



AVALIAÇÃO *IN LOCO* - 2º Ciclo

Módulo Médico

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

Brasília, setembro de 2023

<i>DA. Identificação</i>	1
<i>Bloco I</i>	13
Eixo 1 - Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	1
Eixo 2 - Longitudinalidade	2
Eixo 3 - Coordenação -Integração de Cuidados	4
Eixo 4 - Coordenação - Sistemas de Informações	4
Eixo 5 - Integralidade - Serviços Disponíveis	5
Eixo 6 - Integralidade - Serviços Prestados	7
Eixo 7 - Orientação Familiar	9
Eixo 8 - Orientação Comunitária	10
<i>Bloco II</i>	13
FO. Formação	15

MÓDULO - MÉDICO**TEMPO SIMULADO PARA APLICAÇÃO: 35 MINUTOS****DA. Identificação**

- 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, caso tenha alguma dúvida, pode me perguntar. 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, e em seguida já iniciamos a entrevista, que tem um tempo estimado de **35 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. O seu serviço de saúde está aberto no sábado e/ou no domingo?

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

A2. O seu serviço de saúde está aberto pelo menos em algumas noites de dias úteis até às 20 horas?

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

A3. Quando o seu serviço de saúde está aberto e algum(a) paciente adoece, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?

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

A4. Quando o seu serviço de saúde 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, sim () Provavelmente, sim () Provavelmente, não
 () Com certeza, não () Não sei/Não lembro

A5. Quando o seu serviço de saúde está fechado e os pacientes adoecem, 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, sim () Provavelmente, sim () Provavelmente, não
 () Com certeza, não () Não sei/Não lembro

A6. Quando o seu serviço de saúde está fechado no sábado e no domingo e algum(a) paciente adoece, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?

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

A7. Quando o seu serviço de saúde está fechado e algum(a) paciente adoece durante a noite, alguém do seu serviço o(a) atende na mesma noite?

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

A8. É fácil para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?

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

A9. Na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) médico(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?

- () Com certeza, sim () 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 são sobre a longitudinalidade na Unidade Básica de Saúde na qual trabalha. Por favor, indique a melhor opção:

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

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

B2. Você consegue entender as perguntas dos seus pacientes?

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

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

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

B6. Você acredita que os seus pacientes se sentem confortáveis ao contar para você as suas preocupações ou problemas?

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

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

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

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

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

B10. Você conhece a história clínica (história médica) completa de cada paciente?

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

B12. Você saberia se os seus pacientes tivessem problemas em obter ou pagar por medicamentos receitados?

- Com certeza, sim 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, sim 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 são 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 nos serviços especializados?

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

C2. Quando os seus pacientes necessitam de encaminhamento, você discute sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos?

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

C3. Alguém do seu serviço de saúde ajuda o(a) paciente a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

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

C4. Quando os seus pacientes são encaminhados, você fornece aos pacientes alguma informação que seja para o(a) especialista ou serviço especializado?

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

C5. Você recebe do(a) especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o(a) paciente encaminhado(a)?

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

C6. 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, sim Provavelmente, sim Provavelmente, não
 Com certeza, não Não sei/Não lembro

Eixo 4 - Coordenação - Sistemas de Informações

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 são 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 os seus registros médicos recebidos em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultados de exames de laboratório)?

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

Entrevistador: Você utiliza os seguintes métodos para assegurar que os serviços indicados estão sendo fornecidos?

D4. Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais

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

D5. "Guidelines"/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes

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

D6. Auditorias periódicas dos prontuários médicos

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

D7. Lista de problemas no prontuário dos pacientes

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

D8. Lista de medicamentos em uso no prontuário dos pacientes

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

Eixo 5 - Integralidade - Serviços Disponíveis

Descrição: A 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? Por favor, indique a melhor opção:

E1. Aconselhamento sobre nutrição ou dieta.

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

E2. Vacinas (imunizações).

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

E3. Verificar se a família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (ex.: Programa Bolsa Família, Tarifa Social).

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

E4. Avaliação da saúde bucal (exame dentário).

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

E5. Tratamento dentário.

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

E6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.

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

E7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir).

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

E8. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão).

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

E9. Sutura de um corte que necessite de pontos.

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

E10. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.

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

E11. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).

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

E12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).

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

E13. Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido).

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

E14. Remoção de verrugas.

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

E15. Exame preventivo para câncer de colo do útero (CP, Teste Papanicolau).

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

E16. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar).

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

E17. Cuidados pré-natais.

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

E18. Remoção de unha encravada.

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

E19. Orientações sobre os cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).

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

E20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).

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

E21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do(a) paciente (ex.: curativos, troca de sondas, banho na cama).

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

E22. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos).

- Com certeza, sim 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. Por favor, indique a melhor opção:

Entrevistador(a): Você discute os seguintes assuntos com os seus pacientes ou seus responsáveis? Por favor, indique a melhor opção.

F1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente).

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

F2. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos com segurança, proteção para piscina, proteção para tomada).

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

F3. Orientações sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro ou sobre como evitar que crianças tenham queda de altura.

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

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

F4. Maneiras de lidar com conflitos familiares.

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

F5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados.

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

F6. Níveis de colesterol.

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

F7. Medicações em uso.

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

F8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária) no lar, no trabalho ou na vizinhança.

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

F9. Disponibilidade, armazenagem e segurança de armas.

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

F10. Prevenção de queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).

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

F11. Prevenção de quedas.

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

F12. Prevenção de osteoporose em mulheres.

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

F13. Cuidado de problemas comuns relacionados à menstruação ou à menopausa.

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

Entrevistador(a): Você discute os seguintes assuntos com a criança e/ou pais/responsável pelos cuidados de saúde da criança?

F14. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.

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

F15. Mudanças de crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária (ex.: quando a criança irá caminhar, controlar o xixi).

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

F16. Tópicos de segurança para crianças menores de 6 anos: ensiná-las a atravessar a rua em segurança e a usar assentos de segurança para crianças nos carros.

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

F17. Tópicos de segurança para crianças entre 6 e 12 anos: manter distância das armas, usar cintos de segurança e usar capacetes (para ciclistas).

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

F18. Tópicos de segurança para crianças acima de 12 anos: sexo seguro, dizer não às drogas, não beber e dirigir.

- () Com certeza, sim () 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 paciente ou alguém da família?

- () Com certeza, sim () 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?

- () Com certeza, sim () 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 ou familiar?

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

Entrevistador(a): Os seguintes itens são incluídos como parte rotineira da sua avaliação de saúde?

G4. Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar

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

G5. Discussão sobre fatores de risco familiares (ex.: genéticos)

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

G6. Discussão sobre recursos econômicos da família dos pacientes

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

G7. Discussão sobre fatores de risco sociais (ex.: perda de emprego)

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

G8. Discussão sobre condições de vida (ex.: refrigerador em condições de funcionamento)

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

G9. Discussão sobre estado de saúde de outros membros da família

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

G10. Discussão sobre as funções parentais

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

G11. Avaliação de sinais de abuso infantil

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

G12. Avaliação de sinais de crise familiar

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

G13. Avaliação do impacto da saúde do paciente sobre o funcionamento da família

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

G14. Avaliação do nível de desenvolvimento familiar

- () Com certeza, sim () 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 são 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 faz visitas domiciliares?

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

H4. No seu serviço de saúde podem ser adaptados serviços ou programas em resposta a problemas específicos de saúde da comunidade?

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

Entrevistador(a): No seu serviço de saúde, os seguintes tipos de dados são utilizados para determinar quais os programas ou serviços são necessários à comunidade atendida?

H5. Informações de mortalidade (dados sobre óbitos)

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

H6. Dados de doenças de notificação compulsória (ex.: DSTs, TB)

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

HG Taxas de imunização da comunidade

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

H8. Dados secundários sobre saúde e riscos ocupacionais

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

H9. Informações clínicas do próprio serviço (ex.: número de gestantes, número de pacientes hipertensos, número de pacientes com TB)

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

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

H10. Pesquisas com os seus pacientes

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

H11. Pesquisas na sua comunidade

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

H12. Feedback (retorno das informações) de organizações comunitárias ou conselhos gestores de saúde

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

H13. Feedback (retorno das informações) da equipe de saúde

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

H14. Análise de dados de saúde locais ou estatísticas vitais

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

H15. Avaliações sistemáticas de seus programas e serviços prestados

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

H16. Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde

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

H17. Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde

- () Com certeza, sim () 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 as populações da comunidade atendida?

H18. Atuar em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos

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

H19. Vínculos com serviços/organizações religiosas

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

H20. Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitárias

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

H21. Agentes comunitários de saúde ou membros do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde

- () Com certeza, sim () 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 alguma residência profissional?

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

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

(1) Medicina de Família e Comunidade

(2) 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 ?

(1) Saúde da Família

(2) Saúde Coletiva

(3) Outro. Por favor, especifique: _____

FO4. Você fez/faz Doutorado

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

a. Se “SIM”, Em qual programa ?

(4) Saúde da Família

(5) Saúde Coletiva

(6) Outro. Por favor, especifique: _____

FO5. Qual é o tipo de vínculo empregatício que você possui neste serviço de saúde ?

(7) Servidor

(8) Residente

(9) Médico dos Programas de Provedimento (PMM e PMpB)

Obrigado pela sua participação!