

ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA PARA SERVIÇO DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DE CARATER RESIDENCIAL COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

I - CADASTRO DA UNIDADE ONDE FUNCIONA O SERVIÇO

Razão social:

Nome fantasia:

CNPJ:

Endereço onde funciona o serviço

Bairro Município

CEP: Telefone: Celular

E-mail:

Site:

Possui:

1. Estatuto registrado (caso seja filantrópica ou sem fins lucrativos): Sim () Não ()

2. Contrato Social (caso seja estabelecimento privado): Sim () Não ()

3. Licença de funcionamento da Vigilância Sanitária: Sim () Não ()

Se sim, qual o número:

5. Registro nos Conselhos de Fiscalização? Sim () Não ()

Se sim, quais:

4. Documentação entregue ao Conselho: Municipal () Estadual ()

(citada no anexo de documentação necessária para cadastramento junto ao Conselho)

DADOS DOS RESPONSÁVEIS

Proprietário do estabelecimento:

Formação (grau de escolaridade): fundamental () médio () superior () especialização de DQ ()

CR () (conselho de classe) Nº de inscrição no Conselho de Classe

RG: CPF:

Endereço Residencial:

Telefone:

Responsável pelo estabelecimento conforme Ata/Estatuto vigente: Presidente ou Diretor

Formação (grau de escolaridade): fundamental () médio () superior () especialização de DQ ()

CR () (conselho de classe) Nº de inscrição no Conselho de Classe

RG: CPF:

Endereço Residencial:

Telefone:

Responsável Técnico

Formação (grau de escolaridade): fundamental () médio () superior () especialização de DQ ()

CR () (conselho de classe) Nº de inscrição no Conselho de Classe

RG: CPF:

Endereço Residencial:

Telefone:

Responsável Técnico Substituto

Formação (grau de escolaridade): fundamental () médio () superior () especialização de DQ ()

CR () (conselho de classe) Nº de inscrição no Conselho de Classe

RG: CPF:

Endereço Residencial:

Telefone:

Coordenador Administrativo:

Formação (grau de escolaridade): fundamental () médio () superior () especialização de DQ ()

CR () (conselho de classe) Nº de inscrição no Conselho de Classe

RG: CPF:

Endereço Residencial:

Telefone:

Coordenador Técnico:

Formação (grau de escolaridade): fundamental () médio () superior () especialização de DQ ()

CR () (conselho de classe) Nº de inscrição no Conselho de Classe

RG: CPF:

Endereço Residencial:

Telefone:

II - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE
1. Natureza Jurídica: () Filantrópica () Sem fins lucrativos () Pública: () Municipal () Estadual () Federal () Privada () Outras: Quais: _____
2. Registro no CONED () COMAD ()
3. Possui outros Registros? Sim () Não () Se sim, Quais: _____
4. Possui Convênio com órgão público: Sim () Não () Se sim, quais: _____
5. Recebe Recursos Públicos? Sim () Não () Se sim, quais: _____
OBSERVAÇÕES:

III - CARACTERÍSTICAS DOS RESIDENTES
1. Os residentes já eram acompanhados por algum serviço ou equipamento de saúde ou de assistência? Sim () Não () Se sim, quais _____
2. Capacidade Total de Residentes (conforme declaração da Vigilância Sanitária) _____
3. Número de vagas disponíveis na instituição: _____
4. Número de Residentes no momento da visita: _____
5. Número de Residentes com Internação Involuntária: _____ (Obs. Não é permitida a Internação Involuntária RDC 29)
6. Número de Residentes em cumprimento de Mandado Judicial de Internação Compulsória:
7. Número de vagas para Mães Nutrizes: _____
8. Número de vagas para adultos: Homens _____ Mulheres _____
9. Número de vagas para adolescentes do sexo: Feminino: _____ Masculino _____ (Obs. Adolescentes não podem estar no mesmo ambiente que adulto)
9.1 Para assistência à criança e adolescentes usuários de SPA garantem a educação e mantêm dinâmica específica de funcionamento, com ações rotineiras de caráter educativo voltado à prevenção, às questões psicossociais e às questões jurídico-legais relacionadas com as SPA. Sim () Não ()
9.2 Tem adolescente em cumprimento de medida socioeducativa: Sim () Não () Se sim, tem autorização familiar ou judicial: Sim () Não ()
<i>(Se sim, verificar a documentação de autorização de permanência no local. Caso não haja a documentação, interromper a visita e solicitar regularização com prazo determinado (30 dias).</i>
OBSERVAÇÕES:

IV - CONDIÇÕES GERAIS		
A instituição:	SIM	NÃO
1. Mantém por escrito, a concordância do residente ao tratamento.		
2. Utiliza como critério para admissão dos residentes a prévia avaliação diagnóstica, clínica e psiquiátrica anotando em ficha de admissão individual. <i>OBS: (os casos em que a pessoa não tenha capacidade para deliberar sobre si e/ou precise de assistência de saúde intensiva não devem ser encaminhados a estes serviços).</i>		
3. Preserva ao residente, o direito ao tratamento voluntário e a possibilidade da interrupção, a qualquer momento.		
4. Proíbe castigos físicos, psíquicos ou morais, respeitando-se a dignidade e a integridade, independente da etnia, credo religioso e ideologias, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira.		
5. Têm os cuidados com o bem estar físico e psíquico do residente em um ambiente livre de violência e discriminações.		
6. O ambiente é livre de álcool, tabaco e outras drogas.		
7. Possui programa terapêutico explicitando o tempo máximo de internação, evitando a cronificação do tratamento e a perda dos vínculos familiares e sociais.		

8. Fornece orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição.		
9. Comunica imediatamente a família ou responsável, quaisquer ocorrências a respeito do residente.		
10. Têm compromisso com o sigilo segundo as normas éticas e legais garantindo-se o anonimato e qualquer divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição, salvo previa autorização, por escrito, pelo residente e familiares.		
11. Garante alimentação nutritiva.		
12. Têm cuidados de higiene pessoal e alojamentos adequados.		
13. Há espaços restritivos e celas fortes.		
OBSERVAÇÕES:		

V - ORGANIZAÇÃO		
A instituição:	SIM	NÃO
1. Celebra contrato formal especificando o tipo de serviço que deverá ser prestado pela instituição.		
2. Possui documento atualizado com descrição de suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais.		
3. Possui contrato formal, para os serviços terceirizados. Se sim, quais:		
4. Mantém normas e rotinas escritas e atualizadas dos serviços disponíveis aos funcionários.		
5. Organiza e mantém atualizados e com fácil acesso, os documentos necessários à fiscalização.		
6. Proporciona ações de capacitação para a equipe		
OBSERVAÇÕES:		

VI - RECURSOS HUMANOS		
A instituição:	SIM	NÃO
1. Possui quadro de recursos humanos capacitados e condizentes com o número de residentes e as atividades desenvolvidas. (Descrever o quadro nas Observações ou anexar cópia a este)		
2. Possui escala de plantão de todas as categorias profissionais disponíveis e de fácil acesso.		
3. Possui equipe de limpeza. Se sim, quantos () Nome do responsável da instituição pelo serviço _____		
4. Possui equipe de alimentação. Se sim, quantos () Nome do responsável da instituição pelo serviço _____		
5. Nutricionista responsável (nome) _____		
6. Possui equipe de cozinha. Se sim, quantos () Nome do responsável da instituição pelo serviço _____		
7. Possui equipe de lavanderia. Se sim, quantos () Nome do responsável da instituição pelo serviço _____		
8. Mantem a presença de membro da equipe técnica no estabelecimento no horário de funcionamento.		
9. Dispõe de profissional médico. Se sim, quantos () Qual a especialidade: _____ Qual a forma de atendimento: _____		
10. Dispõe de corpo técnico de auxiliares de enfermagem quando se referir a Assistência a Saúde. Se sim, quantos () <i>Obs: Os auxiliares e Técnicos só podem atuar sob supervisão do Enfermeiro.</i>		
11. Dispõe de profissional enfermeiro quando se referir a Assistência á Saúde. Se sim, quantos ()		
OBSERVAÇÕES:		

VII - INSTALAÇÕES E INFRAESTRUTURA FÍSICA		
A instituição:	SIM	NÃO
1. Mantém as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.		
2. Possui rampas para o acesso e movimentação dos residentes.		
3. Possui água de abastecimento público		
4. Se não, garante a qualidade da água potável.		
5. Possui quarto coletivo, separado por sexo, para no máximo 6 residentes.		
6. Possui nos quartos: () Beliches () Camas		
7. Os dormitórios e banheiros para residentes e profissionais são arejados		
8. Possui um banheiro para cada 10 residentes.		
9. O banheiro para os residentes possui: () 1 bacia () 1 lavatório () 1 chuveiro com água quente () Papel higiênico () lixeira		
10. Os banheiros coletivos são dotados de dispositivos, Box, permitindo a privacidade do residente durante o banho.		
11. Ao menos um banheiro esta adaptado para o uso de deficientes físicos.		
12.Possui sala de atendimento individual.		
13. Possui sala de atendimento coletivo.		
14. Possui sala para realização de oficinas de trabalho e/ou realização de atividades ludo terapêuticas.		
15. Possui espaço para prática de atividades desportivas.		
16. Possui sala administrativa com área para arquivo das fichas dos residentes.		
17. Possui quarto para os profissionais que trabalham no período noturno.		
18. Possui vestiário, com banheiro, para funcionários / masculino e feminino.		
19. Dispõe de refeitório.		
20. No refeitório existe local para guarda de lanches		
21. No refeitório existe lavatório para higienização das mãos		
22. Há local para o depósito de material de limpeza (DML).		
23. Possui cozinha e despensa.		
24. Possui lavanderia.		
25. Possui almoxarifado.		
26. Possui coleta seletiva		
27. Há lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento dos resíduos até o momento da coleta.		
OBSERVAÇÕES:		

VIII- PROCESSOS OPERACIONAIS		
A instituição:	SIM	NÃO
1. No que diz respeito à Alimentação:		
a) Oferece no mínimo três refeições diárias.		
b) Dispõe de cardápio normal e dietoterápico que atenda às necessidades dos residentes, elaborado e assinado por nutricionista.		
c) Estoque de alimentos em quantidade suficiente para atender a demanda.		
d) Os alimentos são armazenados de forma organizada, em local limpo e livre de pragas.		
e) A manipulação dos alimentos é realizada por manipuladores de alimentos, comprovadamente capacitados.		
f) Os manipuladores estão paramentados adequadamente (uniforme fechado, de cor clara, sapatos fechados e toucas).		

g) Verifica-se ausência de materiais e equipamentos em desuso ou estranhos a atividade.		
h) As embalagens estão íntegras, com identificação visível e com dados necessários para garantir a rastreabilidade e a validade.		
i) O fluxo de produção dos alimentos é adequado.		
2. No que diz respeito à Lavanderia:		
a) Possui lavanderia com paredes e pisos de fácil higienização.		
b) Mantém os ambientes limpos, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade.		
c) Mantém disponíveis as rotinas quanto à limpeza e higienização de artigos e ambientes.		
d) Os produtos de limpeza e lavanderia tem registro na ANVISA/VISA.		
OBSERVAÇÕES:		

IX - GESTÃO DE SAÚDE		
A instituição:	SIM	NÃO
1. Indica os recursos disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário.		
2. Possui mecanismos que garantam o encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de SPA, e dos casos que apresentam outros agravos à saúde.		
3. Mantém ficha individual / prontuário para cada residente onde se registram periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clinicas observadas.		
4. As fichas individuais permanecem acessíveis ao residente e aos seus responsáveis.		
5. Os medicamentos de controle especial estão armazenados em local de acesso restrito.		
6. Os medicamentos em uso na instituição estão sob a responsabilidade do Responsável Técnico e são respeitados os regulamentos da vigilância sanitária quanto à guarda e administração.		
7. Há prescrição médica para todo medicamento administrado na instituição.		
OBSERVAÇÕES:		

X – ROTINAS DE ATENDIMENTO		
A instituição possui:	SIM	NÃO
1. Programa Terapêutico		
2. O Programa Terapêutico é: () Individualizado () Coletivo		
3. Profissional nível médio ou superior nas 24 horas		
4. Plano de Cuidados Terapêuticos da Comunidade		
5. Prontuário dos residentes/Ficha Individual com os seguintes registros (evidenciar)		
5.1 Registros de atendimento médico, quando houver		
5.2 Avaliação diagnóstica na admissão		
5.3 Registros da consulta com o Clínico Geral		
5.4 Registros da consulta com o Psiquiatra		
5.5 Prescrição Médica		
5.6 Intercorrências Clínicas		
5.7 Registro da assistência de enfermagem realizada pelos profissionais de enfermagem		
5.8 Horário do Despertar		
5.9 Atividade Física e Desportiva		
5.10 Atividade Lúdico-Terapêutica Variada (tecelagem, pintura, teatro, música, dança, etc.)		
5.11 Atendimento em Grupo e Individual		
5.12 Atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas		
5.13 Atividade que promova o desenvolvimento interior		
5.14 Registro de atendimento médico, quando houver		
5.15 Atendimento em grupo coordenado por membro da equipe		
5.16 Participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros		
5.17 Atividades de estudos para alfabetização e profissionalização		
6. Atendimento à FAMÍLIA durante o período de tratamento		

6.1 Qual a frequência –	Semanal ()	Quinzenal ()	Mensal ()
6.2 Tem trabalho/específico com a família			
6.3 A família participa do tratamento			
6.4 Qual a periodicidade do tempo de visita da família			
7. Tempo previsto de permanência do residente na instituição é flexível			
8. Atividades visando à reinserção social do residente			
9. Alta Terapêutica			
10. Desistência (alta a pedido)			
11. Desligamento (alta administrativa)			
12. Evasão (fuga).			
OBSERVAÇÕES:			

XI – REDE DE ATENDIMENTO

1. Quais equipamentos de saúde existem em sua região geográfica. Especificar :

2. Quais equipamentos de assistência existem em sua região geográfica. Especificar

XII – PROGRAMA TERAPÊUTICO

1. Equipe de trabalho: (incluir estagiários e voluntários)

() Médico – quantos:_____

() Psicólogo – quantos:_____

() Enfermeiro – quantos:_____

() Assistente Social – quantos:_____

() Terapeuta Ocupacional – quantos:_____

() Outros / especificar:_____

2.Critérios de admissão do paciente: (Citar os principais)

3.Critérios de alta:

4.Instrumentos terapêuticos:

() atendimento individual

() atendimento em grupo

() atendimento em família

() atendimento ocupacionais/profissionais

5. Período de internação previsto no programa terapêutico: _____ (meses) _____ (dias)

6. Período médio de internação efetiva, levando-se em conta alta a pedido e outros motivos de abandono de tratamento: _____ (meses) _____ (dias)

XII – ATIVIDADE DE TRATAMENTO

1 Tipo de atuação:

() Comunidade terapêutica

() ambulatorial

() internação

() outros

() a instituição não atua na área de tratamento

2. Atuação ambulatorial:

2.1 Capacidade diária de atendimento (nº de pacientes) _____

2.3 Horário de atendimento:_____

2.4 Técnicas terapêuticas empregadas: 1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

2.5 Período de tratamento ambulatorial (proposta do programa terapêutico):

2.6 Tempo médio de seguimento ambulatorial (contando abandono de tratamento):

2.7 Número de pacientes atendidos nos últimos 12 meses, se possível por diagnóstico:

<u>Diagnóstico</u>	Número de pacientes
Transtornos decorrentes do uso de álcool	
Transtornos decorrentes do uso de opióides	
Transtornos decorrentes do uso de canabinóides	
Transtornos decorrentes do uso de sedativos ou hipnóticos	
Transtornos decorrentes do uso de cocaína	
Transtornos decorrentes do uso de outros estimulantes	
Transtornos decorrentes do uso de alucinógenos	
Transtornos decorrentes do uso de tabaco	
Transtornos decorrentes do uso de solventes voláteis	
Transtornos decorrentes do uso de múltiplas substâncias	
Intoxicação aguda	
Uso nocivo ou abuso	
Síndrome de dependência	
Estado de abstinência	
Transtorno psicótico associado a consumo	
Outros transtornos mentais e de comportamento	

2.8 Existe algum tipo de avaliação da recuperação dos pacientes?

- () Sim, apenas durante a permanência do paciente no tratamento
- () Sim, faz-se seguimento dos pacientes por ____ meses após o término do tratamento (desligamento do paciente)
- () Não

2.9 Critérios utilizados para avaliar a recuperação: _____

2.10 Qual o número de pacientes considerados recuperados nos últimos 12 meses, por diagnóstico?

<u>Diagnóstico</u>	Número de pacientes
Transtornos decorrentes do uso de álcool	
Transtornos decorrentes do uso de opióides	
Transtornos decorrentes do uso de canabinóides	
Transtornos decorrentes do uso de sedativos ou hipnóticos	
Transtornos decorrentes do uso de cocaína	
Transtornos decorrentes do uso de outros estimulantes	
Transtornos decorrentes do uso de alucinógenos	
Transtornos decorrentes do uso de tabaco	
Transtornos decorrentes do uso de solventes voláteis	
Transtornos decorrentes do uso de múltiplas substâncias	
Intoxicação aguda	
Uso nocivo ou abuso	
Síndrome de dependência	
Estado de abstinência	
Transtomo psicótico associado a consumo	
Outros transtornos mentais e de comportamento	

2.11 O atendimento é complementado por intervenção junto à família, emprego, etc.?

- () Sim () Não

Descrever, em caso afirmativo: _____

3.12 O atendimento é:

- () gratuito/SUS
- () por convênio
- () cobrado do paciente. Custo mensal aproximado do atendimento em R\$: _____

XIII – PRÉ-REQUISITOS NECESSÁRIOS À INTERNAÇÃO
XVI - COMPLEMENTO
XV - OBSERVAÇÕES PERTINENTES
XVI- CONCLUSÃO
Obs: o relatório conclusivo deverá ser elaborado com base neste levantamento, digitalizado, impresso e anexado a este roteiro pelo responsável pela visita.

Observação: Ficam impedidos de utilizar este instrumento, os representantes de Comunidades Terapêuticas, quando se tratar de uma apreciação de sua própria entidade ou de que dela faça parte.

XIII - RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES
Nome do responsável pelos dados informados: _____
Cargo que ocupa na instituição: _____
Nome do Responsável pela Visita Técnica: _____ _____ _____
Órgão: _____
Data: _____ de _____ de _____.
_____ Responsável pelos dados _____ _____ _____ _____ Responsável pela visita