

---

## Apêndice A: Listas de avaliação rápida da qualidade dos serviços

### Formulário curto

---

**GERAL**

Visitas domiciliares de APS  
Educação para saúde

**ATENÇÃO MATERNA**

Pré-natal  
Parto seguro  
Pós-natal  
Planejamento familiar

**ATENÇÃO À CRIANÇA**

Aleitamento materno  
Monitorização do crescimento  
Educação nutricional  
Imunização  
Infecções respiratórias agudas  
Controle de doenças diarréicas  
Terapia de reidratação oral

**OUTROS CUIDADOS COM A SAÚDE**

Suprimento de água, higiene e saneamento  
Saúde escolar  
Incapacidades na infância  
Acidentes e lesões  
Doenças sexualmente transmissíveis  
HIV/AIDS  
Malária  
Tuberculose  
Tratamento de problemas secundários  
Doenças crônicas não transmissíveis

**SATISFAÇÃO DO CLIENTE**

## Avaliação rápida de qualidade

### 1. Avaliação comunitária de atenção primária à saúde (global)

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação de serviço durante as visitas de atenção primária no domicílio ou centro de saúde. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

1. \_\_\_\_ Instalação de saúde  
 3. \_\_\_\_ Observador/supervisor  
 4. \_\_\_\_ Data

#### O provedor do serviço:

5. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Registrou todas as crianças < 5 no prontuário da família?  
 6. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Registrou todas as mulheres >16 no prontuário da família?  
 11. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Vacinou ou conseguiu vacinação para crianças que precisam ser imunizadas?

(Se houver crianças desnutridas na casa):

18. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Certifica-se de que aconselhamento nutricional, suplementação alimentar e/ou atenção médica estão sendo recebidas?

(Se alguma criança tiver diarreia):

20. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Recomenda TRO e auxilia a mãe a prepará-la e administrá-la?

(Para cada mulher grávida):

27. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Pergunta se está recebendo pré-natal e providencia uma consulta de pré-natal se necessário?

(Para todos os domicílios):

31. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Encaminha mulheres ou casais interessados aos serviços de planejamento familiar?  
 35-38. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Discute água, higiene e saneamento, se indicado?  
 41. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Estabelece uma boa relação com a mãe?



## Avaliação rápida de qualidade

### 2. Educação para saúde

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação de serviço de educação para saúde. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

1. \_\_\_\_\_ Instalação de saúde  
 3. \_\_\_\_\_ Observador/supervisor  
 4. \_\_\_\_\_ Data

#### O provedor do serviço:

- |        |                     |                                                                                  |
|--------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 5.     | SIM _____ NÃO _____ | Determinou o conhecimento, atitudes e práticas dos participantes sobre o tópico? |
| 6.     | SIM _____ NÃO _____ | Determinou o nível geral de conhecimento dos participantes?                      |
| 7-9.   | SIM _____ NÃO _____ | Explicou o tópico e enfocou a discussão?                                         |
| 10-17. | SIM _____ NÃO _____ | Discutiu todos os aspectos relevantes do tópico?                                 |
| 18-41. | SIM _____ NÃO _____ | Usou técnicas apropriadas de discussão para encorajar a participação ativa?      |
| 42-43. | SIM _____ NÃO _____ | Usou materiais educacionais apropriados durante a apresentação?                  |
| 44.    | SIM _____ NÃO _____ | Distribuiu algum material educacional disponível?                                |



## Avaliação rápida de qualidade

### 3. Pré-natal

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação do serviço de pré-natal. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

- 
1. \_\_\_\_\_ Instalação de saúde  
 3. \_\_\_\_\_ Observador/supervisor  
 4. \_\_\_\_\_ Data
5.       SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_   Revisou e atualizou o registro obstétrico ou cartão de saúde da família?  
 Perguntou pelo menos duas questões sobre fatores de risco na história reprodutiva?
- 6-12.   SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_   Perguntou pelo menos duas questões sobre os fatores de risco associados a esta gravidez?
- 13-25.  SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_   Realizou pelo menos uma atividade de exame físico?
- 29-34.  SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_   Imunizou ou organizou imunização contra tétano?
35.     SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_   Fez teste de sangue (glicose, hemoglobina/hematócrito e malária), se medicamente indicado?
43.     SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_   Discutiu a importância de ter o parto supervisionado por um profissional de saúde treinado?
52.     SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_   Explicou os sinais de perigo que requerem atenção imediata?
54.     SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_   Disse à mulher grávida quando e onde ir na próxima visita de pré-natal?
56.     SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_



## Avaliação rápida de qualidade

### 4. Parto Seguro

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação do serviço de parto. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

1. \_\_\_\_\_ Instalação de saúde  
 3. \_\_\_\_\_ Observador/supervisor  
 4. \_\_\_\_\_ Data

#### O provedor do serviço:

##### *Antes do parto:*

5. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Esterilizou agulhas, seringas, fitas para o cordão, tesouras/lâmina?  
 6. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Preparou um local limpo para o parto?  
 8-16. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Tirou uma história do trabalho de parto?  
 17. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Reviu a história reprodutiva para fatores de risco se necessário?

##### *Durante o parto:*

- 18-31. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Fez exame físico e monitorizou a mulher durante todo o trabalho de parto?  
 39-43. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Auxiliou o trabalho de parto?  
 44-50. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Auxiliou a expulsão?  
 51-59. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Buscou ajuda para problemas obstétricos e emergências?  
 61-62. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Ligou o cordão umbilical com fio em três pontos e cortou com lâmina/tesoura?  
 64. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Determinou o APGAR em 1 e 5 minutos após o nascimento?  
 70-72. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Auxiliou o secundamento?

##### *Depois do parto:*

- 73-76. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Monitorizou a mãe e forneceu atenção necessária imediatamente após o nascimento?  
 77-96. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Examinou a criança?  
 66. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Usou pomada antibiótica oftálmica ou gotas de nitrato de prata na primeira hora após o nascimento?  
 67. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Vacinou com BCG?  
 68. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Administrou vitamina K?  
 97. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Discutiu a higiene pós-natal e forneceu instruções relacionadas?  
 104-114. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Recomendou o aleitamento materno?  
 115-119. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Orientou sobre puericultura?



## Avaliação rápida de qualidade

### 5. Pós-natal

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação do cuidado pós-natal. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

1. \_\_\_\_\_ Instalação de saúde
3. \_\_\_\_\_ Observador/supervisor
4. \_\_\_\_\_ Data

#### O provedor do serviço:

- |        |                     |                                                                                       |
|--------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 5-14.  | SIM _____ NÃO _____ | Fez à mãe ao menos duas perguntas de anamnese?                                        |
| 15-21. | SIM _____ NÃO _____ | Examinou a mãe?                                                                       |
| 22-37. | SIM _____ NÃO _____ | Examinou o recém-nascido?                                                             |
| 38.    | SIM _____ NÃO _____ | Registrou os achados da anamnese e do exame físico?                                   |
| 43.    | SIM _____ NÃO _____ | Encaminhou a mãe para tratamento especial se necessário?                              |
| 47.    | SIM _____ NÃO _____ | Encaminhou a criança em todas as condições físicas que precisam de atenção médica?    |
| 44.    | SIM _____ NÃO _____ | Vacinou com BCG ou verificou se a criança já havia recebido a vacina?                 |
| 45.    | SIM _____ NÃO _____ | Fez a primeira dose de DPT e Sabin?                                                   |
| 48.    | SIM _____ NÃO _____ | Disse à mãe para oferecer apenas leite do peito nos primeiros 4-6 meses?              |
| 54.    | SIM _____ NÃO _____ | Discutiu planejamento familiar com a mãe e informou como obter planejamento familiar? |
| 55.    | SIM _____ NÃO _____ | Encorajou a mãe a matricular a criança numa clínica de puericultura?                  |



## Avaliação rápida de qualidade

### 6. Planejamento familiar

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação de serviços de planejamento familiar. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

1. \_\_\_\_\_ Instalação de saúde  
 3. \_\_\_\_\_ Observador/supervisor  
 4. \_\_\_\_\_ Data

#### O provedor do serviço:

- 5-16.       SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_    Fez ao menos três perguntas sobre a história reprodutiva na anamnese?  
 17.         SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_    Tirou a pressão arterial?  
 18.         SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_    Procurou nódulos mamários?  
 19.         SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_    Examinou a paciente em busca de sinais de anemia?  
 24.         SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_    Recomendou um método livre de contra indicações para esta cliente?  
 28, 31-33. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_    Discutiu efeitos colaterais?

#### Pergunte à cliente:

44.         SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_    Como você usa o contraceptivo que recebeu hoje?  
 45.         SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_    Quais são os possíveis efeitos colaterais?



## Avaliação rápida de qualidade

### 7. Aleitamento materno

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação do serviço de promoção do aleitamento materno. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

1. \_\_\_\_ Instalação de saúde  
 3. \_\_\_\_ Observador/supervisor  
 4. \_\_\_\_ Data

#### O provedor do serviço:

- |        |                   |                                                                                                                                               |
|--------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5-10.  | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou sobre o conhecimento e práticas da mãe relativos ao aleitamento materno                                                             |
| 11.    | SIM ____ NÃO ____ | Instruiu as mães sobre os benefícios do aleitamento materno sobre mãe e filho?                                                                |
| 12-19. | SIM ____ NÃO ____ | Recomendou sobre tempo de aleitamento e encorajou a continuação do aleitamento durante as doenças?                                            |
| 20-23. | SIM ____ NÃO ____ | Instruiu a mãe sobre o método de aleitamento?                                                                                                 |
| 24-29. | SIM ____ NÃO ____ | Explicou os sinais de alarme que indicam que a mãe deve procurar auxílio?                                                                     |
| 25-26. | SIM ____ NÃO ____ | Ofereceu aconselhamento apropriado sobre métodos de planejamento familiar e benefícios contraceptivos do aleitamento materno?                 |
| 32-35. | SIM ____ NÃO ____ | Ofereceu aconselhamento apropriado sobre a dieta durante a lactação, suplementos nutricionais e alimentos importantes localmente disponíveis? |
| 39-41. | SIM ____ NÃO ____ | Orientou a mãe sobre práticas de desmame e preparação de alimentos?                                                                           |





## Avaliação rápida de qualidade

### 8. Monitorização do crescimento/educação nutricional

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação do serviço de monitorização do crescimento e educação nutricional. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

- 1. \_\_\_\_ Instalação de saúde
- 3. \_\_\_\_ Observador/supervisor
- 4. \_\_\_\_ Data

#### O provedor do serviço:

- 5-7. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Calculou a idade corretamente?
- 8-12. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Pesou a criança corretamente?
- 13-15. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Anotou o peso corretamente?

#### Se a criança for desnutrida:

- 17. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Encaminhou para aconselhamento nutricional?
- 18-28. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Fez ao menos uma recomendação apropriada sobre alimentação e cuidado com a criança?

#### Pergunte à mãe:

- 39. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Seu filho ganhou, perdeu ou manteve peso desde a última tomada?

#### Pergunte ao provedor do serviço:

- 36. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Você tem uma balança funcionando?
- 43. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Você tem uma maneira de rastrear as crianças desnutridas?



## Avaliação rápida de qualidade

### 9. Imunização infantil

---

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação do serviço de imunização infantil. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

---

1. \_\_\_\_ Instalação de saúde
3. \_\_\_\_ Observador/supervisor
4. \_\_\_\_ Data

#### O provedor do serviço:

13. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Usou uma agulha estéril para cada injeção?
14. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Usou uma seringa estéril para cada injeção?
17. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Vacinou a criança com todas as vacinas necessárias hoje?
19. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Registrou as vacinas no cartão da criança?

#### Pergunte ao provedor do serviço:

36. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ A temperatura registrada esteve entre 0 e 8° C durante todos os momentos do último mês?

#### Para sessões de campo:

41. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ As vacinas foram transportadas em caixas térmicas com pacotes de gelo?

#### Pergunte à mãe:

43. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Quando você deve retornar para a próxima imunização?



## Avaliação rápida de qualidade

### 10. Infecções respiratórias agudas

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação do serviço para infecções respiratórias agudas. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

1. \_\_\_\_\_ Instalação de saúde  
 3. \_\_\_\_\_ Observador/supervisor  
 4. \_\_\_\_\_ Data

#### O provedor do serviço:

- 5-12. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Fez ao menos duas perguntas da anamnese?  
 13. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Perguntou sobre algum tratamento administrado?  
 15. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Contou a frequência respiratória?  
 24. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Classificou a criança pela gravidade da doença?  
 25. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Deu antibióticos para pneumonia, amigdalite estreptocócica ou otite?  
 Evitou o uso de antibióticos nos resfriados?  
 26. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Informou a mãe sobre ao menos três sinais de pneumonia?<sup>1</sup>  
 36. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

#### Pergunte à mãe

(Se antibióticos foram prescritos):

- 45-46. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Como você vai administrar o remédio (quanto, com que frequência, quanto tempo)?

<sup>1</sup>Os sinais incluem estridor, tiragem/respiração rápida, incapacidade de beber, cianose, ansiedade e fraqueza ou letargia.



## Avaliação rápida de qualidade

### 11. Controle de doenças diarreicas/terapia de reidratação oral

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação do serviço de controle de doenças diarreicas e terapia de reidratação oral. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

1. \_\_\_\_ Instalação de saúde
3. \_\_\_\_ Observador/supervisor
4. \_\_\_\_ Data

#### O provedor do serviço:

- |        |                   |                                                                                                                      |
|--------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5-11.  | SIM ____ NÃO ____ | Fez ao menos duas perguntas de anamnese?                                                                             |
| 12-16. | SIM ____ NÃO ____ | Executou ao menos duas manobras de exame físico?                                                                     |
| 17.    | SIM ____ NÃO ____ | Determinou o grau de desidratação? (nenhum, moderado, grave)?                                                        |
| 18.    | SIM ____ NÃO ____ | Prescreveu solução segura de SRO?                                                                                    |
| 20.    | SIM ____ NÃO ____ | Evitou o uso de antibióticos, exceto quando as fezes apresentam sangue ou muco?                                      |
| 22.    | SIM ____ NÃO ____ | Se a criança está desidratada, administrou solução de SRO imediatamente ou encaminhou a criança a um centro próximo? |
| 31.    | SIM ____ NÃO ____ | Informou à mãe quanta solução de SRO oferecer e com que frequência fazê-lo?                                          |
| 35.    | SIM ____ NÃO ____ | Mostrou à mãe como preparar a solução de SRO?                                                                        |



## Avaliação rápida de qualidade

### 12. Suprimento de água, higiene e saneamento

---

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação do serviço de educação em suprimento de água, higiene e saneamento. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

---

1. \_\_\_\_ Instalação de saúde  
 3. \_\_\_\_ Observador/supervisor  
 4. \_\_\_\_ Data

#### O provedor do serviço:

10. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Discutiu o armazenamento da água num recipiente limpo e coberto?  
 13. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Discutiu a importância da lavagem das mãos antes das refeições, de alimentar as crianças, e de preparar os alimentos?  
 16. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Inspeccionou a latrina?  
 23. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Discutiu o uso apropriado da latrina e a eliminação dos dejetos humanos (e.g., troninho para crianças abaixo dos 3 anos)?  
 28. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Recomendou que o lixo fosse enterrado ou queimado?  
 30. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Recomendou que os animais fossem mantidos presos longe da casa?

#### Pergunte à mãe:

37. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Por que é importante lavar as mãos?



## Avaliação rápida de qualidade

### 13. Incapacidades na infância

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação do serviço de incapacidades na infância. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

1. \_\_\_\_ Instalação de saúde  
 3. \_\_\_\_ Observador/supervisor  
 4. \_\_\_\_ Data

#### O provedor do serviço:

- 5-9. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Fez perguntas à mãe para identificar fatores que possam ter contribuído para uma incapacidade?
- 10-20. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Fez perguntas à mãe para determinar o tipo e o grau de incapacidade?
- 21-32. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Examinou corretamente a criança em busca do tipo e grau de incapacidade?
33. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Administrou/prescreveu tratamento ou terapia disponível de acordo com diretrizes estabelecidas?
34. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Fez o encaminhamento apropriado de acordo com as diretrizes estabelecidas?
- 36-37. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Forneceu informações sobre serviços locais disponíveis para os incapacitados?
- 42-44. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Discutiu o que os pais, a família, e a comunidade podem fazer para auxiliar as crianças com incapacidades?

#### Pergunte ao cliente:

53. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Qual é a incapacidade de seu filho?
55. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Se for o caso, você sabe como impedir que uma incapacidade semelhante aconteça novamente?
- 56-59. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Que informação você recebeu sobre o tratamento e/ou onde procurar ajuda?



## Avaliação rápida de qualidade

### 14. Acidentes e lesões

---

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação do serviço de acidentes e lesões. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

---

1. \_\_\_\_ Instalação de saúde
3. \_\_\_\_ Observador/supervisor
4. \_\_\_\_ Data

#### O provedor do serviço:

- |             |                   |                                                                                                                              |
|-------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.          | SIM ____ NÃO ____ | Identificou corretamente o tipo de lesão?                                                                                    |
| 6.          | SIM ____ NÃO ____ | Obteve uma história da lesão, e.g., causa, tempo, etc.?                                                                      |
| 7.          | SIM ____ NÃO ____ | Administrou tratamento apropriado de acordo com diretrizes estabelecidas?                                                    |
| 8.          | SIM ____ NÃO ____ | Fez a referência apropriada de acordo com as diretrizes estabelecidas?                                                       |
| 9.          | SIM ____ NÃO ____ | Discutiu algumas lesões comuns e como elas podem ser prevenidas?<br>Discutiu a segurança das crianças dentro e fora da casa? |
| 10, 11, 13. | SIM ____ NÃO ____ | Discutiu algum item de segurança ocupacional?                                                                                |
| 12.         | SIM ____ NÃO ____ | Explicou como reconhecer uma emergência e onde buscar ajuda?                                                                 |
| 14-15.      | SIM ____ NÃO ____ |                                                                                                                              |



## Avaliação rápida de qualidade

### 15. Doenças sexualmente transmissíveis

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação do serviço de doenças sexualmente transmissíveis. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

1. \_\_\_\_ Instalação de saúde
3. \_\_\_\_ Observador/supervisor
4. \_\_\_\_ Data

#### O provedor do serviço:

- |            |                   |                                                                                                                                                                                     |
|------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.         | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou sobre os sintomas de infecção?                                                                                                                                            |
| 6-9.       | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou sobre exposição prévia a DST e algum tratamento administrado?                                                                                                             |
| 10-11.     | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou sobre outras fontes potenciais de exposição, e.g., sangue, instrumentos não estéreis, etc.?                                                                               |
| 15-18.     | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou sobre possíveis comportamentos de risco associados com DST?                                                                                                               |
| 21-30.     | SIM ____ NÃO ____ | Examinou o paciente em busca de sinais de infecção?                                                                                                                                 |
| 38-41.     | SIM ____ NÃO ____ | Diagnosticou e tratou o paciente de acordo com as diretrizes estabelecidas?                                                                                                         |
| 32-37, 42. | SIM ____ NÃO ____ | Encaminhou os pacientes para diagnóstico, tratamento, ou exames laboratoriais de acordo com as diretrizes estabelecidas?                                                            |
| 45-51.     | SIM ____ NÃO ____ | Forneceu educação para saúde sobre os modos de transmissão e prevenção de DST?                                                                                                      |
| 47.        | SIM ____ NÃO ____ | Instruiu o cliente sobre o uso e correto e consistente de condoms?                                                                                                                  |
| 54-67.     | SIM ____ NÃO ____ | Forneceu aconselhamento apropriado sobre os procedimentos de testes, seus resultados, e o fato de que os mesmos são confidenciais?                                                  |
| 68-75.     | SIM ____ NÃO ____ | Forneceu aconselhamento apropriado aos casos de DST sobre tratamento disponível, complicações da doença ou efeitos a longo prazo, e possíveis riscos para os parceiros e/ou filhos? |





## Avaliação rápida de qualidade

### 16. Malária

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação do serviço de malária. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

1. \_\_\_\_\_ Instalação de saúde  
 3. \_\_\_\_\_ Observador/supervisor  
 4. \_\_\_\_\_ Data

#### O provedor do serviço:

- 5-10. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Fez ao menos duas perguntas de anamnese?  
 11. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Perguntou sobre anti-maláricos tomados nas últimas 24 horas?  
 12. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Perguntou sobre outros sintomas para descartar outras doenças febris?  
 13. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Tomou a temperatura?  
 20. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Fez um esfregaço de sangue ou encaminhou o caso a uma instalação onde uma lâmina possa ser examinada?  
 22. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Administrou ou prescreveu anti-malárico apropriado de acordo com as normas locais?  
 25-26. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Administrou antitérmico e ou compressa fria se temperatura maior 39° C?  
 30. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Discutiu sinais de alarme que podem indicar malária resistente ou complicada?  
 31. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Orientou o cliente a retornar à consulta se sinais de perigo se desenvolverem?

#### Pergunte ao cliente:

52. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Se houve prescrição de droga: como você tomará o remédio, quanto, com que frequência, por quanto tempo?



## Avaliação rápida de qualidade

### 17. Tuberculose

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação do serviço de tuberculose. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

1. \_\_\_\_\_ Instalação de saúde  
 3. \_\_\_\_\_ Observador/supervisor  
 4. \_\_\_\_\_ Data

#### O provedor do serviço:

5. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Perguntou sobre tosse persistente por duas ou mais semanas?  
 6. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Perguntou sobre febre persistente, por um mês ou mais?  
 7. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Perguntou sobre perda de peso?  
 8. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Perguntou sobre sangue no escarro?  
 17. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Realizou o teste tuberculínico?  
 19. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Encaminhou para exame do escarro?  
 21. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Prescreveu medicamentos ou encaminhou para tratamento de acordo com as normas locais?  
 22. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Para casos em acompanhamento: verificou se o cliente está tomando o medicamento corretamente?  
 28. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Explicou quanto e com que frequência tomar o medicamento?  
 29. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Enfatizou a importância de completar o tratamento?

#### Pergunte ao cliente:

44. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Se drogas foram prescritas: como você vai tomar o medicamento, quanto, com que frequência, por quanto tempo?  
 47. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Se houver necessidade de exame complementar: onde você vai fazer o exame?



## Avaliação rápida de qualidade

### 18. Tratamento de problemas secundários

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação do serviço de problemas secundários. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

1. \_\_\_\_ Instalação de saúde
3. \_\_\_\_ Observador/supervisor
4. \_\_\_\_ Data

#### Anamnese

O provedor do serviço:

5. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Perguntou sobre a queixa principal, febre, dor, tosse, etc.?
6. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Determinou a história da doença atual?
7. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Determinou a história pregressa e familiar pertinente?

#### Exame físico

O provedor do serviço:

8. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Avaliou os sinais vitais, PA, temperatura, pulso, frequência respiratória, etc.?
9. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Executou um exame físico pertinente?

#### Diagnóstico

O provedor do serviço:

10. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Fez diagnóstico diferencial, e.g., tosse, TB, pneumonia, bronquite, dor abdominal, gastroenterite, colecistite aguda, apendicite, etc.?

#### Diagnóstico laboratorial

O provedor do serviço:

11. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Solicitou exames laboratoriais, radiografias ou outros exames relacionados com a condição ou com o diagnóstico preliminar?

#### Planos de tratamento e acompanhamento

O provedor do serviço:

13. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Forneceu tratamento apropriado para a condição?
14. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Forneceu informações ao paciente sobre a condição e o plano de tratamento?
18. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Discutiu a importância da adesão à terapia medicamentosa?

Pergunte ao cliente:

21. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Com que frequência você vai tomar este remédio?
22. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Qual a dose que você vai tomar?
23. SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_ Por quanto tempo você vai continuar o tratamento?



## Avaliação rápida de qualidade

### 19a. Hipertensão

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação do serviço de hipertensão. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

1. \_\_\_\_\_ Instalação de saúde  
 3. \_\_\_\_\_ Observador/supervisor  
 4. \_\_\_\_\_ Data

O provedor do serviço:

- 5-6.       SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Tomou a PA de maneira apropriada?  
 7-13.      SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Perguntou sobre queixas principais, e.g., visão embaçada, cefaléia intensa, dispnéia, dor torácica?  
 14,16.     SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Perguntou sobre experiência e tratamento prévio/atual para hipertensão?  
 15.        SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Perguntou sobre a história familiar de hipertensão?  
 17.        SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Perguntou sobre história de diabetes ou acidente vascular cerebral?  
 21.        SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Perguntou sobre o estilo de vida atual, e.g., trabalho, tensão, condição doméstica?  
 23-24.     SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Perguntou sobre história patológica e tratamento pgressos?  
 25-34.     SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Realizou exame físico incluindo sinais vitais, PA, coração, pulso nos membros inferiores ou veias do pescoço, de acordo com a política local?  
 35-38.     SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Forneceu aos pacientes educação/aconselhamento sobre hipertensão?  
 39-43.     SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Instruiu os pacientes sobre o uso de alguma medicação prescrita?  
 46, 48-49. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Educou os pacientes sobre exercícios apropriados e dieta pobre em sal?  
 44-45     SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Informou os pacientes sobre sinais de alarme que indicam quando retornar à clínica?



## Avaliação rápida de qualidade 20b. Diabetes mellitus

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação do serviço de diabetes mellitus. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

1. \_\_\_\_\_ Instalação de saúde  
3. \_\_\_\_\_ Observador/supervisor  
4. \_\_\_\_\_ Data

### O provedor do serviço:

5.       SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Perguntou sobre sintomas, e.g., visão embaçada, sede incomum, infecção do trato urinário, candidíase numa mulher, problemas nos pés, formigamentos, infecções repetidas?
- 6-15.   SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Executou um exame físico incluindo sinais vitais, aparência geral, aparência e pulso nos membros inferiores, respiração rápida, sinais de desidratação, ou outros de acordo com a norma local?
16.       SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Fez exames (e.g., glicemia, glicosúria) apropriados?
- 17-19.   SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Forneceu aos pacientes educação/aconselhamento sobre exercícios e dieta apropriados?
22.       SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Instruiu os familiares sobre como lidar com as emergências diabéticas comuns?
- 25-30.   SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Educou o paciente sobre proteção e cuidados apropriados com os pés?

### Para mulheres em idade fértil:

31.       SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Discutiu a importância na manutenção dos níveis de glicemia dentro de uma faixa especificada antes e durante a gestação para prevenir problemas congênitos?
32.       SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Encaminhou as gestações de alto risco de acordo com as normas locais?



## Avaliação rápida de qualidade 21c. Anemia

Esta lista de verificação destina-se à avaliação rápida da qualidade do serviço na observação da prestação do serviço de anemia. Para usá-la, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente. Se você deseja avaliar este serviço com mais detalhes, refira-se, por favor, à lista de verificação de qualidade do serviço apropriado. Os números dos itens da lista de verificação abaixo correspondem aos daquela lista.

1. \_\_\_\_\_ Instalação de saúde  
3. \_\_\_\_\_ Observador/supervisor  
4. \_\_\_\_\_ Data

### O provedor do serviço:

- |     |                     |                                                                                 |
|-----|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 5.  | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre as queixas principais; se havia gravidez?                       |
| 6.  | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou se havia sangue nas fezes?                                            |
| 7.  | SIM _____ NÃO _____ | Pesquisou sangue oculto nas fezes?                                              |
| 11. | SIM _____ NÃO _____ | Verificou a cor da conjuntiva?                                                  |
| 13. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre história familiar de anemia?                                    |
| 15. | SIM _____ NÃO _____ | Fez exame físico completo?                                                      |
| 16. | SIM _____ NÃO _____ | Obteve hemograma completo com contagem de reticulócitos?                        |
| 18. | SIM _____ NÃO _____ | Determinou o tipo de hemoglobina, a região, raça, idade ou sexo?                |
| 21. | SIM _____ NÃO _____ | Determinou a etiologia da anemia?                                               |
| 22. | SIM _____ NÃO _____ | Determinou consulta apropriada; encaminhamento a um especialista se necessário? |

### Pergunte ao cliente:

24. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Você recebeu aconselhamento nutricional?

### Pergunte ao provedor do serviço:

29. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Você sabe como administrar a droga, quanto, com que frequência, quanto tempo?
30. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Você sabe onde obter reposição da droga?
34. SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_ Como você pode cuidar da anemia?





