

Relatório de Atividades Assistenciais

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

**Convênio n.º
000479/2025**

**Agosto
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 Agosto de 2026**.

4. FORÇA DE TRABALHO

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

4.1 Dimensionamento

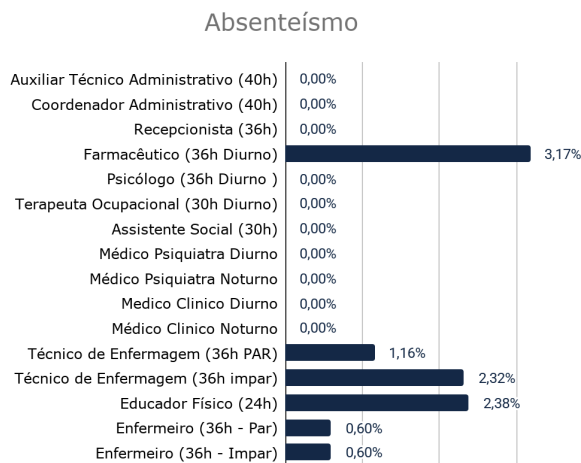
4.1.1 Quadro de Colaboradores

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

Análise Crítica: No período avaliado, identifica-se déficit de 1 (um) Terapeuta Ocupacional, permanecendo o processo seletivo em aberto em razão da ausência de candidatos aptos, considerando a limitada disponibilidade desse profissional no mercado de trabalho. Quanto ao cargo de Farmacêutico, o quantitativo superior ao previsto decorre de contratação temporária para cobertura de licença-maternidade, não configurando ampliação permanente do quadro de profissionais.

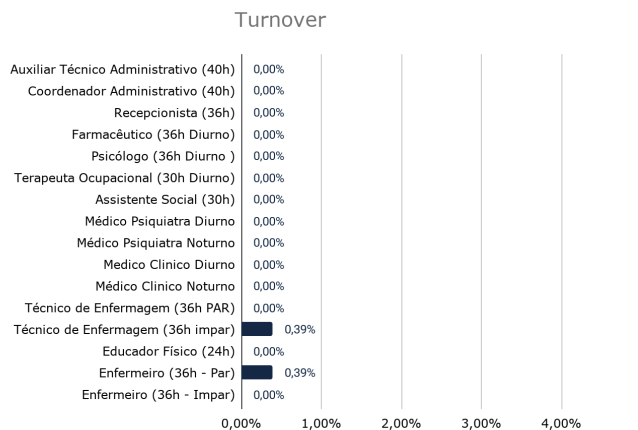
4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.2.1 Absenteísmo



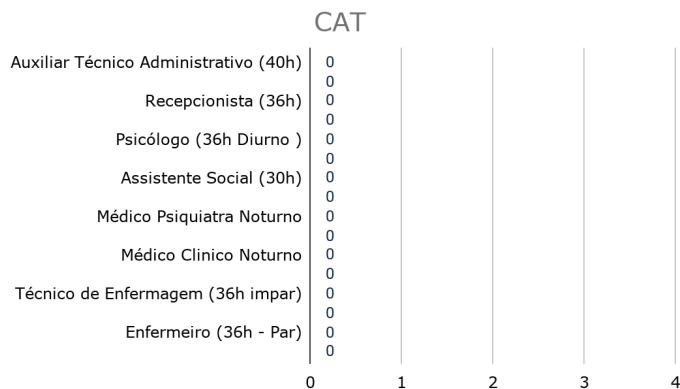
Análise Crítica: No período avaliado, os índices de absenteísmo concentraram-se nas categorias de Farmacêutico (3,17%), Técnico de Enfermagem – 36h ímpar (2,32%), Educador Físico (2,38%), Técnico de Enfermagem – 36h par (1,16%) e Enfermeiros – 36h par e ímpar (0,60% cada). Diante das ausências, foram realizadas adequações pontuais nas escalas de trabalho e remanejamento interno de profissionais, conforme necessidade do serviço, assegurando a cobertura assistencial e a continuidade das atividades sem prejuízo à assistência prestada.

4.2.2 Turnover



Análise Crítica: No período avaliado, o indicador de turnover apresentou ocorrência pontual nas categorias de Técnico de Enfermagem – 36h ímpar (0,39%) e Enfermeiro – 36h par (0,39%), permanecendo zerado nas demais categorias profissionais. As movimentações foram conduzidas com as adequações necessárias na composição das equipes e escalas de trabalho, sem comprometimento da continuidade e segurança da assistência.

4.2.3 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



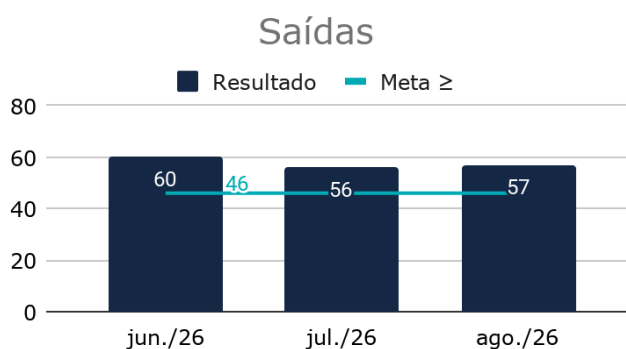
Análise Crítica: Durante o período avaliado, não foram registrados acidentes de trabalho com emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) em nenhuma das categorias profissionais, mantendo o indicador em 0,00%.

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 57 saídas.

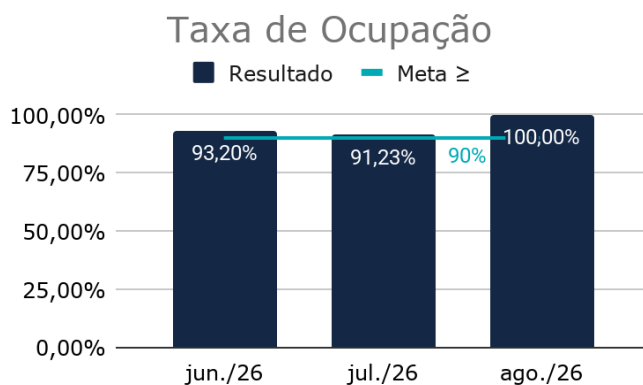
Reabilitação 2:

- 12 altas por melhora;

Reabilitação 3:

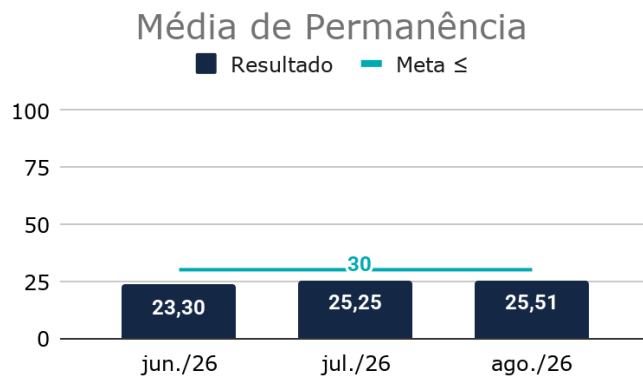
- 37 altas por melhora;
- 06 altas a pedido;
- 02 alta por transferência.

5.1.2 Taxa de Ocupação



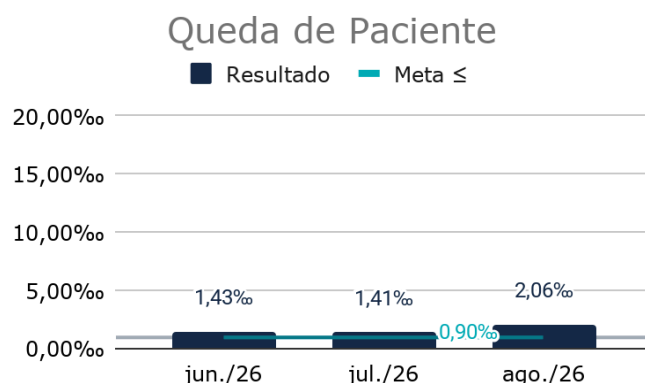
Análise crítica: Em agosto de 2026, a Taxa de Ocupação alcançou **100%**, superando a meta institucional estabelecida de **90%**. O resultado demonstra conformidade com o parâmetro pactuado para o período, evidenciando o cumprimento da meta definida para este indicador assistencial.

5.1.3 Média de Permanência



Análise crítica: Em agosto de 2026, a Média de Permanência registrou **25,51 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: Em agosto/2026, o indicador de queda de paciente foi de 2,06‰, acima da meta institucional de ≤ 0,90‰ e superior ao mês anterior (1,41‰). Os eventos ocorridos no período foram analisados individualmente, não sendo identificadas evidências de falha relacionada à assistência prestada. Mantêm-se as medidas preventivas e o monitoramento contínuo do indicador.

Nome: N.F.F.

Idade: 17 ANOS

DATA: 07/08/2026

HORA: 22h20

Pontuação Escala Morse: 0

Descrição: Paciente encontrava-se deitado e, ao levantar-se para pegar o chinelo e dirigir-se ao banheiro, tropeçou no pé da cama, evoluindo com queda ao solo e impacto da face. Apresentou lesão superficial em região interna do lábio superior, sendo avaliado pelo médico clínico de plantão, sem indicação de sutura e mantido em observação. Como medidas preventivas, foram reforçadas as orientações quanto à segurança durante a deambulação, organização do

ambiente e prevenção de quedas, mantendo-se acompanhamento pela equipe assistencial e reavaliação das medidas preventivas conforme o risco individual do paciente.

Nome: B.E.R.

Idade: 16 ANOS

DATA: 10/08/2026

HORA: 05:50

Pontuação Escala Morse: 25 PONTOS

Descrição: Paciente encontrava-se em repouso no leito e, ao se virar, apresentou queda da cama, relatando impacto do braço direito contra o chão. Após avaliação médica, não foram identificadas lesões ou edema, permanecendo em observação para acompanhamento clínico. Como medida preventiva, foram reforçadas as orientações quanto à segurança no leito e prevenção de quedas, mantendo-se acompanhamento pela equipe assistencial e reavaliação das medidas preventivas conforme o risco individual do paciente.

Nome: G.H.P.

Idade: 17 ANOS

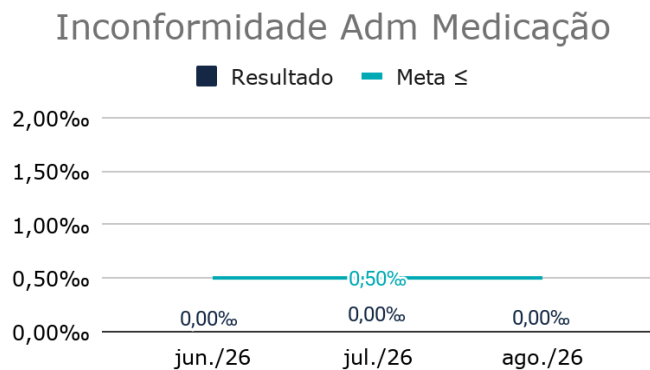
DATA: 18/08/2026

HORA: 16H

Pontuação Escala Morse: 0

Descrição: Queda ocorrida durante o banho, associada ao comportamento do paciente ao dançar sob o chuveiro, ocasionando impacto da cabeça contra a parede. Após o evento, foi realizada avaliação médica, sendo identificada queixa de cefaleia, com medicação conforme conduta médica e manutenção em observação pela equipe assistencial. Como medida preventiva, foram reforçadas junto ao paciente as orientações de segurança durante o banho e prevenção de quedas, mantendo-se a vigilância para possíveis alterações clínicas e acompanhamento conforme o risco individual de queda.

5.1.5 Não Conformidade na Administração de Medicamentos

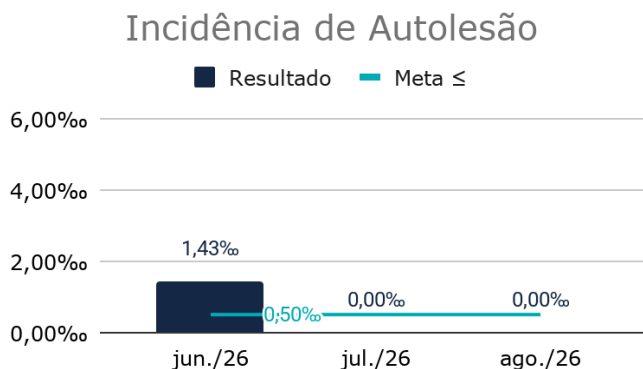


Análise crítica: Na Unidade de Reabilitação 2, foi identificada inconformidade na administração de medicamentos. Um paciente recebeu corretamente sua medicação prescrita e, posteriormente, recebeu indevidamente uma medicação destinada a outro paciente, em decorrência de falha na conferência durante o processo de administração. Ao identificar o evento, o médico plantonista foi imediatamente comunicado, sendo orientada a manutenção do paciente em observação clínica. Quanto ao paciente ao qual a medicação se destinava, este apresentava sonolência, sendo definida pelo médico a suspensão da medicação naquele momento.

Plano de Ação

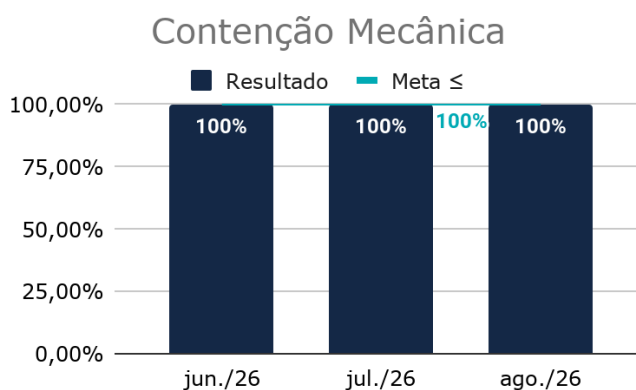
Foi realizado reforço das orientações à equipe de enfermagem quanto às etapas de segurança na administração de medicamentos, com ênfase na identificação correta do paciente, conferência da prescrição e checagem da medicação antes da administração, visando prevenir recorrências.

5.1.6 Incidência de Autolesão



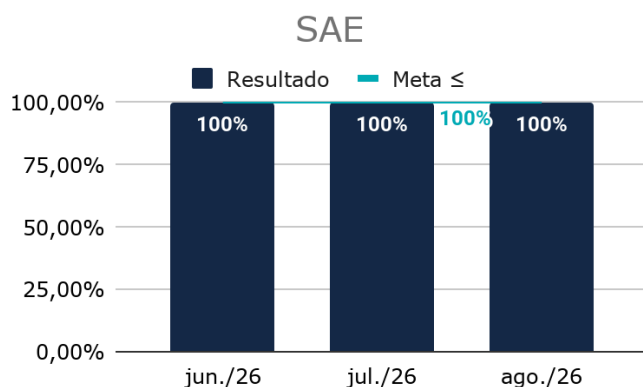
Análise Crítica: Durante o período avaliado, não foram registradas notificações de eventos relacionados à autolesão, mantendo o indicador dentro da meta estabelecida. O desempenho apurado reflete a eficácia das intervenções preventivas implementadas pela equipe assistencial, abrangendo a vigilância constante, a análise criteriosa de riscos, o desenvolvimento de estratégias terapêuticas personalizadas e a manutenção do suporte clínico ininterrupto.

5.1.7 Notificação sobre Contenção Mecânica



Análise crítica: No período analisado, foram formalizadas 03 (três) notificações referentes à aplicação de contenção mecânica, relacionadas a episódios de agitação e heteroagressividade, após tentativas prévias de manejo verbal pela equipe. As contenções foram realizadas mediante indicação médica, com acompanhamento e monitoramento dos pacientes pela equipe assistencial durante o período de contenção.

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 16 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 **511 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.

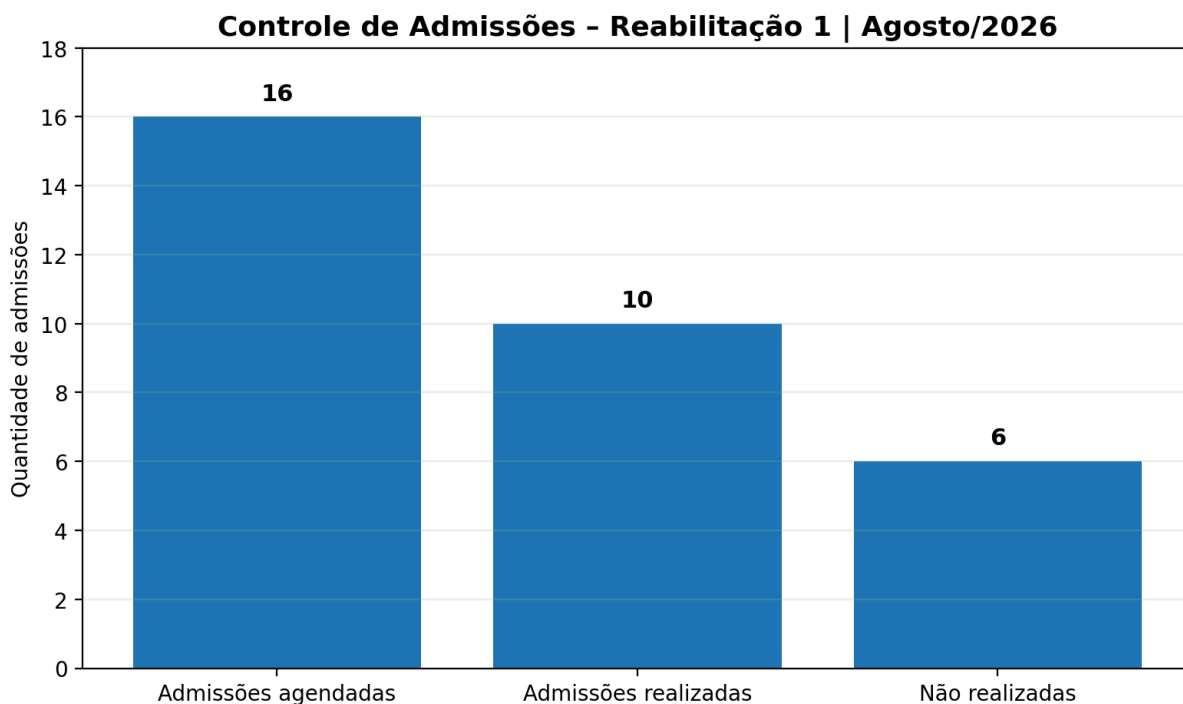
Unidade R3: **Dependência Química e Transtorno**

- **141 grupos** conduzidos pelo educador físico;
- **97 grupos** realizados por psicólogos;
- **02 grupos** realizados pela equipe de serviço social;
- **103 grupos** conduzidos pela equipe de Terapia Ocupacional.

Unidade R2:

- **61 grupos** conduzidos pelo educador físico;
- **64 grupos** realizados por psicólogos;
- **07 grupos** realizados pelo serviço social;
- **36 grupos** realizados pela equipe de Terapia Ocupacional.

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



Análise Crítica: No período analisado, foram agendadas 16 admissões na Reabilitação 1, com 10 efetivamente realizadas. As não efetivações estavam relacionadas a intercorrências registradas no fluxo de admissão, incluindo não comparecimento, evasão, recusa e alterações na necessidade de admissão. Os casos foram devidamente registrados para acompanhamento, mantendo-se o monitoramento do fluxo pela equipe responsável.

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

Análise Crítica: No período analisado, considerando 1.454 pacientes-dia nas unidades R2 e R3, foram registradas 753 participações em atividades físicas, correspondendo a 51,79%. Ressalta-se que, durante o período, as atividades foram conduzidas por apenas 1 (um) Educador Físico, condição que limitou a oferta e cobertura das atividades nas duas unidades. Todas as atividades

realizadas foram registradas por meio de listas de presença, utilizadas como evidência documental. Mantém-se o acompanhamento do indicador e a adoção de medidas para regularização do quadro profissional e ampliação da oferta das atividades.

Observação:

Para apuração do indicador, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{Percentual de participação} = (\text{n}^\circ \text{ de participações} \div \text{n}^\circ \text{ de pacientes-dia}) \times 100$$

Cálculo do período:

$$(753 \div 1.454) \times 100 = 51,79\%$$

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 avaliação global apresentou índice de satisfação de 93,60%. Os menores percentuais foram identificados em acomodação (83,64%), segurança durante a internação (87,27%) e alimentação (89,09%).

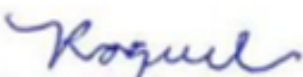
UNIDADE DE REABILITAÇÃO III – PESQUISA DE SATISFAÇÃO



Análise Crítica: A avaliação global da Unidade de Reabilitação III apresentou índice de satisfação de 93,76%, evidenciando percepção global favorável dos usuários. O menor percentual foi identificado no item vestuários (87,88%), mantendo-se os demais indicadores acima de 90%.

7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES

- **10 a 28 de agosto de 2026 – Capacitação NR-32:** realizada capacitação dos profissionais em conformidade com as diretrizes da NR-32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, com foco no fortalecimento das práticas de prevenção e segurança no ambiente de trabalho.
- **18 e 19 de agosto de 2026 – Ação relacionada à NR-1:** realizada palestra com o tema “Trabalho e Realização Profissional em Equilíbrio com a Vida Pessoal”, como ação voltada à abordagem dos fatores psicossociais relacionados ao trabalho, promovendo reflexão sobre equilíbrio entre demandas profissionais, realização no trabalho e vida pessoal.



Raquel Paula de Oliveira
Gerente Técnico Regional
Gerência Técnica
OS CEJAM

São Paulo, 08 de Setembro de 2026.