

## **Formulário Eletrônico para Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS:**

Este formulário eletrônico tem por objetivo coletar informações sobre os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS no Estado do Paraná. Este é composto por dados referentes à identificação do serviço e coordenador, características do serviço, estrutura física, recursos humanos, atividades desenvolvidas pelo CAPS, atividades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, organização do CAPS, registros sistemáticos e seqüências de procedimentos, articulações/parcerias e articulações com a Atenção Primária - APS/ESF.

Esta avaliação tem por objetivo a leitura da situação atual e a proposta de formalização de um instrumento permanente de acompanhamento, avaliação e atualização das informações sobre os serviços, além de oferecer subsídios para a construção de indicadores de qualidade para os serviços de Atenção à Saúde Mental.

**O questionário estará disponível até o dia 31 de Outubro de 2011**, e deverá ser impresso para ser preenchido pelo Coordenador(a) de Saúde Mental da Regional de Saúde *in loco* com o(a) coordenador(a) do Centro de Atenção Psicossocial, posteriormente o Coordenador de Saúde Mental da RS deverá efetuar o preenchimento eletrônico do formulário.

**Grave-o depois de preenchê-lo e anote o número do protocolo que foi gerado, desta forma será possível realizar alterações, caso sejam necessárias.**

**IMPORTANTE : Se o Formulário ficar aberto muito tempo (+/- 10 minutos ele vai travar) e consequentemente não gravará as informações. O sistema não avisa isto.**

Após o recebimento de todos os formulários preenchidos a Divisão realizará a compilação dos dados e a disponibilizará à todos. Estes dados servirão de base para a revisão do processo de trabalho buscando contribuir para a melhoria dos serviços.

**Estamos à disposição para esclarecimento de dúvidas através do e-mail: [saudemental@sesa.pr.gov.br](mailto:saudemental@sesa.pr.gov.br) ou pelo telefone: (41) 3330-4526.**

**Contamos com a colaboração de todos,**

**Equipe de Saúde Mental.**

NO MOMENTO DA GRAVAÇÃO FAZOR ANOTAR O NÚMERO DE PROTOCOLO QUE É GERADO. A ALTERAÇÃO DE UMA FICHA SÓ É POSSÍVEL ATRAVÉS DO RESPONDENTE DA FICHA MEDIANTE O CÓDIGO DO PROTOCOLO.

O PROTOCOLO É EXIBIDO AO RESPONDENTE SEMPRE QUE ESTE FINALIZA O PREENCHIMENTO DA FICHA E GRAVA OS DADOS

É UM CÓDIGO FORMADO POR LETRAS E NÚMEROS, APRESENTADO EM VERMELHO.

EXEMPLO :**emf70af6xEzG**

**ALERTA :** Antes de imprimir o relatório para levar a campo, solicito que verifiquem as questões abaixo e peço a gentileza de clicar na pergunta (sim/não) clicar no "sim" ai abra o complemento nesta questão, seguir este procedimento para as questões relacionadas abaixo, pois só assim quando imprimir ira aparecer todas as questões, se não pula de por exemplo (questão 54 para 58) ok?

Questões:

54,58,62,66,70,74,78,82,86,90,94,98,102,106,109,112,115,171,173,175,177,179,181,183,185,187,189,191,193,195,301

Qualquer dúvida estou a disposição - 041 3330-4514 – Jairton

## IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR

1) **I - IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR:**

2) **DATA :**

3) **E-MAIL :**

4) **Coordenador desde :**

5) **Escreva quanto a CBO :**

6) **Assinale quanto a Pós-Graduação :**

- ☐ Sim  
☐ Não

7) **Em caso de Sim, escreva qual :**

8) **Assinale se há rotatividade na ocupação do cargo de Coordenador do serviço ?**

- ☐ Sim  
☐ Não

9) **Em caso de Sim, escreva qual a periodicidade :**

## IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

10) **Nome da Unidade :**

11) **Assinale o tipo de cadastramento do CAPS :**

I                  II                  III                  ad                  i

12) **Assinale o tipo de CAPS que está funcionando:**

I                  II                  III                  ad                  i

13) **Em caso de divergência, descreva qual o motivo:**

14) **Número do CNES :**

15) **Telefone para Contato:**

16) **Endereço :**

17) **Município :**

**CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO**

18) **Assinale quanto a modalidade do CAPS:**

- ☐ Municipal  
☐ Consórcio

19) **Escreva os Municípios participantes do Consórcio :**

20) **Data de Início do Funcionamento do serviço :**

21) **Data de Cadastramento:** número e data da Portaria

22) **QUANTO A ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DO SERVIÇO:**  
Quem Administra Recurso Financeiro ?

23) **Como é feita a utilização ?**

24) **Tem Plano de Ação ?**

25) **Horário de funcionamento :**

26) **Assinale os dias da semana que o CAPS funciona :**

- ☐ Diariamente - 7 dias da semana  
☐ Segunda a Sexta Feira

27) **Fecha em algum período do ano ?**

- ☐ Sim  
☐ Não

28) **Em caso de SIM, escreva quando :**

29) **Assinale o tipo de instalação do CAPS :**

- ☐ Anexa à UBS  
☐ Interna à UBS  
☐ Anexa a outro serviço  
☐ Isolada

30) **Escreva o número da população estimada para qual o CAPS é referência :**

31) **Assinale a forma de contratação dos Profissionais :**

- ☐ CLT
- ☐ Cooperativa
- ☐ Prestadores de Serviços
- ☐ Estatutário

32) **Outro, Especifique Qual ?**

33) **Assinale se o Serviço disponibiliza refeições ?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

34) **Quais refeições o Serviço disponibiliza ?**

- ☐ Café da Manhã
- ☐ Almoço
- ☐ Lanche da Tarde
- ☐ Jantar

#### ESTRUTURA FÍSICA

35) **Área Física Total (Em metros quadrados) :**

36) **Assinale a condição do imóvel :**

Próprio

Alugado

37) **Outro, Especifique Qual :**

38) **Número de Leitos :**

39) **Número Total de Salas :**

40) **Destas escreva o número de quantas são para : Salas de Espera e Recepção :**

41) **Número de Consultórios (Médico-Psiquiatra, Clínico Geral) :**

42) **Número de Salas de Grupo :**

43) **Número de Salas de Atendimento Individual (Assistente Social, Enfermeiro,**

**Psicólogo):**

**44) Número de Salas de Oficinas :**

**45) Número de Salas de Serviço de Enfermagem (Somente Posto) :**

**46) Número de Salas de Apoio Administrativo :**

**47) Número de Refeitórios :**

**48) Número de Salas para Copa :**

**49) Número de Salas para Farmácia :**

**50) Número de Sanitários para Usuários :**

#### ESTRUTURA FÍSICA

**51) Número de Sanitários para Funcionários :**

**52) Número de Sanitários Especiais :**

**53) Assinale os equipamentos / materiais que o CAPS possui :**

- ☐ Telefone
- ☐ Computador
- ☐ Internet
- ☐ Aparelho de Som
- ☐ DVD
- ☐ Instrumentos Musicais
- ☐ Televisão
- ☐ Materiais de pintura / desenho
- ☐ Jogos / brinquedos

#### RECURSOS HUMANOS

**54) Médico Generalista:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

55) **Quantos ?**

56) **Carga Horária:**

57) **Número de Profissionais que Participaram do Curso à Distância - SUPERA:**

58) **Médico Psiquiatra:**

- ☐ Sim  
☐ Não

59) **Quantos ?**

60) **Carga Horária:**

61) **Número de Profissionais que Participaram do Curso à Distância - SUPERA:**

62) **Psicólogo:**

- ☐ Sim  
☐ Não

63) **Quantos ?**

64) **Carga Horária:**

65) **Número de Profissionais que Participaram do Curso à Distância - SUPERA:**

66) **Enfermeiro Generalista:**

- ☐ Sim  
☐ Não

67) **Quantos ?**

68) **Carga Horária:**

69) **Número de Profissionais que Participaram do Curso à Distância - SUPERA:**

70) **Enfermeiro com formação em Saúde Mental:**

- ☐ Sim

☐ Não

71) Quantos ?

72) Carga Horária:

73) Número de Profissionais que Participaram do Curso à Distância - SUPERA:

74) Assistente Social:

☐ Sim

☐ Não

75) Quantos ?

76) Carga Horária:

77) Número de Profissionais que Participaram do Curso à Distância - SUPERA:

78) Pedagogo:

☐ Sim

☐ Não

79) Quantos ?

80) Carga Horária:

81) Número de Profissionais que Participaram do Curso à Distância - SUPERA:

82) Terapeuta Ocupacional:

☐ Sim

☐ Não

83) Quantos ?

84) Carga Horária:

85) Número de Profissionais que Participaram do Curso à Distância - SUPERA:

86) Técnico ou Auxiliar de Enfermagem:

- ☐ Sim
- ☐ Não

87) **Quantos ?**

88) **Carga Horária:**

89) **Número de Profissionais que Participaram do Curso à Distância - SUPERA:**

90) **Técnico Administrativo:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

91) **Quantos ?**

92) **Carga Horária:**

93) **Número de Profissionais que Participaram do Curso à Distância - SUPERA:**

94) **Técnico Educacional:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

95) **Quantos ?**

96) **Carga Horária:**

97) **Número de Profissionais que Participaram do Curso à Distância - SUPERA:**

98) **Artesão:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

99) **Quantos ?**

100) **Carga Horária:**

101) **Número de Profissionais que Participaram do Curso à Distância - SUPERA:**



102) **ASA – Agente de Saúde do Alcoolismo:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

RECURSOS HUMANOS

106) **Motorista:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

107) **Quantos ?**

108) **Carga Horária:**

109) **Cozinheira:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

110) **Quantos ?**

111) **Carga Horária:**

112) **Zeladora:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

113) **Quantos ?**

114) **Carga Horária:**

115) **Outros Profissionais:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

116) **Quais ?**

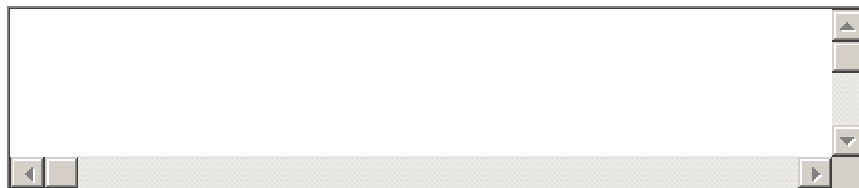
117) **Carga Horária de cada um:**

118) **Número de Profissionais que Participaram do Curso à Distância - SUPERA:**

119) **ASSINALE OS PERÍODOS:**

	Manhã	Tarde	Terceiro Turno
120) Segunda Feira:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121) Terça Feira:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122) Quarta Feira:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123) Quinta Feira:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124) Sexta Feira:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125) Sábado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126) Domingo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

127) **Caso haja dificuldades para contratação de profissionais, descreva a situação:**



#### QUANTO AO ATENDIMENTO

128) **Assinale se o CAPS possui Manual de Normas e Rotinas / Protocolo de Atendimento:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

129) **Assinale se o CAPS possui Projeto Terapêutico do Serviço ?**  
Entende-se por Projeto Terapêutico documento através do qual estabelece as diretrizes de atendimento no serviço

- ☐ Sim
- ☐ Não

130) **Assinale se os usuários possuem um plano Terapêutico Individual ?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

131) **Assinale a origem dos usuários que chegam ao CAPS para acolhimento :**

- ☐ Demanda Espontânea
- ☐ Ambulatório de Psiquiatria
- ☐ Ambulatório de Psicologia
- ☐ Ambulatório (outras especialidades)
- ☐ Assistência Social
- ☐ Atenção Primária / ESF
- ☐ Hospital Psiquiátrico
- ☐ Hospital Geral
- ☐ Educação
- ☐ Justiça

☐ Outros CAPS

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO CAPS

132) **ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:**

Assinale quanto à frequência das atividades desenvolvidas

	Não	Sim Ocasional	Sim Sistemático (de acordo com um projeto formal previamente estabelecido)
133) Atendimento Individual:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
134) Atendimento em Grupo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
135) Atendimento Familiar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
136) Atendimento Médico Psiquiátrico:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
137) Atendimento Médico - Clínico Geral:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
138) Atividades em espaço comunitário:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
139) Assembléia com usuários:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
140) Grupos Terapêuticos:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
141) Oficinas Terapêuticas:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
142) Redução de Danos:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
143) Ações de prevenção às DST / AIDS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
144) Ações de Educação em Saúde:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
145) Tratamento ao Tabagismo:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
146) Ações c/objetivo de orientação sobre sexualidade - OFICINA DE SEXUALIDADE:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
147) Disponibilização de preservativos:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
148) Projeto de geração de renda e trabalho:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
149) Reunião da passagem de turno de trabalho:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
150) Reunião de equipe técnica:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
151) Reunião Geral da Unidade:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
152) Reunião Intersectoriais (Instituições Externas):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
153) Reuniões de Familiares:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
154) Triagem:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
155) Acolhimento:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
156) Acolhimento Noturno (Internação):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
157) Cadastramento de Medicamentos Essenciais:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
158) Fornecimento de Medicamentos:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
159) Ações em conjunto com a Atenção Primária / ESF:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

160) Capacitação das equipes de Atenção Primária da Área: ☐ ☐ ☐

161) Apoio Matricial para ESF: ☐ ☐ ☐

162) Supervisão Técnica das Equipes da Atenção Básica da Área: ☐ ☐ ☐

163) Visitas Domiciliares: ☐ ☐ ☐

164) **O Serviço possui Transporte para a realização das visitas domiciliares ?**

☐ Sim

☐ Não

#### ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO CAPS

165) **Como foi adquirido o veículo que é utilizado pelo CAPS ?**

166) **Quantos veículos têm o CAPS ?**

167) **Quais são os critérios para transporte de pacientes ?**

168) **O veículo do CAPS é utilizado por outros serviços ? Quais ?**

169) **O CAPS fornece vale transporte para os pacientes ?**

☐ Sim

☐ Não

170) **Assinale Quanto ao Profissional que Realiza a Visita:**

171) **O Médico Generalista realiza visita Domiciliar ?**

☐ Sim

☐ Não

172) **Escreva o número de visitas domiciliares realizadas no último mês pelo médico Generalista:**

173) **O Médico psiquiatra realiza visita Domiciliar:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**174) Escreva o número de visitas domiciliares realizadas no último mês pelo médico psiquiatra:**

**175) O Psicólogo realiza visita Domiciliar:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**176) Escreva o número de visitas domiciliares realizadas no último mês pelo psicólogo:**

**177) O Enfermeiro Generalista realiza visita Domiciliar:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**178) Escreva o número de visitas domiciliares realizadas no último mês pelo enfermeiro generalista:**

**179) O Enfermeiro com formação em Saúde Mental realiza visita Domiciliar:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**180) Escreva o número de visitas domiciliares realizadas no último mês pelo enfermeiro com formação em Saúde Mental:**

**181) O Assistente Social realiza visita Domiciliar:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**182) Escreva o número de visitas domiciliares realizadas no último mês pelo assistente social:**

**183) O Pedagogo realiza visita Domiciliar:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**184) Escreva o número de visitas domiciliares realizadas no último mês pelo pedagogo:**

**185) O Terapeuta Ocupacional realiza visita Domiciliar:**

- ☐ Sim
- ☐ Não

186) **Escreva o número de visitas domiciliares realizadas no último mês pelo terapeuta ocupacional:**

187) **O Técnico ou Auxiliar de Enfermagem realiza visita Domiciliar:**

- ☐ Sim  
☐ Não

188) **Escreva o número de visitas domiciliares realizadas no último mês pelo Técnico ou Auxiliar de Enfermagem:**

189) **O Técnico Administrativo realiza visita Domiciliar:**

- ☐ Sim  
☐ Não

190) **Escreva o número de visitas domiciliares realizadas no último mês pelo técnico administrativo:**

191) **O Técnico Educacional realiza visita Domiciliar:**

- ☐ Sim  
☐ Não

192) **Escreva o número de visitas domiciliares realizadas no último mês pelo técnico educacional:**

193) **O Artesão realiza visita Domiciliar:**

- ☐ Sim  
☐ Não

194) **Escreva o número de visitas domiciliares realizadas no último mês pelo artesão:**

195) **Outro (s) Profissionais realiza (m) visita Domiciliar:**

- ☐ Sim  
☐ Não

196) **Qual ?**

197) **Escreva o número de visitas domiciliares realizadas no último mês por outro(s) profissional(is):**

**ATIVIDADES ESPECÍFICAS RELACIONADAS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

198) **Assinale quanto a frequência das atividades desenvolvidas:**

	Não	Sim Ocasional	Sim Sistemático (de acordo com um projeto formal previamente estabelecido)
199) Apoio matricial para ESF / ACS sobre álcool e outras drogas:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
200) Ações de redução de riscos à saúde associados ao uso de drogas:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
201) Ações com a comunidade a respeito dos riscos associados ao uso de drogas:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
202) Trabalho com pessoas que usam drogas que não frequentam o CAPS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
203) Distribuição de seringas e agulhas para prevenção de DST / AIDS e outras doenças:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
204) Ações de Protagonismo Juvenil:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

205) **Outras ações ? Escreva :**

#### ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO - Integração, Intersetorialidade e coordenação do cuidado

206) **Assinale quanto a frequência das atividades desenvolvidas:**

	Não	Sim Ocasional Informal	- Sim / Regular Formal	-
207) Há seguimento ambulatorial psiquiátrico ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
208) Monitora o seguimento ambulatorial clínico:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
209) Há retaguarda para urgência psiquiátrica ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
210) Há retaguarda formal para internação psiquiátrica ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
211) Há retaguarda formal para internação clínica ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
212) São utilizados impressos formais para referência e contra-referência ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
213) A equipe do CAPS participa do atendimento, após o encaminhamento do paciente para outro serviço ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
214) O CAPS fixa um médico responsável pelo cuidado de um paciente ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
215) Há busca ativa dos faltosos ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
216) Articula recursos da comunidade, viabilizando a reintegração profissional do paciente ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
217) Há integração com outros recursos comunitários (associações, comércio local, cursos (Sesi/Senac)) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
218) Articula as ações com o poder Judiciário e Ministério Público ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO - Integralidade do cuidado

### 219) Assinale quanto à frequência das atividades desenvolvidas:

	Não	Sim Ocasional Informal	- Sim / Regular Formal	- /
220) Na admissão do paciente é feita avaliação médico- psiquiátrica ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
221) Na admissão do paciente é feita avaliação clínica geral ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
222) Utiliza protocolos visando a integralidade do cuidado ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
223) Há treinamento para contenção física ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
224) Há utilização de contenção química ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
225) Há participação de médicos de outras especialidades ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
226) O CAPS realiza ou providência capacitação de enfermagem para a Atenção Integral ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
227) O CAPS tem local e equipamentos para um atendimento de urgência / emergência ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
228) Há coleta, no CAPS, de material para exames laboratoriais ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
229) Há sistemática formal que permita acesso para acompanhamento laboratorial geral ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
230) Os pacientes no atendimento são acompanhados de prontuário único ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO - Intervenção Psicofarmacológica

### 231) Assinale quanto a frequência das atividades desenvolvidas:

	Não	Sim Ocasional Informal	- Sim / Regular Formal	- /
232) Prescreve psicofármacos ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
233) As prescrições são sempre precedidas de avaliação clínica ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
234) Utiliza protocolos para a medicação psiquiátrica ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
235) Há controles laboratoriais específicos dos pacientes em uso de psicofármacos ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

## ORGANIZAÇÃO DO CAPS

### 236) Assinale as ações do CAPS diante das situações de crise :

- ☐ Usuário passa a ser acompanhado de maneira intensiva
- ☐ Encaminha-se usuário para internação
- ☐ Faz contenção física
- ☐ Designa acompanhante terapêutico
- ☐ Intensifica trabalho com familiares



- ☐ Reavalia esquema medicamentoso
- ☐ Faz contato com Atenção Básica / ESF

237) **Nos casos de necessidade de internação psiquiátrica, assinale a ação do CAPS :**

- ☐ Encaminha para outro serviço para providenciá-la
- ☐ Providencia diretamente a internação

238) **Assinale se o CAPS emite AIH ?**

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ As vezes

239) **Assinale se o CAPS utiliza central de regulação de leitos para internações psiquiátricas ?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

240) **Assinale se a central de regulação de leitos funciona adequadamente e com agilidade ?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

241) **Assinale se as vagas psiquiátricas são, em geral, próximas, na região ?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

242) **Assinale se o CAPS utiliza central de regulação de leitos para outras internações ?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

243) **Assinale se a central de regulação de leitos funciona adquadamente e com agilidade nas outras internações ?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

244) **Assinale se o CAPS realiza acompanhamento das internações ?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

245) **Descreva as principais dificuldades em realizar o encaminhamento ?**

## ORGANIZAÇÃO DO CAPS

### 246) Assinale quanto à frequência do acompanhamento:

	Nunca	Algumas Vezes	Cerca Metade vezes	de das Muitas Vezes	Sempre
247) Telefonema ao usuário no hospital onde está internado:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
248) Atendimento ao usuário no hospital onde está internado:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
249) Telefonema aos familiares:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
250) Atendimento aos familiares:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
251) Telefonema aos profissionais da instituição onde o usuário está internado:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
252) Reunião com profissionais da instituição onde o usuário está internado:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## REGISTROS SISTEMÁTICOS E SEQUÊNCIAS DE PROCEDIMENTOS

### 253) Assinale SIM ou NÃO quanto aos Registros:

	Sim	Não
254) Prontuário único em papel:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
255) Prontuário único em meio eletrônico:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
256) Ata de Reunião de equipe:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
257) Ata de Supervisão:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
258) Registros diários de atendimentos por procedimento:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
259) Registros diários de atividades:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
260) Registros diários de presença de usuários:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
261) Banco de dados em meio eletrônico sobre as atividades e frequências:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
262) Registros em meio eletrônico sobre os atendimentos realizados:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
263) Registros por procedimentos por cada profissional:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
264) História pregressa de entrada:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
265) Avaliação psiquiátrica inicial:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
266) Hipótese diagnóstica:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
267) Plano de cuidado:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
268) Controle, acompanhamento por psiquiatra:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
269) Controle, acompanhamento por clínico:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
270) Controle laboratorial geral:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
271) Controle laboratorial pelo uso de medicamentos:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
272) Identificação do paciente:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
273) Identificação do médico:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
274) Evolução médica descrita e consistente:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 275) Termo de aceite do tratamento:  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 276) Termo de internação involuntária com comunicação ao Ministério Público: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 277) Registro de Contenção Física:   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 278) Registro de Contenção Química:  |                       |                       |

#### ARTICULAÇÕES / PARCERIAS

##### 279) Assinale quanto à frequência das parcerias:

- |  | Não                   | Sim<br>Ocasional<br>Informal | - Sim<br>/ Regular<br>Formal | -<br>/ |
|--|-----------------------|------------------------------|------------------------------|--------|
| 280) Assistência Social:   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>        |        |
| 281) Atenção Primária / ESF:   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>        |        |
| 282) Educação:   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>        |        |
| 283) Justiça:  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>        |        |
| 284) Cultura:  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>        |        |
| 285) Hospital Geral:   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>        |        |
| 286) Hospital psiquiátrico:  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>        |        |
| 287) Serviços / Dispositivos da comunidade (clubes, associações, igrejas, etc.): | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>        |        |
| 288) Outros, Quais ?   |                       |                              |                              |        |

#### ARTICULAÇÕES COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA - APS/ESF

##### 289) Assinale quanto à frequência das Articulações:

- |   | Não                   | Sim<br>Ocasional<br>Informal | - Sim<br>/ Regular<br>Formal | -<br>/ |
|---|-----------------------|------------------------------|------------------------------|--------|
| 290) Reunião com profissionais da APS / ESF:  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>        |        |
| 291) Atendimento conjunto com profissionais da APS / ESF:   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>        |        |
| 292) Discussões de caso com profissionais da APS / ESF:   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>        |        |
| 293) Identificação em conjunto com APS / ESF de casos graves de saúde mental no território:   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>        |        |
| 294) Discussões com APS / ESF sobre a necessidade de realizar reuniões com familiares de pessoas com Transtornos mentais / álcool e drogas: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/>        |        |

#### OUTROS DISPOSITIVOS

- 295) Vínculos com Serviços Residenciais Terapêuticos ?
- Sim                      Não

296) **A equipe recebe / recebeu supervisão Clínico-institucional ?**

Sim

Não

297) **Assinale por qual instância é financiada ?**

☐ Municipal

☐ Estadual

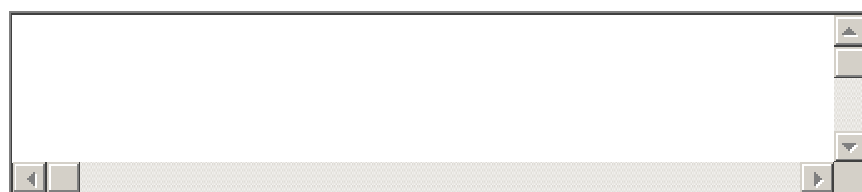
☐ Federal

298) **A equipe recebe supervisão da Regional de Saúde (orientação técnica, administrativa) ?**

☐ Sim

☐ Não

299) **Em caso de SIM, com que frequência ?**

A rectangular text box with a light gray background and a thin black border. It has a scroll bar on the right side and a small arrow icon at the bottom left.

300) **Assinale qual a periodicidade desta Supervisão ?**

☐ Mensalmente

☐ Trimestralmente

☐ Raramente

301) **O serviço consta de algum mecanismo de avaliação ?**

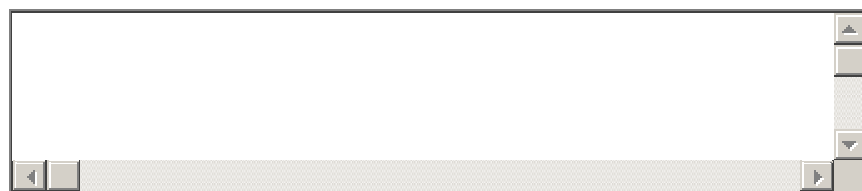
☒ Sim

☐ Não

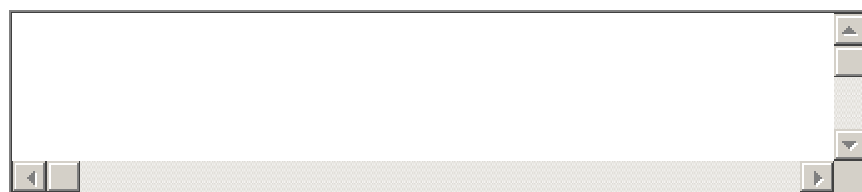
302) **Se Sim, qual ?**

A rectangular text box with a light gray background and a thin black border. It has a scroll bar on the right side and a small arrow icon at the bottom left.

303) **Liste as atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade sua inserção social que o CAPS realiza :**

A rectangular text box with a light gray background and a thin black border. It has a scroll bar on the right side and a small arrow icon at the bottom left.

304) **Dentro do exposto, utilize este espaço caso deseje relatar alguma experiência específica do CAPS:**

A rectangular text box with a light gray background and a thin black border. It has a scroll bar on the right side and a small arrow icon at the bottom left.