**A N E X O S**

**(GUIA PARA TUTORIA DA PLANIFICAÇÃO DA SAÚDE)**

**ANEXO 1.1 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA E AMBIÊNCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM AVALIAÇÃO** | **FORMA DE VERIFICAÇÃO** | **AVALIAÇÃO**  **(SIM OU NÃO)** | **OBSERVAÇÃO** |
| **Estrutura** | | | |
| 1. A unidade de saúde possui placa da fachada adequada | Verificar Placa de Entrada e se está no padrão definido pela SMS |  |  |
| 1. A unidade de saúde garante acessibilidade a pessoas com deficiência e idosos | Banheiros adaptados, com vaso mais baixo, acessórios com pia, dispensador para sabonete e papel em nível mais baixo, barras de apoio, rampas de acesso, portas com abertura para fora e área que permita manobra de cadeira de rodas |  |  |
| 1. A unidade de saúde possui sinalização interna dos serviços prestados | Verificar sinalização de acordo com padronização da SMS |  |  |
| 1. Verificar existência de computadores, impressoras e acesso á internet, em todos os espaços de atendimento | Verificar acesso aos computadores e internet |  |  |
| 1. Os consultórios estão equipados com balança de adulto e pediátrica, esfingomanômetro adulto e criança, estetoscópio, réqua antropométrica, termômentro, oftalmoscópio, pinnar, sonar | Verificar a existência dos equipamentos |  |  |
| 1. A unidade de saúde possui atendimento em saúde bucal | Verificar a existência de consultório de saúde bucal equipado |  |  |
| 1. Os profissionais da UAPS têm controle do patrimônio da unidade | Verificar no inventário de patrimônio da unidade e conferir o número, caso não tenha, solicitar documento de controle patrimonial |  |  |
| 1. O número de consultórios da UAPS permite o atendimento da demanda programada e espontânea | Verificar a existência de consultório em número suficiente (mínimo 2), para realizar as atividades por equipe. |  |  |
| 1. A UAPS possui sala para realização de acolhimento, preparo, procedimento, curativo, observação, medicação e coleta imunização. | Verificar a existência de sala equipada para a realização da atividade |  |  |
| 1. A UAPS possui todos os medicamentos segundo padronização da SMS. | Verificar se existe falta de medicamentos conferindo a lista padronizada com os medicamentos existentes. |  |  |
| **Ambiência** | | | |
| 1. Os ambientes atendem os critérios de conforto, privacidade e individualidade dos usuários e profissionais; iluminação, ventilação, climatização, acústica/som ambientes e conservação e limpeza | Verificar de os espaços possuem os critérios de conforto, privacidade e individualidade dos usuários e profissionais; iluminação, ventilação, climatização, acústica/som ambientes e conservação e limpeza |  |  |
| **Recepção** | | | |
| 1. A UAPS possui fluxos definidos para o acolhimento dos usuários | Verificar a existência de fluxos na recepção |  |  |
| 1. A UAPS possui POPs padronizados na recepção | Verificar a existência de POPs Recepção |  |  |
| **Recursos Humanos** | | | |
| 1. Todos os profissionais da unidade de saúde estão com crachás de identificação | Verificar os crachás dos profissionais. |  |  |
| 1. Todos os profissionais da unidade de saúde estão com uniforme (ex. jaleco) | Verificar se todos os profissionais estão uniformizados |  |  |
| 1. A equipe multiprofissional está habilitada ao exercício profissional conforme legislação | Conferir a documentação exigida pela SMS e conselhos de classe (cópias do certificado do CRM, COREN, CRO, CRESS, CRP, dentre outros), da carteira trabalho para CLT, ou do holerite para os profissionais estatutários, antecedentes criminais. Considerar todos os profissionais de nível superior, técnicos, auxiliar, ACS e ACE |  |  |
| **Segurança do paciente** | | | |
| 1. Os pisos, paredes e tetos da unidade de saúde são de superfícies lisas e laváveis | Verificar os pisos, paredes e tetos das unidades. |  |  |
| 1. Os profissionais da equipe dispõem e utilizam de Equipamentos de Proteção Individual - EPI básicos para o trabalho. | Verificar a lista de EPIs fornecidos por categoria profissional, assim como o controle de recebimento e perda destes. |  |  |
| 1. Os profissionais seguem as regras de biossegurança | Observar uso de sapato fechado, brincos pequenos, esmalte claro, unhas curtas, uso de luva, mascara, botas, jaleco. |  |  |
| 1. A equipe conhece o fluxo de encaminhamento para acidentes biológicos. | Verificar se o fluxo está afixado em local visível e se a há o conhecimento deste pela equipe (técnico de enfermagem, enfermeiro, serviço gerais, dentista) |  |  |
| 1. Existem pias exclusivas para lavagem das mãos em todas as salas necessárias. | Verificar existência de pias exclusivas, sabonetes líquidos, toalhas de papel |  |  |
| 1. Existem lembretes visíveis de higienização das mãos próximos às pias | Verificar existência de lembretes próximos às pias exclusivas para lavagem das mãos. |  |  |
| 1. Os profissionais têm acesso ao álcool gel nos pontos de cuidado dos pacientes | Verificar existência de frascos com álcool gel, identificados (identificação do produto, data, prazo de validade e se embalado na unidade, nome do profissional responsável) |  |  |
| **Sala de Vacina** | | | |
| 1. A UAPS dispõe de geladeira exclusiva para guarda das vacinas, com termômetro e controle de temperatura | Verificar se existe geladeira exclusiva para vacinas | Sala de vacina |  |
| 1. A UAPS possui POPs padronizados na recepção e sala de vacina | Verificar a existência de POPs na Sala de Vacina. |  |  |
| 1. A UAPS realiza o controle de temperatura de vacinas acondicionado em geladeira | Verificar se o Procedimento Operacional Padrão - POP deverá esta acessível dentro da sala de vacina e o controle de temperatura afixado em local visível próximo da geladeira |  |  |
| 1. A UAPS tem definido um plano de contingência para queda de energia na sala de vacina | Verificar se a UAPS possui plano de contingência afixado em local visível na unidade |  |  |
| **Resíduos Sólidos** | | | |
| 1. A UAPS possui os materiais e condições estruturais (embalagens, lixeiras e locais) adequados para o gerenciamento correto dos resíduos gerados. | Verificar se a Unidade possui lixeiras com tampa/pedal para o descarte dos resíduos sólidos e recipientes para os resíduos líquidos e perfuro-cortantes em numero suficiente, além de locais para armazenamento temporário e final dos resíduos gerados. |  |  |
| 1. A UAPS gerencia os resíduos gerados corretamente. | Verificar se a Equipe segrega, acondiciona, armazena e encaminha corretamente os resíduos gerados. |  |  |
| 1. A UAPS acondiciona os medicamentos e imunobiológicos de acordo com as normas da Vigilância Sanitária. | Verificar se os medicamentos e imunobiológicos estão dentro do prazo de validade, acondicionados em local limpo e seco, na temperatura adequada a cada um e, se houver medicamento controlado, em armário trancado. |  |  |

**Anexo 1.2 – Apresentação da Proposta de Trabalho da Tutoria (apresentação de slides)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Anexo 1.3 – texto sobre gestão faltando**

**Anexo 1.4 - Planilha para elaboração do Plano de Ação**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLANO DE AÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DA UNIDADE LABORATÓRIO** | | | | | |
|  |  |  | | | |
| UNIDADE DE SAÚDE: | | | | | Data: |
|  | |  |  |  |  |
| **AÇÃO** | | **RESPONSÁVEL** | **QUEM PARTICIPA** | **PRAZO** | **OBSERVAÇÕES** |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |

**Anexo 1.5 - Mapa de Pessoal**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MAPA DE PESSOAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** | **Unidade:** |  |
| **Data:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **NOME** | **ATUAÇÃO** (especificar ESF | UBS | NASF) | **Categoria Profissional** | **ESPECIALIDADE / FORMAÇÃO 1 (selecionar a opção)** | **Vinculo Contratual** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIALIDADE / FORMAÇÃO** | | | |
| **ESPECIALIDADE / FORMAÇÃO 1 (selecionar a opção)** | **ESPECIALIDADE / FORMAÇÃO 2 (selecionar a opção)** | **ESPECIALIDADE / FORMAÇÃO 3 (selecionar a opção)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VÍNCULO CONTRATUAL** | | **CARGA HORÁRIA SEMANAL** (em horas) | | **TEMPO DE ATUAÇÃO NA APS** (em anos) | **TEMPO DE ATUAÇÃO NA UNIDADE** (em anos) | **Observações e Comentários** |
| **(selecionar a opção)** | **(especificar SN)** | **CONTRATADA** | **EFETIVA** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Anexo 1.6 – Instrumento de Avaliação de Satisfação do trabalhador**



**Anexo 1.7 - Roteiro para apresentação da Unidade Laboratório**

1 - Território:

* Limites;
* Mapa;
* Maior distância até a UBS

2 - População:

* Total,
* Por faixa etária
* Sexo

3 - Equipe completa:

* Número de profissionais por categoria profissional;
* Horário de atendimento

4 - Horário de funcionamento

* Inicio das atividades;
* Intervalo para o almoço;
* Termino das atividades

4 - Fluxo geral de atendimento:

* Horário de pico;
* Acolhimento;
* Comparecimento do usuário (tempo de antecedência ao atendimento; absenteísmo no atendimento programado)

5 - Cuidado com as condições crônicas (gestante, criança, hipertenso, diabetes):

* Número de usuários cadastrados por condição;
* Estratificação de risco;
* Organização do cuidado, óbitos no último ano (infantil e materno);
* Cobertura vacinal de criança;
* Cobertura de coleta de citopatologia oncótica;

6 - Problemas ou dificuldades mais relevantes

**Anexo 1.8 Matriz para elaboração da cobertura populacional**

**(Planilha de Excel a ser preenchida e fornece relatório impresso )**