo o indicador em 0,00%.

5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

Os indicadores são fundamentais para o planejamento e avaliação da unidade pois estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos pacientes e por medirem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao seu desempenho. Nesse sentido, os dados apresentados a seguir retratam as atividades realizadas na Psiquiatria Adulto que ocorreram no período avaliado.

5.1 Indicadores

5.1.1 Saídas



Análise crítica: No período, foram registradas 56 saídas.

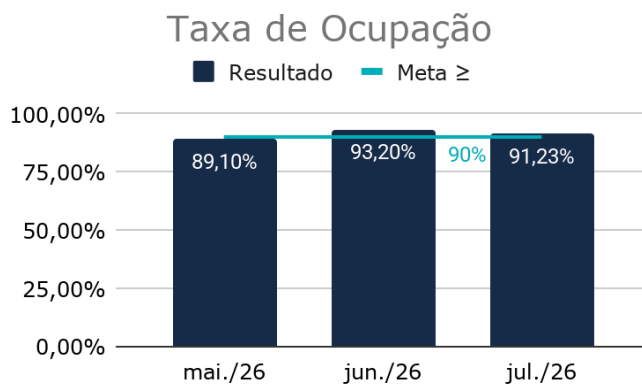
Reabilitação 2:

- 13 altas por melhora;

Reabilitação 3:

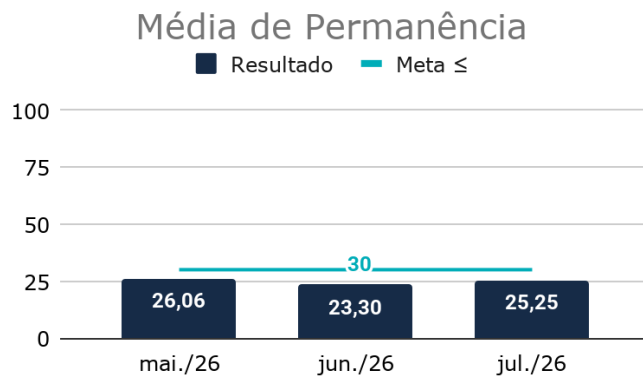
- 39 altas por melhora;
- 04 altas a pedido;
- 00 alta por transferência.

5.1.2 Taxa de Ocupação



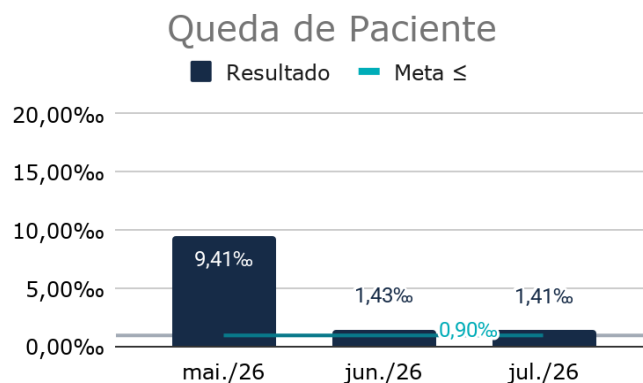
Análise crítica: Em julho de 2026, a Taxa de Ocupação alcançou **91,23%**, superando a meta institucional estabelecida de **90%**. O resultado demonstra conformidade com o parâmetro pactuado para o período, evidenciando o cumprimento da meta definida para este indicador assistencial.

5.1.3 Média de Permanência



Análise crítica: Em julho de 2026, a Média de Permanência registrou **25,25 dias**, permanecendo inferior ao limite máximo estabelecido pela meta institucional (**≤ 30 dias**). O indicador apresentou desempenho satisfatório no período avaliado, mantendo-se em conformidade com o parâmetro pactuado e demonstrando o cumprimento da meta assistencial.

5.1.4 Incidência de queda de paciente



Análise crítica: Observou-se redução expressiva do indicador de queda de pacientes, passando de 9,41% em maio para 1,43% em junho e 1,41% em julho, evidenciando a efetividade das ações preventivas implementadas. Embora os resultados permaneçam discretamente acima da meta institucional ($\leq 0,90\%$), a tendência de redução demonstra melhoria contínua do indicador. Considerando a complexidade clínica da população assistida, caracterizada por alterações comportamentais, agitação psicomotora e comprometimento do julgamento crítico, o risco de quedas permanece inerente ao perfil assistencial da unidade. Diante desse cenário, mantém-se o monitoramento sistemático dos eventos, a análise das ocorrências, o fortalecimento das medidas preventivas e a capacitação contínua das equipes, com foco na segurança do paciente e no alcance da meta institucional.

Nome: F.C.D.

Idade: 43 ANOS

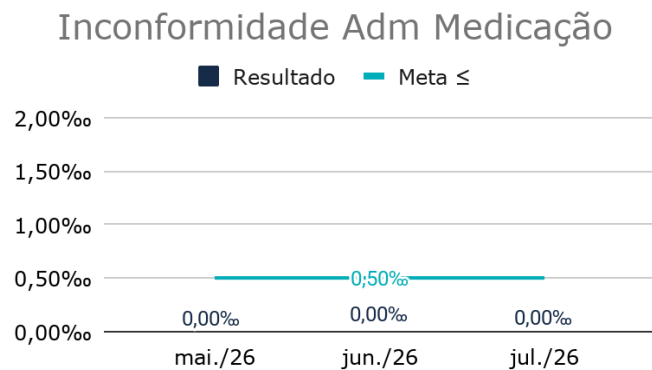
DATA: 31/07/2026

HORA: 21H

Pontuação Escala Morse: 0

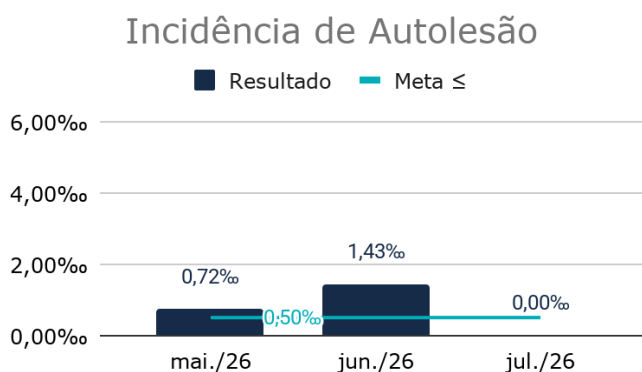
Descrição: A paciente apresentou episódio de crise de ansiedade, sendo prontamente acolhida pela equipe de enfermagem, avaliada pelo médico plantonista da Psiquiatria e medicada conforme conduta clínica. Após estabilização do quadro, dirigiu-se ao quarto e, ao retirar os chinelos para deitar-se, apresentou desequilíbrio, evoluindo com queda da própria altura. Foi imediatamente avaliada pela equipe assistencial, não sendo identificadas lesões aparentes, permanecendo em observação conforme protocolo institucional. A análise do evento não identificou evidências de falhas no processo assistencial, estando a ocorrência relacionada ao contexto clínico apresentado. Como medida de melhoria, foram reforçadas junto à equipe a reavaliação do risco de queda após intercorrências clínicas, a intensificação das orientações aos pacientes quanto à solicitação de auxílio durante a deambulação, especialmente após episódios de instabilidade clínica ou emocional, e a manutenção do monitoramento contínuo dos pacientes com maior vulnerabilidade.

5.1.5 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



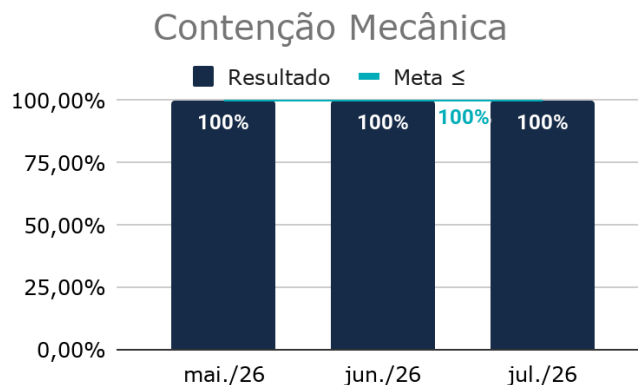
Análise crítica: Durante o período avaliado, não foram registrados eventos adversos relacionados ao processo de medicação, como administração de dose incorreta, utilização de via inadequada ou identificação incorreta do paciente, mantendo o indicador em 0,00%, em conformidade com a meta estabelecida ($\leq 0,50\%$). Destaca-se que, no mesmo período, o Serviço de Farmácia encontrava-se em processo de adequação e reestruturação dos fluxos operacionais, com foco no fortalecimento da segurança do processo medicamentoso. Mesmo diante desse cenário, a assistência foi mantida de forma segura, por meio do monitoramento contínuo das etapas de dispensação, conferência e administração de medicamentos, não sendo identificadas inconformidades relacionadas ao processo.

5.1.6 Incidência de Autolesão



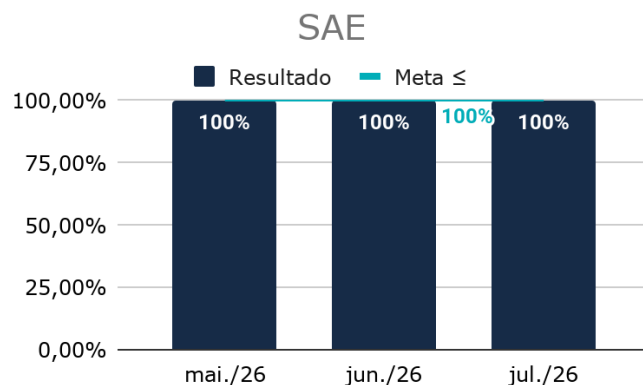
Análise Crítica: Durante o período avaliado, não foram registradas notificações de eventos relacionados à autolesão, mantendo o indicador dentro da meta estabelecida. O resultado evidencia a efetividade das ações preventivas adotadas pela equipe multiprofissional, incluindo monitoramento contínuo dos pacientes, avaliação sistemática dos fatores de risco, elaboração de planos terapêuticos individualizados e acompanhamento clínico permanente. Considerando o perfil assistencial da unidade, que atende pacientes com transtornos mentais e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, a manutenção desse resultado reforça a importância da vigilância contínua, da atuação integrada da equipe e da qualificação permanente dos processos assistenciais para a prevenção de comportamentos autolesivos e promoção da segurança do paciente.

5.1.7 Notificação sobre Contenção Mecânica



Análise crítica: Durante o período avaliado, foram registradas 05 notificações de contenção mecânica, das quais 04 envolveram a mesma paciente, em decorrência da persistência de quadro psicótico agudo, caracterizado por episódios recorrentes de agitação psicomotora, agressividade verbal e física, com persistência dos sintomas apesar das intervenções terapêuticas instituídas. A contenção mecânica foi indicada de forma excepcional, diante do risco iminente de autoagressão e heteroagressão, em conformidade com os protocolos institucionais e a legislação vigente, sendo mantida apenas pelo tempo estritamente necessário, sob monitoramento contínuo e reavaliações periódicas da equipe multiprofissional. A análise dos eventos não identificou evidências de inconformidades no processo assistencial. Permanecem como ações de melhoria o fortalecimento das estratégias de prevenção e manejo precoce da agitação psicomotora, a capacitação contínua das equipes em técnicas de desescalamento verbal e o acompanhamento sistemático dos pacientes com maior complexidade clínica, visando à redução da necessidade de contenção mecânica e ao fortalecimento da segurança e da qualidade assistencial.

5.1.8 Sistematização da Assistência de Enfermagem



Análise crítica: Diante do exposto, observa-se que as ações desenvolvidas no período contribuíram para o fortalecimento dos processos assistenciais e para a qualificação das práticas de cuidado no âmbito da enfermagem. As orientações e acompanhamentos realizados favoreceram maior alinhamento da equipe às diretrizes institucionais e normativas vigentes, especialmente no que se refere à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Ressalta-se a importância da manutenção das estratégias de acompanhamento, orientação e monitoramento contínuo, visando consolidar as melhorias implementadas, promover a padronização das práticas assistenciais e garantir a segurança e qualidade da assistência prestada aos pacientes.

5.1.9 Evolução dos Prontuários



Análise crítica: Durante o período avaliado, foi realizado monitoramento sistemático dos registros assistenciais em prontuário, com o objetivo de verificar a conformidade documental, a qualidade das informações registradas e o atendimento às normativas institucionais e legais vigentes.

De modo geral, observou-se adequada organização dos prontuários e evolução positiva na qualidade dos registros assistenciais, com anotações multiprofissionais compatíveis com os planos terapêuticos instituídos, evidenciando alinhamento das equipes aos padrões de registro estabelecidos pela instituição.

Foram identificadas inconformidades pontuais relacionadas à ausência de assinatura e/ou carimbo profissional em alguns registros, bem como situações específicas referentes à ausência de comunicação prévia ao Ministério Público, devidamente justificadas pelo Serviço Social por meio de relatório técnico. Tais ocorrências foram isoladas e não comprometeram a consistência, a rastreabilidade ou a segurança das informações contidas nos prontuários.

Como medida de melhoria, foram reforçadas junto às equipes assistenciais as orientações quanto ao correto preenchimento dos registros, à identificação profissional obrigatória e ao cumprimento dos fluxos institucionais estabelecidos. Adicionalmente, foram intensificadas as ações de monitoramento e auditoria interna dos prontuários, com devolutivas às equipes de cada unidade, visando à correção das inconformidades identificadas e à prevenção de novas ocorrências.

As ações implementadas têm como objetivo fortalecer a qualidade documental, garantir a conformidade dos registros assistenciais e promover a melhoria contínua dos processos relacionados à gestão dos prontuários.

5.1.10 Projeto Terapêutico Singular



Análise Crítica: Durante o período analisado, verificou-se que os Planos Terapêuticos Singulares (PTS) foram elaborados em conformidade com o protocolo institucional, contemplando metas terapêuticas, intervenções propostas e acompanhamento multiprofissional. Constatou-se, ainda, que todos os documentos estavam devidamente assinados pelos pacientes, evidenciando sua participação no planejamento e acompanhamento do processo terapêutico.

A análise realizada demonstrou que os planos apresentam adequada estrutura e aderência aos critérios institucionais. Contudo, observou-se predominância de

ações voltadas ao período de internação, com oportunidades de ampliação do planejamento para além da alta.

Diante desse cenário, foram reforçadas junto às equipes assistenciais as orientações para inclusão de estratégias relacionadas à continuidade do cuidado, contemplando o acompanhamento ambulatorial e a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A medida visa fortalecer o processo de reabilitação psicossocial, promover a integralidade do cuidado e qualificar a transição do cuidado para a rede assistencial, assegurando a continuidade do acompanhamento dos pacientes.

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

Análise Crítica: No período analisado, foram realizadas 14 admissões de adolescentes, sendo 100% dos casos comunicados à instituição escolar correspondente no momento da admissão na unidade.

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

Análise Crítica: No período analisado, foram realizados **717 grupos terapêuticos** nas unidades de Reabilitação 2 (R2) e Reabilitação 3 (R3 – Dependência Química e Transtornos). O quantitativo registrado demonstra a manutenção das atividades terapêuticas previstas na programação assistencial, contribuindo para o acompanhamento dos pacientes durante o processo de reabilitação e tratamento.

A distribuição dos grupos entre as unidades encontra-se apresentada a seguir, possibilitando a visualização das atividades desenvolvidas no período e do suporte terapêutico oferecido aos pacientes.

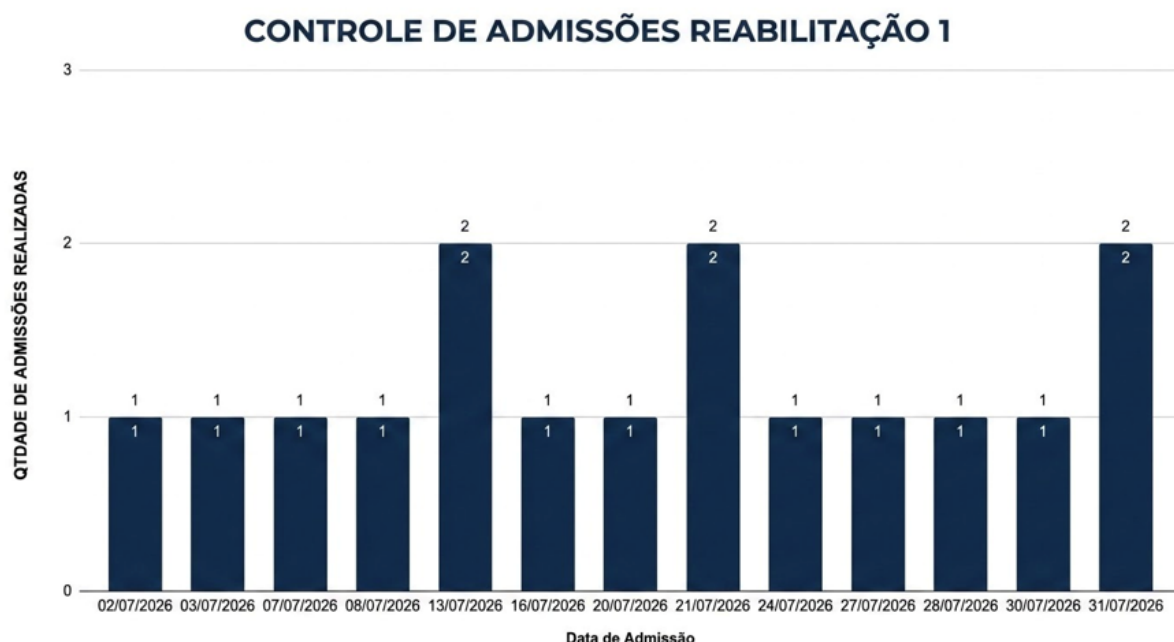
Unidade R3: **Dependência Química e Transtorno**

- **379 grupos** conduzidos pelo educador físico;
- **94 grupos** realizados por psicólogos;
- **00 grupos** realizados pela equipe de serviço social;
- **88 grupos** conduzidos pela equipe de Terapia Ocupacional.

Unidade R2:

- **48 grupos** conduzidos pelo educador físico;
- **64 grupos** realizados por psicólogos;
- **06 grupos** realizados pelo serviço social;
- **38 grupos** realizados pela equipe de Terapia Ocupacional.

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



Análise Crítica: Este indicador contempla exclusivamente os atendimentos médicos realizados durante o processo de admissão na Unidade de Reabilitação 1 (masculina e feminina), em atendimento ao fluxo assistencial instituído conforme solicitação da Direção do Hospital. No período avaliado, foram realizadas 16 admissões, todas conduzidas em conformidade com o fluxo estabelecido.

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

Análise Crítica: No período avaliado, foram realizados 717 grupos de atividades físicas, totalizando 994 participações de pacientes. Considerando o total de 1.414 pacientes-dia registrados nas Unidades de Reabilitação 2 e 3, o indicador alcançou 70,30%, atendendo à meta mínima estabelecida de 70% para a realização de atividades físicas ofertadas de segunda a sábado.

Observação:

Para apuração do indicador, foi utilizada a seguinte fórmula:

Percentual de participação = $(\text{Número de participações nas atividades físicas} \div \text{Total de pacientes-dia}) \times 100$

Cálculo do período:

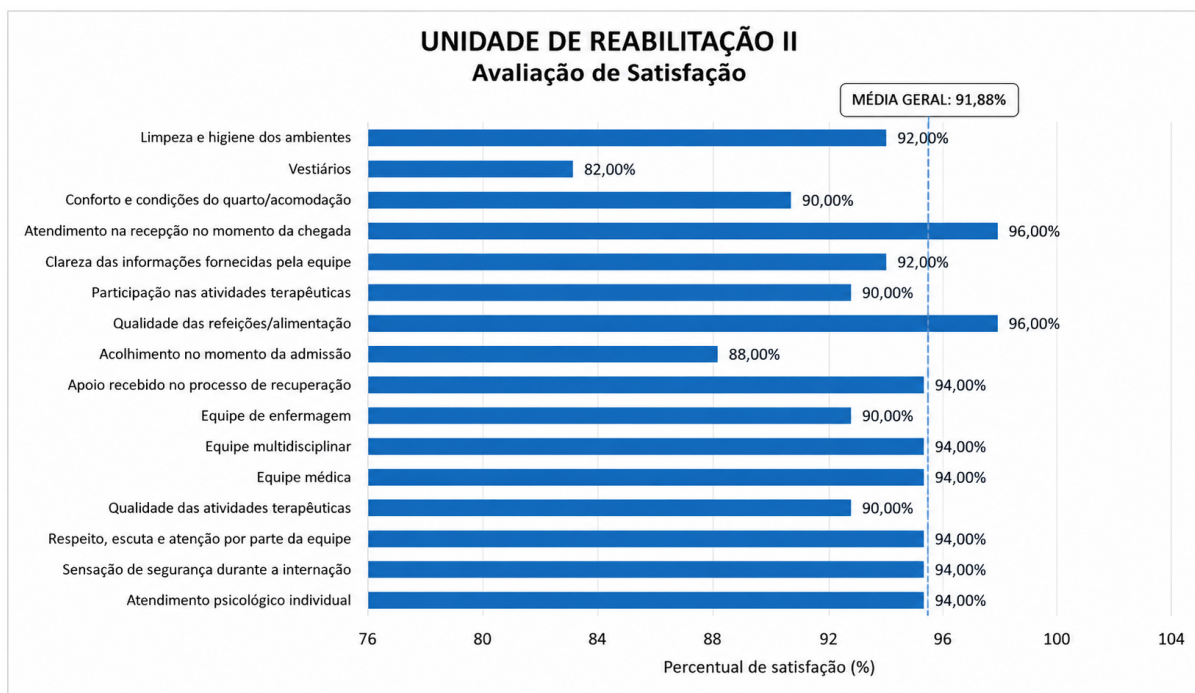
$994 \div 1.414 \times 100 = 70,30\%$.

5.1.15 Participação nas Comissões Hospitalares

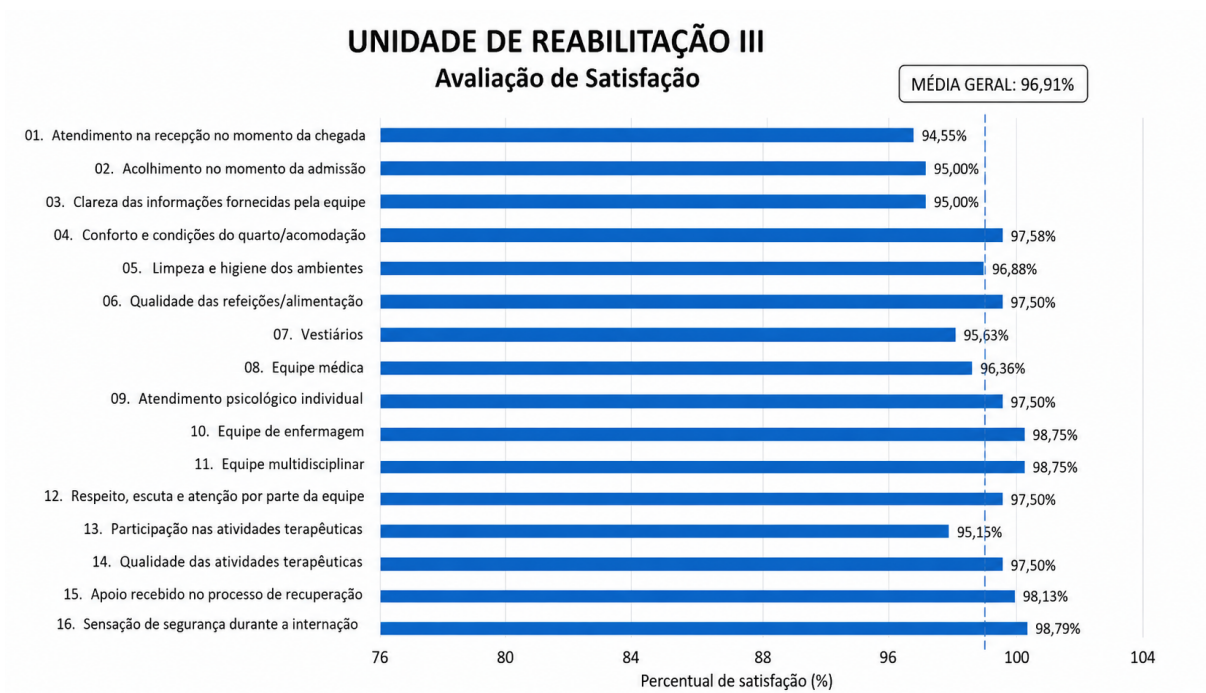
Análise Crítica: Houve participação ativa nas reuniões quinzenais da Diretoria Hospitalar, nas reuniões assistenciais e nas instâncias de governança, incluindo o Núcleo de Segurança do Paciente, a Comissão de Revisão de Prontuários e a Comissão de Prevenção de Acidentes com Materiais Perfurocortantes. Essas participações possibilitaram o acompanhamento dos indicadores assistenciais, a análise de eventos e a discussão de oportunidades de melhoria, contribuindo para o fortalecimento da qualidade, da segurança do paciente e do alinhamento das ações institucionais.

6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário



Análise Crítica: A consolidação dos dados de satisfação dos usuários da Unidade de Reabilitação II registrou uma Média Geral de 91,88%.



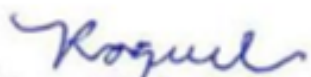
Análise Crítica: A consolidação dos dados de satisfação dos usuários da Unidade de Reabilitação III registrou uma Média Geral de 96,91%.

7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES

06/07 – Realizada a integração institucional dos profissionais admitidos pela CEJAM no Hospital CAIS Clemente Ferreira, com a participação de **29 colaboradores**, contemplando orientações sobre normas institucionais, fluxos assistenciais e diretrizes organizacionais.

17/07 – Promovido passeio externo terapêutico com pacientes, incluindo visita a uma cafeteria e atividade de corte de cabelo, com o objetivo de favorecer a socialização, a autonomia, o fortalecimento da autoestima e o processo de reabilitação psicossocial.

28/07 – Realizado passeio externo com pacientes da **Unidade de Reabilitação 3**, no **Centro Social Urbano (CSU)**, com a realização de um piquenique, proporcionando atividades de convivência, lazer e fortalecimento dos vínculos sociais, em consonância com as estratégias de reabilitação psicossocial.



Raquel Paula de Oliveira
Gerente Técnico Regional
Gerência Técnica
OS CEJAM

São Paulo, 04 de Agosto de 2026.