

Relatório de Atividades Assistenciais

CAISM Philippe Pinel

Convênio n.º

000421/2025

Julho
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	9
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	13
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	46
5.1.5 Tempo Mínimo para Alta Melhorado / Curado da Clínica de Dependência Química	47
5.1.6 Recusar a admissão de pacientes dentro do perfil da unidade	47
5.1.7 Evolução dos Prontuários	48
5.1.8 Projeto Terapêutico Singular dos pacientes	49
5.1.9 Participação da Conveniada nas reuniões das Comissões Hospitalares	49
5.1.10 Reclamações na Ouvidoria	49

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 31 de julho 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 **20** 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 às 19h	1	1	✓
	Auxiliar Técnico Administrativo (40h) 07h às 16h	1	1	✓
Assistencial	Educador Físico (40h) 07h às 16h	1	1	✓
	Educador Físico (40h) 09h às 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	2	✓
	Médico Psiquiatra Responsável Técnico (diarista) 30h	1	1	✓
Total		11	10	↓

Fonte: Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP)

Análise Crítica: Para completar a equipe mínima prevista ocorreu uma entrevista em 23/07/2025 com uma candidata para Terapeuta Ocupacional, a qual aceitou a vaga.

A efetividade dos cargos de médico clínico geral 12h diurno contínua composta por 3 profissionais dividindo os plantões de quinta a domingo/mês e médico psiquiatra 12h diurno composta por 3 profissionais dividindo os plantões de sábado e domingo/mês. A composição de médico assistente diarista, sendo um destes profissionais agregando a atribuição como RT neste convênio.

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.

No plantão de 13/08 a médica clínica estava de atestado. O atendimento aos pacientes foi assegurado pelos outros profissionais de plantão.

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:

09/07 – período de 06 horas - cobertura na enfermaria A

De 23/07 a 31/07 – período de 06 horas, segunda a sexta - coberturas na enfermaria B.

4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas

4.2.1 Absenteísmo

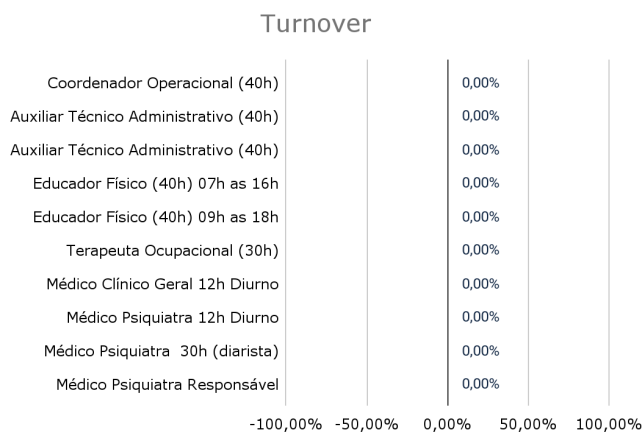
Absenteísmo

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 as faltas da médica assistente diarista da enfermaria B foram previamente comunicadas, sem nenhum impacto na assistência dos pacientes.

As escalas dos médicos psiquiatras, clínicos e equipe multi e equipe administrativa compartilhada com a gerência do contrato para consulta.

4.2.2 Turnover



Análise Crítica: No período que trata este relatório houve as seguintes movimentações:

- Pedido de término de contrato de experiência da médica assistente da enfermaria C em 04/07/2025.
- Aditamento do contrato de uma plantonista de psiquiatria como a nova médica assistente da enfermaria C a partir de 01/07/2025.
- Contratação de novo médico psiquiatra plantonista para compor os plantões aos domingos quinzenais.

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

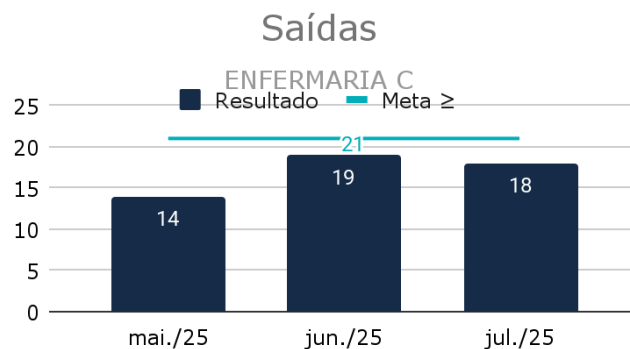
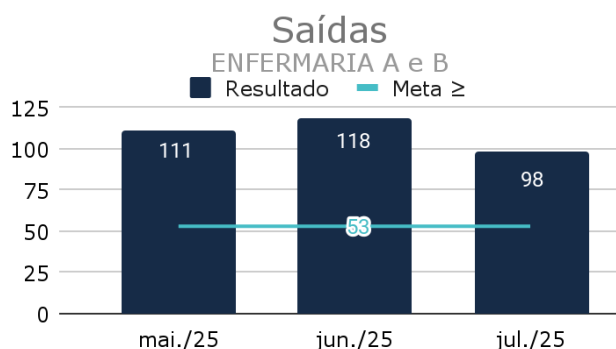
Análise Crítica: Não houve.

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 98, acima da meta de ≥ 53 saídas.

Quanto às saídas na clínica de transtornos mentais, foram 18 altas, ainda abaixo da meta (≥ 21 saídas) pelo motivos técnicos de internações que se prolongaram acima do esperado:

Paciente: E.A.S - 28 anos. RGH: 34.999

Período de Internação: (03/06 a 03/07) - 31 dias

Diagnóstico Principal: F 20.9 ESQUIZOFRENIA NÃO ESPECIFICADA

A paciente relata que suas percepções sensoriais diferem das experiências comuns, afirmando possuir a capacidade de visualizar sinais e visões que antecedem a ocorrência de eventos no mundo, além de sentir-se responsável por comunicar essas percepções às pessoas com o objetivo de contribuir para a perfeição do mundo. Reside com a mãe e o irmão. A paciente apresentava episódios de alucinações auditivas e visuais, que ocorriam em ambiente domiciliar. Possui diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) desde 2015, sendo acompanhada anteriormente. A paciente informou que abandonou o tratamento psiquiátrico há aproximadamente 01 ano por iniciativa própria. Tentou realizar acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS), porém não conseguiu manter o vínculo terapêutico. Relata sentir-se presa em seu corpo e em sua condição de vida atual. Ela também refere dificuldades na realização de estudos e na consecução de objetivos relacionados à produtividade intelectual. Além disso, manifesta pensamentos de desejo de morte, expressando a intenção de fugir do sofrimento e da confusão mental que não consegue compreender plenamente.

04/06: Iniciada prescrição de haloperidol (Haldol) 7,5 mg, equivalente a 75 gotas à noite; também foram prescritos clonazepam 2 mg e prometazina 25 mg.

06/06: A paciente relatou ouvir sussurros de pessoas, embora sem compreender o conteúdo das vozes. A mãe informou que, após a prova do ENEM de 2014, a paciente apresentou um surto psicótico, no qual acreditava que as pessoas estavam rindo e falando dela.

09/06: Houve redução do clonazepam em 0,5 mg a cada dois dias, visando ajustar a medicação.

11/06: Realizado ajuste na dose de haloperidol para 10 mg.

16/06: A paciente solicitou alta, alegando que o surto ocorreu devido à interrupção do tratamento. Ela permanece em uso de haloperidol 10 mg, aguardando resposta terapêutica.

17/06: Ajuste na medicação de clonazepam para 0-0-3 (três gotas à noite) devido à queixas de insônia.

24/06: Prescrição de haloperidol decanoato (antipsicótico de ação prolongada) e implementação de programa de redução gradual do haloperidol oral até a suspensão total da medicação.

25/06: A paciente apresentou melhora clínica, demonstrando interesse em retomar os estudos e conversando com a família para garantir continuidade no tratamento. Relatou sentir-se melhor com o uso do haloperidol decanoato.

01/07: Observou-se pensamento de curso normal, embora com ideias delirantes. Decidiu-se manter o haloperidol oral.

A paciente recebeu alta em 03/07, apresentando melhora significativa do quadro clínico. A internação de 31 dias foi considerada necessária para proporcionar o tempo adequado de ação dos antipsicóticos, possibilitando a retomada parcial da crítica e o controle dos sintomas psicóticos. A alta foi considerada segura na data supra registrada, especialmente considerando o risco de autoagressão (com risco para suicídio).

Paciente: A.M.F - 42 anos RGH: 34.990

Período de Internação: (31/05 a 04/07) - 35 dias

Diagnóstico Principal: CID F31.7 Transtorno Afetivo Bipolar, atualmente em remissão

Paciente 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.

05/06: foi iniciado o uso de risperidona na dose de 2 mg ao dia.

09/06: a paciente permaneceu apresentando discurso desconexo, alegando que sua internação ocorreu devido a questões políticas, pois estaria filmando fatos considerados incorretos.

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.

12/06: relatou que o governo teria impedido que ela tivesse filhos, alegando que isso estaria relacionado à sua condição de esquizofrenia.

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).

18/06: foi observada a presença de delírios, embora tenha sido notada uma melhora nos parâmetros clínicos, especialmente na redução do taquipsiquismo.

23/06: a dose de risperidona foi aumentada para 3 mg ao dia.

27/06, a paciente apresentou discurso persecutório dirigido à irmã.

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).

02/07: a paciente apresentou melhora significativa do quadro clínico.

04/07: foi concedida alta hospitalar, mediante a entrega de receitas médicas e encaminhamento para acompanhamento no CAPS Adulto Sul Monumento. A paciente foi liberada acompanhada de seus familiares.

A internação de longa duração foi avaliada como essencial para realizar o ajuste progressivo do tratamento medicamentoso, levando em conta a resposta clínica da paciente; além disso, visou à estabilização do quadro psicótico e do comportamento agressivo, bem como à garantia da segurança da paciente e de terceiros, devido aos episódios de agitação e impulsividade apresentados.

Paciente: Z.F.S - 50 anos RGH: 35.029

Período de Internação: (14/06 a 17/07) - 34 dias

Diagnóstico Principal: F319 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR NÃO ESPECIFICADO

Paciente divorciada há cinco anos e atualmente empregada doméstica, foi admitida na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Parelheiros em 10/06, sendo posteriormente encaminhada ao Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAISM) Vila Mariana e, posteriormente, ao Hospital Psiquiátrico de Pinheiros (Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas) em 14/06.

A admissão ocorreu devido à apresentação de discursos de grandeza, nos quais a paciente afirmou ser uma princesa da Pérsia e uma pessoa de considerável riqueza. Segundo relato do filho, na madrugada do dia 09/06, a paciente acordou gritando dentro de sua residência, alegando estar exorcizando o diabo. Ela teria empurrado um armário contra a porta, sendo necessário o arrombamento por parte da polícia e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A paciente relata que os filhos chamaram o SAMU de forma injusta, pois ela estaria apenas rezando em voz alta e colocando o armário na porta para evitar interrupções. Além disso, a paciente afirma que seu vizinho é uma pessoa impositiva e que seu empregador estaria envolvido na criação de três vírus mortais por uma organização preparada para dominar o mundo.

O filho relata que a paciente sempre foi uma pessoa supersticiosa, porém, houve uma piora do quadro após a separação do casamento, momento em que começaram a surgir discursos de grandeza e, em seu primeiro surto psicótico, ela chegou a agredir o próprio filho.

A prescrição realizada no CAISM Vila Mariana inclui clonazepam 0,5 mg, lítio 300 mg e olanzapina 5 mg.

20/06: foi realizada uma redução na dosagem de Clonazepam, passando de 0-1-1.

26/06: houve um aumento na administração de Lítio para 300 mg, na dosagem de 1-0-2.

02/07: foi efetuado um aumento na dose de Olanzapina para 15 mg por dia, em virtude da persistência de sintomas psicóticos e discurso delirante.

11/07: observou-se uma melhora clínica, e a conduta medicamentosa foi mantida.

17/07: o quadro psicopatológico apresentou-se estável, sendo concedida alta hospitalar.

Dessa forma, a internação teve duração de 34 dias, período este considerado necessário para que a equipe multiprofissional realizasse intervenções terapêuticas voltadas à estabilização do quadro clínico do paciente. A alta foi considerada segura na data acima, especialmente devido ao risco de heteroagressão a pessoas próximas - familiares e vizinhos.

Paciente: E.S.S. - 43 anos RGH: 34.347

Período de Internação: (11/06 a 17/07) - 36 dias

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

Paciente residente com três filhos, atualmente atuando como Auxiliar de Limpeza Hospitalar. Encontra-se divorciada há aproximadamente três meses. Foi encaminhada ao Pronto-Socorro pelo SAMU apresentando quadro de alucinações auditivas com conteúdo depreciativo, taquipsiquismo e redução da necessidade de sono. Apresenta diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) há cerca de 15 anos, com histórico de tratamento anterior no CAISM Vila Mariana. Faz uso regular de Lítio 300 mg (1-0-2); contudo, nas semanas anteriores à admissão, houve agravamento progressivo do quadro clínico.

Evolução Clínica e Prescrição Medicamentosa:

11/06: Na admissão ao serviço, houve modificação da prescrição medicamentosa. Iniciados os seguintes fármacos:

- Quetiapina 600 mg/dia
- Lítio 300 mg (0-0-1)
- Clonazepam 5 mg/dia

12/06: Quadro clínico permanece inalterado; prescrição mantida em virtude do período de latência das medicações.

17/06: Paciente refere redução na intensidade das alucinações auditivas. Clonazepam 5 mg suspenso. Demais medicações mantidas.

23/06: Devido à ausência de melhora significativa no quadro psicopatológico, foi realizada alteração na prescrição:

- Lítio ajustado para 300 mg (1-0-1)

26/06: Paciente relata redução da ansiedade e cessação das alucinações auditivas.

- Lítio aumentado para 300 mg (2-0-2)

04/07 : Prescrição mantida. Alterações recentes em fase de latência.

05/07 a 15/07: Monitoramento contínuo do quadro clínico durante o período de latência das medicações.

16/07: Paciente apresenta-se calma, colaborativa e com estabilidade clínica. Recebe orientações sobre o processo de alta e seguimento ambulatorial.

17/07: Alta hospitalar concedida.

A análise do prontuário evidencia que a internação prolongada deveu-se à persistência do quadro psicótico e à necessidade de tempo adequado para a resposta terapêutica das medicações instituídas, garantindo assim uma alta segura e efetiva.

Paciente: A.C.S.S. - 45 anos RGH: 34-961

Período de Internação: (19/05 a 07/07) - 49 dias

Diagnóstico Principal: F20 - Esquizofrenia

Paciente 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

02/07: Paciente apresenta-se calma e colaborativa, com padrão de sono e alimentação preservados. Nega sintomas extrapiramidais (SEP) e não refere queixas no momento.

04/07: Mantém evolução favorável do quadro psicopatológico, sem intercorrências clínicas. Alta hospitalar programada para o dia 07/07.

07/07: Alta hospitalar realizada conforme o previsto.

Diante do exposto, conclui-se que a internação prolongada foi justificada pela gravidade e persistência do quadro psicótico apresentado pela paciente, o qual evoluiu com melhora gradual. Houve necessidade de ajustes frequentes no esquema terapêutico até que se alcançasse estabilização clínica satisfatória, permitindo a alta hospitalar com segurança, considerando o risco de heteroagressão, com potencial periculosidade a outrem.

Paciente: L.C.S.C. - 43 anos RGH: 34.967

Período de Internação: (21/05 a 02/07) - 42 dias

Diagnóstico Principal: F29 - Psicose não-orgânica não especificada

Paciente divorciada, mãe de três filhos, natural de Belém (PA), atua profissionalmente como governanta. Proveniente do CAISM Vila Mariana, foi admitida no Pronto-Socorro acompanhada por seu ex-marido, após episódio psicótico.

Relata ter procurado atendimento em razão de surto psicótico, com presença de alucinações auditivas persecutórias. Segundo seu relato, ouvia vozes que a ameaçavam de morte e, por vezes, essas vozes imitavam pessoas conhecidas ou familiares, suplicando por socorro ao serem supostamente mortos. Tal conteúdo delirante gerava comportamentos de checagem compulsiva, fazendo com que a paciente se deslocasse até os referidos indivíduos para verificar sua integridade física.

Histórico clínico indica episódio psicótico anterior em 2023, ocorrido no contexto do puerpério de seus filhos gêmeos, o qual resultou em internação por 14 dias no Hospital Saboya. Na ocasião, recebeu prescrição de Risperidona, porém abandonou o tratamento alegando sonolência excessiva.

Durante a internação atual, relatou ainda crença delirante de que seus pensamentos estariam sendo transmitidos via internet, de forma não autorizada, por um grupo liderado por um indivíduo que afirma não conhecer.

Esquema Terapêutico Inicial – Prescrição Medicamentosa:

- Haloperidol (Haldol) 5 mg – 0-0-1
- Clonazepam 2 mg – 1-0-1

Evolução Clínica:

22/05: Refere diminuição da frequência das alucinações auditivas após internação, mas expressa tristeza por não saber o estado atual de seus

familiares. Relembra diagnóstico prévio de psicose puerperal e menciona sobrecarga laboral.

27/05: Quadro clínico mantido; realizado ajuste na prescrição:

Suspenso Haloperidol 5 mg

Iniciado Olanzapina 10 mg – 0-0-1

29/05: Em observação, aguardando resposta terapêutica da Olanzapina.

Prescrito Clonazepam 2 mg à noite

04/06: Apresenta quadro semelhante ao do início da internação. Demonstra confusão quanto ao motivo da internação e diagnóstico.

Redução do Clonazepam para 1,5 mg à noite

Mantida observação da resposta terapêutica à Olanzapina

06/06: Refere ansiedade quanto ao futuro e expressa desejo de permanecer em São Paulo e retomar a vida profissional. Nega alucinações auditivas. Relata melhora subjetiva com uso de Olanzapina.

Redução do Clonazepam para 1 mg à noite

09/06: Demonstra intenção de dar continuidade ao tratamento no CAPS, com adesão adequada ao uso das medicações. Sem sintomas psicóticos.

Substituição do Clonazepam em comprimido por solução oral (12 gotas à noite)

12/06 a 17/06: Em acompanhamento e observação da resposta terapêutica.

17/06: Quadro clínico em progressiva melhora.

Prescrição ajustada:

Clorpromazina 100 mg

Clonazepam 2 mg à noite (uso se necessário)

25/06: Boa adaptação ao novo esquema medicamentoso. Paciente nega sintomas psicóticos, alucinações ou medo. Conduta mantida e alta programada para a semana seguinte.

02/07: Paciente apresenta-se calma, colaborativa, com estabilidade clínica. Ausência de sintomas psicóticos. Orientada quanto à necessidade de seguimento ambulatorial. Alta hospitalar concedida.

A internação prolongada foi necessária devido à gravidade e persistência do quadro psicótico apresentado pela paciente, o qual oferecia riscos à sua integridade física e à de terceiros. O acompanhamento institucional possibilitou estabilização clínica, mediante ajustes terapêuticos adequados, e ausência de sintomas psicóticos no momento da alta. A paciente foi orientada a manter seguimento em serviço ambulatorial especializado, com continuidade do tratamento medicamentoso.

Paciente: M.L. - 41 anos RGH: 35.022

Período de Internação: (09/06 a 11/07) - 32 dias

Diagnóstico Principal: F200 - Esquizofrenia paranóide

Paciente encaminhada à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Vera Cruz no dia 06/06, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em razão de comportamento agressivo e ameaças dirigidas a familiares, além de apresentar quadro de agitação psicomotora importante.

Histórico Clínico: A paciente possui diagnóstico prévio de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e esquizofrenia, porém, encontrava-se sem acompanhamento psiquiátrico e sem uso de medicação há aproximadamente quatro meses. Fazia uso regular de Risperidona 2mg (1-0-1) e Biperideno 2mg (1-0-0), conforme relato anterior.

No momento da admissão, apresentava comportamento desorganizado, com ideação persecutória direcionada principalmente aos irmãos, além de discurso desconexo e agitação importante. Relatava que seus familiares pretendiam matá-la, configurando delírios de perseguição persistentes.

Conduta Inicial – Medicação Prescrita na Internação:

- Risperidona 2mg – 1-0-1
- Clonazepam 2mg – 0-0-1
- Biperideno 2mg – 1-0-0

Evolução Clínica: 10/06 a 15/06: Quadro mantido, com presença de sintomas semelhantes aos da admissão. Seguiu em acompanhamento, aguardando o tempo de latência da medicação antipsicótica.

16/06: Sem alterações clínicas significativas. Realizado ajuste na conduta medicamentosa, introduzindo Clonazepam 0,5mg (0,5-0,5-0), com o objetivo de manejo comportamental.

23/06: Persistência de ideação persecutória. Paciente verbaliza que está internada para sua própria proteção. Apresenta pensamento acelerado. Introduzido Ácido Valproico 250mg (1-0-2).

26/06: Quadro clínico segue instável. Mantida conduta e avaliação da possibilidade de reintrodução de Biperideno ou redução da medicação antipsicótica.

27/06: Sem alteração relevante. Ajuste na medicação: Risperidona reduzida para 3mg à noite.

30/06: Início de melhora comportamental significativa. Aumento da dose de Ácido Valproico para 250mg (2-0-2).

02/07: Observa-se ausência de delírios, melhora do discurso e do humor. A paciente reconhece melhora subjetiva, referindo-se à "organização mental". Alta considerada em breve.

10/07: Apresenta melhora clínica e comportamental significativa, sem evidência de risco à própria integridade ou à de terceiros. Alta concedida, com orientações quanto à continuidade do tratamento em serviço ambulatorial e adesão ao seguimento terapêutico.

A análise do prontuário clínico demonstra que a internação prolongada foi essencial para contenção do quadro psicótico agudo, caracterizado por delírios persecutórios persistentes, desorganização do pensamento e comportamento agressivo. Durante o período de internação, observou-se resposta positiva ao tratamento instituído, com melhora progressiva dos sintomas psiquiátricos. Diante da estabilização clínica, a paciente foi considerada apta para alta e encaminhada para continuidade do acompanhamento em regime ambulatorial, com orientações específicas quanto à adesão ao tratamento farmacológico e à necessidade de suporte contínuo por equipe multiprofissional.

Paciente: J.B.H.S - 27 anos RGH: 35.041

Período de Internação: (18/06 a 21/07) – 34 dias

Diagnóstico Principal: F20.0 ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE

Paciente residente com seu companheiro. Relata que vivia um relacionamento abusivo e informa que o companheiro chegou a acionar o serviço de emergência (SAMU) devido a um surto psiquiátrico que apresentava. A paciente menciona que, no passado, foi prescrita com Aristab, porém refere que o uso do medicamento prejudicou sua visão. Quanto à sua trajetória profissional, relata ter sido demitida por alegações de calúnia por parte do ex-companheiro, além de ter sido proibida de exercer a função de professora de fisioterapia. Atualmente, busca uma nova residência. Durante a avaliação, apresenta fala acelerada, sinais de ansiedade (arborização) e referências a temas religiosos. Relata uso prévio de Aripiprazol, Risperidona (com efeito colateral de sonolência) e Ácido Valpróico. A mãe da paciente informa que ela não faz uso de medicações atualmente e que vinha apresentando discurso persecutório e comportamento agressivo. O pai da paciente possui diagnóstico de esquizofrenia. No dia 23/06 a equipe conversou com a paciente e sua mãe. A paciente relatou ter sofrido abusos sexuais aos 12 anos de idade, sendo que sofreu novos episódios de abuso ao iniciar o ensino médio. Ela informa que ficou grávida em decorrência do primeiro abuso e realizou aborto. Após o abuso ocorrido durante o ensino médio, apresentou quadro de depressão, atribuído ao ocorrido, e sua autoestima ficou significativamente abalada. A mãe da paciente relatou que ela manipula as pessoas de acordo com suas necessidades, tendo o pai como principal alvo dessas manipulações. Além disso, a mãe mencionou que, desde a adolescência, a

paciente apresenta histórico de transtornos alimentares, incluindo anorexia e bulimia.

20/06, foi prescrito a administração de haloperidol 5 mg.

Em 27/06, houve um aumento na dose de haloperidol, passando para 0-0-2.

No dia 07/07, foi realizado novo ajuste, elevando a dose para 5 mg, com esquema de 1-0-2.

Em 09/07, foi ajustada a prometazina 25 mg, na posologia de 0-0-1.

No dia 11/07, manteve-se o quadro psicopatológico, sendo indicado o uso de decanoato de haloperidol na quantidade de 1 mg (3 ampolas)..

Em 14/07, a paciente relatou visão turva, atribuindo esse efeito ao uso do haloperidol. Foram realizados ajustes na medicação, incluindo a risperidona para 1-0-0, diminuição do haloperidol oral para 5 mg (0-0-2) e a prometazina 25 mg (0-0-1).

Em 16/07, a paciente relatou melhora na visão ao utilizar risperidona, e o haloperidol oral foi reduzido para 5 mg (0-0-1). No dia 18/07, foi suspenso o uso de haloperidol oral.

No dia 21/07, a paciente recebeu alta hospitalar, manifestando-se satisfeita com o tratamento, expressando a intenção de pedir desculpas aos familiares e solicitando um relatório à médica, pois deseja retomar sua pós-graduação na USP. A internação prolongada foi considerada necessária para:

Garantir a segurança da paciente e de terceiros, diante de episódios de agressividade; estabilizar o quadro psicótico agudo, com remissão dos sintomas produtivos, como alucinações e delírios persecutórios; implementar e ajustar de forma progressiva o esquema farmacológico, obtendo uma boa resposta terapêutica ao final do período.

Paciente: M.A.S - 50 anos RGH: 35.019

Data de Internação: (08/06 a 25/07) - 47 dias

Diagnóstico Principal: F29 PSICOSE NAO-ORGANICA NAO ESPECIFICADA

Paciente natural do Ceará, reside em SP há 11 anos, divorciada a 3 anos e possui dois filhos provenientes do casamento. Interrompeu tratamento por 7 meses para voltar a trabalhar como babá, começou a fazer jejum a 2 meses, perdeu 20kg, atualmente pesa 37 kg, informa que o jejum se devia ao fato de se encontrar no plano espiritual, e que sua internação é obra do inimigo tentando atrapalhar os planos de Deus em sua vida, afirma ter sentido uma "coisa ruim" te tentou suicídio cortando os pulsos com uma faca de serra. Esteve internada no Hospital Mandaqui por 20 dias e deu prosseguimentos no tratamento através do CAPS.

Paciente em uso de Olanzapina 100mg 0-0-1

09/06: Em atendimento paciente refere estar se alimentando contra sua vontade, diz fazer jejum pois não quer perder a presença do Espírito Santo em seu corpo, que precisa dessas ações para alcançar a promessa de Deus, acredita não possuir problemas psiquiátricos, por essa razão parou de tomar as medicações. Apresenta falas fantasiosas, pensamentos desorganizados, discurso religioso e diz não poder se alimentar. Mantém prescrição anterior.

10/06 á 20/06: Acompanhamento do comportamento clínico e comportamental, observando o período de latência das medicações e seus efeitos,

23/06: Segue apresentando pensamento agregado e delirante, com crítica prejudicada. Alteração medicamentosa realizada.

- Aumento de Olanzapina para 15mg/dia,

24/06 a 06/07: Paciente manteve o mesmo quadro clínico psicopatológico dos dias anteriores, apresentando pensamento agregado e delirante, com crítica prejudicada. Conduta medicamentosa mantida aguardando período de latência da medicação.

07/07: Paciente assume que não estava tomando a medicação pois afirma que estava passando mal após a ingestão do Olanzapina. Solicitado a enfermagem que passasse a monitorar a ingestão.

- Reduz Olanzapina 10mg 0-0-1

11/07: Paciente segue apresentando quadro clínico anterior, delirante, com crítica prejudicada.

- Acrescenta Haloperidol 5mg 1-0-0

12 a 17/07: Aguardando período de latência da medicação.

18/07: Paciente passa a apresentar pensamentos mais organizados, não exterioriza delírios, porém ainda apresenta crítica prejudicada.

- Prescrito Haloperidol 5mg 1-0-0

23/07: Em conversa com psicóloga pergunta sobre seu diagnóstico, aceita as informações sem questionar ou argumentar. Alta prevista para próxima semana.

25/07: Paciente passou a apresentar melhora clínica significativa nos últimos dias, não apresenta pensamentos delirantes, bem como alucinações, tornando possível realizar o seguimento do tratamento de forma ambulatorial.

J.A.P.S. - 41 anos RGH: 34.991

Data da Internação (31/05 a 18/07) - 49 dias

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. 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 período de latência.

02/07: Houve uma redução na dose de clorpromazina para ajustar a resposta ao tratamento.

03/07: Houve uma redução na dose de clonazepam (de 0,5 mg, duas vezes ao dia) e a suspensão da clorpromazina, com a adição de clonazepam 2 mg, visando um controle mais eficaz da ansiedade, de acordo com a finalidade do medicamento.

Em 04/07: Foi realizado um aumento na dose de haloperidol (para 5 mg, duas vezes ao dia), um antipsicótico utilizado para controlar sintomas psicóticos mais intensos.

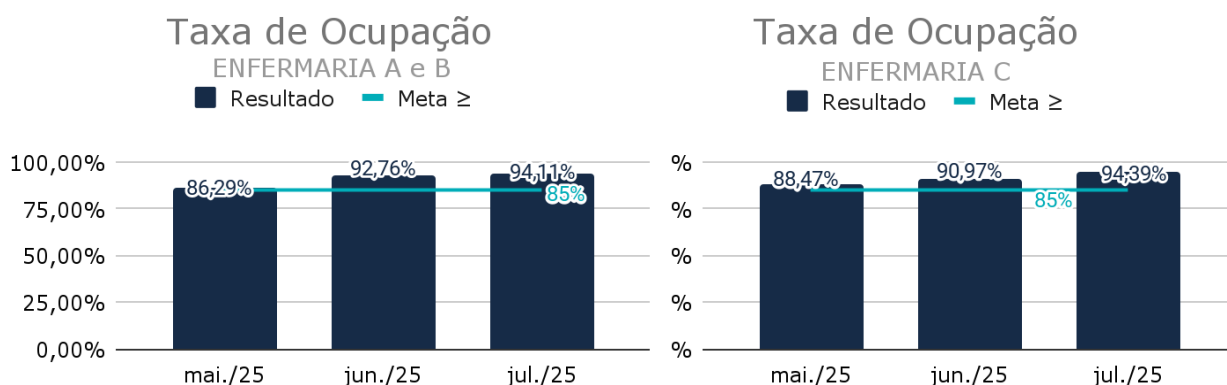
11/07: houve um aumento na dose de ácido valproico (um estabilizador de humor) para 1 comprimido de 0,5 mg por dia, além da prescrição de decanoato de haloperidol (1 ml, administrado em 4 ampolas), uma forma de administração de liberação prolongada para garantir maior estabilidade do quadro.

14/07: o ácido valproico foi aumentado para duas doses diárias, e o clonazepam foi suspenso, indicando uma tentativa de estabilizar o paciente com o uso de

estabilizadores de humor e antipsicóticos, reduzindo a necessidade de benzodiazepínicos de ação rápida.

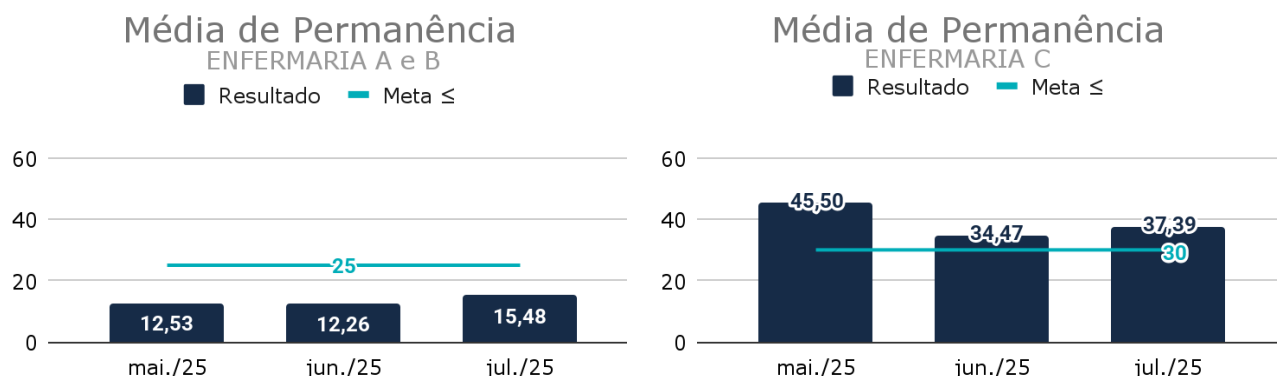
A melhora clínica observada levou à alta do paciente em 18/07. A internação prolongada foi considerada necessária para permitir um ajuste gradual do tratamento medicamentoso, de modo a otimizar a resposta clínica individual, além de estabilizar o quadro psicótico e o comportamento agressivo. Essa estratégia também visou garantir a segurança do paciente e de terceiros, especialmente diante de episódios de agitação e impulsividade.

5.1.2 Taxa de Ocupação



Análise crítica: A meta de taxa de ocupação de 94,11% na clínica de transtornos mentais e 93,73% nas clínicas de dependência química se mantém acima do esperado sem extrapolar a capacidade máxima, embora os casos na clínica de transtornos mentais continuem sendo manejados para superarmos a meta de saídas e aumentar a rotatividade dos leitos nessa enfermaria.

5.1.3 Média de Permanência



Análise crítica: A média de permanência na clínica de dependência química foi de 15 dias, mantendo-se dentro da meta de ≤ 25 dias.

A média de permanência na clínica de transtornos mentais foi de 37 dias, acima da meta (≤ 30 dias). Constata-se que a nova médica assistente da enfermaria C tem realizado empenho junto com a equipe para tratar os casos psicóticos com a função a que se destina este hospital: curta internação para remissão de sintomas.

Apresentam-se, a seguir, as justificativas referentes à permanência das pacientes internadas até 31/07/2025 com tempo de internação superior a 30 dias, integrando a análise dos impactos decorrentes dos casos elencados no item 5.1.1 – Saídas.

Paciente: S.C.T - 50 anos RGH: 35.050

Data de Internação: 22/06/2025

Diagnóstico Principal: F29 PSICOSE NAO-ORGANICA NAO ESPECIFICADA

A paciente deu entrada no CAISM PINEL relatando que seu vizinho estava gritando que era seu pai e que acredita que sua mãe tenha internado ela para protegê-la da situação. Paciente diz ser Nossa Senhora Aparecida, mencionando que já abençoou toda a comunidade e que atualmente encontra-se aposentada. A paciente possui histórico de tratamento no ambulatório do Bezerra de Menezes por um período de 10 anos. Sua primeira internação ocorreu aos 27 anos de idade. Após ser transferida para a UBS, manteve acompanhamento e tratamento, embora de forma irregular na maior parte do tempo, especialmente nos últimos

13 anos, período no qual esteve sem tratamento adequado. A mãe da paciente informou que ela não possui filhos, mas passou a afirmar que dois sobrinhos e três crianças do bairro seriam seus filhos. Além disso, relatou que a paciente já realizou três tentativas de suicídio. No dia 24/06, houve uma redução na dose de haloperidol 5 mg, um antipsicótico utilizado para tratar sintomas psicóticos. Devido à ocorrência de sonolência diurna excessiva, foi suspenso o uso de diazepam, um benzodiazepínico que pode causar sonolência, e introduzido o clonazepam 0,5 mg, outro benzodiazepínico com efeito ansiolítico e anticonvulsivante, em dosagem de 1-1-2. No dia 26/06, foi realizada uma nova redução na dose de clonazepam para 0,5 mg, visando ajustar o tratamento e minimizar efeitos colaterais. Em 04/07, a paciente apresentou discurso grandioso, um sintoma frequentemente associado a episódios psicóticos. Para manejo desses sintomas, foi aumentado o haloperidol 5 mg, com a administração de três comprimidos. Além disso, devido à agressividade apresentada na ocasião, foi necessário realizar uma contagem química e física do paciente, procedimento que visa avaliar o estado geral de saúde e possíveis alterações laboratoriais. No dia 07/07, foi introduzida a clorpromazina 25 mg, um antipsicótico clássico, na dosagem de 1-1-1 (uma vez ao dia pela manhã, à tarde e à noite), para complementar o tratamento. Em 11/07, foi prescrita a administração de lítio 300 mg, um estabilizador de humor utilizado em transtornos afetivos, na dosagem de 0-0-2. No dia 14/07, foi prescrito risperidona 2 mg, outro antipsicótico atípico, na dose de 0-0-1. Em 21/07, houve uma redução na dose de clorpromazina 25 mg, com a administração 1-0-1. No dia 23/07, foi realizado um ajuste na dose de haloperidol, aumentando 5 mg, com as doses (1-0-2). Em 28/07, foi prescrito decanoato de haloperidol na dose de 70,52 mg, administrado em quatro ampolas, uma forma de liberação prolongada do medicamento, visando manter o controle dos sintomas psicóticos de forma contínua. A paciente encontra-se ainda internada devido ao quadro de psicose, apresentando risco tanto para ela própria quanto para terceiros. Foi realizada administração de medicação de depósito, contudo, não houve resposta clínica satisfatória até o momento. Na última visita, realizada em 04/08, a paciente tentou agredir sua mãe, sendo necessária a intervenção da equipe de saúde para garantir a segurança de todos os envolvidos. Diante do quadro clínico e comportamental apresentado, a

permanência hospitalar é considerada necessária para garantir a continuidade do tratamento e a segurança da paciente e de terceiros.

Paciente: K.R.S. - 44 anos RGH: 35.040

Data de Internação: 16/06/2025

Diagnóstico Principal: F29 PSICOSE NAO-ORGANICA NAO ESPECIFICADA

Paciente admitida no serviço de saúde acompanhada da filha e do ex-cônjuge, após apresentar episódio delirante e permanecer desaparecida por aproximadamente 24 horas. Ao ser localizada pela filha, relatou desejo de retornar às ruas por afirmar sentir-se melhor fora de casa, apreciando o convívio social, atividades noturnas como ouvir música e "bagunçar". Referiu aversão à própria residência, descrevendo o ambiente como carregado de "energia negativa", e manifestando a crença de que há uma presença maligna no local, além de suspeitar que membros da família desejam lhe causar algum mal.

Segundo relato da filha, o quadro clínico teve início há cerca de cinco anos, com episódios de fala desorganizada, comportamento inadequado, como correr pelas ruas e agredir veículos. Na ocasião, foi realizada internação breve de dois dias, com prescrição medicamentosa para seguimento ambulatorial. No entanto, não houve remissão dos sintomas, os quais persistem até o presente momento. Em 2024, ocorreu um episódio de agressividade dirigido à filha, no qual a paciente tentou enforcá-la. Nega uso regular de medicações atualmente.

Evolução Clínica:

- 18/06: Paciente mantém o mesmo quadro clínico do momento da admissão, com presença de alucinações, ideação persecutória e agitação psicomotora. Apresenta dificuldades na comunicação, com tendência a negar os sintomas e ausência de crítica quanto à própria condição, afirmando estar bem e não necessitar de internação. Iniciada prescrição medicamentosa com:
 - Olanzapina 10 mg – 0-0-1
 - Clonazepam 0,5 mg – 0-0-2

- Lítio 300 mg – 0-0-3
- Biperideno 2 mg – 1-0-0
- 24/06: Quadro comportamental permanece inalterado, com pensamentos desorganizados e conteúdo delirante persecutório. Realizado ajuste na prescrição:
 - Suspensão de Clonazepam 0,5 mg – 1-0-0
- 27/06: Paciente permanece a maior parte do tempo acamada, sem iniciativa e proatividade para as atividades cotidianas. Mantém discurso de que não há justificativa para internação. Iniciado:
 - Haloperidol 5 mg – 0-0-2
- 30/06: Ajuste de dose:
 - Lítio 300 mg – alterado para 1-0-1
- 07/07: Paciente afirma estar grávida de oito meses, referindo dores e temor de “parir” na unidade. Apesar de apresentar comportamento calmo e colaborativo, permanece com discurso delirante e prejuízo importante de crítica. Mantida conduta, aguardando latência medicamentosa.
- 11/07: Novo ajuste de medicação:
 - Biperideno 2 mg – 1-1-0
 - Olanzapina 5 mg – 0-0-1
- 14/07: Insiste na crença de gestação, mesmo após resultado negativo de BHCG. Refere desconfiança quanto ao exame e manifesta desejo de realizar ultrassonografia após a alta. Persistência de pensamentos desorganizados e conteúdo delirante.
- 18/07: Mantém discurso psicótico, com insistência na hipótese de gestação. Novo ajuste medicamentoso:

- Clonazepam 0,5 mg – reduzido para 0-0-2
- Olanzapina 10 mg – aumentada para 0-0-1
- 19/07 a 27/07: Em período de observação, aguardando latência da medicação.
- 28/07: Mantém quadro psicótico com presença de ideação delirante.
 - Olanzapina 10 mg – mantida em 0-0-1

Devido à persistência dos sintomas psicóticos e ao humor deprimido, foi necessária a internação prolongada da paciente, a fim de promover estabilização clínica. Ao longo do período, foram realizados diversos ajustes farmacológicos, visando a melhora do estado geral e promoção da adesão ao tratamento. Paciente apresenta-se em vias de alta.

Paciente: L.K.D.C - 26 anos RGH: 35.055

Data de Internação: 25/06/2025

Diagnóstico Principal: F29 PSICOSE NAO-ORGANICA NAO ESPECIFICADA

Paciente convive com suas irmãs e sobrinhos. Atualmente encontra-se desempregada. Acompanhada de sua mãe, ela procurou atendimento após uma discussão com as irmãs, na qual relatou que sua irmã havia colocado pessoas indevidas na residência. Durante a avaliação, apresentou pressão de fala e fala arborizada, sinais de agitação e possível episódio de humor elevado. A paciente tem apresentado envolvimento frequente em desentendimentos com familiares e vizinhos, chegando a fraturar a clavícula de uma das irmãs em um episódio de agressividade. Ela relata que faz acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) e lembra do uso de medicamentos como Depakene (Ácido Valpróico) e Amitriptilina. Aos 23 anos, precisou de internação devido a episódios de agitação e heteroagressividade, indicando um quadro de episódios graves que requerem intervenção medicamentosa e acompanhamento especializado. Atualmente, faz uso das seguintes medicações:

- Ácido Valproico 250 mg, administrado duas vezes ao dia (1-0-1), utilizado como estabilizador de humor para controlar agressividade;
- Risperidona 2 mg, também duas vezes ao dia (1-0-1), um antipsicótico indicado para sintomas psicóticos, agitação e humor alterado;
- Clonazepam 2 mg, duas vezes ao dia (1-1-1), um benzodiazepínico que auxilia na redução da ansiedade, ajudando a controlar episódios de agitação.

Ajustes nas medicações:

- 26/06 – Suspensão do Ácido Valproico e do Clonazepam, tanto na dose diurna quanto na noturna.
- 30/06 – Prescrição de Lítio 300 mg, a ser administrado uma cápsula pela manhã e outra à noite.
- 01/07 – Prescrição de Haldol (Haloperidol) e Prometazina.
- 09/07 – Aumento da dose de Risperidona 2 mg, sendo uma cápsula pela manhã e duas à noite.
- 24/07 – Prescrição de decanoato de haloperidol.

A paciente permanece internada devido ao seu quadro psicótico, que apresenta dificuldade de remissão. Diante dessa condição, foi prescrita medicação de depósito, administrada por via intramuscular, com o objetivo de promover uma melhor resposta ao tratamento e avaliar a possibilidade de alta hospitalar.

Paciente: G.L.R - 37 anos RGH: 34.992

Data de Internação: 28/05/2025

Diagnóstico Principal: F29 PSICOSE NAO-ORGANICA NAO ESPECIFICADA

Paciente é mãe de uma filha que atualmente reside com a avó materna em Salvador (BA) há 18 anos. Refere ser advogada, declarando vínculo empregatício com uma empresa internacional. Informa ter chegado a São Paulo em janeiro de 2025, proveniente de Londres, com o objetivo de resolver questões burocráticas

relacionadas à aquisição de uma nova passagem aérea com destino aos Estados Unidos.

Afirma ter permanecido na cidade para continuar seu trabalho de forma remota. Inicialmente, hospedou-se em hotéis e, posteriormente, relata ter adquirido um imóvel no bairro de Pinheiros para servir de base fixa, embora alegue não ter conseguido retirar as chaves do referido apartamento. Minimiza relatos de que estaria dormindo em áreas comuns do aeroporto e alimentando-se exclusivamente de fast food. Relata manter-se financeiramente por meio de rendimentos obtidos com atividades profissionais e de uma quantia guardada na Caixa Econômica Federal.

Após internação no Hospital Vila Mariana, demonstra preocupação com a necessidade de alta médica para evitar prejuízos no vínculo empregatício, bem como para viabilizar retorno a Londres, onde afirma residir anteriormente.

Prescrição Inicial:

- Haloperidol 5 mg – 0-0-1
- Clonazepam 2 mg – 1x ao dia

Evolução Clínica e Ajustes Medicamentosos:

- 11/06: Diante da ausência de melhora clínica após o período de latência, foi realizado ajuste medicamentoso, com transcrição da apresentação do Haloperidol de comprimidos para solução oral (gotas).
- 16/06: Mantém discurso delirante, nega veracidade das informações registradas em prontuário, alegando serem mentirosas e sensacionalistas. Apresenta pouca responsividade à escuta e persistência de alucinações.
 - Haloperidol aumentado para 5 mg – 1-0-2

- 22/06: Mantida prescrição atual, com adição de novas medicações:
 - Biperideno 2 mg – 1-0-0
 - Carbonato de Lítio 300 mg – 1-0-2
- 27/06: Quadro clínico instável, com manutenção de pensamentos confusos e alucinatórios.
 - Redução da dose de Haloperidol
- 30/06: Apresenta discreta melhora da lentificação psicomotora e da fala empastada. Contudo, mantém discurso delirante e ausência de crítica em relação ao quadro e à internação.
 - Aumento de Olanzapina para 10 mg/dia
 - Redução de Clonazepam para 1 mg/dia
- 02/07: Mantido quadro clínico anterior, com persistência de pensamentos desorganizados e alucinações. Medicações em uso:
 - Carbonato de Lítio 300 mg – 1-0-2
 - Haloperidol 5 mg – 0-0-1
 - Olanzapina 10 mg – 0-0-1
 - Clonazepam 0,5 mg – 0-0-2
- 04/07: Paciente continua referindo que a internação foi um equívoco. Apresenta melhora da lentidão psicomotora, sem episódios alucinatórios recentes.
 - Início de redução gradual do Haloperidol: 2,5 mg – 0-0-25 gotas
 - Suspensão do Clonazepam

- 07/07: Novo ajuste medicamentoso:
 - Suspensão definitiva do Haloperidol
 - Aumento de Olanzapina para 15 mg/dia

- 11/07: Paciente apresenta melhora na interação, mas permanece com ideias delirantes.
 - Clonazepam reintroduzido

- 14/07: Novo ajuste:
 - Manutenção da Olanzapina em 15 mg/dia

- 16/07: Novo ajuste:
 - Redução de Carbonato de Lítio para 300 mg – 1-0-1
 - Redução de Clonazepam para 0,5 mg – 0-0-1

- 21/07: Mantém quadro psicopatológico, com delírios de grandiosidade. Afirmar ter sido capa de sete revistas e nega veracidade dos registros no relatório do CAISM Vila Mariana.

- 25/07: Novo ajuste medicamentoso:
 - Introdução de Risperidona 2 mg – 0-0-1

- 28/07: Quadro delirante permanece.
 - Aumento de Olanzapina (sem especificação de dose)

A internação prolongada está sendo necessária devido à persistência do quadro psicopatológico, caracterizado por delírios, ausência de crítica e ausência de resposta adequada ao tratamento convencional. Diversos ajustes

medicamentosos foram realizados ao longo do período. Considerou-se a introdução de Clozapina como última alternativa terapêutica; no entanto, tal medida não foi autorizada pela família até o presente momento.

Paciente: K.G.C - 23 anos RGH: 33.476

Data de Internação: 30/06/2025

Diagnóstico Principal: F603 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE COM INSTABILIDADE EMOCIONAL

A paciente foi atendida em consulta acompanhada de sua genitora. Durante o atendimento, a mãe relatou que, há aproximadamente um mês, a paciente começou a morar em uma casa noturna. Ela expressou preocupação principalmente com o vício em drogas da filha. A mãe contou que, quando não consegue dinheiro para a filha, ela fica agressiva. Além disso, mencionou que a paciente foi ao AMAs (Ambulatório de Saúde Mental) e, lá, quebrou objetos e agrediu a equipe de saúde. A paciente, por sua vez, relatou que tem dificuldade em lidar com a presença de homens e que, nesses momentos, fica agressiva. Ela também revelou que, ao sair do AMAs, tentou pular do carro para se suicidar. Relatou ainda que, nesse episódio, engoliu três moedas e fez um suco de sabão em pó. Sua mãe acrescentou que a paciente já inseriu uma agulha na vagina e que, em casa, é necessário estar vigilante 24 horas por dia. A mãe também informou que a paciente tentou matar o namorado duas vezes, pois acredita que ele a está traindo. Além disso, tentou agredir outros dois ex-companheiros. A paciente afirmou que tem vontade de matar pessoas. Ela está em acompanhamento psiquiátrico desde 2018, com diagnóstico anterior de transtorno de estresse pós-traumático, bipolaridade, transtorno conversivo e transtorno de personalidade borderline. No relatório do CAPS, consta o diagnóstico de transtorno de humor não especificado, enquanto em relatório médico particular, os diagnósticos são F31.0 (episódio depressivo leve) e F19.0 (uso de substâncias psicoativas). Quanto ao tratamento, ela faz uso de medicações como Haldol 10 mg/dia, valproato de sódio 1000 mg/dia, quetiapina 250 mg/dia e diazepam 10 mg/dia.

Em 14/07, foi prescrita a medicação de ácido valproico 500 mg, administrada em dose de 1-1-1, e haloperidol 5 mg, em dose de 1-0-1, visando estabilizar o quadro psicótico e controlar os sintomas.

Em 21/07, houve redução na dose de diazepam para 5 mg, administrada uma vez ao dia (1-0-0), com o objetivo de minimizar efeitos colaterais e ajustar o tratamento.

Em 23/07, o diazepam foi suspenso, devido à melhora clínica e à tentativa de reduzir a medicação.

Em 25/07, houve diminuição da dose de haloperidol para 5 mg, administrada uma vez ao dia (0-0-1), buscando otimizar o manejo dos sintomas psicóticos. Apesar de sinais de melhora e de a equipe de saúde já ter considerado a possibilidade de alta hospitalar, a paciente permanece internada devido à tramitação de demanda judicial em andamento. A equipe responsável está elaborando um relatório dirigido ao juiz, no qual solicita a alta da paciente, uma vez que ela encontra-se em condições de receber alta hospitalar. Ressalta-se que a continuidade do tratamento e a avaliação clínica são essenciais para assegurar a estabilidade do quadro antes de qualquer alta, garantindo assim a segurança e o bem-estar da paciente.

Paciente: A.L.S - 53 anos RGH: 32.647

Data de Internação: 01/10/2024

Diagnóstico Principal: F200 ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE

Paciente com diagnóstico 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.

Paciente: A.S.S - 30 anos RGH: 35.067

Data de Internação: 30/06/2025

Diagnóstico Principal: F200 ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE

Paciente do sexo feminino, 30 anos, residente com os avós maternos, foi encaminhada ao Pronto-Socorro de Osasco, onde deu entrada no dia 27/06, acompanhada pelo avô, apresentando quadro de agitação psicomotora, agressividade e pensamentos persecutórios direcionados à família. Segundo relato da madrinha, a paciente já realizou acompanhamento prévio no CAPS de Osasco.

Medicações em uso no momento da admissão:

- Haloperidol
- Ácido Valproico
- Clorpromazina
- Prometazina

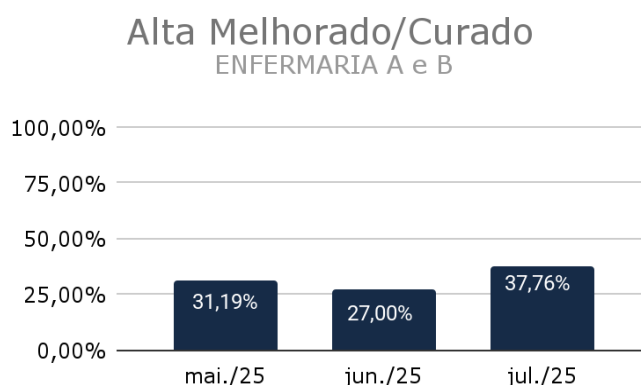
Evolução Clínica:

- 07/07: Paciente mantém o mesmo quadro clínico apresentado na admissão. Realizados ajustes medicamentosos:
 - Introduzida Risperidona 1 mg – 1-1-2
 - Aumento do Ácido Valpróico para 500 mg – 1-0-1
- 11/07: Observa-se melhora parcial da agitação psicomotora; entretanto, paciente passa a relatar alucinações auditivas com conteúdo ameaçador envolvendo familiares.
 - Redução da Clorpromazina para 25 mg – 25 mg – 100 mg

- 14/07: Mantém sintomas psicóticos prévios. Realizado novo ajuste medicamentoso:
 - Aumento da Risperidona para 6 mg/dia
 - Mantida Clorpromazina na posologia 25-25-100 mg
- 16/07: Novo ajuste medicamentoso:
 - Aumento da Clorpromazina para 50 mg – 50 mg – 100 mg
- 25/07: Quadro clínico permanece inalterado, com agitação, agressividade e presença de delírios auditivos.
 - Redução da Olanzapina (dose não especificada)
- 28/07: Persistência do quadro clínico, sem evidência de remissão dos sintomas.
 - Aumento da dose de Haloperidol
 - Redução da dose de Clonazepam para 2 mg

A internação prolongada foi indicada devido à persistência de sintomas psicóticos graves, com quadro de agressividade e risco potencial à integridade física da paciente e de seus familiares, uma vez que as alucinações auditivas frequentemente envolviam conteúdos persecutórios direcionados à família. Após sucessivos ajustes no esquema terapêutico e resposta clínica satisfatória, foi observada melhora significativa do quadro, o que possibilitou a alta hospitalar em 08/08, sem indicação de risco iminente à paciente ou ao seu entorno.

5.1.4 Alta Melhorado/Curado



Análise crítica: Do total de 98 altas, 37% referem-se a pacientes de dependência química com melhora clínica, superando a meta de 35%.

A melhora neste indicador foi possível graças ao empenho das equipes em avaliar, caso a caso, os pedidos de alta de internações com duração superior a 10 dias, identificando quais poderiam receber alta médica antecipada, com encaminhamento ao CAPS de referência. Essa nova abordagem busca promover um “reforço positivo” ao tratamento já iniciado pelo paciente, incentivando-o a manter o esforço no combate à dependência química por meio do acompanhamento nos serviços da Rede de Saúde.

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 10 dias, alcançando a meta (Meta $\geq$ 10 dias).

5.1.6 Recusar a admissão de pacientes dentro do perfil da unidade

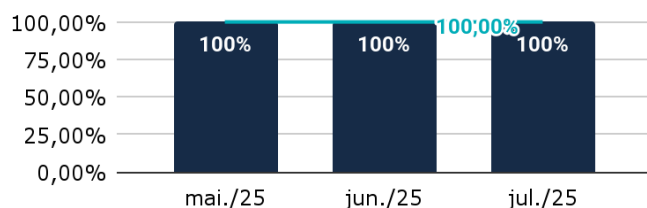
Análise crítica: Não houve recusa de admissão de pacientes dentro do perfil da unidade neste período.

5.1.7 Evolução dos Prontuários

Prontuários Evoluídos

ENFERMARIA A e B

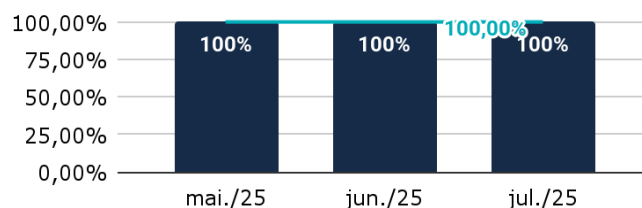
■ Resultado ■ Meta ≤



Prontuários Evoluídos

ENFERMARIA C

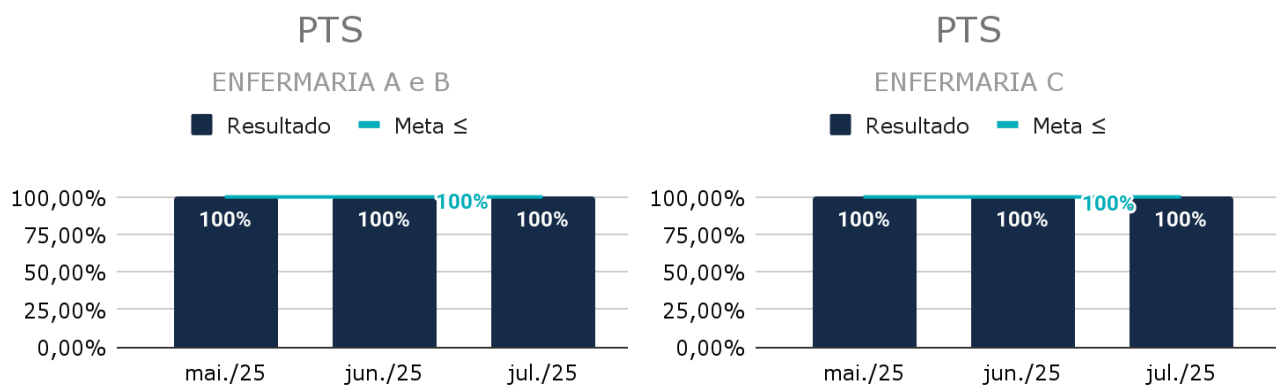
■ Resultado ■ Meta ≤



Análise crítica: A quantidade de prontuários evoluídos de segunda a sexta na clínica de dependência química foi de **937 evoluções, meta alcançada** (eram previstos 937). Na clínica de transtornos mentais foram realizadas **398 evoluções, 99,25% da meta** (eram previstas 401).

A meta não foi alcançada em virtude das seguintes ocorrências: Uma paciente (A.C.S.S - Entrada 19/05 - Saída 07/07) em que nos dias 20 e 27/05 houve a evolução no prontuário pelo médico residente, sem o carimbo e assinatura do médico assistente. Essa ocorrência foi devido dois fatores: transição entre saída e chegada de novo médico assistente e um curto período da orientação de que pacientes estáveis a evolução poderia ser feita a cada 2 dias (conduta descontinuada). Outro caso foi de outra paciente (M.A.S - Entrada 08/06 - Saída 25/07) em que não foi encontrada a evolução do dia 12/06. A médica assistente foi pontuada desta ocorrência, informando que verificaria o ocorrido. Posteriormente houve o desligamento da mesma.

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 julho 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 no período.

São Paulo, 13 de agosto de 2025.

Raquel
Raquel Paula de Oliveira
Gerente Técnico Regional
Gerência Técnica
OS CEJAM

Raquel Paula de Oliveira - Gerente Técnico Regional