|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Módulo I**  **UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE** | | | | |
| **I. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE** | | | | |
| 1. Nome da Unidade |  | | | |
| 2. Número do Cadastro CNES |  | | | |
| 3. Endereço: | | | | |
| 4. A unidade já foi auditada, monitorada, controlada e avaliada pela Secretaria Municipal, Estadual e/ou Ministério da Saúde? (art. 15, I; art. 17, II; e art. 18, I, da Lei n. 8080/90) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 5. Por qual componente da auditoria? |  | | | |
| 6. A unidade possui a avaliação sobre o cumprimento das metas pactuadas das Políticas Públicas de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde, firmadas na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e/ou Colegiado Intergestores Regionais – CIR? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 7. A unidade obedece aos protocolos de referência e contrarreferência? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 8. A unidade obedece a algum Procedimento Operacional Padrão – POP? |  | | | |
|  | | | | |
| **II. REFORMA E AMPLIAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE (acompanhar pelo SISMOB - Sistema de Monitoramento de Obras)** | | | | |
| 1. A UBS encontra-se em processo de reforma? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 2. A UBS encontra-se em processo de ampliação? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 3. A equipe atua em unidade provisória? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
|  | | | | |
| **III. MODALIDADE DA UNIDADE E TIPO DE GESTÃO** | | | | |
| 1. Qual o tipo de unidade de saúde? | ( ) Com ESF  ( ) Sem ESF | | | |
| 2. Qual o tipo de gestão | ( ) Gestão Direta  ( ) Terceirizada | | | |
|  | | | | |
| **IV. QUANTIDADE DE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NA UNIDADE, POR MODALIDADE** | | | | |
| 1. Número de Equipe de Saúde da Família (ESF) |  | | | |
| 2. Número de Equipe de Saúde Bucal (ESB) |  | | | |
|  | | | | |
| **V. QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS EXISTENTES NA UNIDADE E REGIME JURÍDICO** | | | | |
|  | | | | |
| PROFISSIONAL | TOTAL | EFETIVO | TEMPORÁRIO | TERCEIRIZADO |
| 1. Médico |  |  |  |  |
| 2. Enfermeiro |  |  |  |  |
| 3. Cirurgião-dentista |  |  |  |  |
| 4. Técnico de enfermagem |  |  |  |  |
| 5. Auxiliar de enfermagem |  |  |  |  |
| 6. Técnico em saúde bucal |  |  |  |  |
| 7. Auxiliar em saúde bucal |  |  |  |  |
| 8. Agente comunitário de saúde |  |  |  |  |
|  |  | | | |
| **VI. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO** | | | | |
| 1. Quais os turnos de atendimento? | ( ) Manhã  ( ) Tarde  ( ) Noite | | | |
| 2. Esta unidade funciona quais dias na semana (exceto em campanhas e mutirões)? | ( ) Segunda  ( ) Terça  ( ) Quarta  ( ) Quinta  ( ) Sexta  ( ) Sábado  ( ) Domingo | | | |
| 3. Esta unidade de saúde mantém todas as suas atividades no horário do almoço? (12h às 14h) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 4. Há horário fixo de atendimento na unidade | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| - Em que horário abre? (anotar) | \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ | | | |
| - Em que horário fecha? (anotar) | \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ | | | |
| - Qual o horário do intervalo? (anotar) | Das \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ as \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ | | | |
| 5. O horário de funcionamento está afixado em local visível? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
|  | | | | |
| Responsável pela aplicação do questionário: | | | | |
|  | | | | |
| **VII. ACESSIBILIDADE NA UNIDADE DE SAÚDE** | | | | |
| 1. Todas as entradas externas e portas internas são adaptadas para cadeira de rodas? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| - Onde não há? (anotar) |  | | | |
| 2. Cadeira de rodas está disponível para deslocamento do usuário? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
|  | | | | |
| **VIII. CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E AMBIÊNCIA** | | | | |
|  | | | | |
| **QUAL(IS) AMBIENTE(S) EXISTE(M) NA UNIDADE?** | | | | |
| 1. Sanitário para os usuários \*\*\*\* | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 2. Sanitário para pessoa com deficiência \*\*\*\* | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 3. Banheiro para funcionários | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 4. Sala de recepção | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 5. Espera | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 6. Área de compressor | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 7. Sala de vacina | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 8. Consultórios | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| - Quantos sem sanitário? (anotar) |  | | | |
| - Quantos com sanitário? (anotar) |  | | | |
| - Há um computador em cada consultório? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 9. Consultório odontológico (com equipo) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 10. Sala de nebulização | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 11. Sala de curativo/procedimento | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 12. Sala de recepção de material, lavagem e descontaminação \*\*\* | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 13. Sala de esterilização \*\*\* | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 14. Sala de utilidades (apoio à esterilização) \*\* | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 15. Sala de administração e gerência \* | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 16. Sala de reuniões e educação em saúde | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 17. Sala para ACS/ACE\* | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 18. Almoxarifado | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 19. Copa/cozinha | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 20. Depósito de material de limpeza (DML) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 21. Sala de armazenamento temporário de resíduos | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 22. Abrigo externo de resíduos sólidos | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 23. Escovário \*\* | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| \* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combates às Endemias pode ser instalada junto com a sala de administração e gerência  \*\* Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios  \*\*\* Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.  \*\*\*\* No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para pessoa com deficiência; no caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para pessoa com deficiência. | | | | |
|  | | | | |
| **SOBRE AS CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E AMBIÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE, OBSERVE SE:** | | | | |
| 1. Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 2. Os ambientes são bem iluminados? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 3. O unidade encontra-se em bom estado geral de conservação? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 4. Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 5. Os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 6. A unidade possui telefone próprio? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 7. Em caso positivo, anote o número. | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | | | | |
| **IX. IMUNOBIOLÓGICOS NA UNIDADE DE SAÚDE** | | | | |
| 1. Esta unidade oferta regularmente vacinação? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 2. A unidade está devidamente abastecida com os imunobiológicos necessários ao cumprimento do calendário vacinal? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 3. Em caso negativo, anotar as vacinas faltantes: | | | | |
| **X. MEDICAMENTOS** | | | | |
| 1. A unidade realiza dispensação de medicamentos? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 2. Existe sala de estocagem de medicamentos? \*\*\* | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 3. Existe computador para gerenciamento da farmácia? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 4. Há o abastecimento regular de medicamentos necessários ao funcionamento da unidade? (Observar que o item não trata apenas de medicamentos dispensados pela unidade, mas também dos medicamentos necessários ao funcionamento da unidade.) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 5. Em caso negativo, quais estão faltando? (anotar) | | | | |
| \*\*\* Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada. | | | | |
|  | | | | |
| **XI. INSUMOS PARA ATENÇÃO À SAÚDE** | | | | |
| 1. Há o abastecimento regular dos insumos necessários ao funcionamento da unidade? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 2. Em caso negativo, quais estão faltando? (anotar) | | | | |
| **XII. MATERIAL IMPRESSO PARA ATENÇÃO À SAÚDE** | | | | |
| 1. Há o abastecimento regular de material impresso necessário ao funcionamento da unidade (caderneta do bebê e da gestante, cartão de vacinação, receituários, etc)? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 2. Em caso negativo, quais estão faltando? (anotar) | | | | |
| **XIII. RELAÇÕES E PROCESSOS DE TRABALHO E MEIO AMBIENTE DE TRABALHO** | | | | |
|  | | | | |
| 1. Há notificação dos acidentes de trabalho (CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho) registrados nos livros de enfermagem? (art. 169, CLT; art. 22 ,§ 2º, da Lei n. 8.213/91; Portaria GM/MS nº 1.339/1999) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 2. Há notificação de agravos à saúde do trabalhador no Sistema Nacional de Notificação de Agravos - SINAN? (Portaria GM/MS nº 204/2016) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 3. A unidade possui Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA? (art. 162 da CLT e Norma Regulamentadora nº 9 do Ministério do Trabalho e Emprego) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 4. A unidade possui Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO? (art. 162 da CLT e Norma Regulamentadora nº 7 do Ministério do Trabalho e Emprego) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 5. A unidade possui Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfuro Cortantes, na forma da Norma Regulamentadora nº 32 do Ministério do Trabalho e Emprego? (art. 162 da CLT e Norma Regulamentadora nº 32 do Ministério do Trabalho e Emprego) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| Profissional da UBS responsável pelas informações: | | | | |
| Responsável pela aplicação do questionário: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ATENÇÃO:*** *Se houver mais de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) na Unidade Básica de Saúde (UBS), o* ***Módulo II*** *do questionário deverá ser aplicado a* ***CADA UMA DELAS****.*  **Módulo II**  **EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**  **(ou equivalente, se a UBS for SEM Saúde da Família)** | | | | |
| **I. IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (OU DE CUIDADOS PRIMÁRIOS)** | | | | |
| Identificador Nacional de Equipes (INE) da ESF |  | | | |
|  | | | | |
| **II. EQUIPAMENTOS (EM CONDIÇÕES DE USO) E INSUMOS ESSENCIAIS DA ESF:** | | | | |
| 1. Aparelho de pressão adulto? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 2. Estetoscópio adulto? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 3. Régua antropométrica infantil? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 4. Balança infantil? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 5. Balança antropométrica adulto? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 6. Geladeira exclusiva para vacina? (basta uma por UBS) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 7. Espéculo | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 8. Espátula de Ayres | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 9. Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 10. Escovinha endocervical | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 11. Lâmina de vidro com lado fosco | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 12. Porta-lâmina ou frasco plástico com tampa para lâmina | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
|  | | | | |
| **III. QUAIS SERVIÇOS ESTÃO DISPONÍVEIS AOS USUÁRIOS?** | | | | |
| 1. Consultas **médicas** | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| - Diabetes | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| - Hipertensão | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| - Gestantes (pré-natal) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| - Crianças | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 2. Consultas de **enfermagem** | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| - Diabetes | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| - Hipertensão | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| - Gestantes (pré-natal) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| - Crianças | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 3. A equipe realiza a coleta do exame citopatológico? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 4. Acolhimento | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 5. Vacinação | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 6. Dispensação de medicamentos pela farmácia da UBS? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 7. A 1ª amostra de escarro para o diagnóstico de tuberculose é coletada na primeira abordagem/consulta com o usuário? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 8. Nebulização/inalação? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 9. A equipe realiza diagnóstico de casos novos de hanseníase? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 10. A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 11. No atendimento à demanda espontânea a equipe realiza: |  | | | |
| - Atendimento de urgência | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| - Renovação de receitas de medicamentos | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| - Avaliação de risco e vulnerabilidade | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| - Retirada de pontos | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| - Curativos | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 12. As famílias da área de abrangência da equipe são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 13. A equipe desenvolve ações voltadas à promoção à saúde? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 14. Quais das seguintes ações a equipe realizou para combate ao *Aedes aegypti* no território? |  | | | |
| - Ações para a localização dos criadouros dos mosquitos | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| - Eliminação dos criadouros dos mosquitos | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| - Comunicação e mobilização da população e ações educativas (conscientização, informação, ações educativas) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 15. A equipe realiza teste rápido para detecção de HIV? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 16. A equipe realiza teste rápido para detecção de sífilis? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 17. A equipe administra a Penicilina Benzatina G na própria unidade de saúde (Portaria GM/MS nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, art. 1º)? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 18. A equipe realiza a captação precoce das gestantes? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 19. A equipe realiza a busca ativa das gestantes de alto risco? (Portaria GM/MS nº 1.020/2013, art. 7º, I.) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 20. A equipe está vinculada ao Programa de Saúde na Escola – PSE? (Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017.) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
|  | | | | |
| **IV. CONHECIMENTO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF E PLANEJAMENTO:** | | | | |
| 1. A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 2. Conhecimento da população da área por faixa etária e sexo? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 3. Utilização do sistema de informação da atenção básica (SISAB) para o planejamento das suas ações? | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 4. A população adscrita está cadastrada no e-SUS? (Portaria GM/MS 1.412, de 10 de julho de 2013) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
| 5. Em caso positivo, qual o percentual? (Anotar 00-100.) |  | | | |
| 6. A equipe já utiliza o Prontuário Eletrônico do Cidadão? (Portaria GM/MS 1.412, de 10 de julho de 2013) | ( ) SIM ( ) NÃO | | | |
|  |  | | | |
| **V. HORÁRIO DOS PROFISSIONAIS** | | | | |
| 1. A frequência de todos os profissionais é controlada através de ponto biométrico? | | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| **Nome do Médico da ESF** | | | **CRM Nº** | **CARGA HORÁRIA SEMANAL** |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
| 2. A equipe conta com profissional médico todos os dias da semana (exceto em campanhas e mutirões)? | | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 3. Segunda-feira | | | ( ) Manhã  ( ) Tarde  ( ) Noite | |
| 4. Terça-feira | | | ( ) Manhã  ( ) Tarde  ( ) Noite | |
| 5.Quarta-feira | | | ( ) Manhã  ( ) Tarde  ( ) Noite | |
| 6. Quinta-feira | | | ( ) Manhã  ( ) Tarde  ( ) Noite | |
| 7. Sexta-feira | | | ( ) Manhã  ( ) Tarde  ( ) Noite | |
| 8. Sábado | | | ( ) Manhã  ( ) Tarde  ( ) Noite | |
| 9. Domingo | | | ( ) Manhã  ( ) Tarde  ( ) Noite | |
| **VI. AÇÕES E SERVIÇOS A SEREM REALIZADOS NA ATENÇÃO BÁSICA** | | | | |
| 1. Administração de medicamentos na Atenção Básica | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 2. Administração de medicamentos endovenosos | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 3. Administração de medicamentos via intramuscular | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 4. Administração de medicamentos via oral | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 5. Administração de Penicilina para tratamento de sífilis | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 6. Aferição de pressão arterial | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 7. Atendimento de urgência em atenção básica | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 8. Atendimento individual em domicílio | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 9. Atividade coletiva/educação em saúde | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 10. Avaliação antropométrica | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 11. Coleta de material p/ exame laboratorial | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 12. Curativo especial | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 13. Curativo simples | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 14. Drenagem de abscesso | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 15. Exame do Pé Diabético | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 16. Glicemia capilar | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 17. Retirada de Cerume | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 18. Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 19. Retirada de corpo estranho subcutâneo | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 20. Retirada de pontos de cirurgias básicas | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 21. Sutura simples | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 22. Tamponamento nasal anterior e/ou posterior | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 23. Terapia de Reidratação Oral | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 24. Teste do Pezinho | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 25. Triagem oftalmológica | | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| Profissional da UBS responsável pelas informações: | | | | |
| Responsável pela aplicação do questionário: | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***ATENÇÃO:*** *Se houver mais de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Unidade Básica de Saúde (UBS), o* ***Módulo III*** *do questionário deverá ser aplicado a* ***CADA UMA DELAS****.*  **Módulo III**  **EQUIPE DE SAÚDE BUCAL**  **(ou equivalente, se a UBS for SEM ESB)** | | | |
| **I. IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL** | | | |
| Identificador Nacional de Equipes (INE) da ESB |  | | |
|  | | | |
| **II. EQUIPAMENTOS E INSUMOS ESSENCIAIS DA ESB** | | | |
| 1. Cadeira Odontológica | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 2. Caneta de alta rotação | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 3. Caneta de baixa rotação | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 4. Compressor de ar com válvula de segurança ou compressor elétrico | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 5. Cuspideira | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 6. Autoclave (basta uma por UBS) | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 7. Mocho | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 8. Refletor | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 9. Sugador | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 10. Brocas de alta rotação | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 11. Luva descartável | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 12. Máscara descartável | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
|  | | | |
| **III. PROCESSO DE TRABALHO DA ESB** | | | |
| 1. A Equipe de Saúde Bucal funciona em regime de 40 horas? | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 2. A Equipe de Saúde Bucal possui mapa do território? | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 3. Existe planejamento articulado da atenção básica junto com a Equipe de Saúde Bucal? | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
| 4. A equipe de Saúde Bucal realiza consultas de demanda espontânea e agendada? | ( ) SIM ( ) NÃO | | |
|  | | | |
| **IV. HORÁRIO DOS PROFISSIONAIS** | | | |
| 1. A frequência de todos os profissionais é controlada através de ponto biométrico? | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| **Nome do Cirurgião Dentista da ESB** | | **CRO Nº** | **CARGA HORÁRIA SEMANAL** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| 2. A equipe conta com cirurgião dentista todos os dias da semana (exceto em campanhas e mutirões)? | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 3. Segunda-feira | | ( ) Manhã  ( ) Tarde  ( ) Noite | |
| 4. Terça-feira | | ( ) Manhã  ( ) Tarde  ( ) Noite | |
| 5.Quarta-feira | | ( ) Manhã  ( ) Tarde  ( ) Noite | |
| 6. Quinta-feira | | ( ) Manhã  ( ) Tarde  ( ) Noite | |
| 7. Sexta-feira | | ( ) Manhã  ( ) Tarde  ( ) Noite | |
| 8. Sábado | | ( ) Manhã  ( ) Tarde  ( ) Noite | |
| 9. Domingo | | ( ) Manhã  ( ) Tarde  ( ) Noite | |
| **V. AÇÕES E SERVIÇOS OFERTADOS** | | | |
| 1. Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 2. Ação coletiva de escovação dental supervisionada | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 3. Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 4. Acesso à polpa dentaria e medicação | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 5. Assistência domiciliar por equipe multiprofissional | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 6. Atendimento à gestante | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 7. Atendimento de urgência | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 8. Avaliação dos itens de vigilância em saúde bucal | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 9. Consulta agendada | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 10. Consulta de conclusão do tratamento em odontologia | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 11. Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 12. Exodontia de dente decíduo | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 13. Exodontia de dente permanente | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 14. Orientação de higiene bucal | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 15. Primeira consulta odontológica programática | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 16. Profilaxia/remoção de placa bacteriana | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 17. Pulpotomia dentária | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 18. Raspagem alisamento e polimento supragengivais | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 19. Raspagem alisamento subgengivais | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 20. Restauração de dente decíduo | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 21. Restauração de dente permanente anterior | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 22. Restauração de dente permanente posterior | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 23. Selamento provisório de cavidade dentária | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 24. Tratamento de alveolite | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
| 25. Ulotomia/ulectomia | | ( ) SIM ( ) NÃO | |
|  | |  | |
| Profissional da UBS responsável pelas informações: | | | |
| Responsável pela aplicação do questionário: | | | |