



ArticulaRRAS
DCNT-SP

Manual AuditRRAS

**Instrumento de Autoavaliação da
Rede de Atenção às Doenças Crônicas
Não Transmissíveis na Atenção
Primária à Saúde**



2021

FICHA TÉCNICA

Manual AuditRRAS: Instrumento de Autoavaliação da Rede de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde

Autora: Talita Cardoso Rossi

Apoio: Adriana Aparecida de Oliveira Barbosa

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita Marques de Oliveira

Financiamento

Projeto Financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Processo N° 443014/2020-5.

ARTICULARRAS. Manual AuditRRAS: Instrumento de Autoavaliação da Rede de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. Elaboração: Talita Cardoso Rossi; Apoio: Adriana Aparecida de Oliveira Barbosa; Orientação: Maria Rita Marques de Oliveira. 2021.



PROTOCOLO PARA PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS DCNT - ARTICULARRAS – DCNT – SP

APRESENTAÇÃO	2
INFORMAÇÕES GERAIS	4
PARTE 1: IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE E DO ENTREVISTADO	5
A.1 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	5
A.2 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES	6
PARTE 2: ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO 1	6
B.1 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	7
B.2 - CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO DA UNIDADE DE SAÚDE	7
B.3 - CARACTERIZAÇÃO DAS PRÁTICAS COLETIVAS	8
B.4 PLANEJAMENTO E REGISTROS	9
B.5 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO	10
B.6 ATENDIMENTO AO INDIVÍDUO	11
B.7 RECURSOS PARA A ATUAÇÃO DA EQUIPE	11
B.8 MUDANÇAS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO	12
PARTE 3: ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO 2	13
C.1 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	13
C.2 PARCERIAS	14
C.3 LINHA DE CUIDADO DA REDE	14
C.4 AÇÕES INTERSETORIAIS	16
C.5 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	16
C.6 AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDADO	17
PARTE 4: ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17

D.1 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	18
D.2 METAS MUNICIPAIS	18
D.3 REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA	18
D.4 AÇÕES DE FORMAÇÃO	20
D.5 PROGRAMA DE MELHORIA E QUALIDADE	21
D.6 ESTRUTURA DA UNIDADE	21
D.7 ORIENTAÇÕES DE COMANDO	21
D.8 AÇÕES INTERSETORIAIS	22
D.9 AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	22
PARTE 5: INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA E INSTÂNCIAS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL e DESEMPENHO DO SERVIÇO	22
E.1 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	23
PARTE 5.1: INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA E INSTÂNCIAS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL	23
E.2 RECEBIMENTOS DE DOCUMENTOS OFICIAIS	23
E.3 APLICABILIDADE À REALIDADE	24
E.4 CONSELHO DE POLÍTICA PÚBLICA	24
E.5 POLÍTICAS E PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS	25
E.6 AVALIAÇÃO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA E INSTÂNCIAS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL	25
PARTE 5.2: DESEMPENHO DO SERVIÇO	26
F.1 ATENDIMENTO À DEMANDA PARA OBESIDADE, HIPERTENSÃO, DIABETES MELLITUS E TABAGISMO	26
F.2 EVENTOS	26
F.3 ADESÃO E SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS	27
F.4 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SERVIÇO	27

APRESENTAÇÃO

Parabéns! Você e sua equipe foram contemplados com a oportunidade de integrar um processo formativo com o objetivo de refletir, repensar e melhorar o processo de trabalho relacionado às Doenças Crônicas não Transmissíveis: Diabetes, Hipertensão Arterial Sistêmica, Obesidade e Tabagismo na sua Unidade de Saúde/ no município. Nós, da equipe do projeto “Formação em doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco associados – ArticulaRRAS DCNT – SP”, estamos muito felizes em poder facilitar e os apoiar nessa trajetória.

O projeto ArticulaRRAS DCNT – SP é uma parceria entre o Ministério da Saúde, o CNPq, a Universidade Estadual Paulista (Unesp), a Universidade Federal do Estado de São Paulo (Unifesp), a Universidade de Marília (Unimar) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS). Tem sua metodologia expressa em três etapas: coleta de dados, elaboração e oferta de processo formativo e análise de resultados. O presente documento compõe a etapa de coleta de dados e tem como objetivo estimular as equipes a identificar as práticas de cuidado, o processo de gestão, a institucionalização das políticas e o desempenho do SUS na promoção da saúde e prevenção e cuidado da Obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e Tabagismo na Atenção Primária à Saúde em municípios do Estado de São Paulo.

Esse instrumento é composto por um formulário e por um manual de apoio para preenchimento no qual estão descritas instruções para as respostas de cada uma das questões. Você observará que o formulário está dividido em **cinco etapas**, que foram pensadas para facilitar o processo de preenchimento do instrumento.

As etapas são:

PARTE 1: [IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE E DO ENTREVISTADO](#)


PARTE 2: [ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO 1](#)

PARTE 3: [ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO 2](#)

PARTE 4: [ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE](#)

PARTE 5: [INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA, INSTÂNCIAS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL e DESEMPENHO DO SERVIÇO](#)

Os links para o preenchimento de cada uma das etapas podem ser obtidos ao longo deste material ou pelo e-mail enviado anteriormente. É importante salientar que as



respostas de cada uma das partes só serão salvas após preenchimento total das perguntas e envio do google forms. Assim, pedimos que inicie o preenchimento com tempo hábil para encerrar cada dimensão.

O prazo para finalização é de 1 mês a partir do envio do formulário. Estimamos que serão necessárias aproximadamente 2 reuniões de 2 horas de duração cada para o preenchimento completo do instrumento.

Convidamos o profissional responsável pelo preenchimento do formulário a estimular a participação dos demais trabalhadores da Unidade Básica de Saúde no momento de pensar as respostas. Acreditamos que esse exercício pode resultar em oportunidades valiosas de discussão sobre a prática profissional no serviço, na medida em que estimula a reflexão sobre o processo de trabalho. Sugerimos a utilização de espaços em reunião de equipe ou a garantia de momentos semanais para que a maioria dos trabalhadores possa contribuir com o preenchimento.

Estaremos em contato com vocês durante esse período, caso necessitem algum apoio.

Desejamos que o exercício de preenchimento do instrumento seja prazeroso e útil para as equipes! Estamos ansiosos por reencontrá-los ao longo do processo formativo.

Um abraço e até breve!

Equipe ArticulaRRAS DCNT - SP

INFORMAÇÕES GERAIS

Esse instrumento deve ser respondido pelo responsável/gestor(a) na unidade de saúde em conjunto com outros profissionais da unidade, preferencialmente em reunião de equipe.

Importante!

- ✓ As respostas devem levar em **consideração a realidade da unidade**, ou seja, não existe resposta certa ou errada, pois o instrumento não possui caráter avaliativo.
- ✓ **Nenhuma pergunta deve ficar sem resposta.** As perguntas com indicação de pular para outra questão devem ser preenchidas com a sigla **NA**.
- ✓ Na ausência de uma opção plausível para a resposta, escolha a que melhor se adequa à realidade da unidade.
- ✓ As respostas de cada uma das partes só serão salvas após o final do preenchimento e envio do google forms, por isso, inicie o preenchimento com tempo hábil para iniciar e encerrar a dimensão.
- ✓ **O prazo para finalização é de 1 mês a partir do envio do formulário.** Estimamos que serão necessárias aproximadamente 2 reuniões de 2 horas de duração cada para o preenchimento completo do instrumento e
- ✓ Frisamos a importância de envolver **todas as categorias de trabalhadores da equipe**, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde.
- ✓ Enviamos uma versão impressa do instrumento para cada Unidade de Saúde. Recomendamos fortemente que o preenchimento do google forms seja realizado concomitantemente ao preenchimento da versão impressa, para evitar contratempos em caso de falhas tecnológicas.

Antes de iniciar o preenchimento:

- ✓ O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (que se encontra no início da primeira parte do instrumento on-line) deverá ser assinado pelo responsável pelo preenchimento do instrumento.
- ✓ Explique aos outros membros da equipe o objetivo da pesquisa.

Durante o preenchimento:

- ✓ Discuta livremente com outros membros da equipe e escolha a opção de resposta com a qual a maioria concorde.
- ✓ As consultas em documentos, guias, manuais, computadores ou outros locais são permitidas e devem ser encorajadas.

PARTE 1: IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE E DO ENTREVISTADO

Link de acesso: <https://forms.gle/RJoGQR6kXkF3VhtYA>

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar a unidade de saúde, as equipes e identificar o entrevistado responsável pela unidade.

NÃO SE PREOCUPE, POIS, todas as informações fornecidas serão utilizadas somente para esta pesquisa. Os dados pessoais serão utilizados somente para a construção dos nossos registros e sua identidade será codificada de forma que somente os responsáveis pela pesquisa terão acesso a essas informações.

Suas respostas e dados pessoais serão guardados na confidencialidade, **seu nome não aparecerá durante a pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados.**

A.1 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar a unidade de saúde quanto ao tipo, localização, população atendida e composição de equipe.

- 1 Qual a cidade? *Escreva no espaço em branco o nome da cidade onde a Unidade de Saúde está localizada.*
- 2 Qual o estado? *Escreva no espaço em branco a sigla do estado onde a cidade está localizada (ex: SP).*
- 3 Qual o nome da Unidade de Saúde (US)? *Escreva no espaço em branco o nome Unidade de Saúde.*
- 4 Qual o tipo da Unidade de Saúde? *Assinale as alternativas que mais correspondem ao tipo de Unidade de Saúde. Se assinalar a opção “outra”, escreva o tipo de Unidade de Saúde no espaço em branco. Nessa questão você pode assinalar mais de uma opção, se julgar necessário.*
- 5 A unidade está localizada na: *Assinale uma das duas opções apresentadas.*
- 6 Esta Unidade atende: *Assinale uma ou mais das opções apresentadas. Se assinalar a opção “outro”, escreva o tipo de Unidade de Saúde no espaço em branco. Nessa questão você pode assinalar mais de uma opção, se julgar necessário.*
- 7 Quantas Equipes de Saúde da Família atuam nesta unidade: *Escreva no espaço em branco o número de equipes de saúde que atuam nessa mesma unidade de saúde. Se houver apenas uma equipe atuando nessa unidade, escreva no espaço em branco “NA”.*
- 8 Número de profissionais da Unidade de Saúde: *Escreva no espaço em branco ao lado da profissão/cargo o número de profissionais daquela categoria que atuam na Unidade de Saúde. Se algum dos profissionais indicados estiver presentes nesta unidade, escreva no espaço em branco “NA”. Você pode acrescentar outras categorias profissionais que não constam na lista na “opção quais outros”.*
- 9 Esta Unidade de Saúde recebe apoio de uma equipe Multiprofissional (Ex: NASF, NASF-AB)? *Assinale uma das opções.*
 - 9.1 Se sim, qual a composição da equipe dessa equipe: *Se assinalou a opção “sim” na pergunta anterior, escreva no espaço em branco as categorias profissionais*

que compõem essa equipe. Se assinalou a opção “não”, escreva no espaço em branco NA.

- 10 Sobre o programa mais médicos, a unidade: Assinale uma das três opções.

A.2 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar o entrevistado responsável pelo preenchimento do formulário.

NÃO SE PREOCUPE POIS todas as informações fornecidas serão utilizadas somente para esta pesquisa. Os dados pessoais serão utilizados somente para a construção dos nossos registros e sua identidade será codificada de forma que somente os responsáveis pela pesquisa terão acesso a essas informações.

Suas respostas e dados pessoais serão guardados na confidencialidade, seu nome não aparecerá durante a pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados.

- 11 Qual a sua idade? Escreva sua idade no espaço em branco.
- 12 Qual o seu gênero? Assinale uma das quatro opções. Se assinalar a opção “outros”, escreva no espaço em branco qual gênero você se considera.
- 13 Qual é a sua cor ou raça/etnia? Assinale uma das cinco opções.
- 14 Qual é a sua graduação? Escreva no espaço em branco em que você se formou na graduação.
- 15 Qual foi o ano da conclusão do seu curso de graduação? Escreva no espaço em branco o ano em que você concluiu sua graduação.
- 16 Você tem Pós-Graduação? Assinale uma ou mais opções apresentadas.

PARTE 2: ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO 1

Link de acesso: <https://forms.gle/nw3kgFFQ5xCbErFn9>

Este bloco de perguntas tem o propósito de descrever como ocorre o processo de trabalho e quais ações são desenvolvidas pela Unidade de Saúde a respeito do manejo do Sobrepeso, Obesidade, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Tabagismo. Para isso serão abordados os tópicos relacionados às práticas coletivas, à caracterização do território, às ações de planejamento e ao registros, às ações de atendimento individual disponíveis, ao conhecimento da equipe e às mudanças nas práticas de cuidado.

B.1 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Este bloco de perguntas tem o propósito de identificar a unidade de saúde e será repetido no início de cada novo formulário/link para fins de organização dos dados coletados.

NÃO SE PREOCUPE POIS todas as informações fornecidas serão utilizadas somente para esta pesquisa. Os dados pessoais serão utilizados somente para a construção dos nossos registros e sua identidade será codificada de forma que somente os responsáveis pela pesquisa terão acesso a essas informações.


Suas respostas e dados pessoais serão guardados na confidencialidade, seu nome não aparecerá durante a pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados.

- Qual a cidade? Escreva no espaço em branco o nome da cidade onde a Unidade de Saúde está localizada.
- Qual o estado? Escreva no espaço em branco a sigla do estado onde a cidade está localizada (ex: SP).
- Qual o nome da Unidade de Saúde (US)? Escreva no espaço em branco o nome Unidade de Saúde.

B.2 - CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO DA UNIDADE DE SAÚDE

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar o conhecimento das equipes acerca do perfil epidemiológico da população do território e dos equipamentos sociais e espaços públicos disponíveis.

- 17 Em relação aos dados da população, a unidade de saúde conhece o número: Assinale uma ou mais opções apresentadas.
- 18 Em relação aos dados da população com Doenças Crônicas, a unidade de saúde conhece o número: Assinale qual ou quais populações se conhece o número para cada uma das condições (coluna).
- 19 Em relação aos dados da população com Doenças Crônicas, qual a fonte dos dados? Assinale uma ou mais opções apresentadas.
- 20 A Unidade de Saúde possui mapeamento de seu território de atuação? Assinale uma das opções apresentadas.
- 21 Se a Unidade de Saúde possui mapeamento de seu território de atuação, em que ano o mesmo foi realizado? Se assinalou a opção “sim” na pergunta anterior, escreva o ano em que foi realizado o mapeamento do território no espaço em branco. Se assinalou a opção “não”, escreva no espaço em branco NA.
- 22 A equipe de saúde utiliza mapas e relatórios da territorialização para planejar ações? Assinale uma das opções apresentadas.
- 23 Na territorialização foi mapeada a comercialização de alimentos? Assinale uma das opções apresentadas.
- 24 No território desta unidade existem: Assinale uma das opções “sim”, “não” ou “não sei” para cada um dos itens apresentados nas linhas da tabela.
- 25 Esses espaços para comercialização (citados na questão anterior) foram considerados na territorialização? Considerando os espaços de comercialização da questão anterior, assinale uma das opções apresentadas. Marque “sim”, se foram considerados pelo menos a maioria.
- 26 Na territorialização foram mapeados os espaços para prática de atividades físicas? Assinale uma das opções apresentadas.
- 27 Qual a quantidade de equipamentos sociais existentes no território desta Unidade de Saúde? Escreva no espaço em branco ao lado dos equipamentos, o número existente de cada um deles no território. Se não encontrar algum equipamento existente no território na lista, insira o(s) nome(s) e a quantidade no espaço em branco, ao lado da opção 27.10. Se no território da unidade não existir algum desses equipamentos sociais, escreva no espaço em branco NA.
- 28 No território desta unidade existem: Assinale uma das opções “sim”, “não” ou “não sei” para cada um dos itens apresentados nas linhas da tabela. Se não encontrar algum

- 
- espaço para a prática de atividade existente no território na lista, insira o(s) nome(s) e a quantidade no espaço em branco ao lado da opção 28.1.
- 29 Qual a sua avaliação sobre esses equipamentos existentes na unidade: Assinale uma das opções, “sim ou “não”, para cada um dos itens apresentados nas linhas da tabela.
- 30 Essa unidade recebe apoio da academia da saúde? Assinale uma das opções apresentadas.
- 31 A equipe de saúde orienta os usuários com Doenças Crônicas fazerem uso: Assinale uma ou mais opções apresentadas.
- 32 A equipe de saúde encaminha/orienta os usuários para a prática regular de atividades físicas nos espaços disponíveis no território? Assinale uma das opções apresentadas.
- 33 Se sim, para quais espaços? Assinale uma ou mais opções apresentadas. Se não encontrar algum equipamento existente no território na lista, insira o(s) nome(s) na opção “outros espaços para prática de atividades físicas. Qual?”. Se a equipe não encaminhar, selecione a opção “Não encaminha/orienta”.

B.3 - CARACTERIZAÇÃO DAS PRÁTICAS COLETIVAS

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar as ações coletivas desenvolvidas nesta unidade, bem como campanhas e atividades realizadas.

- 34 No processo de comunicação com o usuário a unidade: Assinale uma ou mais opções apresentadas.
- 35 A Unidade divulga a oferta das ações para os possíveis interessados? Assinale uma das opções apresentadas.
- 36 Com que frequência a Unidade de Saúde tem envolvido a comunidade a participar de atividades que promovem prevenção e manejo das seguintes condições: Assinale uma das opções “sempre”, “às vezes” ou “nunca” em cada uma das condições de saúde apresentadas.
- 37 A equipe de saúde articula/participa da organização e do planejamento de horta comunitária? Assinale uma das opções apresentadas.
- 37.1 Se sim, esta horta é uma ação em parceria com outros setores? Se assinalou “sim” na pergunta anterior, escreva no espaço em branco quais setores são parceiros na organização da horta. Se assinalou “não”, escreva no espaço em branco NA.
- 38 A equipe de saúde promove aos usuários desta unidade atividades coletivas: Assinale uma ou mais opções apresentadas nas colunas em relação a cada um dos públicos apresentados nas linhas.
- 39 Essa unidade costuma desenvolver campanhas de: Assinale uma ou mais opções apresentadas. Se assinalou a opção “outros”, escreva no espaço em branco ao lado da opção, quais outras campanhas a unidade costuma desenvolver.
- 40 Relativamente à prevenção e ao manejo do tabagismo, essa unidade: Assinale uma ou mais opções apresentadas

B.4 PLANEJAMENTO E REGISTROS

Este bloco de perguntas tem o propósito de identificar como ocorrem o planejamento das ações e as atividades desenvolvidas nesta unidade, bem como descrever como as informações disponíveis são registradas.

- 41 A equipe de saúde busca cumprir padrões de algum programa de melhoria de qualidade (Exemplo: PlanificaSUS)? Assinale uma das opções apresentadas.

- 41.1 Se sim, qual o programa? *Escreva no espaço em branco o nome do programa de melhoria de qualidade. Se assinalou a opção “não”, escreva no espaço em branco NA.*
- 42 No programa de melhoria da qualidade, há metas específicas para prevenção e controle das seguintes condições:
- 42.1 Obesidade *Assinale uma das opções apresentadas.*
- a) Se sim, quais são as metas? *Escreva no espaço em branco quais metas são utilizadas.*
- 42.2 Hipertensão *Assinale uma das opções apresentadas.*
- b) Se sim, quais são as metas? *Escreva no espaço em branco quais metas são utilizadas.*
- 42.3 Diabetes Mellitus *Assinale uma das opções apresentadas.*
- c) Se sim, quais são as metas? *Escreva no espaço em branco quais metas são utilizadas.*
- 43 A Unidade de Saúde possui um Plano de Trabalho?
"O Plano de Trabalho é um documento que registra as atividades planejadas pela equipe na Unidade de Saúde, a serem realizadas em um determinado período de tempo."
Assinale uma das opções apresentadas.
- 43.1 Se sim, no plano de trabalho constam: *Caso assinale a opção “sim”, assinale uma ou mais opções apresentadas. Se assinalou a opção “não”, assinale a opção “Não possui plano de trabalho”.*
- 44 Com que periodicidade esta Unidade de Saúde realiza reuniões de planejamento e avaliação do processo de cuidado? *Assinale uma das opções apresentadas.*
- 45 O planejamento da unidade é realizado a partir de indicadores dos sistemas públicos de dados? *Assinale uma das opções apresentadas.*
- 46 O planejamento da unidade é realizado a partir de relatórios de desempenho? *Assinale uma das opções apresentadas.*
- 47 Com qual frequência os indicadores das seguintes condições de saúde são abordados nas reuniões de equipe? *Assinale uma das opções “sempre”, “às vezes”, “nunca” em relação a cada uma das condições apresentadas nas linhas da tabela.*
- 48 A equipe realiza monitoramento e análise dos seguintes indicadores e informações de saúde para planejamento de ações? *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
- 49 Todas as informações e orientações fornecidas aos usuários são registradas nos prontuários de acordo com o formato SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano)? *Assinale uma das opções apresentadas.*
- 50 Quais das informações a seguir são registradas nos prontuários de usuários com sobrepeso, obesidade, hipertensão e/ou diabetes mellitus? *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
- 51 A Unidade de Saúde diagnostica sobrepeso e obesidade entre os usuários de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC)? *Assinale uma das opções apresentadas.*
- 52 Essa Unidade de Saúde registra dados antropométricos em qual sistema? *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
- 53 Para realizar consultas e emitir relatórios antropométricos a equipe utiliza: *Assinale uma das opções apresentadas.*
- 54 Essa Unidade de Saúde registra dados de consumo alimentar no Sisvan? *Assinale uma das opções apresentadas.*
- 55 A equipe de saúde avalia a disponibilidade e o acesso aos alimentos para a população adscrita? *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
- 56 Qual a abordagem da equipe nos casos de usuários com problemas de disponibilidade e acesso aos alimentos? *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*

- ☐ Outro. Qual? **Escreva no espaço em branco** quais outras estratégias são utilizadas.
- 57 A Unidade de Saúde adota como prática a aferição da Circunferência da Cintura entre os usuários com seguintes condições? **Assinale uma ou mais opções apresentadas.**
- 58 Esta unidade segue critérios clínicos para o monitoramento da pressão arterial dos usuários com as seguintes condições? **Assinale uma ou mais opções apresentadas.**

B.5 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar os dispositivos utilizados por esta unidade para avaliar a satisfação dos usuários em relação aos serviços oferecidos.

- 59 Esta Unidade de Saúde possui mecanismo regular de avaliação da satisfação dos usuários? **Assinale uma das opções apresentadas.**
- 59.1 Se sim, como a equipe analisa e dá feedback das avaliações positivas e negativas feitas pelos usuários? **Caso assinale a opção “sim”, escreva no espaço em branco como são realizadas as devolutivas das avaliações aos usuários. Se assinalou a opção “não”, assinale a opção “Não possui plano de trabalho”.**
- 60 Com que frequência são realizadas avaliações de satisfação dos usuários nesta Unidade de Saúde? **Assinale uma das opções apresentadas.**
- 61 No geral, como você classifica o desempenho da equipe de saúde em relação ao reconhecimento que recebe da gestão do Serviço de Saúde (Exemplo: os gestores municipais têm demonstrado satisfação quanto ao trabalho realizado pela equipe de saúde)? **Assinale uma das opções apresentadas.**
- 62 A equipe monitora os indicadores epidemiológicos na perspectiva de avaliação de desempenho dos serviços? **Assinale uma das opções apresentadas.**
- 1.1 Se sim, quais? **Caso assinale a opção “sim”, escreva no espaço em branco quais são os indicadores epidemiológicos utilizados.**

B.6 ATENDIMENTO AO INDIVÍDUO

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar as ações de cuidado individual aos usuários desta unidade.

- 63 A equipe de saúde adota a abordagem integral do cuidado para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade, Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus?
- "Abordagem integral é a organização do trabalho, com base em equipes multiprofissionais e atuação transdisciplinar, incorporando metodologias de planejamento e gestão participativa, colegiada e avançando na gestão compartilhada dos cuidados/atenção aos usuários" (Brasil,2006).* **Assinale uma das opções apresentadas.**
- 64 Os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) são práticas para manejo do sobrepeso e obesidade, Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus?
- "Um Projeto Terapêutico Singular constitui-se em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar" (Brasil, 2014).* **Assinale uma das opções apresentadas.**
- 65 Os seguintes temas têm sido tratados como conteúdo de programas voltados para: **Assinale uma ou mais das opções “crianças”, “adolescentes”, “adultos”, “gestante”, “idoso”, em relação a cada uma das condições apresentadas nas linhas da tabela. Se**

- o tema não tem sido tratado nos grupos mencionados selecione a opção “nenhum grupo”
- 66 Em relação ao manejo do Diabetes, esta unidade tem Protocolo de Rastreamento precoce de complicações crônicas em diabéticos? [Assinale uma ou mais opções apresentadas.](#)
- 67 Em relação aos pacientes com hipertensão, os profissionais desta unidade fazem investigação a respeito de uma dieta hipossódica em pacientes com hipertensão? [Assinale uma das opções apresentadas.](#)
- 68 Na sua unidade de saúde, quais ações são ofertadas e por quais profissionais no cuidado com o paciente com sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes mellitus? [Assinale uma ou mais das opções “Médico”, “Enfermeiro”, “ACS”, “outros membros eSF”, “Nutricionista”, “Profissional de Educação Física”, “Psicólogo, “Outros membros da equipe multi” em relação às opções de ofertas apresentadas nas linhas da tabela.](#)
- 69 O que é ofertado pela equipe no acompanhamento dos usuários com obesidade que realizaram a Cirurgia Bariátrica? [Assinale uma ou mais opções apresentadas.](#)
Outros. Qual? [Escreva no espaço em branco quais outras ofertas são disponibilizadas.](#)
- 70 Nesta Unidade de Saúde há alguma ação em prol da adesão e continuidade do cuidado para os usuários com sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes mellitus em acompanhamento (ex. visita domiciliar, ligação telefônica, organização de uma linha de cuidado)? [Assinale uma ou mais opções apresentadas.](#)
Se sim, quais? [Se assinalou sim na questão 70, escreva no espaço em branco quais ações são realizadas. Se assinalou não, escreva no espaço em branco NA.](#)

B.7 RECURSOS PARA A ATUAÇÃO DA EQUIPE

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar o conhecimento da equipe diante de situações específicas e identificar quais são as principais dificuldades da equipe.

- 71 Diante de uma situação na qual sua equipe sente necessidade de apoio, quais são as formas mais frequentes de acionar/solicitar apoio do NASF/NASF-AB? [Assinale uma ou mais opções apresentadas.](#)
- 72 A equipe de saúde realiza ações de formação e reflexão crítica e ativa sobre o seu desempenho para melhorar a intervenção profissional dos usuários com sobrepeso e obesidade, hipertensão e/ou diabetes mellitus? [Assinale uma das opções apresentadas.](#)
- 73 Os profissionais da equipe de saúde sabem como realizar as medidas antropométricas (peso, estatura e circunferência da cintura e diagnóstico nutricional) em qualquer grupo etário? [Assinale uma das opções apresentadas.](#)
- 74 Qual referência é adotada para o diagnóstico nutricional em pediatria? [Assinale uma ou mais opções apresentadas. Se for adotada outra referência Escreva qual no espaço em branco.](#)
- 75 Os profissionais da equipe de saúde receberam treinamento sobre como abordar o tabagismo? [Assinale uma das opções apresentadas.](#)
- 76 Nesta unidade, a equipe utiliza o Telessaúde? [Assinale uma das opções apresentadas.](#)
76.1 Se não, por qual/quais motivos não utiliza o Telessaúde: [Assinale uma ou mais opções apresentadas.](#)

- 77 Na sua opinião, a equipe tem dificuldades para trabalhar com os seguintes temas? *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
77.1 Comente sua resposta: *Escreva sua opinião no espaço em branco.*
- 78 E, na opinião do Médico, no atendimento ao usuário com obesidade, hipertensão e diabetes mellitus, o médico da família tem alguma das dificuldades a seguir (consultar o médico): *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
 Outra dificuldade. Qual? *Escreva sua opinião no espaço em branco.*
- 79 Nesta Unidade de Saúde há utilização de material educativo para prevenção e controle das seguintes condições? *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
- 80 Como a equipe de saúde tem colocado em discussão a abordagem da obesidade como um fenômeno da sociedade atual que gera estigmatização, sofrimento e preconceito, inclusive nas práticas profissionais? *Escreva sua opinião no espaço em branco.*

B.8 MUDANÇAS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar a percepção de mudanças nas práticas de cuidado dos últimos 5 anos, bem como os processos de capacitação já realizados.

- 81 Nos últimos 5 anos, o que você percebeu de mudanças relativas ao cuidado ao usuário com obesidade, hipertensão e diabetes mellitus?
Resposta aberta: *Escreva sua opinião no espaço em branco.*
- 82 Esta Unidade de Saúde passou por algum processo de capacitação para o cuidado das seguintes condições:
- 82.1 Obesidade *Assinale uma das opções apresentadas.*
- a) Se sim, há quanto tempo (em meses)? *Escreva no espaço em branco o número de meses. Se não passou por processo de capacitação, escreva no espaço em branco NA.*
- b) Se sim, houve participação da equipe multiprofissional (Ex: NASF, NASF-AB)? *Assinale uma das opções apresentadas.*
- c) Se sim, você considera que este processo de capacitação foi: *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
- 82.2 Hipertensão *Assinale uma das opções apresentadas.*
- a) Se sim, há quanto tempo (em meses)? *Escreva no espaço em branco o número de meses. Se não passou por processo de capacitação, escreva no espaço em branco NA.*
- b) Se sim, houve participação da equipe multiprofissional (Ex: NASF, NASF-AB)? *Assinale uma das opções apresentadas.*
- c) Você considera que este processo de capacitação foi: *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
- 82.3 Diabetes Mellitus *Assinale uma das opções apresentadas.*
- a) Se sim, há quanto tempo (em meses)? *Escreva no espaço em branco o número de meses. Se não passou por processo de capacitação, escreva no espaço em branco NA.*
- b) Se sim, houve participação da equipe multiprofissional (Ex: NASF, NASF-AB)? *Assinale uma das opções apresentadas.*
- c) Você considera que este processo de capacitação foi: *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*

- 83 Como a equipe de saúde tem colocado em discussão a crise sanitária da COVID-19 frente às demandas para o trabalho da unidade e a abordagem das Doenças Crônicas nessa nova conjuntura? [Escreva sua opinião no espaço em branco.](#)

PARTE 3: ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO 2

Link de acesso: <https://forms.gle/6VxQ9VWtYitfAdGx7>

Este bloco de perguntas tem o propósito de descrever como ocorre o processo de trabalho e quais ações são desenvolvidas pela Unidade de Saúde a respeito do manejo do Sobrepeso, Obesidade, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Tabagismo. Para isso serão abordados os tópicos relacionados às Prática coletivas, a caracterização do território, as ações de planejamento e os registros, as ações de atendimento individual disponíveis, o conhecimento da equipe e as mudanças nas práticas de cuidado.

C.1 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Este bloco de perguntas tem o propósito de identificar a unidade de saúde e será repetido no início de cada novo formulário/link para fins de organização dos dados coletados.

NÃO SE PREOCUPE, POIS todas as informações fornecidas serão utilizadas somente para esta pesquisa. Os dados pessoais serão utilizados somente para a construção dos nossos registros e sua identidade será codificada de forma que somente os responsáveis pela pesquisa terão acesso a essas informações.

Suas respostas e dados pessoais serão guardados na confidencialidade, seu nome não aparecerá durante a pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados.

- Qual a cidade? [Escreva no espaço em branco o nome da cidade onde a Unidade de Saúde está localizada.](#)
- Qual o estado? [Escreva no espaço em branco a sigla do estado onde a cidade está localizada \(ex: SP\).](#)
- Qual o nome da Unidade de Saúde (US)? [Escreva no espaço em branco o nome Unidade de Saúde.](#)

C.2 PARCERIAS

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar as parcerias que esta unidade de saúde possui, bem como identificar quais programas estão ativos no território desta unidade.

- 84 No cuidado com o usuário adulto com obesidade, hipertensão e/ou diabetes mellitus esta Unidade faz parceria com: [Assinale a opção “sim” ou “não” nos itens 84.1 a 84.7. Se assinalar a opção “sim” em algum item, escreva o nome dos parceiros no espaço em branco ao lado da opção. Se não possuir parceria com algum dos parceiros indicados, escreva no espaço em branco NA.](#)
- 85 Quais programas estão ativos nesta unidade de Saúde? [Assinale uma ou mais opções apresentadas. Se assinalar a opção “outros”, escreva no espaço em branco ao lado da opção, quais outros programas estão ativos na unidade.](#)

C.3 LINHA DE CUIDADO DA REDE

Este bloco de perguntas tem o propósito de identificar a existência de protocolos para atenção aos usuários de acordo com a condição clínica.

- 86 A Unidade de Saúde possui um protocolo clínico para atenção às seguintes condições? *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
- 87 Nesta unidade, a equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com as seguintes condições: *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
- 88 Nesta unidade, a equipe utiliza protocolos para o rastreio precoce de pessoas com as seguintes condições: *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
- 89 Como é feito o contato com os usuários com obesidade, hipertensão e diabetes mellitus que estão sendo acompanhados nos serviços especializados? *Assinale a opção “equipe mínima da unidade” e/ou a opção “profissionais de apoio (NASF)” para cada uma das modalidades de atendimento apresentadas nas linhas da tabela.*
- 90 Existem usuários desta unidade de saúde assistidos por um serviço de cirurgia bariátrica (CB)? *Assinale uma das opções apresentadas.*
- 90.1 Se sim, quantos? *Se assinalar Sim na questão anterior, escreva o número de usuários assistidos em serviço de cirurgia bariátrica no espaço em branco. Se assinalar Não na questão anterior, escreva no espaço em branco NA.*
- 91 Como é feito o acompanhamento dos usuários que estão em preparo para realizar a Cirurgia Bariátrica? *Assinale uma ou mais opções apresentadas. Se assinalar a opção “outros”, escreva no espaço em branco ao lado da opção, quais outras formas de acompanhamento são ofertadas.*
- 92 Como é feito o acompanhamento dos usuários que realizaram a Cirurgia Bariátrica? *Assinale uma ou mais opções apresentadas. Se assinalar a opção “outros”, escreva no espaço em branco ao lado da opção, quais outras formas de acompanhamento são ofertadas.*
- 93 A unidade de saúde tem prestado assistência aos usuários na fila de espera para a Cirurgia Bariátrica?: *Assinale uma ou mais opções apresentadas. Se assinalar a opção “outras”, escreva no espaço em branco ao lado da opção, quais outras formas de assistência são ofertadas.*
- 94 Existe algum protocolo para cuidados de urgência dos usuários nas seguintes condições: *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
- 95 Nesta unidade, a equipe oferece acompanhamento de pacientes com as seguintes condições relacionadas à lesão de órgãos alvos: *Assinale uma ou mais opções apresentadas,*
- 96 Há um protocolo para aconselhamento nos seguintes contextos: *Assinale uma ou mais das opções “alimentação adequada e saudável”, “atividade física”, “tabagismo” em relação às profissões apresentadas nas linhas da tabela.*
- 97 Nesta Unidade de Saúde existe o acolhimento para definição de um adequado Plano de Autocuidado Pactuado (PAP) nas seguintes condições: *Assinale uma ou mais das opções “feito pela equipe multiprofissional (nutricionista, psicólogo e outros)”, “feito pela equipe mínima (médico, enfermeiro, dentista)”, “não adotamos essa prática” em relação a cada uma das condições de saúde apresentadas nas linhas da tabela.*
- 98 Nesta unidade, como se organiza a periodicidade de consultas médicas para os usuários com as seguintes condições? *Assinale uma das opções “demanda programática” ou “não tem uma frequência definida/demanda espontânea” em relação a cada uma das condições de saúde apresentadas.*

- 99 Existem informações disponíveis na Unidade de Saúde que definem os fluxos e as competências de cada um dos pontos de atenção para a Linha de Cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) para Doenças Crônicas? Assinale uma ou mais opções apresentadas.
- 99.1 Comente sua resposta: Escreva no espaço em branco detalhes sobre o uso dessas informações no cotidiano da Unidade de Saúde.
- 100 O médico (clínico geral ou de saúde da família) prescreve medicação como suporte para o tratamento da obesidade (se necessário informar-se com médico ou farmacêutico)? Assinale uma das opções apresentadas.
- 100.1 Se sim, quais são os medicamentos prescritos? Caso assinale a opção “sim”, escreva no espaço em branco o nome dos medicamentos prescritos. Caso assinale Não na questão anterior, escreva no espaço em branco NA.
- 101 Na rotina médica e/ou para diagnóstico aos usuários com **obesidade** esta Unidade de Saúde solicita os exames de: Assinale uma ou mais opções apresentadas. Caso assinale a opção “outros”, escreva no espaço em branco o nome dos exames solicitados.
- 102 Na rotina médica e/ou para diagnóstico aos usuários com **Hipertensão** esta Unidade de Saúde solicita os exames de: Assinale uma ou mais opções apresentadas. Caso assinale a opção “outros”, escreva no espaço em branco o nome dos exames solicitados.
- 103 Na rotina médica e/ou para diagnóstico aos usuários com **Diabetes Mellitus** esta Unidade de Saúde solicita os exames de: Assinale uma ou mais opções apresentadas. Caso assinale a opção “outros”, escreva no espaço em branco o nome dos exames solicitados.
- 104 Na rotina médica e/ou para diagnóstico aos usuários com **Obesidade Infantil** esta Unidade de Saúde solicita os exames de: Assinale uma ou mais opções apresentadas. Caso assinale a opção “outros”, escreva no espaço em branco o nome dos exames solicitados.
- 105 Na rotina médica e/ou para diagnóstico das usuárias com **Diabetes Gestacional** esta Unidade de Saúde solicita os exames de: Assinale uma ou mais opções apresentadas. Caso assinale a opção “outros”, escreva no espaço em branco o nome dos exames solicitados.
- 106 Na rotina médica e/ou para diagnóstico das usuárias com **Doença Hipertensiva Específica da Gravidez** esta Unidade de Saúde solicita os exames de: Assinale uma ou mais opções apresentadas. Caso assinale a opção “outros”, escreva no espaço em branco o nome dos exames solicitados.
- 107 Nesta unidade, a equipe utiliza algum escore ou protocolo para avaliar o risco cardiovascular dos usuários nas seguintes condições? (Ex: Escore de Framingham, Calculadora para estratificação de risco cardiovascular, etc) Assinale uma ou mais opções apresentadas,
- 108 Nesta unidade, a equipe utiliza algum protocolo para rastreamento para orientação de realização de atividade física nas seguintes condições? Assinale uma ou mais opções apresentadas.
- 108.1 Se utiliza, qual protocolo? Escreva no espaço em branco o nome do protocolo utilizado. Caso assinale Não na questão anterior, escreva no espaço em branco NA.

C.4 AÇÕES INTERSETORIAIS

Este bloco de perguntas tem o propósito de identificar as ações e parcerias intersetoriais que esta unidade possui, bem como os tipos de apoio que recebe e oferece nestas parcerias.

- 109** Cite até 10 organizações e/ou instituições públicas ou privadas com as quais esta unidade estabelece parcerias intersetoriais. [Insira o nome dos parceiros públicos ou privados nos espaços correspondentes 109.1 a 109.10.](#)
- [Em seguida, relacione os tipos de apoio que esta unidade OFERECE para cada um dos parceiros elencados.](#)
 - [Em seguida, relacione os tipos de apoio que esta unidade RECEBE de cada um dos parceiros elencados.](#)
 - [Na opção “c”, escreva outros tipos de apoio que não constem na lista disponibilizada. Caso não haja outros tipos de apoio envolvidos nessas parcerias, escreva no espaço em branco NA.](#)

C.5 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Este bloco de perguntas tem o propósito de identificar os fluxos de referência e contrarreferência conhecidos pelas equipes da unidade e como estes são utilizados.

- 110** Existem usuários desta unidade de saúde sendo acompanhados pela atenção especializada (AME, ambulatório etc.) para cuidado das seguintes condições: [Assinale uma ou mais opções apresentadas.](#)
- Obesidade
 - Hipertensão
 - Diabetes Mellitus
 - Não existem usuários sendo acompanhados
 - Não sei essa informação
- 111** O sistema de referência e contrarreferência é adotado nesta unidade?
"Mecanismo articulado e eficaz de fluxo para encaminhamento bem-sucedido dos usuários entre os diferentes níveis de atenção" (Pereira e Machado, 2016).
[Assinale uma das opções apresentadas.](#)
- 111.1 [Comente a resposta. Escreva no espaço em branco como funciona, ou não funciona, esse mecanismo.](#)
- 112** A Unidade de Saúde dispõe de serviço de encaminhamento para atendimento ambulatorial aos pacientes com obesidade, hipertensão e diabetes mellitus para as seguintes especialidades: [Assinale uma ou mais das especialidades apresentadas nas colunas em relação às condições apresentadas nas linhas da tabela.](#)
- 112.1 [Outra especialidade. Qual? Escreva no espaço em branco o nome de outras especialidades. Caso não haja outras especialidades, escreva no espaço em branco NA.](#)
- 113** A Unidade de Saúde dispõe de serviço de encaminhamento para atendimento ambulatorial por equipe multiprofissional que trabalham na lógica interdisciplinar especializada em obesidade (médico, nutricionista, psicólogo, outros) aos usuários com as seguintes condições: [Assinale uma ou mais das opções apresentadas.](#)

114 A equipe de saúde costuma encaminhar os usuários com obesidade, hipertensão e diabetes mellitus aos postos de Serviço Assistencial Social (CRAS, CREAS etc.)? Assinale uma das opções apresentadas.

114.1 Se sim, quais as principais demandas para o Serviço de Assistência Social relacionada ao sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes mellitus? Resposta: Escreva no espaço em branco em quais situações o Serviço de Assistência Social é acionado para pacientes com as condições de saúde descritas na questão. Caso tenha selecionado Não na questão anterior, escreva no espaço em branco NA.

C.6 AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDADO

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar a avaliação geral da equipe a respeito da organização do processo de cuidado. Responda considerando tudo o que foi questionado até aqui (considerando a Parte 1 e Parte 2).

115 Considerando tudo o que você respondeu até aqui, qual a sua avaliação sobre o processo de cuidado à pessoa com obesidade, hipertensão e diabetes mellitus nesta Unidade de Saúde? Assinale uma das opções apresentadas.

115.1 Justifique sua resposta: Escreva sua opinião no espaço em branco.

115.2 O que pode ser feito para avançar nesse processo? Escreva sua opinião no espaço em branco.

PARTE 4: ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Link de acesso: <https://forms.gle/yeiKxuVK7YWzN3Kk6>

Este bloco de perguntas tem o propósito de levantar informações sobre o processo de gestão da Atenção Primária à Saúde para a prevenção e o manejo do Sobrepeso, Obesidade, Hipertensão, Diabetes Mellitus e Tabagismo na Atenção Primária à Saúde, ou seja, descrever quais as iniciativas e os recursos são disponibilizados pelo município para a execução do trabalho.

D.1 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Este bloco de perguntas tem o propósito de identificar a unidade de saúde e será repetido no início de cada novo formulário/link para fins de organização dos dados coletados.

NÃO SE PREOCUPE, POIS todas as informações fornecidas serão utilizadas somente para esta pesquisa. Os dados pessoais serão utilizados somente para a construção dos nossos registros e sua identidade será codificada de forma que somente os responsáveis pela pesquisa terão acesso a essas informações.

Suas respostas e dados pessoais serão guardados na confidencialidade, seu nome não aparecerá durante a pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados.

- Qual a cidade? Escreva no espaço em branco o nome da cidade onde a Unidade de Saúde está localizada.
- Qual o estado? Escreva no espaço em branco a sigla do estado onde a cidade está localizada (ex: SP).

- Qual o nome da Unidade de Saúde (US)? Escreva no espaço em branco o nome Unidade de Saúde.

D.2 METAS MUNICIPAIS

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar as metas e os objetivos estabelecidos pelo município no cuidado com as Doenças Crônicas não Transmissíveis.

- 1 O Município apresenta: Assinale uma das opções “sim”, “não”, “não sei” em relação a cada uma das opções apresentadas nas linhas da tabela.
- 2 Estão previstas ações para o enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no plano municipal de saúde? Assinale uma das opções apresentadas.
- 3 Os gestores e profissionais das unidades conhecem o plano municipal de saúde? Assinale uma das opções apresentadas.
 - 3.1 Se sim, de quais etapas esta Unidade de Saúde participa/participou? Se assinalar “sim” na questão 3, assinale uma ou mais opções apresentadas. Se assinalar “não” na questão 3, assinale a opção “Não conhece o plano municipal de saúde”
- 4 Quanto ao sistema de informação na Atenção Primária à Saúde: Assinale uma das opções “sim”, “não”, “não sei” em relação a cada uma das opções apresentadas nas linhas da tabela.
- 5 O município monitora os indicadores do Previnir Brasil? Assinale uma das opções apresentadas.
- 6 O Município elaborou a Linha de Cuidado para as seguintes condições: Assinale uma ou mais opções apresentadas.

D.3 REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA

Este bloco de perguntas tem o propósito de verificar como se organizam as Redes de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no município, bem como caracterizar a comunicação entre os diferentes pontos da rede e a regulação de vagas.

- 7 O Município implantou a Linha de Cuidado para as seguintes condições: Assinale uma ou mais opções apresentadas.
- 8 O município tem participado de pactuações nas comissões: Assinale uma ou mais opções apresentadas.
- 9 As Unidades de Saúde têm se comunicado com o gestor da Atenção Primária à Saúde (APS)? Assinale uma das opções apresentadas.
 - 9.1 Se sim, quem comunica? Se responder, “sim” na questão 9, escreva no espaço em branco o cargo da pessoa dessa equipe que, geralmente, se comunica com o gestor da APS. Caso tenha selecionado Não na questão 9, escreva no espaço em branco NA.
 - 9.2 Qual é o meio dessa comunicação? Se responder “sim” na questão 9, assinale uma ou mais opções apresentadas. Se assinalar “não” na questão 9, assinale a opção “Não tem se comunicado”.
 - 9.3 Com que frequência costuma acontecer essa comunicação? Se responder “sim” na questão 9, escreva no espaço em branco com qual periodicidade ocorre a comunicação. Caso tenha selecionado Não na questão 9, escreva no espaço em branco NA.

- 10 As Unidades de Saúde têm se comunicado com os serviços especializados (ambulatório) para tratar de assuntos de interesse de usuários com as seguintes condições: Assinale uma ou mais opções apresentadas.
- 10.1 Se sim, quem comunica? Se responder “sim” na questão 10, escreva no espaço em branco a função da pessoa dessa equipe que, geralmente, se comunica com o serviço especializado. Caso tenha selecionado Não na questão 10, escreva no espaço em branco NA.
 - 10.2 Qual é o meio dessa comunicação? Se responder “sim” na questão 10, assinale uma ou mais opções apresentadas. Se assinalar “não” na questão 10, assinale a opção “Não tem se comunicado”.
 - 10.3 Com que frequência costuma acontecer essa comunicação? Se responder “sim” na questão 10, escreva no espaço em branco com qual periodicidade ocorre a comunicação. Caso tenha selecionado Não na questão 9, escreva no espaço em branco NA.
- 11 As Unidades de Saúde têm se comunicado com os serviços de cirurgia bariátrica para tratar de assuntos de interesse de usuários com obesidade? Assinale uma das opções apresentadas.
- 11.1 Se sim, quem comunica? Se responder “sim” na questão 11, escreva no espaço em branco o cargo da pessoa dessa equipe que, geralmente, se comunica com o serviço de cirurgia bariátrica. Caso tenha selecionado Não na questão 11, escreva no espaço em branco NA.
 - 11.2 Qual é o meio dessa comunicação? Se responder “sim” na questão 11, escreva no espaço em branco o cargo da pessoa dessa equipe que, geralmente, se comunica com o serviço de cirurgia bariátrica. Se assinalar “não” na questão 11, assinale a opção “Não tem se comunicado”.
 - 11.3 Com que frequência costuma acontecer essa comunicação? Se responder “sim” na questão 11, escreva no espaço em branco com qual periodicidade ocorre a comunicação. Caso tenha selecionado Não na questão 11, escreva no espaço em branco NA.
- 12 O Município dispõe de um manual de articulação, orientando as atividades de referência e contrarreferência para usuários com as seguintes condições? Assinale uma ou mais opções apresentadas.
- 13 O processo de referência e contrarreferência no cuidado à pessoa com obesidade, hipertensão e diabetes mellitus é monitorado pelo Município? Assinale uma das opções apresentadas.
- 13.1 Se sim, como? Se assinalar a opção “sim” na questão 13, escreva no espaço em branco como é feito esse monitoramento. Caso tenha selecionado “não” na questão 13, escreva no espaço em branco NA.

D.4 AÇÕES DE FORMAÇÃO

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar como ocorre o processo de formação dos profissionais de saúde.

- 14 Sobre as ações de formação, este Município: Assinale uma das opções “sim” ou “não” em relação às opções apresentadas nas linhas da tabela.
- 15 O Município ofereceu formação e definiu protocolo/diretrizes para: Assinale uma ou mais opções apresentadas.

- 16 O Município tem proporcionado à equipe da unidade orientação/apoio matricial pela equipe multiprofissional (Ex: NASF, NASF-AB) quanto ao cuidado dos usuários com sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes mellitus? Assinale uma das opções apresentadas.
- 17 O município tem recebido informações sobre as estratégias de capacitação organizadas pelo Ministério da Saúde (UnaSUS, cursos à distância etc)? Assinale uma das opções apresentadas.
- 17.1 Se sim, tem conseguido participar? Se respondeu “sim” na questão 17, assinale uma das opções apresentadas. Se responder “não” assinale a opção “não tem recebido informações”.
- 17.2 Se não, o que tem dificultado a participação? Se assinalar a opção “não” na pergunta 17 ou a opção “não” na pergunta 17.1, escreva no espaço em branco os empecilhos para participar das capacitações.
- 18 Há no município um setor dedicado à formação permanente e continuada? Assinale uma das opções apresentadas.
- 18.1 Se houver outro mecanismo de incentivo à formação permanente e continuada, qual é? Se assinalar a opção “não, mas há outro mecanismo de incentivo à formação permanente e continuada” na questão 18, escreva no espaço em branco o nome dos outros mecanismos de incentivo à educação permanente e continuada.
- 19 O município tem um planejamento definido quanto aos processos formativos das equipes? Assinale uma das opções apresentadas.
- 19.1 Se sim, qual frequência das formações? Se assinalar “sim” na questão 19, escreva no espaço em branco a frequência com a qual as formações são ofertadas. Se assinalar “não”, escreva no espaço em branco NA)
- 20 Nos processos formativos, são abordados os temas: Assinale uma ou mais opções apresentadas.
- Outros. Quais? Se assinalar a opção “outros”, escreva no espaço em branco qual(is) outro(s) temas são abordados nos processos formativos.


D.5 PROGRAMA DE MELHORIA E QUALIDADE

Este bloco de perguntas tem o propósito de identificar se o município aderiu a algum programa de qualidade e acreditação, bem com as ações consideradas no programa.

- 21 Quanto ao programa de qualidade e acreditação, o município tem adesão? Assinale uma das opções apresentadas.
- 21.1 Se sim, quais programas de qualidade e acreditação (Ex: PlanificaSUS)?
Resposta aberta: Se assinalar “sim” na questão 21, escreva no espaço em branco o nome dos programas de qualidade e acreditação. Se assinalar “não” na questão 21, escreva NA)
- 22 Nos programas de qualidade e acreditação do Município considera-se: Assinale uma ou mais opções apresentadas.

D.6 ESTRUTURA DA UNIDADE

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar a estrutura da unidade, bem como identificar a adequação de equipamentos e recursos disponíveis para as equipes e usuários.

- 
- 23 O Município proporciona à unidade de saúde instalações que garantem privacidade, conforto e segurança aos usuários com sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes mellitus? *Assinale uma das opções apresentadas.*
 - 24 A unidade de saúde dispõe dos seguintes recursos em quantidade suficiente para atendimento aos usuários: *Assinale uma das opções “sim” e “não” em relação a cada uma das opções apresentadas nas linhas da tabela.*
 - 25 O município oferece o serviço de manutenção preventiva dos equipamentos das unidades de saúde? *Assinale uma das opções apresentadas.*
 - 26 Quanto ao uso de aplicativos (WhatsApp e outros) para integração da equipe e monitoramento da adesão e/ou cuidado em relação aos usuários com sobrepeso e obesidade e/ou hipertensão e/ou diabetes mellitus, esta unidade consegue atender a necessidade da equipe? *Assinale uma das opções “sempre”, “às vezes” e “nunca” em relação a cada uma das opções apresentadas nas linhas da tabela.*

D.7 ORIENTAÇÕES DE COMANDO

Este bloco de perguntas tem o propósito de identificar como ocorrem as reuniões de planejamento e avaliação municipal, bem como identificar a utilização de mapas, relatórios e protocolos produzidos pelo município.

- 27 O Município prevê que as Unidades de Saúde façam reuniões periódicas de planejamento e avaliação? *Assinale uma das opções apresentadas.*
- 28 Quais das seguintes condições têm sido abordadas pelo Município em reuniões de planejamento e/ou elaboração de políticas públicas junto à gestão da Atenção Primária à Saúde? *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
- 29 Com que frequência têm sido disponibilizados à equipe de saúde os relatórios e mapas elaborados a partir de dados produzidos nas Unidades de Saúde? *Assinale uma das opções apresentadas.*
- 30 No nível Municipal existe um protocolo estabelecido de regulação de vagas para: *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
 - Outro. Qual? *Se assinalar a opção “outro”, escreva no espaço em branco para quais outras vagas há processo de regulação estabelecido.*

D.8 AÇÕES INTERSETORIAIS

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar as ações e parcerias intersetoriais estabelecidas no âmbito da gestão municipal.

- 31 Quais tipos de apoio estão envolvidos nas parcerias que a Atenção Primária à Saúde estabelece no âmbito da gestão municipal? *Para as perguntas 31.1 a 31.6, assinale uma ou mais opções “oferece apoio”, “recebe apoio” e “não tem esse tipo de parceria” em relação a cada uma das opções apresentadas nas linhas da tabela.*
 - 31.7 Outro setor. *Se houver outro setor com o qual ocorra parceria intersetorial que não tenha sido mencionado nas questões anteriores, escreva qual o setor e quais tipos de recursos são compartilhados. Se não houver outro setor, escrever NA)*
- 32 Considerando as ações intersetoriais, com quais setores não se relaciona, mas acredita que poderia se relacionar? *Escreva o nome dos setores no espaço em branco.*

D.9 AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar a avaliação geral da equipe a respeito da organização da Atenção Primária Saúde e da gestão municipal.

- 33** Considerando tudo o que você respondeu até aqui, qual a sua avaliação sobre a estrutura operacional da Atenção Primária à Saúde, em termos de modelo de governança (processo de gestão), sistema de apoio, logística de regulação e comunicação, incluindo referência e contrarreferência do seu Município? *Assinale uma das opções “ruim”, “regular”, “bom”, “ótimo” e “excelente” em relação a cada uma das opções apresentadas nas linhas da tabela.*

31.1 Justifique sua resposta: *Escreva no espaço em branco uma justificativa de sua escolha na questão 31.*

31.2 O que pode ser feito para avançar nesse processo? *Escreva no espaço em branco sugestões de como melhorar os pontos fracos que você identificou na questão 31.*

PARTE 5: INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA E DAS INSTÂNCIAS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DESEMPENHO DO SERVIÇO

Link de acesso: <https://forms.gle/LBjZhoXnqDpdJcFx5>

Este bloco de perguntas tem o propósito de levantar informações sobre a institucionalização de políticas públicas na Atenção Primária à Saúde para a prevenção e o manejo do Sobrepeso, da Obesidade, da Hipertensão, do Diabetes Mellitus e do Tabagismo na Atenção Primária à Saúde. Em outros termos, descrever o uso desses documentos e dispositivos no processo de trabalho das equipes de saúde. Também visa a caracterizar a efetivação de instâncias de participação social no contexto das unidades de saúde.

E.1 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Este bloco de perguntas tem o propósito de identificar a unidade de saúde e será repetido no início de cada novo formulário/link, para fins de organização dos dados coletados.

NÃO SE PREOCUPE, POIS todas as informações fornecidas serão utilizadas somente para esta pesquisa. Os dados pessoais serão utilizados somente para a construção dos nossos registros e sua identidade será codificada de forma que somente os responsáveis pela pesquisa terão acesso a essas informações.

Suas respostas e dados pessoais serão guardados na confidencialidade, seu nome não aparecerá durante a pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados.

- Qual a cidade? *Escreva no espaço em branco o nome da cidade onde a Unidade de Saúde está localizada.*
- Qual o estado? *Escreva no espaço em branco a sigla do estado onde a cidade está localizada (ex: SP).*
- Qual o nome da Unidade de Saúde (US)? *Escreva no espaço em branco o nome Unidade de Saúde.*

PARTE 5.1: INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA E DAS INSTÂNCIAS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Este bloco de perguntas tem o propósito de levantar informações sobre como o conteúdo das políticas públicas para Sobrepeso, Obesidade, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Tabagismo estão institucionalizadas na Atenção Primária à Saúde e sobre a existência e a efetividade de instâncias de participação social.

E.2 RECEBIMENTOS DE DOCUMENTOS OFICIAIS


Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar quais e como os documentos oficiais são recebidos e discutidos pelas equipes de saúde.

- 1 A equipe de saúde desta unidade recebeu formalmente os documentos relacionados a seguir? *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
- 2 A equipe de saúde desta unidade recebeu formalmente os documentos estaduais relacionados a seguir? *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
- 3 A equipe de saúde desta unidade recebeu formalmente outros documentos estaduais? Se sim, quais? *Se esta unidade recebeu formalmente outros documentos além dos mencionados na “questão 2”, escreva no espaço em branco quais documentos são estes. Se esta unidade não recebeu, escreva no espaço em branco NA*
- 4 Além dos documentos do Sistema de Saúde, que outros documentos/políticas norteiam as atividades da Atenção Primária à Saúde? *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
 - Outros. Quais? *Caso assinale a opção “outros”, escreva no espaço em branco o nome dos documentos que norteiam as atividades da Atenção Primária à Saúde.*
- 5 Os documentos oficiais estão disponíveis e acessíveis a todos da equipe? *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*
 - Outra forma. Qual? *Caso assinale a opção “outra forma”, escreva no espaço em branco quais são as outras formas de acesso aos documentos oficiais.*
- 6 Há algum tipo de monitoramento do uso dos documentos oficiais repassados pelas equipes de saúde? *Assinale uma das opções apresentadas.*
 - 6.1 Se sim, comente sua resposta: *Caso assinale a opção “sim”, escreva no espaço em branco de que forma acontece esse monitoramento. Caso assinale a opção “não”, escreva no espaço em branco “NA”.*

E.3 APLICABILIDADE À REALIDADE

Este bloco de perguntas tem o propósito de identificar como os documentos oficiais são utilizados pelos membros da equipe desta unidade de saúde.

- 7 Como os documentos oficiais são discutidos pela equipe desta Unidade de Saúde? *Assinale uma ou mais opções apresentadas.*

- 
- Outra forma. Qual? Caso assinale a opção “outra forma”, escreva no espaço em branco quais são as outras formas de discussão dos documentos oficiais.
- 8 Quais dificuldades a equipe encontra para a implementar as diretrizes e os documentos oficiais à realidade desta unidade de Saúde? Escreva no espaço em branco sua opinião sobre os desafios encontrados pela equipe para implementação das diretrizes e documentos.
- 9 O que a equipe desta Unidade de Saúde tem feito para implementar as políticas de controle e prevenção das seguintes condições? Assinale uma ou mais das opções “Obesidade”, “Hipertensão”, “Diabetes Mellitus” e “Tabagismo” em relação às opções apresentadas nas linhas da tabela.
- 10 Existem outras ações que a equipe desta Unidade de Saúde tem feito para implementar as políticas de controle e prevenção das seguintes condições? Caso exista outras ações que a equipe desta unidade tem feito para implantar as políticas de controle e prevenção além das citadas na “questão 9”, escreva qual estratégia é utilizada e depois indique se a mesma é utilizada para o controle e prevenção da “Obesidade”, “Hipertensão”, “Diabetes Mellitus” e/ou “Tabagismo”. Caso não haja outras ações, escreva no espaço em branco NA).

E.4 CONSELHO DE POLÍTICA PÚBLICA

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar os conselhos de saúde ativos no território desta unidade.

- 11 Na comunidade existe um Conselho Local de Saúde ou outra forma de participação popular? Assinale uma das opções apresentadas.
- 11.1 Se sim, qual? Caso assinale a opção “sim” na “questão 11”, escreva no espaço em branco qual Conselho Local de Saúde existe na comunidade. Caso assinale a opção “não”, escreva no espaço em branco “NA”.
- 11.2 Se sim, como se dá a participação da equipe? Caso assinale a opção “sim” na “questão 11”, escreva no espaço em branco como se dá a participação da equipe nestes conselhos. Caso assinale a opção “não”, escreva no espaço em branco “NA”.
- 12 Em quais instâncias os seguintes temas têm sido tratados: Assinale uma ou mais das opções “Conselho Municipal de Saúde”, “Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional”, “Conselho Local da Unidade de Saúde”, “Outras instâncias de participação social”, “Esse tema não tem sido tratado nessas instâncias” em relação às opções apresentadas nas linhas da tabela.
- 13 Como você avalia a participação da sociedade civil no âmbito da saúde: Assinale uma das opções “ruim”, “regular”, “bom”, “ótimo” e “excelente” em relação a cada uma das opções apresentadas nas linhas da tabela.
- 14 Como você avalia a participação da sociedade civil no âmbito da saúde, em outros espaços de discussão além dos mencionados na questão anterior? Escreva no espaço em branco o nome de outras instâncias de participação social e popular além dos mencionados na questão 13. Se não houver outros espaços, escreva NA.

E.5 POLÍTICAS E PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar as políticas públicas e os programas governamentais implementados no território desta unidade.

- 15 Que políticas públicas (projetos e programas governamentais) existem na comunidade para prevenção e controle da obesidade, hipertensão, diabetes mellitus e tabagismo? Assinale a opção "sim", "não" ou "não sei" para cada um dos itens apresentados nas linhas da tabela.
- 16 Existem outras políticas públicas (projetos e programas governamentais) na comunidade para prevenção e controle da obesidade, hipertensão, diabetes mellitus e tabagismos? Caso existam outras políticas públicas (projetos e programas governamentais) na comunidade para prevenção e controle da obesidade, hipertensão, diabetes mellitus e tabagismos além das citadas na "questão 15", escreva no espaço em branco qual é a política. Caso não existam outras políticas públicas (projetos e programas governamentais), escreva no espaço em branco NA).

E.6 AVALIAÇÃO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA E DAS INSTÂNCIAS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar a avaliação geral da equipe a respeito da Institucionalização da Política Pública e das Instâncias de participação social.

- 17 Considerando tudo o que você respondeu até aqui sobre as diretrizes recebidas dos órgãos estadual e federal e sobre participação social, classifique como as políticas públicas para sobrepeso, obesidade, hipertensão, diabetes mellitus e tabagismo são planejadas e implementadas, segundo a realidade do município. Assinale uma das opções "ruim", "regular", "bom", "ótimo" e "excelente" em relação a cada uma das opções apresentadas nas linhas da tabela.

17.1 Justifique sua resposta: Escreva no espaço em branco uma justificativa de sua escolha na questão 31.

O que pode ser feito para avançar nesse processo?


PARTE 5.2: DESEMPENHO DO SERVIÇO

Este bloco de perguntas tem o propósito de levantar informações sobre o desempenho/resultados alinhados aos atributos da Atenção Primária à Saúde em termos de serviços realizados para a pessoa com Sobrepeso, Obesidade, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Tabagista, a partir da ótica da equipe de saúde.

ATENÇÃO: Considerando a situação atípica da crise sanitária de 2020/2021, este questionário precisa ser respondido considerando os recursos da unidade para atendimento em situação não emergencial, como a vivida nesse período, ou seja, as **condições operacionais instaladas em 2019.**

F.1 ATENDIMENTO À DEMANDA PARA OBESIDADE, HIPERTENSÃO, DIABETES MELLITUS E TABAGISMO

Este bloco de perguntas tem o propósito de verificar se o atendimento e as ações desenvolvidas na unidade conseguem atender à demanda.

- 
- 1 Em relação aos atendimentos dos usuários, esta unidade consegue atender a demanda das seguintes condições: Assinale uma ou mais das opções “Atende à demanda Epidemiológica”, “Atende à demanda espontânea, a partir da procura dos usuários”, “Atende parcialmente à demanda” e “Não oferece”, em relação a cada uma das opções apresentadas nas linhas da tabela.
 - 2 Os usuários desta unidade são assistidos, quando necessário, nos serviços de referência pelas seguintes especialidades: Assinale uma das opções “Sempre”, “Às vezes” e “Nunca” em relação a cada uma das opções apresentadas nas linhas da tabela.

F.2 EVENTOS

Este bloco de perguntas tem o propósito de identificar as iniciativas da unidade em relação ao desenvolvimento de atividades e eventos voltados para promoção da saúde.

- 3 Quanto aos eventos e às iniciativas voltados à promoção da saúde e bem-estar no âmbito do território, a unidade consegue: Assinale uma das opções “Sim” e “Não” em relação a cada uma das opções apresentadas nas linhas da tabela.
 - 3.1 Se tem conseguido promover e participar, como tem sido a adesão da comunidade? Caso assinale a opção “sim” na “questão 3”, escreva no espaço em branco como se dá a participação da comunidade nos eventos promovidos. Caso assinale a opção “não”, escreva no espaço em branco “NA”.


F.3 ADESÃO E SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

Este bloco de perguntas tem o propósito caracterizar como se caracteriza a adesão aos grupos e às ações promovidas, bem como classificar a satisfação dos usuários com os serviços oferecidos pela unidade de saúde.

- 4 Em termos de adesão, quantos usuários persistem no cuidado individual ou em grupo proporcionado por esta Unidade de Saúde nas seguintes condições: Assinale uma das opções “Quase todos”, “Em torno de metade”, “Menos que a metade” e “Não disponibilizamos essas ações” e “Não temos esses dados consolidados” em relação a cada uma das opções apresentadas nas linhas da tabela.
- 5 Em termos de adesão ao cuidado, como você avalia a permanência da maioria dos usuários em atividades individuais ou em grupo proporcionadas por esta Unidade de Saúde? Assinale uma das opções “Menos de 1 mês”, “Em torno de 3 meses”, “Em torno de 6 meses” e “Mais de 6 meses” e “Não sei informar”, em relação a cada uma das opções apresentadas nas linhas da tabela.
- 6 Qual o grau de satisfação dos usuários desta Unidade de Saúde obtido na última avaliação? Assinale uma das opções apresentadas.

F.4 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SERVIÇO

Este bloco de perguntas tem o propósito de caracterizar a avaliação geral da equipe a respeito do desempenho do serviço.

- 
- 7 No geral, como você classifica o desempenho assistencial da equipe de saúde em relação ao reconhecimento que recebe da comunidade (Exemplo: Há elogios frequentes)? *Assinale uma das opções apresentadas.*
- 8 Considerando tudo o que você respondeu até aqui e diante do panorama de desempenho da unidade, em uma perspectiva de fortalecer os atributos da Atenção Primária à Saúde, qual a sua avaliação? *Assinale uma das opções apresentadas.*
- 8.1 Justifique sua resposta: *Escreva no espaço em branco uma justificativa para suas respostas na questão 8.*
- 8.2 O que pode ser feito para avançar nesse processo? *Escreva no espaço em branco, sua opinião sobre formas de fortalecer os atributos da Atenção Primária à Saúde na sua unidade.*

Agradecemos imensamente sua atenção para responder a este extenso instrumento!

"A maior recompensa pelo nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma."
— John Ruskin

Qualquer dúvida, favor entrar em contato pelo e-mail: articularras@gmail.com