



# AVALIAÇÃO *IN LOCO* - 2º Ciclo

## Módulo Cirurgião-dentista

Programa de Qualificação da Atenção Primária à  
Saúde do Distrito Federal

**Brasília, setembro de 2023**



## SUMÁRIO

<i>DA. Identificação da UBS</i> .....	<b>1</b>
<i>Bloco I</i> – .....	<b>1</b>
Eixo 1 - Acesso de primeiro contato – Acessibilidade .....	<b>1</b>
Eixo 2 – Longitudinalidade .....	<b>2</b>
Eixo 3 - Coordenação - Integração de Cuidados .....	<b>4</b>
Eixo 5 - Integralidade - Serviços disponíveis .....	<b>5</b>
Eixo 6 - Integralidade - Serviços prestados .....	<b>8</b>
Eixo 7 - Orientação Familiar .....	<b>9</b>
Eixo 8 - Orientação Comunitária .....	<b>10</b>
Eixo 9 - Competência Cultural.....	<b>12</b>
<i>Bloco II</i> – .....	<b>12</b>
Eixo 1 - FO. Formação.....	<b>12</b>

## MÓDULO – DENTISTA

### TEMPO SIMULADO PARA APLICAÇÃO: 30 MINUTOS

#### DA. Identificação da UBS

- DA1. Região de Saúde -
- DA2. Região Administrativa
- DA3. GSAP
- DA4. Nome da Unidade Básica de Saúde
- DA5. CNES: (automático)
- DA6. Nome da Equipe
- DA7. Coordenadas Geográficas: Latitude/Longitude (automático)
- DA8. Código do supervisor
- DA9. 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 QualisAPS, 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 iniciaremos a entrevista, que tem um tempo estimado de **28 minutos**, tudo bem?

#### Bloco I –

#### Eixo 1 - Acesso de primeiro contato – Acessibilidade

**Descrição:** Acessibilidade envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias de funcionamento, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade. As próximas questões são sobre a acessibilidade da Unidade Básica de Saúde na qual trabalha. Por favor, indique a melhor opção:

A1. Quando o seu serviço de saúde bucal está aberto e algum(a) paciente apresenta um problema na boca ou nos dentes, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

A2. Quando o seu serviço de saúde bucal está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: WhatsApp, telegram, WeChat, Skype, hangout, e-mail) se acreditam ser necessário?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

A3. Quando o seu serviço de saúde bucal está fechado e os pacientes apresentam um problema na boca ou nos dentes, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: WhatsApp, telegram, WeChat, Skype, hangout, e-mail) o qual possam contatar?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

A4. Quando o seu serviço de saúde bucal está fechado no sábado e no domingo e algum(a) paciente apresenta um problema na boca ou nos dentes, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

A5. Quando o seu serviço de saúde bucal está fechado e algum(a) paciente apresenta um problema na boca ou nos dentes durante a noite, alguém do seu serviço o(a) atende na mesma noite?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

A6. É fácil para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, check up) no seu serviço de saúde bucal?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

A7. Na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) dentista (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

## **Eixo 2 – Longitudinalidade**

**Descrição:** Longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. As próximas questões serão sobre a longitudinalidade na Unidade Básica de Saúde na qual trabalha. Por favor, indique a melhor opção:

B1. No seu serviço de saúde bucal, os pacientes são sempre atendidos pelo(a) mesmo(a) dentista?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

B2. Você consegue entender as perguntas dos seus pacientes?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

B3. Você acredita que os seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

B4. Se os pacientes tiverem uma dúvida ou uma pergunta, eles podem telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: WhatsApp, telegram, WeChat, Skype, hangout, e-mail) e falar com o(a) dentista que os conhece melhor?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

B5. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem (discutirem) sobre as suas preocupações ou problemas?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

B6. Você acredita que os seus pacientes ficam a vontade ao contar para você as suas preocupações ou problemas?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

B7. Você acredita que conhece “muito bem” os pacientes de seu serviço de saúde?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

B8. Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

B9. Você sabe quais problemas são mais importantes para os seus pacientes?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

B10. Você conhece o histórico de saúde bucal completo de cada paciente?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não

Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

B11. Você sabe qual o trabalho ou o emprego de cada paciente?

Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

B12. Você saberia se os seus pacientes tivessem problemas em medicamentos ou produtos de higiene oral (ex.: escova, pasta de dentes)?

Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

B13. Você sabe a respeito de todos os medicamentos que os seus pacientes estão tomando?

Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

### **Eixo 3 - Coordenação - Integração de Cuidados**

**Descrição:** Integração da atenção requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos. Assim, tanto a continuidade como o reconhecimento de problemas são necessários para avaliar a coordenação da atenção. As próximas questões serão sobre a integração de cuidados na Unidade Básica de Saúde na qual trabalha. Por favor, indique a melhor opção:

C1. Você sabe de todas as consultas que os seus pacientes fazem com especialistas ou serviços especializados?

Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

C2. Alguém do seu serviço de saúde ajuda o(a) paciente a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

C3. Quando os seus pacientes são encaminhados, você fornece aos pacientes alguma informação que seja para o(a) especialista ou serviço especializado?

Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

C4. Você recebe do(a) especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o(a) paciente encaminhado(a)?

Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

C5. Após a consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado, você conversa com o(a) seu(sua) paciente sobre os resultados dessa consulta?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

#### **Eixo 4 - Coordenação – Sistema de Informação**

**Descrição:** Coordenação assegura a oferta de uma combinação de serviços e informações de saúde que atendem às necessidades de um paciente e que também envolva a ligação entre os serviços. As próximas questões serão sobre os sistemas de informações na Unidade Básica de Saúde na qual trabalha. Por favor, indique a melhor opção.

D1. Você solicita aos pacientes que tragam seus registros de saúde bucal ou boletins de atendimento recebidos em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência com dentista, exames de raio-x dentário)?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

D2. Se os pacientes quisessem, você permitiria que eles examinassem os prontuários deles?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

D3. Os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis quando você os atende?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

#### **Eixo 5 - Integralidade - Serviços disponíveis**

**Descrição:** Integralidade implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. As próximas questões são sobre a integralidade dos serviços disponíveis na Unidade Básica de Saúde na qual trabalha.

**Entrevistador(a): Se um(a) paciente necessita de qualquer dos seguintes serviços, poderia obtê-los no seu serviço de saúde bucal?**

**Entrevistador(a):** Por favor, indique a melhor opção:

E1. Restauração ou obturação dos dentes?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

E2. Exodontia ou extração de dentes?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E3. Tratamento das doenças da gengiva (limpeza dos dentes)?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E4. Atendimento de urgência em casos de dor, sangramento ou trauma/acidente/batida?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E5. Tratamento e orientações para pessoas com mau hálito?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E6. Atendimento da gestante com dentista (Pré-natal odontológico)?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E7. Tratamento e orientações para aftas?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E8. Orientações de como cuidar das próteses dentárias (ex.: dentadura, ponte móvel)?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E9. Orientações de tratamento dos sintomas em casos de dor na articulação temporomandibular?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E10. Aconselhamento sobre nutrição e dieta?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro



E11. Tratamento e orientação em caso de periocoronarite?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E12. Tratamento e orientações de saúde bucal aos pacientes com deficiência?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E13. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E14. Esclarecimentos sobre problemas que possam ocorrer quando se utiliza “piercing” na boca?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E15. Orientação e encaminhamento de pessoas que respiram pela boca para tratamento médico?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E16. Orientações sobre feridas na boca (ex.: herpes simples)?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E17. Orientações e encaminhamento de pessoas com malformações no lábio e no céu da boca (ex.: fenda labial, fenda palatina, lábio leporino)?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E18. Orientações sobre alterações no gosto dos alimentos (paladar)?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E19. Orientações às pessoas que rangem os dentes (bruxismo)?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E20. Orientações sobre transtornos alimentares (problemas alimentares)?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E21. Orientações sobre problemas causados pelo excesso de flúor nos dentes (fluorose)?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E22. Orientações de saúde bucal para quem cuida (cuidadores) de pacientes acamados ou com deficiência?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

E23. Orientações e cuidados de saúde bucal às pessoas com hipertensão e/ou diabetes?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

### **Eixo 6 - Integralidade - Serviços prestados**

**Descrição:** Integralidade envolve o tratamento de qualquer problema de saúde em qualquer estágio do ciclo de vida do paciente de forma curativa, reabilitadora, promotora de saúde e preventiva de enfermidades. As próximas questões serão sobre a integralidade dos serviços prestados na Unidade Básica de Saúde na qual trabalha.

**Entrevistador(a): Você discute os seguintes assuntos com os seus pacientes?**

**Entrevistador(a):** Por favor, indique a melhor opção:

F1. Exame da boca/exame dos dentes/exame odontológico?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

F2. Orientações sobre hábitos que podem prejudicar a boca e os dentes (ex.: roer unhas, morder bochechas)?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

F3. Orientações sobre o que fazer para prevenir o câncer de boca?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

F4. Tratamento e orientações sobre desgastes nos dentes?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

F5. Orientações sobre medicamentos (remédios que interferem na boca)?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

F6. Orientações de como realizar a higiene da boca (escova/fio dental)?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

F7. Orientações sobre mudanças que ocorrem na boca com o envelhecimento?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

### **Eixo 7 - Orientação Familiar**

**Descrição:** Orientação para a família abrange entendimento das condições de vida do paciente e da dinâmica familiar. As próximas questões são sobre a orientação familiar na Unidade Básica de Saúde na qual trabalha. Por favor, indique a melhor opção:

G1. Você pergunta aos pacientes quais são as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado do(a) paciente ou alguém da família?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

G2. Você pergunta sobre doenças ou problemas de saúde que podem ocorrer na família dos pacientes (ex.: câncer de boca, diabetes, pressão alta, tabagismo, alcoolismo)?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

G3. Você está disposto(a) e capacitado(a) para se reunir com membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde?

- Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não

Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

**Entrevistador(a): O seguinte item é incluído como parte rotineira da sua avaliação de saúde?**

G4. Discussão sobre fatores de risco sociais dos pacientes (ex.: perda de emprego)?

Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

### **Eixo 8 - Orientação Comunitária**

**Descrição:** Orientação para a comunidade envolve a consciência de necessidades de saúde na comunidade e a colaboração com outros setores para desencadear mudanças positivas na saúde. As próximas questões serão sobre a orientação comunitária na Unidade Básica de Saúde na qual trabalha. Por favor, indique a melhor opção:

H1. Você ou alguém do seu serviço de saúde bucal faz visitas domiciliares?

Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

H2. Você acredita que o seu serviço de saúde tem o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade atendida?

Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

H3. No seu serviço de saúde são obtidas opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?

Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

**Entrevistador: No seu serviço de saúde são utilizados os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços ou programas?**

H4. Pesquisas com os seus pacientes?

Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

H5. Pesquisas na sua comunidade?

Com certeza                       Provavelmente sim                       Provavelmente não  
 Com certeza não                       Não sei/ Não lembro

H6. Feedback (retorno das informações) de organizações comunitárias ou conselhos gestores de saúde?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

H7. Feedback (retorno das informações) da equipe de saúde?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

H8. Avaliações sistemáticas de programas e serviços prestados?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

H9. Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

**Entrevistador(a): No seu serviço de saúde as seguintes atividades são utilizadas para alcançar a população da comunidade atendida?**

H10. Atuar em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

H11. Vínculos com serviços/organizações religiosas?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

H12. Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitárias?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

H13. Agentes comunitários ou membros do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários) ou Conselho do Distrital de Saúde?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro



### **Eixo 9 - Competência Cultural**

**Descrição:** Orientação para a comunidade envolve a consciência das competências culturais em parceria com os serviços de saúde e a colaboração com outros setores para desencadear mudanças positivas na comunidade e saúde da população. As próximas questões serão sobre a orientação comunitária na Unidade Básica de Saúde na qual trabalha. Por favor, indique a melhor opção:

I1. Se necessário, você leva em consideração as crenças familiares sobre os cuidados de saúde ou uso de medicina tradicional/popular (ex.: ervas medicinais, medicamentos caseiros)?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

**Entrevistador(a): No seu serviço de saúde algum dos seguintes métodos é utilizado para abordar a diversidade cultural da população atendida?**

I2. Treinamento da equipe por instrutores externos?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

I3. Treinamento em serviço apresentado pela própria equipe?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

I4. Uso de materiais/panfletos culturalmente sensíveis (ex.: cartazes, linguagem apropriada, costumes religiosos)?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

I5. Equipe que reflita a diversidade cultural da população atendida?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

I6. Planejamento de serviços que reflitam a diversidade cultural?

- ( ) Com certeza                      ( ) Provavelmente sim                      ( ) Provavelmente não  
 ( ) Com certeza não                      ( ) Não sei/ Não lembro

## **Bloco II –**

### **Eixo 1 - FO. Formação**

**Descrição:** As perguntas a seguir serão sobre a sua formação.

FO.1. Você cursou/cursa alguma residência profissional?

(1) Sim, concluída. (2) Estou cursando (em andamento). (0) Não. (Pulo)

a. Se sim, a residência é em qual área?

(1) Residência Multiprofissional em Saúde da Família

(3) Outra. Por favor, especifique: \_\_\_\_\_

b. A residência foi realizada no Distrito Federal ?

(1) Sim. (0) Não. (Pulo)

b1. Se “Não”, foi realizada em qual instituição e Estado?

b2. Em qual Município?

FO.2. Você fez algum curso de Especialização?

(1) Sim, concluída. (2) Estou cursando (em andamento). (0) Não. (Pulo)

a. Se sim, marque abaixo qual(is) especialização(ões):

(0) Saúde da Família

(1) Saúde Coletiva

(2) Outra. Por favor, especifique: \_\_\_\_\_

FO3. Você fez/faz mestrado?

( ) Sim, concluída ( ) Estou cursando (em andamento) ( ) Não

a. Se “SIM”, Em qual programa ?

(0) Saúde da Família

(1) Saúde Coletiva

(2) Outro. Por favor, especifique: \_\_\_\_\_

FO4. Você fez/faz Doutorado

( ) Sim, concluída ( ) Estou cursando (em andamento) ( ) Não

a. Se “SIM”, Em qual programa ?

(0) Saúde da Família

(1) Saúde Coletiva

(2) Outro. Por favor, especifique: \_\_\_\_\_

Obrigado pela sua participação!