

# **Relatório de Atividades Assistenciais**

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

**Convênio n.º  
000479/2025**

**Junho  
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

|                                                                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL</b>                                                                    | <b>4</b>  |
| 1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM                                                     | 4         |
| 1.2 Convênio nº 000479/2025                                                                                   | 6         |
| <b>2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES</b>                                                           | <b>6</b>  |
| <b>3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>                                                    | <b>6</b>  |
| <b>4. FORÇA DE TRABALHO</b>                                                                                   | <b>6</b>  |
| 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        |
| <b>5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS</b>                                                                | <b>11</b> |
| 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                                                                         | 13        |
| 5.1.5 Não Conformidade na Administração de Medicamentos                                                       | 15        |
| 5.1.6 Incidência de Autolesão                                                                                 | 16        |
| 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%                          | 24        |
| 5.1.15 Participação nas Comissões Hospitalares                                                                | 25        |
| <b>6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b>                                                                   | <b>25</b> |
| 6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário                                                                      | 25        |
| <b>7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES</b>                                                          | <b>27</b> |

## 1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

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

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

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

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

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

#### **Visão**

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

## **Missão**

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

## **Valores**

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

## **Pilares Estratégicos**

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

## **Lema**

"Prevenir é Viver com Qualidade".

## 1.2 Convênio nº 000479/2025

---

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

## 2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

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

## 3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O relatório apresenta as atividades desenvolvidas no serviço referente ao período de **01 a 30 de Junho de 2026**.

## 4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho prevista é de 128 colaboradores, sendo 127 vagas CLT e 05 postos para contratação de Pessoa Jurídica (PJ), contempladas por 20 profissionais médicos. Abaixo segue a relação de colaboradores CLT previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo e setor.

## 4.1 Dimensionamento

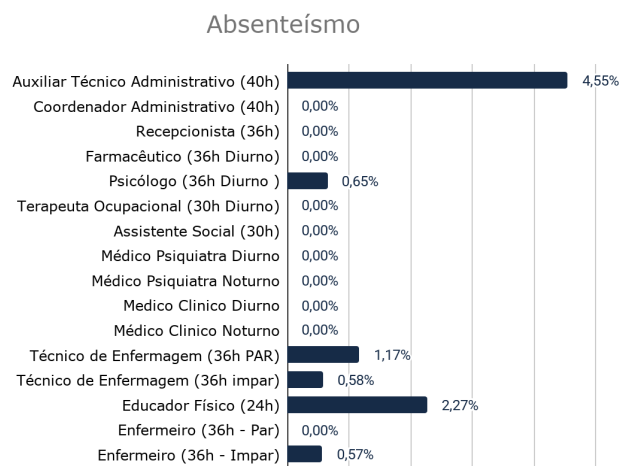
### 4.1.1 Quadro de Colaboradores

| Setor          | Cargo                                 | Previsto | Efetivo | Δ |
|----------------|---------------------------------------|----------|---------|---|
| Administrativo | Auxiliar Técnico Administrativo (40h) | 1        | 1       | ✓ |
|                | Coordenador Administrativo (40h)      | 1        | 1       | ✓ |
|                | Recepcionista (36h)                   | 5        | 5       | ✓ |
| Assistencial   | Farmacêutico (36h Diurno)             | 5        | 5       | ✓ |
|                | Psicólogo (36h Diurno )               | 7        | 7       | ✓ |
|                | Terapeuta Ocupacional (30h Diurno)    | 6        | 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       | 35      | ↓ |
|                | Técnico de Enfermagem (36h ímpar)     | 37       | 39      | ↑ |
|                | Educador Físico (24h)                 | 2        | 2       | ✓ |
|                | Enfermeiro (36h - Par)                | 8        | 8       | ✓ |
|                | Enfermeiro (36h - Ímpar)              | 8        | 8       | ✓ |
| Total          |                                       | 128      | 127     | ↓ |

**Análise Crítica:** Durante o período, as Unidades de Reabilitação mantiveram a equipe multiprofissional dentro dos parâmetros mínimos estabelecidos, assegurando o funcionamento dos serviços. Contudo, permanecem desafios relacionados à composição do quadro de profissionais, especialmente para o cargo de Terapeuta Ocupacional, cujo edital permanece aberto em razão da ausência de candidatos aptos, refletindo a limitada disponibilidade desse profissional no mercado de trabalho.

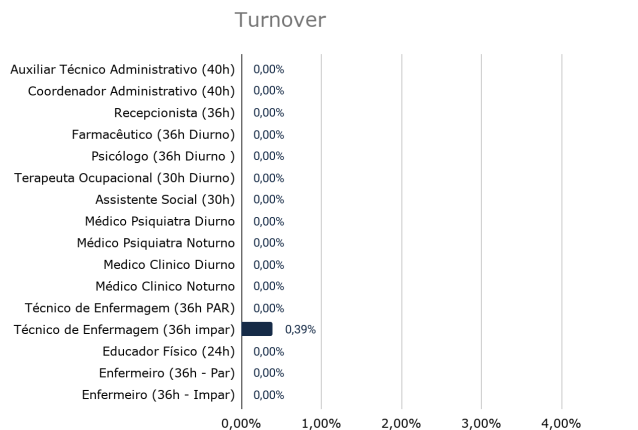
## 4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

### 4.2.1 Absenteísmo



**Análise Crítica:** Os percentuais permaneceram sob controle durante o período, com monitoramento contínuo dos indicadores. A gestão realizou ajustes de escala, remanejamento interno de profissionais e organização das coberturas das equipes, com o objetivo de manter a continuidade da assistência e o adequado funcionamento dos serviços. Essas medidas contribuíram para a manutenção da estabilidade operacional e para o atendimento dos parâmetros assistenciais estabelecidos.

#### 4.2.2 Turnover



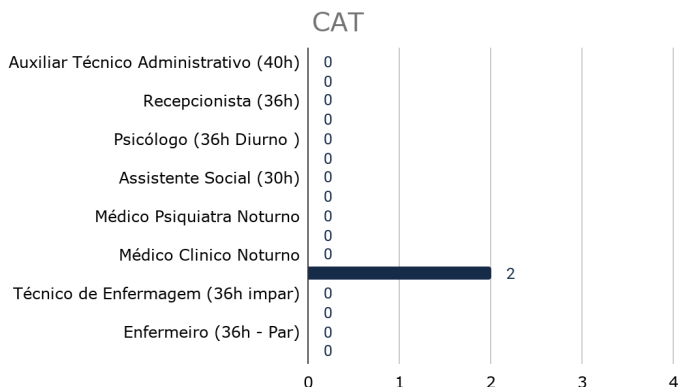
**Análise Crítica:** Os percentuais apurados permaneceram dentro do padrão previsto, com monitoramento sistemático pela gestão. Sempre que necessário, foram adotadas medidas de reposição e adequação das escalas, visando à manutenção da continuidade dos serviços e ao atendimento dos parâmetros assistenciais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

Turnover registrado:

- Técnico de Enfermagem (36 horas – escala ímpar): 0,39%.

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:** No período analisado, foram registrados 02 (dois) acidentes de trabalho com emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

O primeiro ocorreu em 10/06/26, nas dependências da instituição. Ao descer da motocicleta no estacionamento do hospital, a colaboradora pisou em um desnível existente no piso, perdeu o equilíbrio e sofreu queda ao solo. Durante o evento, a motocicleta caiu sobre o pé direito da colaboradora, ocasionando escoriação, com afastamento por 01 (um) dia.

O segundo ocorreu em 22/06/26, durante o trajeto de retorno à residência. Em razão de queda de motocicleta em pista molhada, a colaboradora sofreu escoriações no joelho esquerdo, com necessidade de afastamento por 03 (três) dias.

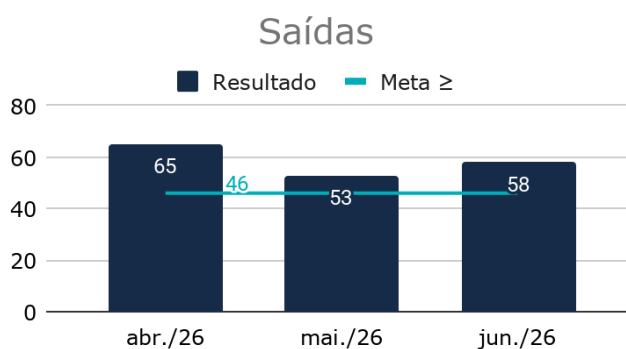
Os dois eventos foram devidamente registrados, com emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), e acompanhados conforme os procedimentos institucionais.

## 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 58 saídas.

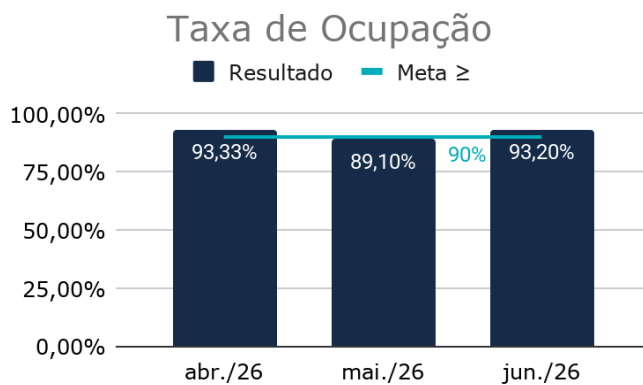
#### Reabilitação 2:

- 11 altas por melhora;

#### Reabilitação 3:

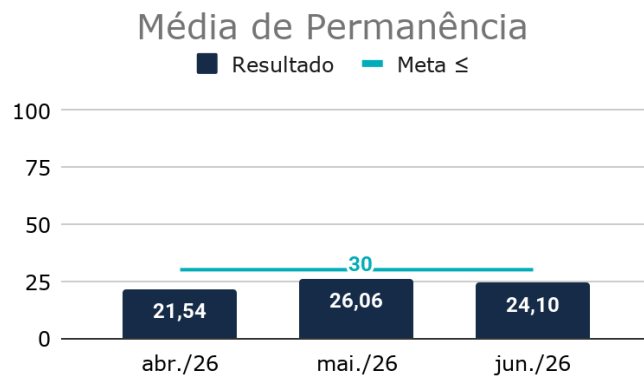
- 45 altas por melhora;
- 01 altas a pedido;
- 01 alta por transferência.

### 5.1.2 Taxa de Ocupação



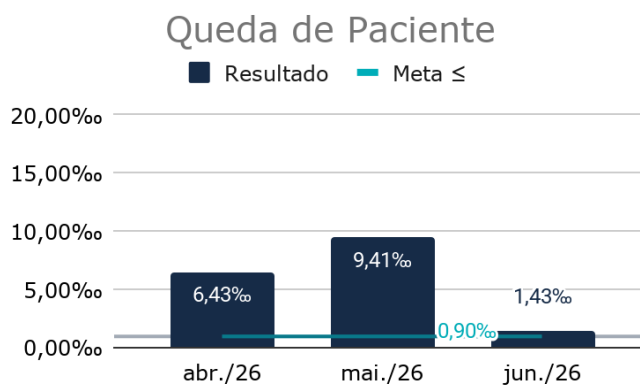
**Análise crítica:** a taxa de ocupação foi de **93,20%**, atingindo a meta ( $\geq 90\%$ ) e evidenciando gestão eficiente dos leitos, equilíbrio entre ocupação e rotatividade, e manutenção da qualidade assistencial.

### 5.1.3 Média de Permanência



**Análise crítica:** A média de permanência foi de 24,10 dias, permanecendo dentro da meta padronizada.

### 5.1.4 Incidência de queda de paciente



**Análise crítica:** Durante o período, foram registrados dois eventos de queda. O primeiro ocorreu no banheiro, decorrente de escorregão em piso molhado. O segundo ocorreu quando o paciente, ao se virar na cama, acabou caindo ao chão.

**Nome:** M.V.M.F.

**Idade:** 16 ANOS

**DATA:** 12/06/2026

**HORA:** 15:30

**Pontuação Escala Morse:** 0

**Descrição:** Paciente relatou queda após escorregar em piso molhado no banheiro, com impacto do joelho esquerdo contra o chão. Manteve-se consciente, sem queixas de mal-estar ou sonolência, referindo apenas dor local, sem sinais aparentes de trauma ou escoriações. Foi prontamente avaliado pelo médico clínico. O evento foi notificado conforme protocolo institucional. Como medida de melhoria, foram reforçadas junto à equipe assistencial as orientações quanto à inspeção das condições do ambiente, prevenção de pisos molhados e intensificação das medidas de prevenção de quedas, visando reduzir a ocorrência de novos eventos.

**Nome:** G.H.M.R.

**Idade:** 15 ANOS

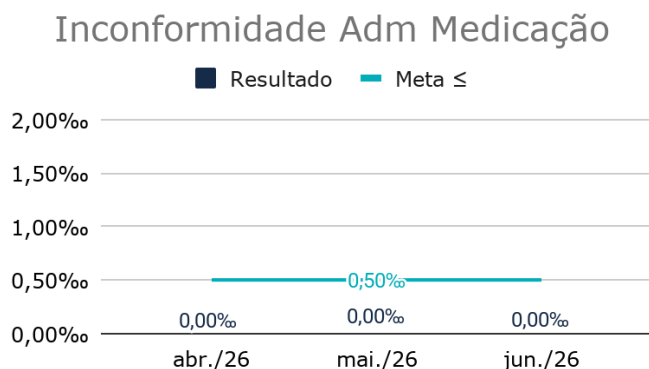
**DATA:** 17/06/2026

**HORA:** 13:50

**Pontuação Escala Morse:** 0

**Descrição:** Durante o plantão, a equipe de enfermagem foi informada por outro adolescente de que seu colega de quarto, enquanto dormia, caiu do leito ao se virar. Na avaliação inicial, o paciente encontrava-se consciente, apresentando dor e edema na região frontal. Foi prontamente avaliado pela médica clínica, recebeu analgesia conforme prescrição e permaneceu em observação para monitoramento da evolução clínica. O evento foi devidamente registrado e notificado conforme protocolo institucional. Como medida de melhoria, foram reforçadas junto à equipe assistencial as orientações quanto à avaliação contínua do risco de queda, adoção das medidas de segurança no leito e monitoramento dos pacientes

### 5.1.5 Não Conformidade na Administração de Medicamentos



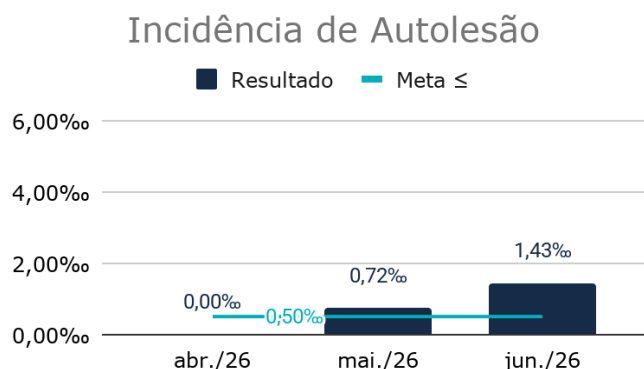
**Análise crítica:** Durante o período em análise, não foram registrados eventos adversos relacionados ao processo de medicação, como administração de dose incorreta, utilização de via inadequada ou identificação incorreta do paciente.

Foi registrado um quase erro de medicação (near miss) decorrente de uma inconformidade no processo de preparo e dispensação interna da medicação. Durante a etapa de administração, a paciente informou que o medicamento apresentado não correspondia ao habitualmente utilizado no período noturno. A administração foi imediatamente interrompida, sendo realizada conferência pela técnica de enfermagem e pela enfermeira da unidade, que identificaram divergência entre o medicamento previamente separado e a prescrição médica. A médica plantonista foi comunicada, a inconformidade foi corrigida antes da administração e o medicamento correto foi posteriormente administrado, sem ocorrência de dano ao paciente.

A análise do evento identificou como fator contribuinte a utilização simultânea da mesma bancada por duas profissionais durante o preparo das medicações, circunstância que favoreceu a colocação inadvertida de um medicamento em recipiente destinado a outra paciente. O evento foi registrado por meio de

Comunicação de Ocorrência e analisado conforme o protocolo institucional de segurança do paciente. Como medidas de melhoria, foi implantada a identificação dos espaços destinados ao preparo das medicações por setor/unidade e reforçadas as orientações à equipe quanto à utilização de bancadas individualizadas, a realização da dupla checagem e à conferência rigorosa da prescrição médica durante o preparo e imediatamente antes da administração dos medicamentos, visando fortalecer as barreiras de segurança e prevenir recorrências.

#### 5.1.6 Incidência de Autolesão



**Análise Crítica:** No período analisado, foi registrada 01 (uma) notificação relacionada a episódio de autolesão.

**Nome:** T.V.S

**Idade:** 35 ANOS

**DATA:** 24/06/2026

**HORA:** 17:00

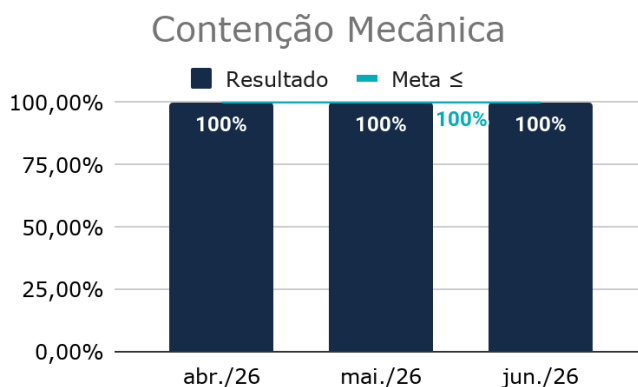
**Pontuação Escala Morse:** 0

**Descrição:** O evento ocorreu após a participação da paciente em uma festividade realizada no NAT, ocasião em que ocultou uma colher plástica utilizada durante a atividade. Ao retornar à unidade assistencial, utilizou o objeto para provocar lesões superficiais em membro superior esquerdo (MSE) e membro inferior direito (MID).

O episódio foi prontamente identificado pela equipe assistencial, que realizou a retirada do objeto e acionou avaliação médica, psicológica e psiquiátrica. Foram instituídas as condutas terapêuticas pertinentes, incluindo administração de medicação e manutenção da paciente em observação, conforme avaliação clínica, sem intercorrências adicionais.

O evento foi registrado por meio de Comunicação de Ocorrência e analisado conforme o protocolo institucional de segurança do paciente. Como medida de melhoria, foram reforçadas as orientações à equipe quanto à inspeção dos pacientes após atividades terapêuticas e recreativas, à conferência e ao recolhimento dos objetos utilizados nessas atividades, com o objetivo de fortalecer as barreiras de segurança e reduzir o risco de recorrência de episódios de autolesão.

### 5.1.7 Notificação sobre Contenção Mecânica

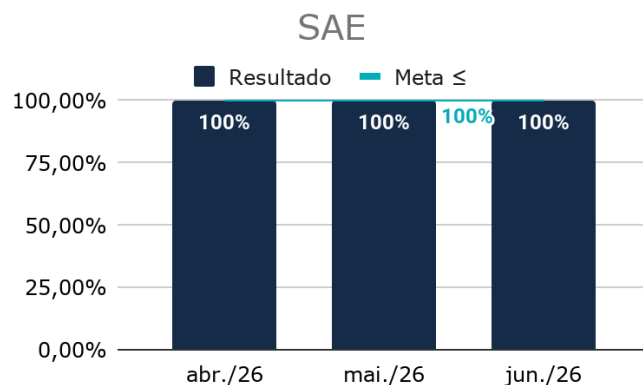


**Análise crítica:** Durante o período em análise, foram registradas três contenções mecânicas, todas decorrentes de episódios de agitação psicomotora com risco à integridade física do próprio paciente, dos demais pacientes, da equipe assistencial e ao patrimônio institucional.

Previamente à contenção, foram realizadas tentativas de abordagem verbal para redução da agitação, porém sem sucesso. Diante da persistência da agitação e do risco, foi necessária a realização de contenção mecânica associada à contenção medicamentosa, conforme indicação clínica e protocolo institucional.

Os eventos foram registrados e analisados conforme o protocolo institucional. A análise evidenciou que as contenções foram empregadas como medida excepcional, após a adoção das intervenções cabíveis, com o objetivo de preservar a segurança do paciente, dos demais pacientes, da equipe assistencial e do ambiente. Como medida de melhoria, foram reforçadas junto à equipe as orientações quanto ao registro adequado das condutas adotadas, ao monitoramento contínuo do paciente e à reavaliação periódica da necessidade de manutenção da 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.

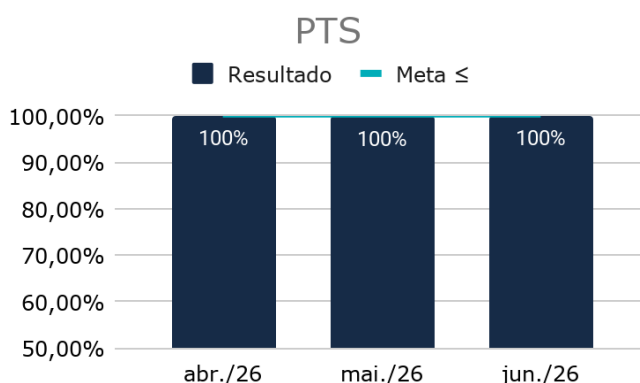
Foram identificadas inconformidades pontuais relacionadas à ausência de assinatura e/ou carimbo profissional em alguns registros, bem como situações específicas referentes à ausência de comunicação prévia ao Ministério Público, devidamente justificadas pelo Serviço Social por meio de relatório técnico. 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:** Todas as admissões realizadas foram 05 devidamente comunicadas à instituição escolar no momento da entrada do(a) adolescente na unidade.

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

**Análise Crítica:** No período analisado, foram realizados **442 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**

- **25 grupos** conduzidos pelo educador físico;
- **61 grupos** realizados por psicólogos;
- **10 grupos** realizados pela equipe de serviço social;
- **68 grupos** conduzidos pela equipe de Terapia Ocupacional.

#### Unidade R3: **Transtorno**

- **19 grupos** conduzidos pelo educador físico;
- **31 grupos** realizados por psicólogos;
- **03 grupos** realizados pela equipe de serviço social;
- **55 grupos** conduzidos pela equipe de Terapia Ocupacional.

Unidade R2:

- **38 grupos** conduzidos pelo educador físico;
- **83 grupos** realizados por psicólogos;
- **08 grupos** realizados pelo serviço social;
- **41 grupos** realizados pela equipe de Terapia Ocupacional.

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

---

**Análise Crítica:** No mês de Junho foram registrados 05 atendimentos direcionados ao CAIS, ambos relacionados ao processo de internação, com tempo médio de atendimento de 30 minutos.

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

---

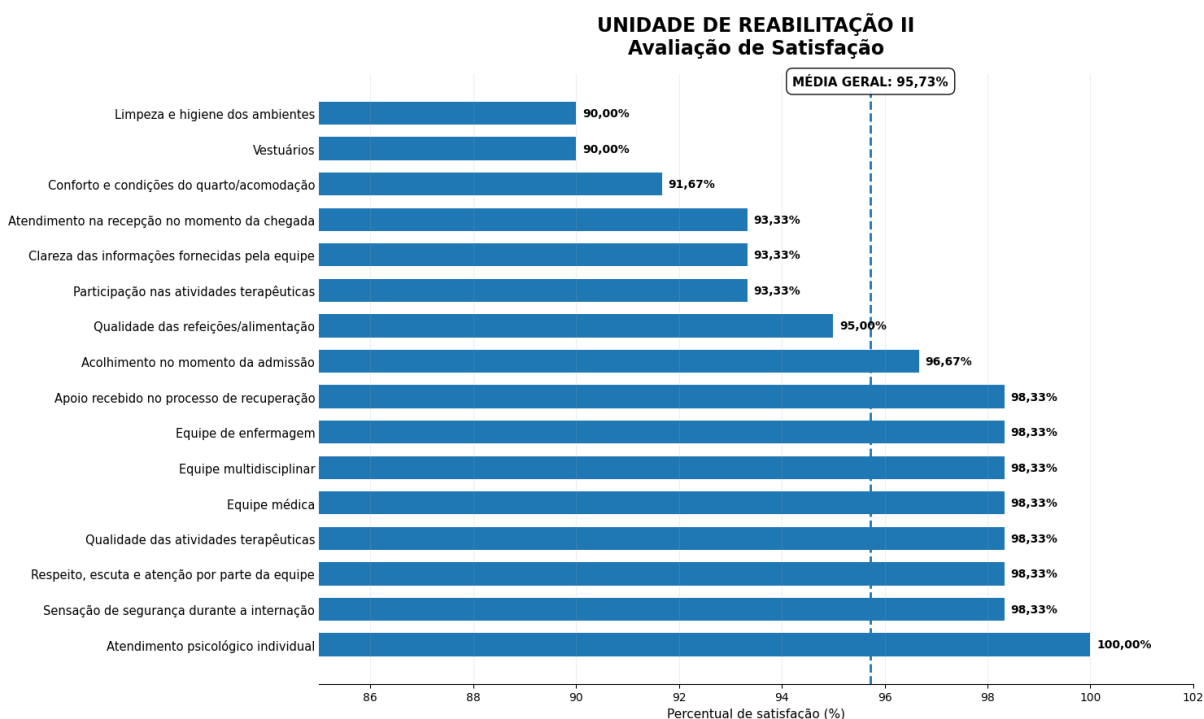
**Análise Crítica:** No período, foram realizados 82 grupos de atividades físicas, totalizando 495 participações de pacientes. O resultado ficou abaixo do percentual previsto em razão do afastamento temporário de um dos profissionais de Educação Física por afastamento legal de licença gala, previsto em CLT. Durante esse período, as atividades foram conduzidas por apenas um profissional, responsável pelo atendimento das três unidades assistenciais, o que impactou a execução integral da programação prevista. Ainda assim, as atividades foram mantidas, garantindo a continuidade da assistência aos pacientes, conforme a disponibilidade do serviço.

### 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.

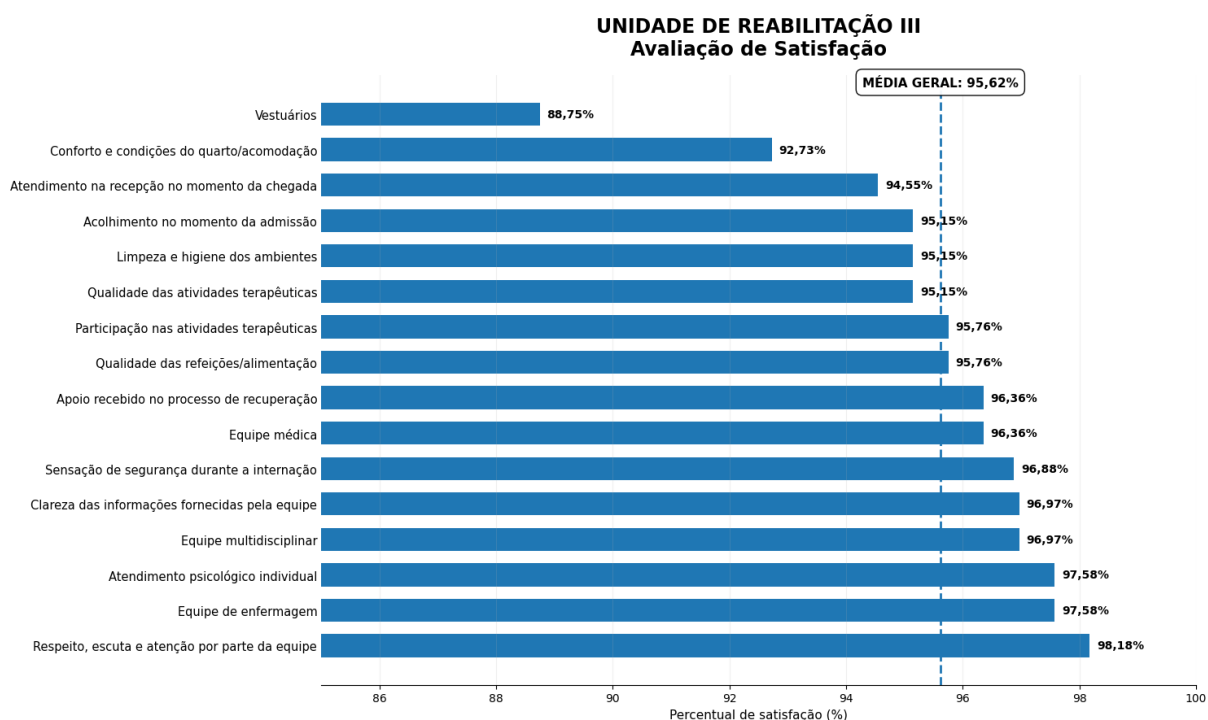
## 6. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

### 6.1 Indicadores de Satisfação do Usuário



**Análise Crítica:** A pesquisa de satisfação evidenciou satisfação dos pacientes em relação à assistência prestada, com todos os itens avaliados apresentando percentual superior a 90%. Destacaram-se o atendimento psicológico individual (100%) e os aspectos relacionados à atuação das equipes assistenciais, qualidade das atividades terapêuticas, apoio ao processo de recuperação e sensação de segurança durante a internação, todos com índice de 98,33%.

Os menores percentuais foram observados nos itens limpeza e higiene dos ambientes (90,00%), vestuários (90,00%) e conforto e condições do quarto/acomodação (91,67%), mantendo-se, entretanto, em patamar satisfatório.



**Análise Crítica:** A pesquisa de satisfação evidenciou elevado grau de satisfação dos pacientes em relação aos serviços prestados pela Unidade, com a maioria dos indicadores apresentando índices superiores a 90%. Destacaram-se positivamente os itens relacionados ao acolhimento, respeito, escuta qualificada e atuação das equipes assistenciais e multidisciplinares, bem como o atendimento psicológico individual e a sensação de segurança durante a internação, evidenciando a qualidade da assistência e do cuidado ofertado aos pacientes.

Os menores percentuais foram observados nos itens relacionados à infraestrutura e hotelaria hospitalar, com destaque para vestuário e conforto e condições de acomodação, embora mantendo-se em patamares satisfatórios.

## **7. AÇÕES DE MELHORIAS, EVENTOS E CAPACITAÇÕES**

### **Unidades de Reabilitação II e III**

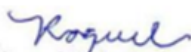
Em 03/06/2026, foram realizadas ações de melhoria e alinhamento com a equipe de enfermagem, voltadas ao fortalecimento dos processos assistenciais e à qualificação da comunicação e do relacionamento interpessoal entre os profissionais da equipe multiprofissional.

Em 19/06/2026, foram promovidas ações de melhoria direcionadas aos enfermeiros, fundamentadas no Manual de Orientação do COREN-SP e CRF-SP sobre Prescrição e Dispensação de Medicamentos na Área da Enfermagem, com foco na padronização das práticas assistenciais, no cumprimento das normativas vigentes e no fortalecimento da segurança do processo medicamentoso.

Em 24/06/2026, foi realizado almoço junino, promovendo a integração entre colaboradores e usuários. Na mesma data, ocorreu visita de adolescentes à EMEI

em comemoração ao Dia da Água, com atividades educativas e de conscientização. Também foram desenvolvidas atividades recreativas em alusão aos jogos da seleção, com caracterização temática, pintura facial e distribuição de lanche, favorecendo a integração e o fortalecimento de um ambiente acolhedor.

Em 25/06/2026, foi realizado curso on-line (CEFOR) sobre **Responsabilidade Ética e Jurídica dos Profissionais de Saúde**, visando à atualização técnico-científica dos profissionais e ao fortalecimento das boas práticas assistenciais.

  
Raquel Paula de Oliveira  
Gerente Técnico Regional  
Gerência Técnica  
OS CEJAM

São Paulo, 07 de julho de 2026.