



Qualis**APS**

# **Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**

**2022**

# Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

Elaboração e implantação de sistemática de avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

## Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

Brasília-DF, julho de 2022

**PROGRAMA QUALIS APS**

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

Coordenação da Atenção Primária à Saúde

Diretoria da Estratégia Saúde da Família

Gerência de Estratégia Saúde da Família

Gerência de Apoio à Saúde da Família

Gerência de Qualidade na Atenção Primária

Fundação Oswaldo Cruz – Gerência Regional de Brasília (Gereb/Fiocruz Brasília)

O Programa Qualis APS tem por objetivo cooperar no processo de qualificação da gestão e da assistência, visando à melhoria dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. É viabilizado por meio de convênio da Secretaria de

**Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal****Coordenação geral**

Adriano de Almeida de Lima

Claudia Mara Pedrosa

Denise de Lima Costa Furlanetto

Leonor Maria Pacheco Santos

Magda Duarte dos Anjos Scherer

Maria Silvia Fruet de Freitas

Wallace Dos Santos

**Coordenação técnica**

Adriano de Almeida de Lima

Denise de Lima Costa Furlanetto

Leonor Maria Pacheco Santos

Maria Silvia Fruet de Freitas

Wallace Dos Santos

**Elaboração**

Adriano de Almeida de Lima

Aimê Oliveira

Amanda Kellen Pereira da Silva

Brenda Ferreira de Abreu  
Denise de Lima Costa Furlanetto  
Fabrício Vieira Cavalcante  
Leonor Maria Pacheco Santos  
Maria Silvia Fruet de Freitas  
Wallace Dos Santos

### **Colaboração**

Alessandra Page Brito  
Ana Laura Lobato  
Antônio Neves Ribas  
Caroline Pereira da Silva  
Claudia Mara Pedrosa  
Magda Duarte dos Anjos Scherer  
Renata Pella Teixeira  
Ricardo Ramos dos Santos  
Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco  
Thaís Alessa Leite

### **Tecnologia da informação**

João Paulo Fernandes  
Rogerio Batista de Sousa

### **Revisão ortográfica**

### **Projeto gráfico**

# INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO *IN LOCO*

## MÓDULO – GERENTES DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (GSAP)

### Identificação da UBS

- I1. Região de Saúde - Região Administrativa – GSAP - Nome da Unidade Básica de Saúde – CNES \_\_\_\_\_
- I2. Coordenadas Geográficas: Latitude/Longitude \_\_\_\_\_
- I3. Código do supervisor \_\_\_\_\_
- I4. Código do entrevistador \_\_\_\_\_

Bom dia/boa tarde, eu sou (nome), entrevistador(a) da equipe do Programa QualisAPS.

Iniciaremos nossa entrevista, conforme estava agendado, mas antes queria enfatizar que essa entrevista vai contribuir para o avanço da Atenção Primária aqui no DF, por nos trazer importantes dados sobre a real situação da sua UBS. Fique à vontade para responder, pois as informações que me passar não serão divulgadas com sua identificação e pode me perguntar, se tiver alguma dúvida também.

Antes de iniciarmos, temos um Termo de Consentimento para a sua participação nessa Avaliação. Nesse termo constam as principais informações sobre o Programa Qualis e a autorização pelo Comitê de Ética para a aplicação dessa etapa, além de enfatizar que nenhum dado ou resposta que possam identificá-lo serão divulgados. Se o(a) Sr.(a) quiser, fique à vontade para ler por completo ou até pedir para que eu leia, em seguida já iniciamos a entrevista, que tem um tempo estimado de 30 minutinhos, tudo bem?

### I. Divulgação de informações e serviços

**Vamos começar com questões sobre a divulgação de informações e serviços.**

1. Quais estratégias sua equipe de gestão utiliza para divulgar o funcionamento e os serviços oferecidos por sua(s) UBS aos usuários?  
[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]
  - a. Avisos em mural/quadro de avisos: \_\_\_\_\_
  - b. Avisos fixados em portas e paredes: \_\_\_\_\_
  - c. Avisos com informações sobre as páginas web e redes sociais institucionais (página da SES, Instagram, Twitter etc.): \_\_\_\_\_
  - d. Orientações em sala de espera (painel informativo ou verbalizadas): \_\_\_\_\_
  - e. Reuniões com a comunidade: \_\_\_\_\_
  - f. Informações por meio do Conselho Regional de Saúde: \_\_\_\_\_
  - g. Informações por meio da rede intersetorial (da educação, assistência social etc.): \_\_\_\_\_
  - h. Outro(s): \_\_\_\_\_
    - h.1 Qual (is)? \_\_\_\_\_

2. Você monitora as informações disponíveis sobre sua(s) UBS na página da SES/DF?

Sim ( )

Não ( )

## II. Gerenciamento de insumos

**Falaremos agora da gestão dos insumos de sua(s) UBS.**

3. Quais das seguintes estratégias sua equipe de gestão utiliza para gerenciamento de insumos, materiais de almoxarifado, medicamentos e imunobiológicos da(s) sua(s) UBS?

[Responder a todos os itens com uma das opções:]

4 - Não, para nenhum

3 - Sim, para poucos

2 - Sim, para a maior parte

1 - Sim, para todos

- a. Controle do estoque de materiais de almoxarifado \_\_\_\_\_
- b. Controle do estoque de insumos de farmácia interna(utilizados na Unidade) \_\_\_\_\_
- c. Controle do estoque de insumos de farmácia externa(para entrega ao usuário) \_\_\_\_\_
- d. Controle do estoque de imunobiológicos \_\_\_\_\_
- e. Controle de estoque de insumos de saúde bucal \_\_\_\_\_
- f. Verificação da validade dos produtos(Considerando todos os produtos de almoxarifado, farmácia interna e externa e imunobiológicos) \_\_\_\_\_
- g. Monitoramento das condições de armazenamento \_\_\_\_\_
- h. Análise do consumo médio dos insumos utilizados na UBS \_\_\_\_\_
- i. Controle de entrega de insumos para profissionais \_\_\_\_\_
- j. Controle de entrega de insumos para usuário \_\_\_\_\_
- k. Realização de gerenciamento conjunto com a eSF dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS \_\_\_\_\_
- l. Realização de gerenciamento conjunto com a eSB dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS \_\_\_\_\_

## III. Análise situacional

**Com base nos aspectos epidemiológicos, demográficos e nos determinantes sociais da saúde, responda as questões abaixo sobre análise situacional.**

4. A sua equipe de gestão realiza anualmente a análise situacional de saúde da área de abrangência da(s) sua(s) UBS?

Sim ( )

Não ( )

Pulo: Se marcar Não, pular para questão 7.

- a. A sua equipe de gestão ACOMPANHA anualmente a análise situacional de saúde das áreas de abrangência da(s) sua(s) equipe(s)?

[Responder o item com uma das opções:]

- 4- Não, para nenhuma equipe
- 3- Sim, para poucas equipes
- 2- Sim, para a maior parte das equipes
- 1 - Sim, para todas as equipes

5. Quais informações a sua equipe de gestão utiliza para realizar a análise situacional?

[Responder a todos os itens, marcando SIM ou NÃO]

- a. Dados de atendimentos \_\_\_\_\_
- b. Dados dos cadastros individuais \_\_\_\_\_
- c. Dados dos cadastros domiciliar e territorial \_\_\_\_\_
- d. Dados obtidos a partir de estimativa rápida \_\_\_\_\_
- e. Mapa atualizado nos últimos 12 meses \_\_\_\_\_
- f. Lista de endereço atualizada nos últimos 12 meses \_\_\_\_\_
- g. Outra(s) \_\_\_\_\_
  - g.1 Qual(is)? \_\_\_\_\_

6. Para qual finalidade é realizada essa análise situacional?

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

- a. Planejamento da oferta de serviços \_\_\_\_\_
- b. Acompanhamento dos indivíduos e famílias \_\_\_\_\_
- c. Divisão territorial com outras equipes \_\_\_\_\_
- d. Mapeamento de comorbidades/situação de saúde em sua população \_\_\_\_\_
- e. Mapeamento de aspectos sociais e econômicos \_\_\_\_\_
- f. Mapeamento de aspectos culturais, ambientais e de vulnerabilidades \_\_\_\_\_
- g. Mapeamento de mulheres em idade fértil/potenciais gestantes \_\_\_\_\_
- h. Identificação das potencialidades presentes nos territórios, como as instituições e órgãos com ofertas intersetoriais \_\_\_\_\_
- i. Outra(s) \_\_\_\_\_
  - i.1 Qual(is)? \_\_\_\_\_

7. O diagnóstico situacional do território está acessível/visível para:

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

- a. Os profissionais da Unidade \_\_\_\_\_
- b. Os usuários da Unidade \_\_\_\_\_

#### IV. Acompanhamento e Planejamento de ações e serviços

**As próximas questões se referem ao acompanhamento e planejamento das ações e serviços realizados na população adscrita.**

8. A sua equipe de gestão realiza o planejamento da oferta de serviços da(s) sua(s) UBS, mensalmente com as equipes de saúde?

[Responder o item com uma das opções:]

- 4 – Não realiza planejamento
- 3 – Sim, com parte das equipes
- 2 – Sim, com todas as equipes
- 1 – Somente com a equipe de gestão

9. Quais das seguintes informações sua equipe de gestão utiliza para subsidiar o planejamento, monitoramento e avaliação da oferta de serviços/ações da UBS?

[Responder a todos os itens, marcando SIM ou NÃO]

- a. Relatórios extraídos dos sistemas de informação \_\_\_\_\_
- b. Dados de usuários encaminhados e/ou recebidos de outros níveis de atenção\* \_\_\_\_\_
- c. Acompanhamento da devolução dos encaminhamentos para exames e especialidades \_\_\_\_\_
- d. Indicadores e metas estabelecidos nos acordos de gestão \_\_\_\_\_
- e. Carteira de serviços \_\_\_\_\_
- f. Sugestões e reclamações dos usuários \_\_\_\_\_
- g. Sugestões/solicitações do Conselho de Saúde \_\_\_\_\_

\* e-SUS e SISREG

10. Quais dessas informações a sua equipe de gestão monitora\* junto às UBS, pelo menos quadrimestralmente?

**\*Lembrar que monitorar pressupõe acompanhamento contínuo e sistemático, observando as mudanças do dado.**

[Responder a todos os itens com uma das opções]

- 4 - Sim, para todas as equipes
- 3 - Sim, para a maior parte das equipes
- 2 - Sim, para poucas equipes
- 1 - Não, para nenhuma equipe

- a. Número de atendimentos individuais realizados pelos profissionais de nível superior \_\_\_\_\_
- b. Evolução do percentual de pessoas cadastradas em seu território \_\_\_\_\_
- c. Atualização dos cadastros dos usuários do seu território \_\_\_\_\_
- d. Acompanhamento de pessoas hipertensas, com percentual de aferição da pressão arterial sistêmica e consulta em cada semestre \_\_\_\_\_

- e. Acompanhamento de pessoas diabéticas, com solicitação/realização de exame de hemoglobina glicada e consulta semestral \_\_\_\_\_
- f. Acompanhamento das gestantes, com pelo menos seis consultas de pré-natal, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação \_\_\_\_\_
- g. Percentual de gestantes com exames para sífilis e HIV solicitados/realizados \_\_\_\_\_
- h. Percentual de gestantes com atendimento odontológico \_\_\_\_\_
- i. Cobertura de exame citopatológico de colo uterino solicitado/realizado nos últimos três anos na faixa etária de 25 e 64 anos \_\_\_\_\_
- j. Cobertura das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família/Auxílio Brasil \_\_\_\_\_
- k. Número mensal de atividades coletivas, com ênfase na promoção à saúde e prevenção de agravos \_\_\_\_\_

11. Quais das seguintes estratégias a sua equipe de gestão adota para a organização dos processos de trabalho, com base nos Acordos de Gestão Regional e Local, nas equipes de sua(s) UBS?

[Responder a todos os itens com uma das opções]

- 4 - Não, para nenhuma equipe
- 3 - Sim, para poucas equipes
- 2 - Sim, para a maior parte das equipes
- 1 - Sim, para todas as equipes

- a. Discussão com as eSF e eSB sobre os indicadores e metas dos Acordos de Gestão Regional e Local \_\_\_\_\_
- b. Participação junto com as eSF e eSB da elaboração do Plano de Ação da Equipe/Plano de Ação para a Qualidade (PAQ) vinculado ao AGL. \_\_\_\_\_
- c. Elaboração do planejamento da Unidade, a partir da consolidação dos planos de ação das equipes \_\_\_\_\_
- d. Discussão com as eSF e eSB sobre os resultados dos indicadores dos Acordos de Gestão Regional e Local \_\_\_\_\_
- e. Revisão do planejamento da Unidade, a partir da discussão dos resultados dos Acordos de Gestão Regional e Local \_\_\_\_\_

12. A sua equipe de gestão promove a elaboração da agenda/programação sistematizada das atividades da semana para as equipes? \_\_\_\_\_

[Responder o item com uma das opções]

- 4 - Não, para nenhuma equipe (Pule para questão 13)
- 3 - Sim, para poucas equipes
- 2 - Sim, para a maior parte das equipes
- 1 - Sim, para todas as equipes

- a. A sua equipe de gestão monitora o cumprimento da agenda/programação das atividades da semana das equipes? \_\_\_\_\_

[Responder o item com uma das opções:]

- 4 - Não, para nenhuma equipe (
- 3 - Sim, para poucas equipes
- 2- Sim, para a maior parte das equipes
- 1 - Sim, para todas as equipes

13. A sua equipe de gestão garante espaço, na agenda dos profissionais, para discussão acerca da implementação de fluxos, protocolos e diretrizes na Unidade? \_\_\_\_\_

Responder o item com uma das opções:

- 4 - Nunca
- 3 - Ocasionalmente
- 2 - Frequentemente
- 1 - Sempre

14. Quais estratégias a sua equipe de gestão utiliza/promove para o compartilhamento do cuidado do usuário com outros serviços/setores das redes de saúde e intersetorial?

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

- a. Participação ativa na rede intersetorial do território \_\_\_\_\_
- b. Encontros para aproximação/trabalho conjunto com outros serviços de saúde (CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, instituições de longa permanência de idosos, escolas) \_\_\_\_\_
- c. Encontros para aproximação/trabalho conjunto com outros serviços de saúde (ambulatorio/policlínica, CAPS, hospital, UPA)\* \_\_\_\_\_
- d. Discussão de casos com serviços da rede intersetorial \_\_\_\_\_
- e. Discussão de casos com outros serviços de saúde \_\_\_\_\_
- f. Encaminhamento para serviços da rede intersetorial \_\_\_\_\_
- g. Encaminhamento para outros serviços de saúde \_\_\_\_\_
- h. Recebimento de usuários encaminhados de serviços da rede intersetorial \_\_\_\_\_
- i. Recebimento de usuários encaminhados de outros serviços de saúde \_\_\_\_\_

\*Atenção ambulatorial secundária/policlínica, CAPS, atenção hospitalar, UPA, etc

## MÓDULO – EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA (eSF)

### Identificação da UBS

- I1. Região de Saúde - Região Administrativa –Nome da Unidade Básica de Saúde – CNES - Nome da Equipe de Saúde da Família- INE: \_\_\_\_\_
- I2. Coordenadas Geográficas: Latitude/Longitude \_\_\_\_\_
- I3. Código do supervisor: \_\_\_\_\_
- I4. Código do entrevistador: \_\_\_\_\_

Bom dia/boa tarde, eu sou (nome), entrevistador(a) da equipe do Programa QualisAPS.

Iniciaremos nossa entrevista, conforme estava agendado, mas antes queria enfatizar que essa entrevista vai contribuir para o avanço da Atenção Primária aqui no DF, por nos trazer importantes dados sobre a real situação da sua UBS. Fique à vontade para responder, pois as informações que me passar não serão divulgadas com sua identificação, pode me perguntar, se tiver alguma dúvida também.

Antes de iniciarmos, temos um Termo de Consentimento para a sua participação nessa Avaliação. Nesse termo constam as principais informações sobre o Programa Qualis e a autorização pelo Comitê de Ética para a aplicação dessa etapa, além de enfatizar que nenhum dado ou resposta que possam identificá-lo serão divulgados. Se o(a) Sr.(a) quiser, fique à vontade para ler por completo ou até pedir para que eu leia, em seguida já iniciamos a entrevista, que tem um tempo estimado de 1h30m, tudo bem?

### I. Cadastramento de usuários e domicílios

**Vamos começar com questões sobre o cadastramento de usuários e domicílios.**

1. A sua equipe realiza cadastro individual e/ou rápido:

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

- a. Em toda oportunidade de contato com os usuários do seu território \_\_\_\_\_
- b. Em toda oportunidade de contato com usuários de outro território \_\_\_\_\_
- c. Quando um profissional da equipe está em visita/no território \_\_\_\_\_

2. Considerando o horário de funcionamento da Unidade, em geral, quantas horas em cada dia, sua equipe dedica à realização de cadastros individual, domiciliar e territorial nos domicílios?

Dia da semana/ Horas

- 2.1. Segunda-feira: \_\_\_\_\_h
- 2.2. Terça-feira: \_\_\_\_\_h
- 2.3. Quarta-feira: \_\_\_\_\_h

2.4. Quinta-feira: \_\_\_\_\_ h

2.5. Sexta-feira: \_\_\_\_\_ h

2.6. Sábado: \_\_\_\_\_ h

3. Com que frequência a sua equipe realiza atualização dos cadastros individual, domiciliar e territorial e análise da inconsistência dos cadastros?

a. Atualização cadastro individual: a cada \_\_\_\_\_ mês(es)

b. Atualização cadastro domiciliar e territorial: a cada \_\_\_\_\_ mês(es)

c. Análise de inconsistência: a cada \_\_\_\_\_ mês(es)

\* "0" para menos de um mês

[Pulo: seguir para a questão 5 se resposta for zero nas alternativas 3.a e 3.b.]

4. Com qual frequência os seguintes profissionais da sua equipe são envolvidos nessa atualização/realização de cadastro?

[Responder a todos os itens com uma das opções:]

4 - Sempre

3 - Frequentemente

2 - Ocasionalmente

1 – Nunca

0 – Não tem esse profissional

a. Agente comunitário de saúde \_\_\_\_\_

b. Cirurgião-dentista \_\_\_\_\_

c. Enfermeiro \_\_\_\_\_

d. Médico \_\_\_\_\_

e. Técnico em saúde bucal \_\_\_\_\_

f. Técnico em enfermagem \_\_\_\_\_

g. Integrante da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) \_\_\_\_\_

h. Integrante da equipe de apoio administrativo \_\_\_\_\_

i. Residente/ estagiário \_\_\_\_\_

5. Depois de preenchidas as fichas físicas de cadastros individual, domiciliar e territorial, em geral, quantos dias a sua equipe leva para lançá-las no e-SUS APS?

\_\_\_\_\_ dias

Não utiliza fichas físicas ( )

## II. Análise Situacional

**Com base nos aspectos epidemiológicos, demográficos e nos determinantes sociais da saúde, responda as questões abaixo sobre análise situacional:**

6. A sua equipe realiza análise dos dados dos cadastros individual, domiciliar e territorial para as seguintes atividades?

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

- a. Planejamento da oferta de serviços \_\_\_\_\_
- b. Acompanhamento dos indivíduos e famílias \_\_\_\_\_
- c. Divisão territorial com outras equipes \_\_\_\_\_
- d. Mapeamento de comorbidades/situação de saúde da população \_\_\_\_\_
- e. Mapeamento de aspectos sociais, culturais, ambientais e de vulnerabilidades \_\_\_\_\_
- f. Mapeamento de mulheres em idade fértil/potenciais gestantes \_\_\_\_\_

7. A sua equipe possui:

[Responder a todos os itens marcando SIM, NÃO, NÃO POSSUI]

- a. Mapa da área de abrangência atualizado nos últimos 12 meses \_\_\_\_\_
- b. Lista de endereços atualizada nos últimos 12 meses \_\_\_\_\_

(Pulo: se não possuir mapa, pular para questão 10.)

8. No(s) mapa(s)/lista(s) de endereços há identificação dos usuários com as seguintes situações de saúde/vulnerabilidades?

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

- a. Diabetes \_\_\_\_\_
- b. Hipertensão \_\_\_\_\_
- c. Gravidez \_\_\_\_\_
- d. Menor de dois anos \_\_\_\_\_
- e. Beneficiário de Programas de Transferência de Renda (PBF/Auxílio Brasil/DF Social) \_\_\_\_\_
- f. Portador plano privado de assistência à saúde (convênio de saúde) \_\_\_\_\_
- g. Portador de deficiência \_\_\_\_\_
- h. Tabagismo \_\_\_\_\_
- i. Câncer \_\_\_\_\_
- j. Etilismo \_\_\_\_\_
- k. Drogadição \_\_\_\_\_
- l. Hanseníase \_\_\_\_\_
- m. Tuberculose \_\_\_\_\_

- n. Episódio de internação hospitalar no último ano \_\_\_\_\_
- o. Acamado \_\_\_\_\_
- p. Queixa em saúde mental \_\_\_\_\_
- q. Condições precárias de moradia (água, esgoto, moradia) \_\_\_\_\_

### III. Ações e serviços ofertados pela equipe

**As próximas questões são sobre ações e serviços ofertados pela equipe para a população adscrita.**

9. Quantos turnos/período por semana a sua equipe realiza?

- a. Busca ativa: \_\_\_\_\_ períodos/turnos
- b. Visita domiciliar: \_\_\_\_\_ períodos/turnos
- c. Atendimento domiciliar: \_\_\_\_\_ períodos/turnos

(Pulo: se não realizar busca ativa, visita domiciliar ou atendimento domiciliar, pular para questão 13.)

10. A equipe utiliza a classificação de risco e/ou avaliação de vulnerabilidades como critérios para priorizar a realização de:

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

- a. Busca ativa \_\_\_\_\_
- b. Visita domiciliar \_\_\_\_\_
- c. Atendimento domiciliar \_\_\_\_\_

11. Quais dos seguintes profissionais da sua equipe estão envolvidos rotineiramente nas atividades de:

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

Profissionais	Atividades		
	Busca ativa	Visita domiciliar	Atendimento domiciliar
a. Cirurgião-dentista		Não se aplica	
b. Técnico de saúde bucal		Não se aplica	
c. Enfermeiro		Não se aplica	
d. Médico		Não se aplica	
e. Agente comunitário de saúde			Não se aplica
f. Técnico de enfermagem		Não se aplica	

g. Integrantes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)		Não se aplica	
--	--	---------------	--

12. Qual recurso a sua equipe utiliza para realizar busca ativa dos seus usuários?

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

- a. Visita domiciliar \_\_\_\_\_
- b. E-mail \_\_\_\_\_
- c. Aplicativo de mensagens instantâneas (WhatsApp, Telegram) \_\_\_\_\_
- d. Ligação telefônica de aparelho celular próprio \_\_\_\_\_
- e. Ligação telefônica de aparelho celular institucional \_\_\_\_\_
- f. Ligação telefônica de aparelho fixo institucional \_\_\_\_\_
- g. Outras mídias sociais \_\_\_\_\_

13. Existe telefone com rede de telefonia (linha) em funcionamento disponível para a sua equipe?

Sim ( ) Não ( )

14. Com qual frequência a sua equipe realiza busca ativa para:

[Responder a todos os itens com uma das opções:]

- 4 - Sempre
- 3 - Frequentemente
- 2 - Ocasionalmente
- 1 – Nunca

- a. Usuários faltosos \_\_\_\_\_
- b. Gestantes faltosas (pré-natal) \_\_\_\_\_
- c. Ações de vigilância epidemiológica \_\_\_\_\_
- d. Egressos de internações hospitalares/pronto atendimento \_\_\_\_\_
- e. Usuários com exames alterados \_\_\_\_\_
- f. Captação precoce de gestantes \_\_\_\_\_
- g. Captação de mulheres e homens trans com exame citopatológico atrasado \_\_\_\_\_
- h. Captação de mulheres e homens trans com exame de rastreamento do câncer de mama atrasado \_\_\_\_\_
- i. Crianças com cartão de vacina desatualizado \_\_\_\_\_

15. Quais das seguintes atividades o agente comunitário de saúde realiza em sua rotina?

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

- a. Ações educativas na comunidade \_\_\_\_\_
- b. Ações educativas para escolares \_\_\_\_\_
- c. Ações educativas na UBS \_\_\_\_\_
- d. Orientações para o autocuidado dos usuários \_\_\_\_\_
- e. Acompanhamento das condicionalidades de Programas de Transferência de Renda \_\_\_\_\_
- f. Acolhimento de usuários na UBS \_\_\_\_\_
- g. Mapeamento de comorbidades/situação de saúde em sua população \_\_\_\_\_
- h. Mapeamento de aspectos sociais, culturais, ambientais e de vulnerabilidades \_\_\_\_\_

16. A sua equipe realiza:

(Marque um X na coluna correspondente)

<b>Ação da eSF</b>	4 - Sim, para todos os usuários	3 - Sim, para a maior parte dos usuários	2 - Sim, para poucos usuários	1 - Não, para nenhum usuário
a. Acolhimento (escuta qualificada com orientação/condução) dos usuários para atendimento da demanda espontânea?				
b. Classificação de risco e avaliação de vulnerabilidades dos usuários de acordo com os protocolos?				

17. Qual a conduta da sua equipe em relação à utilização do nome social para os usuários?

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

- a. Pergunta como o usuário gostaria de ser chamado \_\_\_\_\_
- b. Registra nas fichas de cadastro \_\_\_\_\_
- c. Registra no prontuário eletrônico \_\_\_\_\_
- d. Registra nos demais formulários, que exijam identificação \_\_\_\_\_
- e. Adota o nome social para identificação e diálogo com o usuário \_\_\_\_\_

18. Como são realizados os agendamentos na sua equipe?

- ( ) Horário marcado
- ( ) Bloco de horas
- ( ) Por turno
- ( ) Não realiza agendamento

19. Em quais momentos do dia não há oferta de acolhimento da demanda espontânea na sua equipe?

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

- a. Início do horário de funcionamento da unidade \_\_\_\_\_
- b. Final do horário de funcionamento da unidade \_\_\_\_\_
- c. Horário de almoço \_\_\_\_\_
- d. Outro \_\_\_\_\_
  - d.1 Qual? \_\_\_\_\_

20. Sobre agendamento, responda com que frequência:

Responder a todos os itens com uma das opções:

- 4 - Sempre
- 3 - Frequentemente
- 2 - Ocasionalmente
- 1 - Nunca

- a. O profissional programa o retorno no momento da consulta, com agendamento do próximo atendimento? \_\_\_\_\_
- b. A equipe reserva dia/turno para realizar agendamento de consultas na sala de acolhimento? \_\_\_\_\_
- c. A equipe estipula o número de vagas para agendamento de consulta? \_\_\_\_\_
- d. A equipe programa o retorno, no momento do atendimento de urgência, quando necessário para continuidade do tratamento? \_\_\_\_\_

21. Quais ações compõem a agenda/programação de atividades da semana para os membros da sua equipe?

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

- a. Cadastros individual, domiciliar e territorial nos domicílios \_\_\_\_\_
- b. Cadastros individual, domiciliar e territorial na Unidade \_\_\_\_\_
- c. Atualização de cadastros \_\_\_\_\_
- d. Visita domiciliar \_\_\_\_\_
- e. Atendimento domiciliar \_\_\_\_\_
- f. Atividade de matriciamento/educação permanente \_\_\_\_\_
- g. Reunião de equipe \_\_\_\_\_
- h. atendimentos programados \_\_\_\_\_
- i. atendimentos por demanda espontânea \_\_\_\_\_
- j. Ações educativas e grupos terapêuticos \_\_\_\_\_

22. Para quando a sua equipe marca consultas para população em risco/vulnerabilidades?

Responder a todos os itens com uma das opções:

- 7 - No mesmo turno
- 6 - No turno seguinte
- 5 - No dia seguinte
- 4 - Quantos dias depois \_\_\_\_\_

#### 22.1. Médica

1. Paciente com quadros de emergência \_\_\_\_\_
2. Paciente em condição de urgência \_\_\_\_\_
3. Paciente para consulta eletiva \_\_\_\_\_
4. Sem identificação de risco/vulnerabilidades \_\_\_\_\_

#### 22.2. Enfermagem

1. Paciente com quadros de emergência \_\_\_\_\_
2. Paciente em condição de urgência \_\_\_\_\_
3. Paciente para consulta eletiva \_\_\_\_\_
4. Sem identificação de risco/vulnerabilidades \_\_\_\_\_

23. Quais serviços abaixo sua equipe oferta aos usuários quando necessário?

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

#### 23.1. Saúde da Criança

1. Acolhimento mãe/bebê na UBS \_\_\_\_\_
2. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) da criança \_\_\_\_\_
3. Identificação e manejo de situações de trabalho infantil \_\_\_\_\_
4. Incentivo ao aleitamento materno \_\_\_\_\_
5. Triagem oftalmológica \_\_\_\_\_
6. Verificação do cartão de vacina \_\_\_\_\_
7. Visita domiciliar ao recém-nascido \_\_\_\_\_
8. Triagem neonatal \_\_\_\_\_
  - 8.1. Teste do reflexo vermelho \_\_\_\_\_
  - 8.2. Teste do pezinho \_\_\_\_\_

#### 23.2. Saúde do Adolescente

1. Orientação sobre sexualidade, contracepção e IST/AIDS \_\_\_\_\_

2. Fornecimento de contraceptivos e prevenção de IST/AIDS \_\_\_\_\_
3. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de adolescentes de 10 a 19 anos, utilizando como instrumento a Caderneta de Saúde do Adolescente \_\_\_\_\_
4. Identificação e manejo de comprometimentos ou distúrbios em saúde mental \_\_\_\_\_

### 23.3. Saúde da Mulher

1. Orientação sobre sexualidade, contracepção e IST/AIDS \_\_\_\_\_
2. Fornecimento de contraceptivos e IST/AIDS \_\_\_\_\_

### 23.4. Saúde do Homem

1. Rastreamento de neoplasias \_\_\_\_\_
2. Rastreamento das patologias urológicas mais comuns \_\_\_\_\_
3. Orientação sobre sexualidade, contracepção e IST/AIDS \_\_\_\_\_
4. Fornecimento de métodos preventivos de gravidez e IST/AIDS \_\_\_\_\_

### 23.5. Saúde do Idoso

1. Avaliação do idoso com risco de vulnerabilidade funcional considerando o Protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13), da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa \_\_\_\_\_
2. Prevenção de quedas e fraturas \_\_\_\_\_
3. Orientação sobre sexualidade, contracepção e IST/AIDS \_\_\_\_\_
4. Fornecimento de métodos preventivos de gravidez e IST/AIDS \_\_\_\_\_

### 23.6. Saúde Mental

1. Prevenção do suicídio e outras violências autoprovocadas \_\_\_\_\_
2. Abordagem em saúde mental, com acompanhamento do paciente e família no contexto domiciliar \_\_\_\_\_
3. Identificação e manejo de transtornos mentais \_\_\_\_\_

### 23.7. Manejo de doenças transmissíveis/não transmissíveis

1. Paciente suspeito ou confirmado de zoonoses (arbovirose, leishmaniose, hantavirose etc.) \_\_\_\_\_
2. Doenças diarreicas agudas \_\_\_\_\_
3. Paciente com suspeita ou confirmado de sarampo, caxumba ou rubéola \_\_\_\_\_
4. Paciente suspeito de meningite \_\_\_\_\_
5. Paciente suspeito ou confirmado de tuberculose \_\_\_\_\_
6. Paciente suspeito ou confirmado de hanseníase \_\_\_\_\_
7. Abordagem/testagem e manejo das ISTs (hepatites virais, sífilis etc) \_\_\_\_\_
8. Testagem/manejo de síndromes respiratórias agudas \_\_\_\_\_

9. Doenças respiratórias crônicas (incluindo asma) \_\_\_\_\_
10. Doenças cardiovasculares \_\_\_\_\_
11. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus \_\_\_\_\_
12. Avaliação antropométrica e manejo do sobrepeso e obesidade \_\_\_\_\_
13. Identificação e manejo de desnutrição e carências nutricionais específicas \_\_\_\_\_
14. Câncer \_\_\_\_\_
15. Outra(s) \_\_\_\_\_
  - 15.1 Qual(is) \_\_\_\_\_

#### 23.8. Vigilância epidemiológica e notificação compulsória

1. Identificação, notificação e investigação de casos suspeitos de doenças de notificação compulsória (DNC) \_\_\_\_\_
2. Ações de bloqueio vacinal e de identificação de não vacinados \_\_\_\_\_

#### 23.9. Cirurgias e procedimentos ambulatoriais

1. Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ferimentos de pele/anexos e mucosa \_\_\_\_\_
2. Retirada de corpo estranho subcutâneo \_\_\_\_\_
3. Curativos, com ou sem debridamento \_\_\_\_\_
4. Cantoplastia (cirurgia de unha) \_\_\_\_\_
5. Incisão e drenagem de abscesso (abscesso cutâneo, furúnculo, berne e antraz) \_\_\_\_\_
6. Retirada de pontos de cirurgias básicas \_\_\_\_\_
7. Cateterismo vesical (troca de sonda vesical de demora, cateterismo de alívio, retirada de sonda) \_\_\_\_\_
8. Cauterização química de pequenas lesões \_\_\_\_\_
9. Aplicação e reposição de sondas nasogástricas \_\_\_\_\_
10. Nebulização/inalação \_\_\_\_\_
11. Troca de bolsa, higienização colostomia/iliostomia/urostomia \_\_\_\_\_
12. Ressuscitação cardiopulmonar \_\_\_\_\_
13. Medicação/terapia de hidratação via oral e medicação tópica \_\_\_\_\_
14. Medicação intradérmica/intramuscular/subcutânea/venosa \_\_\_\_\_
15. Atendimento inicial de urgência em pequeno queimado \_\_\_\_\_
16. Manejo de pessoas mordidas/picadas por animais \_\_\_\_\_
17. Remoção de cerume \_\_\_\_\_

#### 24. A sua Unidade oferece o serviço de vacinação?

Sim ( )

Não ( )

(Pulo: se não oferece vacinação, pular para questão 27)

a. Possui sala de vacinação fixa operante?

Sim ( )

Não ( )

b. Possui vacinação volante na unidade, substituindo sala fixa?

Sim ( )

Não ( )

c. Realiza vacinação volante no território ou em ponto de apoio?

Sim ( )

Não ( )

25. Como é a participação dos integrantes da eSF nas ações de vacinação?

25.1. Agente comunitário de saúde

( ) Busca ativa de usuários não vacinados/vacinas atrasadas nas suas atividades rotineiras

( ) Participa de campanhas de vacinação

( ) Participa do apoio à sala de vacinação rotineiramente

( ) Não participa

25.2. Cirurgião-dentista

( ) Busca ativa de usuários não vacinados/vacinas atrasadas nas suas atividades rotineiras

( ) Participa de campanhas de vacinação

( ) Participa do apoio à sala de vacinação rotineiramente

( ) Não participa

25.3. Enfermeiro

( ) Busca ativa de usuários não vacinados/vacinas atrasadas nas suas atividades rotineiras

( ) Participa de campanhas de vacinação

( ) Participa do apoio à sala de vacinação rotineiramente

( ) Não participa

25.4. Médico

( ) Busca ativa de usuários não vacinados/vacinas atrasadas nas suas atividades rotineiras

( ) Participa de campanhas de vacinação

( ) Participa do apoio à sala de vacinação rotineiramente

( ) Não participa

## 25.5. Técnico de enfermagem

- ( ) Busca ativa de usuários não vacinados/vacinas atrasadas nas suas atividades rotineiras
- ( ) Participa de campanhas de vacinação
- ( ) Participa do apoio à sala de vacinação rotineiramente
- ( ) Não participa

## 25.6. Técnico de saúde bucal

- ( ) Busca ativa de usuários não vacinados/vacinas atrasadas nas suas atividades rotineiras
- ( ) Participa de campanhas de vacinação
- ( ) Participa do apoio à sala de vacinação rotineiramente
- ( ) Não participa

26. Caso seja identificado usuário com vacinação atrasada durante um atendimento, quando é ofertada a atualização da caderneta/cartão de vacinação?

Responder a todos os itens com uma das opções:

- 4 - Sim, para todos os usuários
- 3 - Sim, para a maior parte dos usuários
- 2 - Sim, para poucos usuários
- 1 - Não, para nenhum usuário

- a. No mesmo momento do atendimento \_\_\_\_\_
- b. No mesmo período/turno \_\_\_\_\_
- c. No mesmo dia \_\_\_\_\_
- d. De acordo com disponibilidade da sala de vacina \_\_\_\_\_

27. Quais dos seguintes profissionais da sua equipe têm capacitação em:

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

<b>Profissionais</b>	Leitura do cartão vacinal	Aplicação de imunizante
27.1. Agente comunitário de saúde		Não se aplica
27.2. Técnico de enfermagem		
27.3. Enfermeiro		
27.4. Médico		
27.5. Cirurgião-dentista		
27.6. Técnico de saúde bucal		Não se aplica

<b>28. Quais ações sua equipe oferece na programação da agenda no cuidado do:</b>	<b>Hipertenso</b>	<b>Diabético</b>
28.1. Acolhimento, no momento da procura, e inserção do usuário na lista de acompanhamento da equipe	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO
28.2. Estabelecimento de prioridades, por meio de estratificação de risco	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO
28.3. Agendamento programado para consultas médicas (1ª consulta e retornos)	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO
28.4. Agendamento programado para consultas de enfermagem (1ª consulta e retornos)	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO
28.5. Agendamento programado de consultas odontológicas (1ª consulta e retornos)	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO
28.6. Marcação de consulta para renovação de prescrição de medicamentos	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO
28.7. Programação de visita/atendimento domiciliar	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO

<b>29. Para o acompanhamento de hipertensos e diabéticos, quais ações a sua equipe oferece:</b>	<b>Hipertenso</b>	<b>Diabético</b>
29.1. Estratificação de risco	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO
29.2. Anamnese e exame físico completos	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO
29.3. Tratamento medicamentoso	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO
29.4. Avaliação periódica de peso e altura (IMC) e circunferência abdominal	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO
29.5. Aferição, ao menos semestralmente, da pressão arterial	1. SIM 2. NÃO	NÃO SE APLICA
29.6. Aferição periódica da glicemia capilar	NÃO SE APLICA	1. SIM 2. NÃO
29.7. Orientações sobre o tratamento, os hábitos de vida e o autocuidado	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO
29.8. Solicitação de exames previstos no protocolo SES/Ministério da Saúde	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO

29.9. Renovação de receitas dos medicamentos prescritos	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO
29.10. Visita/atendimento domiciliar	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO
29.11. Atendimento e tratamento de quadros de descompensação da pressão arterial	1. SIM 2. NÃO	NÃO SE APLICA
29.12. Atendimento e tratamento de quadros de descompensação glicêmica	NÃO SE APLICA	1. SIM 2. NÃO
29.13. Avaliação, orientação e manejo em relação ao cuidado com os pés	NÃO SE APLICA	1. SIM 2. NÃO
29.14. Entrega de glicosímetro e de tiras reagentes para medição de glicemia	NÃO SE APLICA	1. SIM 2. NÃO
29.15. Solicitação de hemoglobina glicada ao menos uma vez a cada semestre	NÃO SE APLICA	1. SIM 2. NÃO

<b>30. O que a sua equipe monitora, semestralmente, no cuidado de:</b>	<b>Hipertenso</b>	<b>Diabético</b>
30.1. Atualização da lista de hipertensos/diabético no e-SUS APS	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO
30.2. Realização de visita/atendimento domiciliar		
30.3. Exames previstos em protocolos		
30.4. Avaliação periódica de peso e altura (IMC) e circunferência abdominal		
30.5. Presença de comorbidades e fatores de risco		
30.6. Risco cardiovascular		NÃO SE APLICA
30.7. Avaliação dos pés	NÃO SE APLICA	

<b>31. Para qual(is) finalidade(s) a sua equipe analisa os dados de fatores de risco, de prevalência e da estratificação de risco cardiovascular e diabetes?</b>	<b>Hipertenso</b>	<b>Diabético</b>
31.1. Planejamento da oferta de serviços	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO
31.2. Acompanhamento dos indivíduos e famílias	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO

31.3. Divisão territorial com outras equipes	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO
31.4. Mapeamento de comorbidades/situação de saúde em sua população	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO
31.5. Mapeamento de aspectos sociais, culturais, ambientais e de vulnerabilidades	1. SIM 2. NÃO	1. SIM 2. NÃO

32. Quais ações sua equipe oferece na programação da agenda no cuidado da gestante?

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

32.1. Estabelecimento de prioridades, por meio de estratificação de risco \_\_\_\_\_

32.2. Acolhimento, no momento de procura pela gestante, já com agendamento de consulta \_\_\_\_\_

32.3. Agendamento de retornos no momento da consulta \_\_\_\_\_

32.4. Marcação de atendimento odontológico desde a primeira consulta de pré-natal \_\_\_\_\_

32.5. Busca ativa de gestantes no território, com marcação de consulta \_\_\_\_\_

33. Quais ações a sua equipe oferece para a gestante, durante o pré-natal?

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

33.1. Solicitação de exames laboratoriais \_\_\_\_\_

33.2. Solicitação de exames de imagem \_\_\_\_\_

33.3. Atualização de vacinas \_\_\_\_\_

33.4. Atendimento médico \_\_\_\_\_

33.5. Atendimento de enfermagem \_\_\_\_\_

33.6. Realização de testes rápidos para IST \_\_\_\_\_

33.7. Realização de exames de triagem da gestante/teste da mãezinha \_\_\_\_\_

33.8. Realização de suplementação profilática com ferro e ácido fólico \_\_\_\_\_

33.9. Estratificação de risco, com encaminhamento para o pré-natal de alto risco, quando necessário \_\_\_\_\_

33.10. Incentivo à participação efetiva do(a) parceiro(a) no momento do pré-natal, parto, puerpério e cuidado ao recém-nascido \_\_\_\_\_

33.11. Realização de exames de rotina e testes rápidos no(a) parceiro(a) \_\_\_\_\_

33.12. Preenchimento por completo da Caderneta da Gestante \_\_\_\_\_

33.13. Realização do exame físico completo no momento da consulta, de acordo com a idade gestacional

33.14. Avaliação de vulnerabilidade social \_\_\_\_\_

33.15. Continuação do pré-natal das gestantes encaminhadas para o ambulatório de alto risco(\*) \_\_\_\_\_

33.16. Vinculação da gestante à maternidade de referência \_\_\_\_\_

(\*) A continuidade do pré-natal deve ser acontecer na própria equipe de saúde da família da gestante.

34. O que a sua equipe monitora no cuidado às gestantes?

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

34.1. Lista de gestantes do e-SUS APS \_\_\_\_\_

34.2. Número de consultas por gestante \_\_\_\_\_

34.3. Número de consultas odontológicas \_\_\_\_\_

34.4. Risco gestacional \_\_\_\_\_

34.5. Exames previstos em protocolos \_\_\_\_\_

34.6. Avaliação antropométrica (IMC) \_\_\_\_\_

34.7. Presença de morbidades e fatores de risco \_\_\_\_\_

35. Quais ações a sua equipe oferece às mulheres e aos homens trans do seu território, quanto ao rastreio e controle do câncer de colo de útero?

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

35.1. Realização do exame citopatológico ou pronto agendamento, quando solicitado pela(o) usuária(o) \_\_\_\_\_

35.2. Avaliação e realização, durante as consultas médicas com a(o) usuária(o), da necessidade do exame citopatológico \_\_\_\_\_

35.3. Avaliação e realização, durante as consultas de enfermagem com a(o) usuária(o), da necessidade do exame citopatológico \_\_\_\_\_

(Pulo: se não realiza o exame citopatológico, pular para questão 37)

36. Quais ações a sua equipe realiza com a informação do exame citopatológico?

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

36.1. Lançamento do exame no SISCAN \_\_\_\_\_

36.2. Registro do procedimento de coleta no e-SUS APS \_\_\_\_\_

36.3. Acompanhamento do resultado/devolução no SISCAN \_\_\_\_\_

36.4. Lançamento do resultado no e-SUS APS \_\_\_\_\_

36.5. Busca ativa de usuários com resultados de exames positivos \_\_\_\_\_

37. Quais estratégias a sua equipe adota periodicamente para o compartilhamento do cuidado do usuário com outros serviços/setores das redes de saúde e intersetorial? (CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, Instituições de Longa Permanência de idosos, escolas etc.)

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

- 37.1. Participação ativa na rede intersetorial do território \_\_\_\_\_
- 37.2. Encontros para aproximação/trabalho conjunto com serviços da rede intersetorial (CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, instituições de longa permanência de idosos, escolas etc) \_\_\_\_\_
- 37.3. Encontros para aproximação/trabalho conjunto com outros serviços de saúde (atenção ambulatorial secundária/policlínica, CAPS, atenção hospitalar, UPA etc) \_\_\_\_\_
- 37.4. Discussão de casos com serviços da rede intersetorial \_\_\_\_\_
- 37.5. Discussão de casos com outros serviços de saúde \_\_\_\_\_
- 37.6. Encaminhamento para serviços da rede intersetorial \_\_\_\_\_
- 37.7. Encaminhamento para outros serviços de saúde \_\_\_\_\_
- 37.8. Recebimento de usuários encaminhados de serviços da rede intersetorial \_\_\_\_\_
- 37.9. Recebimento de usuários encaminhados de outros serviços de saúde \_\_\_\_\_

38. A sua equipe de saúde da família possui equipe de saúde bucal de referência?

Sim ( )

Não ( )

39. A sua equipe recebeu algum treinamento/matriciamento, nos últimos 2 anos, para acolher as demandas de saúde bucal e dar os encaminhamentos necessários ao usuário?

Sim ( )

Não ( )

40. Com que frequência a sua equipe realiza acolhimento de demandas de saúde bucal e faz os encaminhamentos para resolução da demanda dos usuários, conforme protocolos e diretrizes?

Responder o item com uma das opções:

4 - Sempre

3 - Frequentemente

2 - Ocasionalmente

1 - Nunca

41. A sua equipe de saúde da família possui equipe do NASF-AB de referência?

Sim ( )

Não ( )

#### IV. Planejamento e monitoramento das ações e serviços ofertados pela equipe

**As próximas questões são sobre planejamento e monitoramento das ações e serviços ofertados pela equipe para a população adscrita.**

42. Qual(is) relatório(s) abaixo a sua equipe utiliza na rotina de trabalho:

Ações para o planejamento e organização do serviço	Relatórios e-SUS APS			
	Relatórios de produção	Relatórios consolidados	Relatórios operacionais	Relatórios gerenciais
42.1. Planejamento da oferta de serviços	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO
42.2. Acompanhamento dos indivíduos e famílias	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO
42.3. Divisão territorial com outras equipes	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO
42.4. Mapeamento de comorbidades/situação de saúde em sua população	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO
42.5. Mapeamento de aspectos sociais, culturais, ambientais e de vulnerabilidades	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO
42.6. Avaliação dos indicadores pactuados no AGL	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO

43. Quais ações a sua equipe realiza para melhorar os indicadores do Acordo de Gestão Local (AGL)?

Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO

43.1. Análise e discussão dos resultados dos indicadores \_\_\_\_\_

43.2. Discussão dos resultados e metas alcançadas, em conjunto com a GSAP \_\_\_\_\_

43.3. Monitoramento do desenvolvimento do Plano de Ação para Qualidade (PAQ) \_\_\_\_\_

43.4. Análise dos Relatórios de acompanhamento de condições de saúde do e-SUS \_\_\_\_\_

## V. Acesso à informação

**Para finalizar esse bloco de questões gostaríamos de perguntar sobre acesso a informações por parte da eSF.**

44. Com que frequência a sua equipe tem acesso à lista atualizada de medicamentos disponíveis na farmácia, em local de fácil acesso

Responder o item com uma das opções:

- 4 - Sempre
- 3 - Frequentemente
- 2 - Ocasionalmente
- 1 – Nunca

45. Com que frequência a sua equipe tem acesso, em meio físico ou virtual, na Unidade, às diretrizes, protocolos, fluxos assistenciais, notas técnicas e guias da SES/DF?

Responder o item com uma das opções:

- 4 - Sempre
- 3 - Frequentemente
- 2 - Ocasionalmente
- 1 – Nunca

## MÓDULO – EQUIPE SAÚDE BUCAL (eSB)

### Identificação da UBS e equipe

- I1. Região de Saúde - Região Administrativa – Nome da Unidade Básica de Saúde – CNES - Nome da Equipe de Saúde Bucal- INE: \_\_\_\_\_
- I2. Coordenadas Geográficas: Latitude/Longitude \_\_\_\_\_
- I3. Código do supervisor \_\_\_\_\_
- I4. Código do entrevistador \_\_\_\_\_

Bom dia/boa tarde, eu sou (nome), entrevistador(a) da equipe do Programa QualisAPS;

Iniciaremos a nossa entrevista, conforme estava agendado, mas antes queria enfatizar que essa entrevista vai contribuir para o avanço da Atenção Primária aqui no DF, por nos trazer importantes dados sobre a real situação da sua UBS. Fique à vontade para responder, pois as informações que me passar não serão divulgadas com sua identificação e pode me perguntar, se tiver alguma dúvida também.

Antes de iniciarmos, temos um Termo de Consentimento para a sua participação nessa Avaliação. Nesse termo constam as principais informações sobre o Programa Qualis e a autorização pelo Comitê de Ética para a aplicação dessa etapa, além de enfatizar que nenhum dado ou resposta que possam identificá-lo serão divulgados. Se o(a) Sr.(a) quiser, fique à vontade para ler por completo ou até pedir para que eu leia, em seguida já iniciamos a entrevista, que tem um tempo estimado de 1h, tudo bem?

**Esta entrevista é parte de um processo para avaliar a estrutura e o processo de trabalho desta UBS. Vamos começar com uma pergunta sobre as equipes de referência:**

1. A sua equipe está vinculada a quantas equipes de saúde da família?
  - a. 1
  - b. 2
  - c. 3
  - d. 4
  - e. 5
  - f. Mais de 5 equipes
  
- 1a. Nome da Equipe de Saúde da Família de referência 1 \_\_\_\_\_
- 1b. Nome da Equipe de Saúde da Família de referência 2 \_\_\_\_\_
- 1c. Nome da Equipe de Saúde da Família de referência 3 \_\_\_\_\_
- 1d. Nome da Equipe de Saúde da Família de referência 4 \_\_\_\_\_
- 1e. Nome da Equipe de Saúde da Família de referência 5 \_\_\_\_\_
- 1f. Nome da Equipe de Saúde da Família de referência 6 \_\_\_\_\_

## I. Análise situacional

**Com base nos aspectos epidemiológicos, demográficos e nos determinantes sociais da saúde, responda à questão abaixo sobre análise situacional.**

2. Para quais das atividades a sua equipe de saúde bucal (eSB) realiza análise dos dados dos cadastros individual, domiciliar e territorial?

Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO

- 2.1. Planejamento da oferta de serviços \_\_\_\_\_
- 2.2. Acompanhamento dos indivíduos e famílias \_\_\_\_\_
- 2.3. Divisão territorial com outras equipes \_\_\_\_\_
- 2.4. Mapeamento de comorbidades/situação de saúde da população em sua população \_\_\_\_\_
- 2.5. Mapeamento de aspectos sociais, culturais, ambientais e de vulnerabilidades \_\_\_\_\_
- 2.6. Mapeamento de mulheres em idade fértil/potenciais gestantes \_\_\_\_\_
- 2.7. Outro(s) \_\_\_\_\_
  - 2.7.1 Qual(is)? \_\_\_\_\_

## II. Ações e serviços ofertados pela equipe

**As próximas questões são sobre ações e serviços ofertados pela equipe.**

3. Quais ações compõem a agenda/programação de atividades da semana para os membros da sua equipe?

**OBS**

Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO

- 3.1. Cadastros individual, domiciliar e territorial nos domicílios \_\_\_\_\_
- 3.2. Cadastros individual, domiciliar e territorial na Unidade \_\_\_\_\_
- 3.3. Atualização de cadastros \_\_\_\_\_
- 3.4. Visita domiciliar \_\_\_\_\_
- 3.5. Atendimento domiciliar \_\_\_\_\_
- 3.6. Atividade de matriciamento/educação permanente \_\_\_\_\_
- 3.7. Reunião de equipe \_\_\_\_\_
- 3.8. atendimentos programados \_\_\_\_\_
- 3.9. atendimentos por demanda espontânea \_\_\_\_\_
- 3.10. Ações educativas e grupos terapêuticos \_\_\_\_\_

4. Como são realizados os agendamentos na sua equipe?

**Escolha uma das alternativas**

- ( ) Horário marcado
- ( ) Bloco de horas
- ( ) Por turno
- ( ) Não realiza agendamento

5. Sobre agendamento, responda com que frequência:

Responder a todos os itens com uma das opções:

- 4 - Sempre
- 3 - Frequentemente
- 2 - Ocasionalmente
- 1 - Nunca

5.1. O profissional programa o retorno no momento da consulta, com agendamento do próximo atendimento? \_\_\_\_\_

5.2. A equipe reserva dia/turno para realizar agendamento de consultas na sala de acolhimento? \_\_\_\_\_

5.3. A equipe estipula o número de vagas para agendamento de consulta? \_\_\_\_\_

5.4. A equipe programa o retorno, no momento do atendimento de urgência, quando necessário para continuidade do tratamento? \_\_\_\_\_

6. Quantos turnos por semana a sua equipe realiza?

**\*O item "Não faz" não deve ser lido. Selecione a opção caso o responsável diga que não faz**

6.1. Busca ativa: \_\_\_\_\_ períodos/turnos

6.2. Atendimento domiciliar: \_\_\_\_\_ períodos/turnos

(Pulo: se não realiza busca ativa ou atendimento domiciliar, pular para questão 10)

7. Com qual frequência a sua equipe realiza busca ativa para:

Responder a todos os itens com uma das opções:

- 4 - Sempre
- 3 - Frequentemente
- 2 - Ocasionalmente
- 1 – Nunca

7.1. Usuários faltosos \_\_\_\_\_

7.2. Gestantes faltosas \_\_\_\_\_

7.3. Ações de vigilância epidemiológica \_\_\_\_\_

7.4. Captação de crianças para prevenção primária de doenças bucais \_\_\_\_\_

7.5. Captação de diabéticos para prevenção de doenças periodontais \_\_\_\_\_

8. Qual recurso a sua equipe utiliza para realizar busca ativa dos seus usuários?

Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO

- 8.1. Visita domiciliar \_\_\_\_\_
- 8.2. E-mail \_\_\_\_\_
- 8.3. Aplicativo de mensagens instantâneas (WhatsApp, Telegram) \_\_\_\_\_
- 8.4. Ligação telefônica de aparelho celular próprio \_\_\_\_\_
- 8.5. Ligação telefônica de aparelho celular institucional \_\_\_\_\_
- 8.6. Ligação telefônica de aparelho fixo institucional \_\_\_\_\_
- 8.7. Outras mídias sociais \_\_\_\_\_

9. A equipe faz classificação de risco e avaliação de vulnerabilidades para priorizar a realização de:

Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO

- 9.1. Busca ativa \_\_\_\_\_
- 9.2. Atendimento domiciliar \_\_\_\_\_

10. Para quando a sua equipe marca consulta odontológica para população em risco/vulnerabilidades?

**Assinale uma das opções:**

- a. No mesmo turno
- b. No turno seguinte
- c. No dia seguinte
- c. 2 dias depois
- d. 3 dias depois
- e. 4 dias depois
- f. 5 dias depois
- g. 6 dias depois
- h. Na semana seguinte
- i. Duas semanas depois
- j. No mês seguinte

11. A sua equipe precisa limitar o número de atendimentos por dia devido à indisponibilidade de instrumental e/ou insumos odontológicos?

Responder ao item marcando SIM ou NÃO

12. Em quais momentos do dia **não há oferta** de acolhimento à demanda espontânea na sua equipe?

**Assinale as opções:**

- a. Início do horário de funcionamento da unidade

- b. Final do horário de funcionamento da unidade
- c. Horário de almoço
- d. Outro

12.d.1 Qual(is)? \_\_\_\_\_

13. Qual a conduta da sua equipe em relação à utilização do nome social para os usuários?

Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO

13.1. Pergunta como o usuário gostaria de ser chamado \_\_\_\_\_

13.2. Registra nas fichas de cadastro \_\_\_\_\_

13.3. Registra no prontuário eletrônico \_\_\_\_\_

13.4. Registra nos demais formulários, que exijam identificação \_\_\_\_\_

13.5. Adota o nome social para identificação e diálogo com o usuário \_\_\_\_\_

14. Quais dessas ações a sua equipe realiza?

Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO

14.1. Profilaxia \_\_\_\_\_

14.2. Aplicação tópica de flúor \_\_\_\_\_

14.3. Periodontia não cirúrgica (raspagem, alisamento e polimento) \_\_\_\_\_

14.4. Restauração \_\_\_\_\_

14.5. Extração não complexa \_\_\_\_\_

14.6. Escovação dental supervisionada \_\_\_\_\_

14.7. Atividade educativa/orientação em grupo em saúde bucal \_\_\_\_\_

14.8. Primeira consulta odontológica programada \_\_\_\_\_

14.9. Participação no Programa Saúde na Escola (PSE) \_\_\_\_\_

14.10. Atendimento de urgência odontológica \_\_\_\_\_

14.11. Elaboração de Plano Preventivo-Terapêutico \_\_\_\_\_

14.12. Encaminhamento para atendimento especializado das ações fora do rol da APS, conforme os protocolos \_\_\_\_\_

14.13. Acompanhamento dos usuários encaminhados para atendimento especializado \_\_\_\_\_

14.14. Encaminhamento para atendimento especializado, conforme os protocolos de câncer e outras lesões na boca \_\_\_\_\_

15. Em relação ao pré-natal odontológico, a sua equipe:

Responder a todos os itens com uma das opções:

- 4 - Sempre
- 3 - Frequentemente
- 2 - Ocasionalmente
- 1 - Nunca

15.1 Verifica a situação cadastral da gestante na equipe, antes do primeiro atendimento odontológico \_\_\_\_\_

15.2. Realiza atendimento das gestantes cadastradas \_\_\_\_\_

15.3. Garante vagas para as gestantes da sua equipe \_\_\_\_\_

15.4 Garante vagas para as gestantes de outras eSF (mesmo que a sua equipe não esteja vinculada a essa eSF) \_\_\_\_\_

15.5. Utiliza estratificação de risco para priorizar atendimentos \_\_\_\_\_

### III. Planejamento e monitoramento de ações e serviços

**As próximas questões tratam do acompanhamento e do planejamento das ações e serviços realizados.**

16. Como é a atuação da sua equipe junto a(s) eSF vinculada(s)?

Responder a todos os itens com uma das opções:

- 4 - Sempre
- 3 - Frequentemente
- 2 - Ocasionalmente
- 1 - Nunca

Atividades/ações da eSB	Vinculação com as eSF	
	Pelo menos uma eSF vinculadas	Todas as eSF vinculadas
16.1 Sua equipe participa das reuniões com:		
16.2 Sua equipe planeja as atividades a partir das demandas do território e em conjunto com:		
16.3 Sua equipe atua conjuntamente no acolhimento e na identificação de demandas de saúde com:		
16.4 Sua equipe participa da análise e da discussão dos resultados dos indicadores do AGL, quadrimestralmente, com:		

17. Qual(is) relatório(s) abaixo a sua equipe utiliza na rotina de trabalho (Relatórios e-SUS APS):

Ações para o planejamento e organização do serviço	Relatórios e-SUS APS			
	Relatórios de produção	Relatórios consolidados	Relatórios operacionais	Relatórios gerenciais
17.1. Planejamento da oferta de serviços	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO
17.2. Acompanhamento dos indivíduos e famílias	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO
17.3. Divisão territorial com outras equipes	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO
17.4. Mapeamento de comorbidades/situação de saúde em sua população	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO
17.5. Mapeamento de aspectos sociais, culturais, ambientais e de vulnerabilidades	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO
17.6. Avaliação dos indicadores pactuados no AGL	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO	1.SIM 2.NÃO

18. Há contrato vigente para a manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e outros materiais permanentes da Saúde Bucal? \_\_\_\_\_

Responder marcando SIM ou NÃO

19. Existe alguma ordem de serviço solicitando manutenção de equipamentos de saúde bucal não atendida há mais de 30 dias? \_\_\_\_\_

Responder marcando SIM ou NÃO

#### IV. Acesso à informação

**Para finalizar, gostaríamos de perguntar sobre acesso a informações por parte da eSB.**

20. A sua equipe tem acesso, em meio físico ou virtual, na Unidade, às diretrizes, protocolos, fluxos assistenciais, notas técnicas e guias da SES/DF? \_\_\_\_\_

Responder o item com uma das opções:

4 - Sempre

3 - Frequentemente

2 - Ocasionalmente

1 – Nunca



1b. Possui contrato de aluguel?

**Assinale uma das opções:**

- ( ) Não  
 ( ) Sim, verba indenizatória  
 ( ) Sim, contrato regular

2. Há contrato vigente para a manutenção predial para a UBS?

Não ( ) Sim ( )

3. Existe alguma ordem de serviço solicitando manutenção predial (pintura, calha, torneiras, etc.) não atendida há mais de 30 dias?

Não ( ) Sim ( )

4. Existem processos solicitando reforma ou ampliação desta UBS?

Não ( ) Sim ( )

5. Há impressora(s) em condição de uso disponível na UBS?

Não ( ) Sim ( )

6. Há acesso à internet de qualidade do GDF disponível na sua UBS?

Não ( ) Sim ( )

6a. O acesso à internet é de boa qualidade?

**A UBS possui:**

7. Recepção ou sala de espera?

Não ( ) Sim ( )

Pulo: Se marcar "Não", pular para a questão 8.

7.a. Quantas são exclusivas para essa finalidade? \_\_\_\_\_

Pulo: Se marcar "0", pular para a questão 7.b.

7.a.1 Em relação aos materiais e equipamentos que estão em pleno funcionamento na recepção ou sala de espera, indique o quantitativo de:

- a. Assentos de longarina com braço: \_\_\_\_\_  
 b. Ar-condicionado: \_\_\_\_\_  
 c. Bebedouro para usuários: \_\_\_\_\_  
 d. Cadeira de rodas adulto: \_\_\_\_\_

e. Cadeira de rodas para obesos: \_\_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

(\* ) Entende-se por pleno funcionamento um equipamento/material que pode ser utilizado sem limitação da sua função.

(\*\* ) Mesmo se o ambiente for compartilhado, o material/equipamento utilizado nos ambientes compartilhados deve ser contado uma única vez.

7.b. Quantas são compartilhadas com outro ambiente? \_\_\_\_\_ (Pulo para 8 , se for 0)

7.b.1. Esta sala é compartilhada com:

- ( ) Sala de acolhimento
- ( ) Consultório
- ( ) Sala de imunização
- ( ) Sala de medicação
- ( ) Consultório odontológico
- ( ) Sala de coleta
- ( ) Sala de procedimentos
- ( ) Sala de curativo
- ( ) Sala de reunião ou multiuso
- ( ) Farmácia (área de dispensação/de estocagem de medicamentos)
- ( ) Sala administrativa
- ( ) Sala de Agentes Comunitários de Saúde
- ( ) Sala para equipe NASF
- ( ) Sala de esterilização
- ( ) Outras

7.b.1 Em relação aos materiais e equipamentos que estão em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

a. Assentos de longarina com braço: \_\_\_\_\_

b. Ar-condicionado: \_\_\_\_\_

c. Bebedouro para usuários: \_\_\_\_\_

d. Cadeira de rodas adulto: \_\_\_\_\_

e. Cadeira de rodas para obesos: \_\_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

(\* ) Entende-se por pleno funcionamento um equipamento/material que pode ser utilizado sem limitação da sua função.

(\*\* ) Mesmo se o ambiente for compartilhado, o material/equipamento utilizado nos ambientes compartilhados deve ser contado uma única vez.

8. Sala de acolhimento?

Não ( )

Sim ( )

Pulo: Se marcar "Não", pular para a questão 9.

8.a. Quantas são exclusivas para essa finalidade? \_\_\_\_\_

Pulo: Se marcar "0", pular para a questão 8.b.

8.a.1 Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_\_
- b. Armário para materiais e medicamentos: \_\_\_\_\_
- c. Balança adulto: \_\_\_\_\_
- d. Balança pediátrica: \_\_\_\_\_
- e. Cadeira: \_\_\_\_\_
- f. Computador: \_\_\_\_\_
- g. Estetoscópio: \_\_\_\_\_
- h. Fita métrica: \_\_\_\_\_
- i. Glicosímetro: \_\_\_\_\_
- j. Mesa antropométrica: \_\_\_\_\_
- k. Régua antropométrica infantil: \_\_\_\_\_
- l. Oxímetro: \_\_\_\_\_
- m. Régua antropométrica adulto: \_\_\_\_\_
- n. Mesa para consultório: \_\_\_\_\_
- o. Esfigmomanômetro adulto: \_\_\_\_\_
- p. Esfigmomanômetro infantil: \_\_\_\_\_
- q. Esfigmomanômetro obeso: \_\_\_\_\_
- r. Termômetro: \_\_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

8.b. Quantas são compartilhadas com outro ambiente? \_\_\_\_\_ (Pulo para 9, se for 0)

8.b.1. Compartilhada com:

- ( ) Recepção ou sala de espera
- ( ) Consultório
- ( ) Sala de imunização
- ( ) Sala de medicação
- ( ) Consultório odontológico
- ( ) Sala de coleta
- ( ) Sala de procedimentos

- ( ) Sala de curativo
- ( ) Sala de reunião ou multiuso
- ( ) Farmácia (área de dispensação/de estocagem de medicamentos)
- ( ) Sala administrativa
- ( ) Sala de Agentes Comunitários de Saúde
- ( ) Sala para equipe NASF
- ( ) Sala de esterilização
- ( ) Outras

8.b.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_\_
- b. Armário para materiais e medicamentos: \_\_\_\_\_
- c. Balança adulto: \_\_\_\_\_
- d. Balança pediátrica: \_\_\_\_\_
- e. Cadeira: \_\_\_\_\_
- f. Computador: \_\_\_\_\_
- g. Estetoscópio: \_\_\_\_\_
- h. Fita métrica: \_\_\_\_\_
- i. Glicosímetro: \_\_\_\_\_
- j. Mesa antropométrica: \_\_\_\_\_
- k. Régua antropométrica infantil: \_\_\_\_\_
- l. Oxímetro: \_\_\_\_\_
- m. Régua antropométrica adulto: \_\_\_\_\_
- n. Mesa para consultório: \_\_\_\_\_
- o. Esfigmomanômetro adulto: \_\_\_\_\_
- p. Esfigmomanômetro infantil: \_\_\_\_\_
- q. Esfigmomanômetro obeso: \_\_\_\_\_
- r. Termômetro: \_\_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

9. Consultório?

Não ( )

Sim ( )

Pulo: Se marcar "Não", pular para a questão 10.

9.a Quantos são exclusivos? \_\_\_\_\_

Pulo: Se marcar "0", pular para a questão 9.b.

9.a.1 Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_\_
- b. Banheiro em consultório: \_\_\_\_\_
- c. Cadeira: \_\_\_\_\_
- d. Computador: \_\_\_\_\_
- e. Detector fetal: \_\_\_\_\_
- f. Escada de dois degraus: \_\_\_\_\_
- g. Foco portátil haste flexível: \_\_\_\_\_
- h. Maca ginecológica: \_\_\_\_\_
- i. Maca para exame clínico: \_\_\_\_\_
- j. Mesa de mayo: \_\_\_\_\_
- k. Mesa p/ consultório: \_\_\_\_\_
- l. Negatoscópio: \_\_\_\_\_
- m. Oftalmoscópio: \_\_\_\_\_
- n. Otoscópio: \_\_\_\_\_
- o. Esfigmomanômetro: \_\_\_\_\_
- p. Estetoscópio: \_\_\_\_\_
- q. Fita métrica: \_\_\_\_\_
- r. Glicosímetro: \_\_\_\_\_
- s. Régua antropométrica infantil: \_\_\_\_\_
- t. Balança pediátrica: \_\_\_\_\_
- u. Balança adulto: \_\_\_\_\_
- v. Régua antropométrica adulto: \_\_\_\_\_
- w. Estesiômetro: \_\_\_\_\_
- x. Lanterna clínica: \_\_\_\_\_
- y. Oxímetro: \_\_\_\_\_
- z. Termômetro: \_\_\_\_\_
- aa. Medidor de pico de fluxo expiratório \_\_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

9.b. Quantos consultórios são compartilhados com outro ambiente? \_\_\_\_\_ (Pulo para a 10, se for 0)

9.b.1. Compartilhado com:

- ( ) Recepção ou sala de espera
- ( ) Sala de acolhimento
- ( ) Sala de imunização

- ( ) Sala de medicação
- ( ) Consultório odontológico
- ( ) Sala de coleta
- ( ) Sala de procedimentos
- ( ) Sala de curativo
- ( ) Sala de reunião ou multiuso
- ( ) Farmácia (área de dispensação/de estocagem de medicamentos)
- ( ) Sala administrativa
- ( ) Sala de Agentes Comunitários de Saúde
- ( ) Sala para equipe NASF
- ( ) Sala de esterilização
- ( ) Outras

9.b.1 Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_
- b. Banheiro em consultório: \_\_\_\_
- c. Cadeira: \_\_\_\_
- d. Computador: \_\_\_\_
- e. Detector fetal: \_\_\_\_
- f. Escada de dois degraus: \_\_\_\_
- g. Foco portátil haste flexível: \_\_\_\_
- h. Maca ginecológica: \_\_\_\_
- i. Maca para exame clínico: \_\_\_\_
- j. Mesa de mayo: \_\_\_\_
- k. Mesa p/ consultório: \_\_\_\_
- l. Negatoscópio: \_\_\_\_
- m. Oftalmoscópio: \_\_\_\_
- n. Otoscópio: \_\_\_\_
- o. Esfigmomanômetro: \_\_\_\_
- p. Estetoscópio: \_\_\_\_
- q. Fita métrica: \_\_\_\_
- r. Glicosímetro: \_\_\_\_
- s. Régua antropométrica infantil: \_\_\_\_
- t. Balança pediátrica: \_\_\_\_
- u. Balança adulto: \_\_\_\_
- v. Régua antropométrica adulto: \_\_\_\_

- w. Estesiômetro: \_\_\_\_\_
- x. Lanterna clínica: \_\_\_\_\_
- y. Oxímetro: \_\_\_\_\_
- z. Termômetro: \_\_\_\_\_
- aa. Medidor de pico de fluxo expiratório \_\_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

10. Sala de imunização?

Não ( )

Sim ( )

Pulo: Se marcar "Não", pular para a questão 11.

10.a. Quantas são exclusivas? \_\_\_\_\_

Pulo: Se marcar "0", pular para a questão 10.b.

10.a.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_\_
- b. Cadeira: \_\_\_\_\_
- c. Caixa térmica: \_\_\_\_\_
- d. Câmara fria: \_\_\_\_\_
- e. Geladeira: \_\_\_\_\_
- f. Computador: \_\_\_\_\_
- g. Freezer: \_\_\_\_\_
- h. Maca para exame clínico: \_\_\_\_\_
- i. Mesa para consultório: \_\_\_\_\_
- j. Poltrona almofadada reclinável: \_\_\_\_\_
- k. Suporte para perfurocortantes: \_\_\_\_\_
- l. Termômetro: \_\_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

10.b. Quantas são compartilhadas com outro ambiente? \_\_\_\_\_ (Pulo para a 11, se for 0)

10.b.1. Esta sala é compartilhada com:

- ( ) Recepção ou sala de espera
- ( ) Sala de acolhimento
- ( ) Consultório
- ( ) Sala de medicação
- ( ) Consultório odontológico

- ( ) Sala de coleta
- ( ) Sala de procedimentos
- ( ) Sala de curativo
- ( ) Sala de reunião ou multiuso
- ( ) Farmácia (área de dispensação/de estocagem de medicamentos)
- ( ) Sala administrativa
- ( ) Sala de Agentes Comunitários de Saúde
- ( ) Sala para equipe NASF
- ( ) Sala de esterilização
- ( ) Outras

10.b.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_
- b. Cadeira: \_\_\_\_
- c. Caixa térmica: \_\_\_\_
- d. Câmara fria: \_\_\_\_
- e. Geladeira: \_\_\_\_
- f. Computador: \_\_\_\_
- g. Freezer: \_\_\_\_
- h. Maca para exame clínico: \_\_\_\_
- i. Mesa para consultório: \_\_\_\_
- j. Poltrona almofadada reclinável: \_\_\_\_
- k. Suporte para perfurocortantes: \_\_\_\_
- l. Termômetro: \_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

11 Sala de medicação?

Não ( )

Sim ( )

Pulo: Se marcar "Não", pular para a questão 12.

11.a. Quantas são exclusivas? \_\_\_\_\_

Pulo: Se marcar "0", pular para a questão 11b.

11.a.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_
- b. Armário para materiais e medicamentos: \_\_\_\_
- c. Cadeira: \_\_\_\_

- d. Computador: \_\_\_\_
- e. Maca para exame clínico: \_\_\_\_
- f. Mesa para computador: \_\_\_\_
- g. Poltrona almofadada reclinável: \_\_\_\_
- h. Suporte de soro: \_\_\_\_
- i. Suporte para caixa coletora de perfurocortantes: \_\_\_\_
- j. Oxímetro: \_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

11.b. Quantas são compartilhadas com outro ambiente? \_\_\_\_\_ (Pulo para a 12, se for 0)

11.b.1. Compartilhada com:

- ( ) Recepção ou sala de espera
- ( ) Sala de acolhimento
- ( ) Consultório
- ( ) Sala de imunização
- ( ) Consultório odontológico
- ( ) Sala de coleta
- ( ) Sala de procedimentos
- ( ) Sala de curativo
- ( ) Sala de reunião ou multiuso
- ( ) Farmácia (área de dispensação/de estocagem de medicamentos)
- ( ) Sala administrativa
- ( ) Sala de Agentes Comunitários de Saúde
- ( ) Sala para equipe NASF
- ( ) Sala de esterilização
- ( ) Outras

11.b.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_
- b. Armário para materiais e medicamentos: \_\_\_\_
- c. Cadeira: \_\_\_\_
- d. Computador: \_\_\_\_
- e. Maca para exame clínico: \_\_\_\_
- f. Mesa para computador: \_\_\_\_
- g. Poltrona almofadada reclinável: \_\_\_\_
- h. Suporte de soro: \_\_\_\_

i. Suporte para caixa coletora de perfurocortantes: \_\_\_\_\_

j. Oxímetro: \_\_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

12. Consultório odontológico?

Não ( )

Sim ( )

Pulo: Se marcar "Não", pular para a questão 13.

12.a Quantos são exclusivos? \_\_\_\_\_

Pulo: Se marcar "0", pular para a questão 12.b.

(\* Considerar exclusivo aquele consultório odontológico individualizado, fechado por barreira física fixas (paredes, divisórias, portas).

12.a.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_\_
- b. Armário para materiais e medicamentos: \_\_\_\_\_
- c. Mesa p/ computador: \_\_\_\_\_
- d. Cadeira: \_\_\_\_\_
- e. Cadeira mocho: \_\_\_\_\_
- f. Computador: \_\_\_\_\_
- g. Equipo (cadeira odontológica completa): \_\_\_\_\_
- h. Mesa auxiliar odontológica: \_\_\_\_\_
- i. Amalgamador: \_\_\_\_\_
- j. Ultrassom odontológico: \_\_\_\_\_
- k. Filtro de ar com manômetro e carvão ativado: \_\_\_\_\_
- l. Fotopolimerizador: \_\_\_\_\_
- m. Micromotor: \_\_\_\_\_
- n. Contra ângulo: \_\_\_\_\_
- o. Peça reta: \_\_\_\_\_
- p. Caneta de alta rotação: \_\_\_\_\_
- q. Negatoscópio odontológico: \_\_\_\_\_
- r. Kit de instrumental
  - r.1. para exame clínico odontológico: \_\_\_\_\_
  - r.2. para tratamento restaurador em resina: \_\_\_\_\_
  - r.3. para tratamento restaurador em amálgama: \_\_\_\_\_
  - r.4. para tratamento periodontal: \_\_\_\_\_
  - r.5. para extrações dentárias: \_\_\_\_\_

- s. Bomba a vácuo: \_\_\_\_
- t. Compressor odontológico: \_\_\_\_
- u. Espaço para realização de escovação supervisionada: \_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

12.b Quantos são compartilhados com outro ambiente? \_\_\_\_\_ (Pulo para a 13, se for 0)  
 (\*\*) Considerar como compartilhado também, aqueles ambientes da odontologia com mais de um consultório odontológico, sem divisões/fechamento por barreira física fixa (paredes, divisórias, portas).

12.b.1 Compartilhado com:

- ( ) Recepção ou sala de espera
- ( ) Sala de acolhimento
- ( ) Consultório
- ( ) Sala de imunização
- ( ) Sala de medicação
- ( ) Sala de coleta
- ( ) Sala de procedimentos
- ( ) Sala de curativo
- ( ) Sala de reunião ou multiuso
- ( ) Farmácia (área de dispensação/de estocagem de medicamentos)
- ( ) Sala administrativa
- ( ) Sala de Agentes Comunitários de Saúde
- ( ) Sala para equipe NASF
- ( ) Sala de esterilização
- ( ) Outras

12.b.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_
- b. Armário para materiais e medicamentos: \_\_\_\_
- c. Mesa p/ computador: \_\_\_\_
- d. Cadeira: \_\_\_\_
- e. Cadeira mocho: \_\_\_\_
- f. Computador: \_\_\_\_
- g. Equipos (cadeira odontológica completa): \_\_\_\_
- h. Mesa auxiliar odontológica: \_\_\_\_
- i. Amalgamador: \_\_\_\_
- j. Ultrassom odontológico: \_\_\_\_

- k. Filtro de ar com manômetro e carvão ativado: \_\_\_\_
- l. Fotopolimerizador: \_\_\_\_
- m. Micromotor: \_\_\_\_
- n. Contra ângulo: \_\_\_\_
- o. Peça reta: \_\_\_\_
- p. Caneta de alta rotação: \_\_\_\_
- q. Negatoscópio odontológico: \_\_\_\_
- r. Kit de instrumental
  - r.1. para exame clínico odontológico: \_\_\_\_
  - r.2. para tratamento restaurador em resina: \_\_\_\_
  - r.3. para tratamento restaurador em amálgama: \_\_\_\_
  - r.4. para tratamento periodontal: \_\_\_\_
  - r.5. para extrações dentárias: \_\_\_\_
- s. Bomba a vácuo: \_\_\_\_
- t. Compressor odontológico: \_\_\_\_
- u. Espaço para realização de escovação supervisionada: \_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

### 13. Sala de Coleta?

Não ( )

Sim ( )

Pulo: Se marcar "Não", pular para a questão 14.

13.a. Quantas são exclusivas? \_\_\_\_

Pulo: Se marcar "0", pular para a questão 13.b.

13.a.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_
- b. Armário para materiais e medicamentos: \_\_\_\_
- c. Mesa para computador: \_\_\_\_
- d. Computador: \_\_\_\_
- e. Impressora etiquetadora: \_\_\_\_
- f. Cadeira: \_\_\_\_
- g. Cadeira para coleta de sangue: \_\_\_\_
- h. Centrífuga para laboratório: \_\_\_\_
- i. Suporte para caixa coletora de perfurocortantes: \_\_\_\_
- j. Câmara fria: \_\_\_\_

k. Geladeira: \_\_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

13.b Quantas são compartilhadas com outro ambiente? \_\_\_\_\_ (Pulo para a 14, se for 0)

13.b.1. Compartilhada com:

- ( ) Recepção ou sala de espera
- ( ) Sala de acolhimento
- ( ) Consultório
- ( ) Sala de imunização
- ( ) Sala de medicação
- ( ) Consultório odontológico
- ( ) Sala de procedimentos
- ( ) Sala de curativo
- ( ) Sala de reunião ou multiuso
- ( ) Farmácia (área de dispensação/de estocagem de medicamentos)
- ( ) Sala administrativa
- ( ) Sala de Agentes Comunitários de Saúde
- ( ) Sala para equipe NASF
- ( ) Sala de esterilização
- ( ) Outras

13.b.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_\_
- b. Armário para materiais e medicamentos: \_\_\_\_\_
- c. Mesa para computador: \_\_\_\_\_
- d. Computador: \_\_\_\_\_
- e. Impressora etiquetadora: \_\_\_\_\_
- f. Cadeira: \_\_\_\_\_
- g. Cadeira para coleta de sangue: \_\_\_\_\_
- h. Centrífuga para laboratório: \_\_\_\_\_
- i. Suporte para caixa coletora de perfurocortantes: \_\_\_\_\_
- j. Câmara fria: \_\_\_\_\_
- k. Geladeira: \_\_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

14. Sala de procedimentos:

Não ( )

Sim ( )

Pulo: Se marcar "Não", pular para a questão 15.

14.a. Quantas são exclusivas? \_\_\_\_\_

Pulo: Se marcar "0", pular para a questão 14.b.

14.a.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_\_
- b. Armário para materiais e medicamentos: \_\_\_\_\_
- c. Mesa para computador: \_\_\_\_\_
- d. Cadeira: \_\_\_\_\_
- e. Computador: \_\_\_\_\_
- f. Maca para exame clínico: \_\_\_\_\_
- g. Suporte de soro: \_\_\_\_\_
- h. Braçadeira haste cromada: \_\_\_\_\_
- i. Biombo: \_\_\_\_\_
- j. Mesa de Mayo: \_\_\_\_\_
- k. Cadeira mocho: \_\_\_\_\_
- l. Suporte para caixa de perfurocortantes: \_\_\_\_\_
- m. Aspirador de secreções elétrico móvel: \_\_\_\_\_
- n. Prancha para transferência de pacientes: \_\_\_\_\_
- o. Eletrocardiógrafo: \_\_\_\_\_
- p. Oxímetro: \_\_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

14.b Quantas são compartilhadas? \_\_\_\_\_ (Pulo para a 15, se for 0)

14.b.1. Compartilhada com:

- ( ) Recepção ou sala de espera
- ( ) Sala de acolhimento
- ( ) Consultório
- ( ) Sala de imunização
- ( ) Sala de medicação
- ( ) Consultório odontológico
- ( ) Sala de coleta
- ( ) Sala de curativo
- ( ) Sala de reunião ou multiuso
- ( ) Farmácia (área de dispensação/de estocagem de medicamentos)

- ( ) Sala administrativa
- ( ) Sala de Agentes Comunitários de Saúde
- ( ) Sala para equipe NASF
- ( ) Sala de esterilização
- ( ) Outras

14.b.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_
- b. Armário para materiais e medicamentos: \_\_\_\_
- c. Mesa para computador: \_\_\_\_
- d. Cadeira: \_\_\_\_
- e. Computador: \_\_\_\_
- f. Maca para exame clínico: \_\_\_\_
- g. Suporte de soro: \_\_\_\_
- h. Braçadeira haste cromada: \_\_\_\_
- i. Biombo: \_\_\_\_
- j. Mesa de Mayo: \_\_\_\_
- k. Cadeira mocho: \_\_\_\_
- l. Suporte para caixa de perfurocortantes: \_\_\_\_
- m. Aspirador de secreções elétrico móvel: \_\_\_\_
- n. Prancha para transferência de pacientes: \_\_\_\_
- o. Eletrocardiógrafo: \_\_\_\_
- p. Oxímetro: \_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

15. Sala de curativo?

Não ( )

Sim ( )

Pulo: Se marcar "Não", pular para a questão 16.

15.a. Quantas são exclusivas? \_\_\_\_

Pulo: Se marcar "0", pular para a questão 15.b.

15.a.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_
- b. Armário para materiais e medicamentos: \_\_\_\_

- c. Mesa para consultório: \_\_\_\_\_
- d. Cadeira: \_\_\_\_\_
- e. Computador: \_\_\_\_\_
- f. Bacia em inox: \_\_\_\_\_
- g. Carro para curativo em inox: \_\_\_\_\_
- h. Maca para exame clínico: \_\_\_\_\_
- i. Cadeira mocho: \_\_\_\_\_
- j. Biombo: \_\_\_\_\_
- k. Suporte para caixa de perfurocortantes: \_\_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

15.b. Quantas são compartilhadas? \_\_\_\_\_ (Pulo para a 16, se for 0)

15.b.1. Compartilhada com:

- ( ) Recepção ou sala de espera
- ( ) Sala de acolhimento
- ( ) Consultório
- ( ) Sala de imunização
- ( ) Sala de medicação
- ( ) Consultório odontológico
- ( ) Sala de coleta
- ( ) Sala de procedimentos
- ( ) Sala de reunião ou multiuso
- ( ) Farmácia (área de dispensação/de estocagem de medicamentos)
- ( ) Sala administrativa
- ( ) Sala de Agentes Comunitários de Saúde
- ( ) Sala para equipe NASF
- ( ) Sala de esterilização
- ( ) Outras

15.b.1 Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_\_
- b. Armário para materiais e medicamentos: \_\_\_\_\_
- c. Mesa para consultório: \_\_\_\_\_
- d. Cadeira: \_\_\_\_\_
- e. Computador: \_\_\_\_\_
- f. Bacia em inox: \_\_\_\_\_

- g. Carro para curativo em inox: \_\_\_\_
- h. Maca para exame clínico: \_\_\_\_
- i. Cadeira mocho: \_\_\_\_
- j. Biombo: \_\_\_\_
- k. Suporte para caixa de perfurocortantes: \_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

16. Sala de reunião ou multiuso?

Não ( )

Sim ( )

Pulo: Se marcar "Não", pular para a questão 17.

16.a. Quantas são exclusivas? \_\_\_\_

Pulo: Se marcar "0", pular para a questão 16.b.

16.a.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_
- b. Mesa para reunião: \_\_\_\_
- c. Cadeiras: \_\_\_\_
- d. Computador: \_\_\_\_
- e. Tela de projeção: \_\_\_\_
- f. Projetor multimídia: \_\_\_\_
- g. Quadro branco: \_\_\_\_
- h. Caixa de som: \_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

16.b. Quantas são compartilhadas com outro ambiente? \_\_\_\_ (Pulo: Se for 0, pular para a questão 17)

16.b.1. Compartilhada com:

- ( ) Recepção ou sala de espera
- ( ) Sala de acolhimento
- ( ) Consultório
- ( ) Sala de imunização
- ( ) Sala de medicação
- ( ) Consultório odontológico
- ( ) Sala de coleta
- ( ) Sala de procedimentos
- ( ) Sala de curativo

- ( ) Farmácia (área de dispensação/de estocagem de medicamentos)
- ( ) Sala administrativa
- ( ) Sala de Agentes Comunitários de Saúde
- ( ) Sala para equipe NASF
- ( ) Sala de esterilização
- ( ) Outras

16.b.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_
- b. Mesa para reunião: \_\_\_\_
- c. Cadeiras: \_\_\_\_
- d. Computador: \_\_\_\_
- e. Tela de projeção: \_\_\_\_
- f. Projetor multimídia: \_\_\_\_
- g. Quadro branco: \_\_\_\_
- h. Caixa de som: \_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

17. Farmácia (área de dispensação/de estocagem de medicamentos)?

Não ( )

Sim ( )

Pulo: Se marcar "Não", pular para a questão 18.

17.a. Quantos são exclusivas? \_\_\_\_

Pulo: Se marcar "0", pular para a questão 17.b.

17.a.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_
- b. Armário com chave para materiais e medicamentos: \_\_\_\_
- c. Mesa para computador: \_\_\_\_
- d. Computador: \_\_\_\_
- e. Cadeira: \_\_\_\_
- f. Estante modulada aberta: \_\_\_\_
- g. Estante modulada fechada: \_\_\_\_
- h. Estante tipo bin: \_\_\_\_
- i. Câmara fria: \_\_\_\_
- j. Geladeira: \_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

17.b. Quantos são compartilhadas? \_\_\_\_ (Pulo: Se for 0, pular para a questão 18)

17.b.1. Compartilhada com:

- ( ) Recepção ou sala de espera
- ( ) Sala de acolhimento
- ( ) Consultório
- ( ) Sala de imunização
- ( ) Sala de medicação
- ( ) Consultório odontológico
- ( ) Sala de coleta
- ( ) Sala de procedimentos
- ( ) Sala de curativo
- ( ) Sala de reunião ou multiuso
- ( ) Sala administrativa
- ( ) Sala de Agentes Comunitários de Saúde
- ( ) Sala para equipe NASF
- ( ) Sala de esterilização
- ( ) Outras

17.b.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_
- b. Armário com chave para materiais e medicamentos: \_\_\_\_
- c. Mesa para computador: \_\_\_\_
- d. Computador: \_\_\_\_
- e. Cadeira: \_\_\_\_
- f. Estante modulada aberta: \_\_\_\_
- g. Estante modulada fechada: \_\_\_\_
- h. Estante tipo bin: \_\_\_\_
- i. Câmara fria: \_\_\_\_
- j. Geladeira: \_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

18. Sala administrativa?

Não ( )

Sim ( )

Pulo: Se marcar "Não", pular para a questão 19.

18.a. Quantas são exclusivas? \_\_\_\_\_

Pulo: Se marcar "0", pular para a questão 18.b.

18.a.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_\_
- b. Mesa para escritório: \_\_\_\_\_
- c. Computador: \_\_\_\_\_
- d. Cadeira: \_\_\_\_\_
- e. Armário: \_\_\_\_\_
- f. Impressora: \_\_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

18.b. Quantas são compartilhadas com outro ambiente? \_\_\_\_\_ (Pulo: Se for 0, pular para a questão 19)

18.b.1. Compartilhada com

- ( ) Recepção ou sala de espera
- ( ) Sala de acolhimento
- ( ) Consultório
- ( ) Sala de imunização
- ( ) Sala de medicação
- ( ) Consultório odontológico
- ( ) Sala de coleta
- ( ) Sala de procedimentos
- ( ) Sala de curativo
- ( ) Sala de reunião ou multiuso
- ( ) Farmácia (área de dispensação/de estocagem de medicamentos)
- ( ) Sala de Agentes Comunitários de Saúde
- ( ) Sala para equipe NASF
- ( ) Sala de esterilização
- ( ) Outras

18.b.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_\_
- b. Mesa para escritório: \_\_\_\_\_
- c. Computador: \_\_\_\_\_
- d. Cadeira: \_\_\_\_\_

e. Armário: \_\_\_\_

f. Impressora: \_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

19. Sala de Agentes Comunitários de Saúde?

Sim ( )

Não ( )

Pulo: Se marcar "Não", pular para a questão 20.

19.a. Quantas são exclusivas? \_\_\_\_

Pulo: Se marcar "0", pular para a questão 19.b.

19.a.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

a. Ar-condicionado: \_\_\_\_

b. Mesa para computador/ escritório: \_\_\_\_

c. Computador: \_\_\_\_

d. Cadeira: \_\_\_\_

e. Armário: \_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

19.b. Quantas são compartilhadas com outros ambientes? \_\_\_\_ (Pulo: Se for 0, pular para a questão 20)

19.b.1. Compartilhada com:

( ) Recepção ou sala de espera

( ) Sala de acolhimento

( ) Consultório

( ) Sala de imunização

( ) Sala de medicação

( ) Consultório odontológico

( ) Sala de coleta

( ) Sala de procedimentos

( ) Sala de curativo

( ) Sala de reunião ou multiuso

( ) Farmácia (área de dispensação/de estocagem de medicamentos)

( ) Sala administrativa

( ) Sala para equipe NASF

( ) Sala de esterilização

( ) Outras

19.b.1. Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_
- b. Mesa para computador/ escritório: \_\_\_\_
- c. Computador: \_\_\_\_
- d. Cadeira: \_\_\_\_
- e. Armário: \_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

20. Sala para equipe NASF?

Sim ( )

Não ( )

Pulo: Se marcar "Não", pular para a questão 21.

20.a Quantos são exclusivas? \_\_\_\_\_

Pulo: Se marcar "0", pular para a questão 20.b.

20.a.1 Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento em todas as salas para equipe NASF, indique o quantitativo de:

- a. Mesa para escritório: \_\_\_\_
- b. Cadeira: \_\_\_\_
- c. Computador: \_\_\_\_
- d. Armário: \_\_\_\_
- e. Ar-condicionado: \_\_\_\_
- f. Mesa de reunião: \_\_\_\_
- g. Material básico para reabilitação: \_\_\_\_
- h. Material básico para serviço social: \_\_\_\_
- i. Material básico para assistência farmacêutica: \_\_\_\_
- j. Material básico para saúde nutricional
  - j.1. Balança de até 150kg: \_\_\_\_
  - j.2 Balança de até 300kg: \_\_\_\_
  - j.3 Balança pediátrica: \_\_\_\_
  - j.4 Estadiômetro: \_\_\_\_
  - j.5 Fita antropométrica: \_\_\_\_
  - j.6 Adipômetro: \_\_\_\_
  - j.7 Kit de réplica de alimentos: \_\_\_\_\_
- k. Material básico para saúde mental: \_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

20.b Quantos são compartilhadas? \_\_\_\_ (Pulo: Se for 0, pular para a questão 21)

20.b.1 Compartilhada com:

- ( ) Recepção ou sala de espera
- ( ) Sala de acolhimento
- ( ) Consultório
- ( ) Sala de imunização
- ( ) Sala de medicação
- ( ) Consultório odontológico
- ( ) Sala de coleta
- ( ) Sala de procedimentos
- ( ) Sala de curativo
- ( ) Sala de reunião ou multiuso
- ( ) Farmácia (área de dispensação/de estocagem de medicamentos)
- ( ) Sala administrativa
- ( ) Sala de Agentes Comunitários de Saúde
- ( ) Sala de esterilização
- ( ) Outras

20.b.1 Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Mesa para escritório: \_\_\_\_
- b. Cadeira: \_\_\_\_
- c. Computador: \_\_\_\_
- d. Armário: \_\_\_\_
- e. Ar-condicionado: \_\_\_\_
- f. Mesa de reunião: \_\_\_\_
- g. Material básico para reabilitação: \_\_\_\_
- h. Material básico para serviço social: \_\_\_\_
- i. Material básico para assistência farmacêutica: \_\_\_\_
- j. Material básico para saúde nutricional
  - j.1. Balança de até 150kg: \_\_\_\_
  - j.2 Balança de até 300kg: \_\_\_\_
  - j.3 Balança pediátrica: \_\_\_\_
  - j.4 Estadiômetro: \_\_\_\_
  - j.5 Fita antropométrica: \_\_\_\_
  - j.6 Adipômetro: \_\_\_\_

j.7 Kit de réplica de alimentos: \_\_\_\_\_

k. Material básico para saúde mental: \_\_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

21. Sala de esterilização?

Não ( )

Sim ( )

Pulo: Se marcar "Não", pular para a questão 22.

21.a Quantas são exclusivas? \_\_\_\_\_

Pulo: Se marcar "0", pular para a questão 21.b.

21.a.1 Em relação aos materiais e equipamentos que estão em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

a. Ar-condicionado: \_\_\_\_\_

b. Autoclave vertical: \_\_\_\_\_

c. Autoclave de bancada: \_\_\_\_\_

d. Máquina seladora: \_\_\_\_\_

e. Armários: \_\_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

21.b. Quantas são compartilhadas? \_\_\_\_\_ (Pulo: Se for 0, pular para a questão 22)

21.b.1 Compartilhada com:

( ) Recepção ou sala de espera

( ) Sala de acolhimento

( ) Consultório

( ) Sala de imunização

( ) Sala de medicação

( ) Consultório odontológico

( ) Sala de coleta

( ) Sala de procedimentos

( ) Sala de curativo

( ) Sala de reunião ou multiuso

( ) Farmácia (área de dispensação/de estocagem de medicamentos)

( ) Sala administrativa

( ) Sala de Agentes Comunitários de Saúde

( ) Sala de esterilização

( ) Outras

21.b.1 Em relação aos materiais e equipamentos que estão em pleno funcionamento neste ambiente, indique o quantitativo de:

- a. Ar-condicionado: \_\_\_\_\_
- b. Autoclave vertical: \_\_\_\_\_
- c. Autoclave de bancada: \_\_\_\_\_
- d. Máquina seladora: \_\_\_\_\_
- e. Armários: \_\_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

22. Carro de emergência?

Não ( )

Quantos: \_\_\_\_\_

Pulo: Se marcar "Não", pular para a questão 23.

22.a Em relação aos materiais e equipamentos em pleno funcionamento no carro, indique o quantitativo de:

- a. Desfibrilador externo automático (DEA): \_\_\_\_\_
- b. Reanimador manual adulto (ambu): \_\_\_\_\_
- c. Reanimador manual infantil (ambu): \_\_\_\_\_
- d. Laringoscópio adulto completo: \_\_\_\_\_
- e. Laringoscópio infantil completo: \_\_\_\_\_
- f. Lanterna clínica para exame: \_\_\_\_\_
- g. Kit de colar cervical: \_\_\_\_\_

"0" para nenhum / nenhuma

23. A UBS possui estrutura física externa (abrigo de resíduos) exclusiva para depósito de lixo contaminado?

Sim ( )

Não ( )

(\*) Também conhecido como "casinha do lixo". Precisa existir a estrutura física (edificação) para considerar SIM e não apenas as bombonas (contentores).

24. Quantos contentores (bombonas) para:

24.1. resíduos químicos: \_\_\_\_\_

24.2. resíduos biológicos: \_\_\_\_\_

24.3. resíduos comuns: \_\_\_\_\_

(\*) Bombonas para descarte de medicamentos devem ser contabilizados no item resíduos químicos.

## II. Insumos

25. Marque a opção que melhor descreve a disponibilidade dos seguintes materiais:

Usar a seguinte escala:

- 1 – Tem hoje
- 2 – Não tem hoje
- 3 – Não se aplica / Não realiza o serviço

Se responder item 2, perguntar: 2.1 Há quanto tempo está faltando (em dias)?

(\*) Quando o respondente não souber a quantos dias está faltando, marcar "Não sabe".

- a. Sabão ou detergente (para material) \_\_\_\_\_
- b. Sabonete líquido (para mãos) \_\_\_\_\_
- c. Tiras reagentes de medida de glicemia capilar \_\_\_\_\_
- d. Seringa \_\_\_\_\_
- e. Scalp \_\_\_\_\_
- f. Tubo para coleta de sangue de tampa azul (Citrato de Sódio) \_\_\_\_\_
- g. Tubo para coleta de sangue de tampa vermelha ou amarela (Sem anticoagulante) \_\_\_\_\_
- h. Tubo para coleta de sangue de tampa verde (Heparina) \_\_\_\_\_
- i. Tubo para coleta de sangue de tampa roxa (EDTA) \_\_\_\_\_
- j. Tubo para coleta de sangue de tampa cinza (Fluoreto de Sódio) \_\_\_\_\_
- k. Garrote \_\_\_\_\_
- l. Luva de procedimento \_\_\_\_\_
- m. Álcool à 70% \_\_\_\_\_
- n. Álcool à 96% \_\_\_\_\_
- o. Oclisor de punção \_\_\_\_\_
- p. Bandeja \_\_\_\_\_
- q. Gaze seca \_\_\_\_\_

26. Marque a opção que melhor descreve a disponibilidade dos seguintes medicamentos:

Usar a seguinte escala:

- 1 – Tem hoje
- 2 – Não tem hoje
- 3 – Não se aplica / Não disponibiliza

Se responder item 2, perguntar: 2.1 Há quanto tempo está faltando (em dias)?

(\*) Quando o respondente não souber a quantos dias está faltando, marcar "Não sabe".

- a. Analgésicos e antipiréticos \_\_\_\_\_
- b. Antibacterianos \_\_\_\_\_
- c. Anti-hipertensivos \_\_\_\_\_

- d. Hipolipemiantes \_\_\_\_\_
- e. Outros medicamentos de ação cardiovascular \_\_\_\_\_
- f. Insulinas e antidiabéticos orais \_\_\_\_\_
- g. Antiácidos/antieméticos/antissecretores/antiespasmódico \_\_\_\_\_
- h. Antifúngicos \_\_\_\_\_
- i. Antiglaucomatosos \_\_\_\_\_
- j. Anti-histamínicos \_\_\_\_\_
- k. Anti-inflamatórios \_\_\_\_\_
- l. Antiparasitários \_\_\_\_\_
- m. Antivirais \_\_\_\_\_
- n. Anticonvulsivantes/antidepressivos/antipsicóticos/ansiolíticos e hipnosedativos \_\_\_\_\_
- o. Antivertiginosos \_\_\_\_\_
- p. Hormônio tireoidiano \_\_\_\_\_
- q. Contraceptivos hormonais/hormônios sexuais \_\_\_\_\_
- r. Tratamento/prevenção da osteoporose \_\_\_\_\_
- s. Vitaminas e sais minerais \_\_\_\_\_
- t. Fitoterápicos \_\_\_\_\_
- u. Medicamentos do carro de emergência \_\_\_\_\_

27. Marque a opção que melhor descreve a disponibilidade dos seguintes equipamentos de proteção individual:

Usar a seguinte escala:

1 – Tem hoje

2 – Não tem hoje

Se responder item 2, perguntar: **2.1 Há quanto tempo está faltando (em dias)?**

(\*) Quando o respondente não souber a quantos dias está faltando, marcar "Não sabe".

- a. Óculos de proteção ou protetor facial \_\_\_\_\_
- b. Máscara cirúrgica \_\_\_\_\_
- c. Gorro ou turbante descartáveis \_\_\_\_\_
- d. Avental/capote impermeável \_\_\_\_\_
- e. Luvas de procedimento \_\_\_\_\_
- f. Propé \_\_\_\_\_

### III. Acessibilidade

28. Quais dos seguintes itens a UBS possui para atendimento da pessoa com deficiência?

Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO

- a. Rampa para acesso à UBS \_\_\_\_\_
- b. Rampa para acesso aos ambientes internos da UBS \_\_\_\_\_
- c. Corrimão nas escadas \_\_\_\_\_
- d. Guia de balizamento ou piso tátil para orientação de cegos \_\_\_\_\_
- e. Vaga especial para pessoa com deficiência \_\_\_\_\_
- f. Sinalização de atendimento prioritário \_\_\_\_\_
- g. Banheiro adaptado para pessoas com deficiência \_\_\_\_\_

29. Em relação à caracterização geral da ambiência da UBS, ela possui sinalização interna e visível:

Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO

- a. Do horário de funcionamento da UBS e dos setores da UBS? \_\_\_\_\_
- b. Da listagem dos principais serviços oferecidos? \_\_\_\_\_
- c. Da identificação do gerente e do supervisor da UBS? \_\_\_\_\_
- d. Da escala dos profissionais com nome e horários de trabalho? \_\_\_\_\_
- e. Da área de abrangência da UBS com distribuição da cobertura por equipe (mapa, lista, desenho esquemático)? \_\_\_\_\_
- f. Do(s) contato(s) da UBS: telefone, e-mail, WhatsApp? \_\_\_\_\_
- g. Do canal da ouvidoria? \_\_\_\_\_
- h. Do piso tátil? \_\_\_\_\_
- i. Da identificação de portas/ambientes? \_\_\_\_\_
- j. Dos ambientes internos? \_\_\_\_\_
- k. Do carro de emergência? \_\_\_\_\_
- l. Das Práticas Integrativas em Saúde (PIS)? \_\_\_\_\_
- m. Das direções e indicações de fluxo? \_\_\_\_\_
- n. Do atendimento prioritário? \_\_\_\_\_
- o. Dos assentos prioritários? \_\_\_\_\_
- p. Da saída de emergência? \_\_\_\_\_
- q. Do extintor de incêndio? \_\_\_\_\_
- r. Da identificação externa da UBS? \_\_\_\_\_

#### IV. Serviços

30. Horário de funcionamento da UBS:

30.1. Segunda-feira a sexta-feira:

Hora de início \_\_\_\_\_

Hora de encerramento \_\_\_\_\_

( ) Funciona em horário de almoço

### 30.2 Sábado:

( ) não funciona aos sábados

Hora de início \_\_\_\_\_

Hora de encerramento \_\_\_\_\_

31. Em relação ao cadastramento do usuário realizado NA UNIDADE, quantas horas em cada dia esta UBS realiza cadastros individual, domiciliar e territorial?

Dia da semana / horas

- a. Segunda-feira: \_\_\_\_ h
- b. Terça-feira: \_\_\_\_ h
- c. Quarta-feira: \_\_\_\_ h
- d. Quinta-feira: \_\_\_\_ h
- e. Sexta-feira: \_\_\_\_ h
- f. Sábado: \_\_\_\_ h

32. Com qual frequência os seguintes profissionais da sua Unidade são envolvidos nesse cadastramento?

Responder a todos os itens com uma das opções:

0- Esta UBS não dispõe desta categoria profissional

1 - Nunca

2 - Ocasionalmente

3 - Frequentemente

4 - Sempre

- a. Cirurgião-dentista \_\_\_\_\_
- b. Técnico em saúde bucal \_\_\_\_\_
- c. Enfermeiro \_\_\_\_\_
- d. Médico \_\_\_\_\_
- e. Agente comunitário de saúde \_\_\_\_\_
- f. Técnico em enfermagem \_\_\_\_\_
- g. Integrante da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) \_\_\_\_\_
- h. Integrante da equipe de apoio administrativo \_\_\_\_\_
- i. Residente/estagiário \_\_\_\_\_

33. Quantas equipes de Consultório na Rua essa UBS possui? \_\_\_\_\_

34. Esta UBS oferece o serviço de:

a. Coleta de material para exames laboratoriais? Sim ( ) Não ( )

b. Dispensação e/ou entrega de medicamentos? Sim ( ) Não ( )

34. b1. **[Se sim]** Possui dispensação de medicamentos psicotrópicos?

Sim ( ) Não ( )

35. Quais vacinas do calendário básico esta UBS oferece:

[Responder o item marcando SIM ou NÃO]

a. BCG-ID \_\_\_\_\_

b. Dupla tipo adulto - dT (difteria e tétano) \_\_\_\_\_

c. dTpa (difteria, tétano e coqueluche) \_\_\_\_\_

d. Febre amarela \_\_\_\_\_

e. Influenza sazonal \_\_\_\_\_

f. Hepatite B \_\_\_\_\_

g. Hepatite A \_\_\_\_\_

h. HPV quadrivalente \_\_\_\_\_

i. Meningocócica C \_\_\_\_\_

j. VOP (vacina oral poliomielite) \_\_\_\_\_

k. VIP (vacina inativada poliomielite) \_\_\_\_\_

l. Pneumocócica 10 \_\_\_\_\_

m. Tríplice viral (Vacina sarampo, caxumba e rubéola) \_\_\_\_\_

n. Tríplice bacteriana (Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis) \_\_\_\_\_

o. Tetra Viral (Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela) \_\_\_\_\_

p. Pentavalente \_\_\_\_\_

q. Vacina oral de rotavírus humano \_\_\_\_\_

r. Varicela \_\_\_\_\_

s. Meningocócica ACWY \_\_\_\_\_

t. Covid-19 v

36. Como é organizada a vacinação na UBS?

[Responder a todos os itens marcando SIM ou NÃO]

a. Atendimento aos usuários, independentemente da área de abrangência \_\_\_\_\_

b. Organização da fila de espera, sem limitação de vagas \_\_\_\_\_

c. Organização da fila de espera, com limitação de vagas \_\_\_\_\_

d. Outra(s) \_\_\_\_\_

d1. Qual(is)\*? \_\_\_\_\_

\*Verificar se na fala dos entrevistados aparecem questões relacionadas a exigência de comprovação ou declaração de endereço, para verificação de área de abrangência, com limitação dos usuários fora do território da UBS; Limitação de vagas por dia/turno; Priorização dos usuários da área de abrangência da UBS.

37. Onde a equipe registra as vacinas aplicadas?

[Responder a todos os itens, marcando SIM ou NÃO]

- a. No cartão de vacinação do usuário \_\_\_\_\_
- b. No e-SUS APS \_\_\_\_\_
- c. No SIPNI \_\_\_\_\_
- d. Nas fichas físicas do e-SUS, para posterior lançamento \_\_\_\_\_
- e. Em planilhas/fichas locais, para posterior lançamento \_\_\_\_\_

(Pulo: A questão 38 só deve ser respondida quando houver SIM às perguntas 37.d e/ou 37.e.)

38. Depois de preenchidas as fichas físicas de registro vacinal, quanto dias a equipe leva para lançá-las no e-SUS APS?

Não utiliza fichas físicas ( )

\_\_\_\_\_ dias

## MÓDULO - SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

I.1 Região de Saúde - Região Administrativa - Nome da Unidade Básica de Saúde - CNES:

I2. Coordenadas Geográficas: Latitude/Longitude \_\_\_\_\_

I3. Código do supervisor \_\_\_\_\_

I4. Código do entrevistador \_\_\_\_\_

### Critérios para seleção dos usuários a serem entrevistados:

- i. Ter buscado atendimento, em qualquer serviço desta UBS (independentemente de ter conseguido ou não), na data da entrevista e ser;
- ii. Usuário com 18 anos ou mais, com condições de responder às questões, por si mesmo; ou
- iii. Responsável ou cuidador acompanhando crianças de 0 12 anos (inclusive), com 18 anos ou mais e capaz de responder).

Bom dia/boa tarde! Meu nome é (nome do entrevistador) e faço parte do Programa QualisAPS, que visa a melhoria na qualidade da atenção básica da saúde no DF. Gostaria de convidar o sr(a) a participar de uma breve entrevista que vai contribuir para o avanço da Atenção Primária aqui no DF. O sr(a) aceita ?

A sua participação nos fornecerá dados sobre a situação da UBS e do atendimento realizado. Fique à vontade para responder, pois as informações que me passar não irão ser divulgadas com sua identificação. Pode me perguntar, se tiver alguma dúvida também.

Antes de iniciarmos, temos um Termo de Consentimento para a sua participação nessa Avaliação. Nesse termo constam as principais informações sobre o Programa Qualis e a autorização pelo Comitê de Ética para a aplicação dessa entrevista, além de enfatizar que nenhum dado ou resposta que possam identificá-lo serão divulgados. Se o(a) Sr.(a) quiser, fique à vontade para ler por completo ou até pedir para que eu leia, em seguida já iniciamos a nossa entrevista em si, que tem um tempo estimado de 10 minutinhos.

### I. Satisfação do usuário

**Vamos começar com perguntas sobre o serviço de saúde e sua passagem hoje nessa unidade.**

1. Você compareceu à UBS hoje para buscar atendimento:

- 1. Para si (Se marcar opção 1, pular para questão 4)
- 2. Para acompanhante

2. Qual a idade da criança que você está acompanhando? \_\_\_\_\_ (Anos completos - "0" para menos de 1 ano)

3. A criança que você está acompanhando é uma criança com deficiência?

1. Sim

3a.Qual a deficiência?

( ) Ouvir (Deficiência auditiva)

- Enxergar (Deficiência visual)
- Andar ou subir escadas (Deficiência física)
- De se comunicar, realizar cuidados pessoais, etc.) (Deficiência mental)
- Outros

3a1. Quais? \_\_\_\_\_

2. Não (Pulo: Se marcar não, pular para a questão 3b)

3b. Qual é a sua relação de parentesco/afinidade com esta criança? Ele(a) é meu/minha:

- Filho(a)
- Enteadado(a)
- Neto(a)
- Sobrinho(a)
- Criança que eu cuido
- Outro(s)

3b1 Qual(is)? \_\_\_\_\_

4. Você é cadastrado(a) nesta Unidade Básica de Saúde?

(\* A opção 3 “Não sabe/Não quis informar” não deve ser lida para o respondente.

1. Sim (Pulo: Se marcar sim, pular para a questão 6)
2. Não
3. Não sabe/Não quis informar (\*)

5. Onde fica sua equipe de saúde de referência?

(\* A opção 3 “Não sabe/Não quis informar” não deve ser lida para o respondente.

1. Nesta UBS
2. Em outra UBS
3. Não sabe/Não quis informar

6. Qual foi o principal motivo da visita à Unidade Básica de Saúde hoje?

(\*Inserir o motivo da visita da pessoa acompanhada, quando for o caso.)

1. Consulta agendada
  - 1.1. Com qual profissional? \_\_\_\_\_ ( ) Não sabe/Não lembra
2. Consulta sem agendamento
  - 2.1. Com qual profissional? \_\_\_\_\_ ( ) Não sabe/Não lembra
3. Vacina
4. Curativo
5. Realização de exames (sangue, urina, fezes, teste de gravidez...)
6. Pegar medicamento
7. Agendamento de consulta

8. Grupo educativo.

8.1 Qual grupo? \_\_\_\_\_ ( ) Não sabe/Não lembra

9. Outro

9.1 Qual? \_\_\_\_\_

7. Você conseguiu atendimento para o(a) \_\_\_\_\_ (resgatar o motivo da visita - pergunta 6) ?

Sim ( )

Não ( ) (Se responder não, as questões 15, 16, 17 e 18 não serão respondidas)

8. Pensando no tempo de espera para o atendimento de hoje, como sr(a)/você classificaria sua experiência?

1. Muito boa
2. Boa
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim
6. Não sabe/Não quis responder

9. Quanto ao tempo que se passou entre o dia do agendamento da sua consulta e hoje, como sr(a)/você classificaria sua experiência?

(\*) Essa questão será preenchida apenas se respondeu “consulta agendada” na questão 6.

1. Muito bom
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim
6. Não sabe/Não quis responder

10. Como você classificaria as condições da estrutura física, da mobília e dos equipamentos dessa Unidade Básica de Saúde?

1. Muito boa
2. Boa
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim
6. Não sabe/Não quis responder

11. Como você classificaria o conforto da sala de espera, de exames e consultórios?

1. Muito bom
2. Bom
3. Regular

4. Ruim
5. Muito ruim
6. Não sabe/Não quis responder

12. Como você classificaria a sinalização dos espaços da Unidade Básica de Saúde?

(\*Sinalização das salas, dos locais de atendimento, de onde ficam os banheiros, a farmácia etc.)

1. Muito boa
2. Boa
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim
6. Não sabe/Não quis responder

13. Como você classificaria a limpeza dos banheiros desta Unidade Básica de Saúde?

1. Muito boa
2. Boa
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim
6. Não sabe/Não quis responder/Não há banheiro

14. Como você classificaria a limpeza dos demais espaços desta Unidade Básica de Saúde?

1. Muito boa
2. Boa
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim
6. Não sabe/Não quis responder

15. Qual é a sua opinião sobre o tempo que teve para tirar dúvidas ou fazer perguntas sobre o seu problema de saúde ou tratamento no(s) atendimento(s) que teve hoje?

1. Muito bom
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim
6. Não sabe/Não quis responder
7. Não tive dúvidas/não fiz perguntas

16. Como você classificaria a clareza das informações passadas pelos profissionais que o(a) atenderam hoje?

1. Muito boa
2. Boa

3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim
6. Não sabe/Não quis responder
7. Não tive dúvidas/não fiz perguntas

17. Em relação à experiência de ter sido escutado(a) com atenção pelos profissionais de saúde que o(a) atenderam hoje, qual é a sua avaliação?

1. Muito boa
2. Boa
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim
6. Não sabe/Não quis responder
7. Não tive dúvidas/não fiz perguntas

18. Qual é a sua avaliação sobre a forma como os profissionais de saúde que o(a) atenderam hoje pediram sua permissão antes de realizar tratamentos, exames ou procedimentos de saúde?

1. Muito boa
2. Boa
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim
6. Não sabe/Não quis responder

19. Você recomendaria os serviços desta Unidade para amigos(as) e familiares?

1. Sim
2. Não
3. Não quis responder

20. De forma geral, que nota, de 5 a 1, sendo cinco a melhor, o(a) senhor(a)/você daria para o atendimento que você recebeu hoje nessa Unidade Básica de Saúde?

- Cinco
- Quatro
- Três
- Dois
- Um
- Não quis responder

## II. Dados sociodemográficos

As próximas perguntas são sobre escolaridade, trabalho, renda.

21. Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_ anos completos.

22. Qual é o seu sexo?

1. Feminino
2. Masculino

23. Qual é a sua raça/cor?

1. Branca
2. Preta
3. Parda
4. Amarela
5. Indígena

24. Qual foi a sua última série/ano concluído com aprovação?

1. Não estudei (Se sim, fazer a pergunta 24.1)
2. Ensino fundamental:
  - 2.2 Série/ano: \_\_\_\_\_
3. Ensino médio:
  - 3.2 Série/ano: \_\_\_\_\_
4. Ensino superior
5. Pós-graduação *latu senso* (especialização, aperfeiçoamento)
6. Pós-graduação *strictu senso* (Mestrado, Doutorado)

24.1. O(a) sr(a)/você sabe ler e escrever?

1. Sim
2. Não

25. Qual é a sua ocupação?

1. Desempregado(a)
2. Aposentado(a)
3. Do lar
4. Estudante
5. Empregado(a) doméstico(a)
6. Trabalho sem carteira assinada/autônomo
7. Trabalho com carteira assinada
8. Funcionário(a) do setor público
9. Outro(s)

9.1 Qual(is)? \_\_\_\_\_

26. Qual a renda total da sua família, considerando também pensão, aposentadoria, seguro-desemprego e outros benefícios sociais? R\$ \_\_\_\_\_

(\*Perguntar o valor absoluto da renda e assim preencher as classes intervalares.)

1. Não quis responder
2. Nenhuma/Não sabe
3. Até 1 salário mínimo (R\$ 1.212,00)
4. De 1 a 3 salários mínimos (R\$ 1.212, 01 a R\$ 3.636)
5. De 3 a 5 salários mínimos (R\$ 3.636,01 a R\$ 6.060)
6. De 5 a 10 salários mínimos (R\$ 6.060, 01 a R\$ 12.120)
7. 10 ou mais salários mínimos (R\$ 12.120,01)

27. O(A) sr(a)/você ou alguém que more com o Sr./a Sra. recebe algum benefício social (Benefício de Prestação Continuada - BPC, Auxílio Brasil, Seguro desemprego)?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe / Não quis responder

28. Quantas pessoas moram no seu domicílio contando com o Sr./a Sra./você?

\_\_\_\_\_ pessoas

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BOUSQUAT, A. et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5R. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, 2017. p. e00037316.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você: acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ**. Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. E-SUS/AB. Ficha de Atendimento Individual: Última atualização: Versão 3.2. Brasília, Brasil, 2022. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>. Acesso em: 27 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. E-SUS/AB. Ficha de Atividade Coletiva. Última atualização: Versão 3.2. Brasília, Brasil, 2022. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>. Acesso em: 27 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. E-SUS/AB. Ficha de Cadastro Domiciliar e Territorial. Última atualização: Versão 3.2. Brasília, Brasil, 2022. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>. Acesso em: 27 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. E-SUS/AB. Ficha de Cadastro Individual. Última atualização: Versão 3.2. Brasília, Brasil, 2022. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>. Acesso em: 27 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. E-SUS/AB. Ficha de Procedimentos. Última atualização: Versão 3.2. Brasília, Brasil, 2022. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>. Acesso em: 27 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. E-SUS/AB. Ficha de Visita Domiciliar e Territorial. Última atualização: Versão 3.2. Brasília, Brasil, 2022. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>. Acesso em: 27 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. E-SUS/AB. Manual de Gerenciamento Local da Atenção Primária à Saúde do DF. Brasília, Brasil, 2022. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>. Acesso em: 27 jan. 2022.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica: Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB. **Botucatu: UNESP-FM**, 2016.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 935-947, 2011.

DISTRITO FEDERAL. Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde (QualisAPS). Metodologia da avaliação da atenção primária à saúde do Distrito Federal Volume I. In: QUALIS, APS. 2021.

DISTRITO FEDERAL. Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde (QualisAPS). Caderno Diagnóstico de Estrutura das UBS do DF e capacidade de resposta a COVID-19 - Resultados 1. *In*: QUALIS, APS. 2021b

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Atendimento às Demandas Espontâneas na APS**, Brasília, Brasil, p. 1-6, 24 jan. 2019. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/1.-Atendimento-as-Demandas-Espontaneas.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Caderno de Informações Técnicas da Atenção Primária à Saúde: Volume 3 – (Manual de Identidade Visual)**. Brasília, Brasil, p. 1-115, 2021. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/Manual-de-Identidade-Visual-2021.docx.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde/DF: Versão Profissional – Gestor**. Brasília, Brasil, p. 1-268, 2016/2017. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/Carteira-de-Servi%C3%A7os-Vers%C3%A3o-Lan%C3%A7amento-PDF.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Governo do Distrito Federal. **Protocolo de Atenção Primária: Atenção à Saúde da Criança e Fluxogramas**, Brasília, Brasil, p. 1-15, 02 dez. 2018. Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/1.Atencao a Saude da Crianca.pdf](https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/1.Atencao%20a%20Saude%20da%20Crianca.pdf). Acesso em: 27 jan. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Guia de Territorialização e Diagnóstico de Área da APS no DF (2019). Brasília, Brasil, p. 1-45, 2021. Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Guia-territorializacao\\_VERSAO-04.04.2019.pdf](https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Guia-territorializacao_VERSAO-04.04.2019.pdf). Acesso em: 27 jan. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha Guia de Saúde Bucal da SES/DF**. Brasília, Brasil. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/protocolos-aprovados/>. Acesso em: 27 jan. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, Brasil, p. 1-99, 21 fev. 2018. Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/hipertensao-e-diabetes-Manejo da HAS e DM na APS.pdf](https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/hipertensao-e-diabetes-Manejo%20da%20HAS%20e%20DM%20na%20APS.pdf). Acesso em: 27 jan. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual Assistência Farmacêutica**. Brasília, Brasil, p. 1-45, 2021. Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Manual\\_ASSIST%C3%AANCIA-FARMAC%C3%AUTICA.pdf](https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Manual_ASSIST%C3%AANCIA-FARMAC%C3%AUTICA.pdf). Acesso em: 27 jan. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. **Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília**, v. 14, 2017.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo de Acesso e Demanda Espontânea na APS**. Brasília, Brasil, p. 1-6, 21 jul. 2021. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/1.-Atendimento-as-Demandas-Espontaneas.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo de Atenção Primária: Atenção à Saúde da Mulher no Pré-natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido**. Brasília, Brasil, p. 1-30, 30 jun. 2017. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/3.1->

Atenção a Saúde da Mulher no Pre-natal Puerperio e Cuidados ao Recem-nascido- Fluxogramas.pdf.

Acesso em: 27 jan. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo de Atenção Primária: Conduas para o rastreamento do câncer do colo do útero na Atenção Primária à Saúde.** Brasília, Brasil, p. 1-12, 03 mar. 2018.

Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/conduas-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-%C3%A0-Sa%C3%BAde\\_PDF.pdf](https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/conduas-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-%C3%A0-Sa%C3%BAde_PDF.pdf)

Acesso em: 27 jan. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo de Atenção Primária: Detecção Precoce do Câncer de Mama.** Brasília, Brasil, p. 1-14, 02 dez. 2019. Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/3.4-Deteccao\\_Precece\\_do\\_Cancer\\_de\\_Mama.pdf](https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/3.4-Deteccao_Precece_do_Cancer_de_Mama.pdf).

Acesso em: 27 jan. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo de Atenção Primária: Atenção à Saúde do Idoso.**

Brasília, Brasil, p. 1-13, 05 mar. 2018. Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Protocolo\\_Saude\\_do\\_Idoso.pdf](https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Protocolo_Saude_do_Idoso.pdf). Acesso em: 27 jan. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo de Atenção Primária: Saúde da População LGBT.**

Brasília, Brasil, p. 1-13, 02 dez. 2020. Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/6.1-Protocolo\\_Acolhimento\\_Ambulatorio\\_Trans\\_versao\\_final.pdf](https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/6.1-Protocolo_Acolhimento_Ambulatorio_Trans_versao_final.pdf). Acesso em: 27

jan. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo do Acesso na Atenção Primária à Saúde do DF,**

Brasília, Brasil, p. 1-40, 17 dez. 2018. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Protocolo-de-Acesso-APS.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Relação de Medicamentos do Distrito Federal.** Brasília,

Brasil, p. 1-78, 25 out. 2021. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2021/01/NAO-MODIFICAR-REME-PROF-251021.2.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2022.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Acreditação em saúde. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=acreditacao+em+saude&menu=12&submenuid=1982>. Acesso em 23/jan/2022.

GIOVANELLA, L. et al. Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. *Novos Caminhos*, n. 5, 2015.

PATTON, M. Q.. L'évaluation axée sur l'utilisation. IN: Vatelire Ridde et Christian Dagenais. *Approches et pratiques en évaluation de programmes*. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal, 2012. 471p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Acreditação em Saúde. *Manual de Acreditação de Unidades de Saúde*. Portugal, 2014.

XAVIER, M. F. Satisfação de usuários e responsividade de unidades básicas de saúde: elaboração de um questionário e evidências de sua validade. 2019. 139 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade de Brasília, Brasília, 2019.