
Apêndice B: Listas de avaliação rápida da qualidade dos serviços

Formulário longo

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



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS

1. Avaliação comunitária de atenção primária à saúde

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação da prestação de serviços durante as visitas de atenção primária no domicílio ou centro de saúde. Antes de usá-la, o protocolo nacional de tratamento deve ser revisto para adaptar a ferramenta à situação local, se necessário. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. ____ Instalação de saúde
2. ____ Provedor do serviço
3. ____ Observador/supervisor
4. ____ Data

Registro e documentação

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? |
| 7. | SIM ____ NÃO ____ | Atualizou as informações durante a visita? |
| 8. | SIM ____ NÃO ____ | Registrou esta visita nos registros do centro de saúde? |

Atenção com os < 5 anos

Imunização

O provedor do serviço:

- | | | |
|-----|-------------------|---|
| 9. | SIM ____ NÃO ____ | Discutiu a importância da vacinação? |
| 10. | SIM ____ NÃO ____ | Revisou o status vacinal dos < 5? |
| 11. | SIM ____ NÃO ____ | Vacinou ou conseguiu vacinação para crianças que precisam ser imunizadas? |
| 12. | SIM ____ NÃO ____ | Revisou as vacinas necessárias e as datas apropriadas com a mãe? |
| 13. | SIM ____ NÃO ____ | Respondeu às perguntas da mãe sobre vacinas? |

Monitorização do crescimento

O provedor do serviço:

- | | | |
|-----|-------------------|---|
| 14. | SIM ____ NÃO ____ | Revisou os cartões de crescimento dos < 5? |
| 15. | SIM ____ NÃO ____ | Pesou as crianças ou encaminhou-as para monitorização do crescimento? |
| 16. | SIM ____ NÃO ____ | Discutiu as alterações de peso com a mãe e deu aconselhamento nutricional? |
| 17. | SIM ____ NÃO ____ | Respondeu às perguntas da mãe sobre monitorização do crescimento e nutrição? |
| 18. | SIM ____ NÃO ____ | (Se houver crianças desnutridas na casa): Certificou-se de que aconselhamento nutricional, suplementação alimentar e/ou atenção médica estão sendo recebidas? |

TRO

O provedor do serviço:

- | | | |
|-----|-------------------|---|
| 19. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou se alguma criança do domicílio teve diarreia? |
|-----|-------------------|---|



- (Se alguma criança tiver diarreia):
20. SIM ____ NÃO ____ Recomendou TRO e auxiliou a mãe a prepará-la e administrá-la?
Se não houve diarreia, revisou a importância da TRO e encorajou a mãe a usá-la no futuro?
21. SIM ____ NÃO ____
22. SIM ____ NÃO ____ Respondeu às perguntas da mãe sobre TRO?
23. SIM ____ NÃO ____ Demonstrou como fazer TRO, ou convidou a mãe a demonstrar, se necessário?

Atenção materna

Pré-natal

O provedor do serviço:

24. SIM ____ NÃO ____ Discuti a importância do pré-natal?
25. SIM ____ NÃO ____ Perguntou se alguma mulher do domicílio está grávida?
26. SIM ____ NÃO ____ Conversou com cada mulher grávida sobre seu bem estar geral?
(Para cada mulher grávida):
27. SIM ____ NÃO ____ Perguntou se está recebendo pré-natal e providencia uma consulta de pré-natal se necessário?
28. SIM ____ NÃO ____ Deu orientação nutricional e suplemento de ferro/cálcio?
29. SIM ____ NÃO ____ Respondeu às perguntas das gestantes?

Planejamento familiar

O provedor do serviço:

30. SIM ____ NÃO ____ Deu informações sobre os serviços de planejamento familiar?
(Para todos os domicílios):
31. SIM ____ NÃO ____ Encaminhou mulheres ou casais interessados aos serviços de planejamento familiar?
32. SIM ____ NÃO ____ Perguntou às usuárias de contracepção se estão satisfeitas com o método?
33. SIM ____ NÃO ____ Encaminhou as usuárias atuais para aconselhamento ou acompanhamento, se necessário?
34. SIM ____ NÃO ____ Respondeu às perguntas sobre planejamento familiar?

Água e saneamento

Os profissionais de saúde devem incluir água e saneamento se houver um caso atual ou recente de diarreia na casa ou em qualquer casa onde o profissional sinta que condições precárias de água e saneamento possam constituir um risco para a saúde.

O provedor do serviço:

35. SIM ____ NÃO ____ Perguntou sobre acesso a água e forneceu informações sobre os esforços comunitários para abordar os problemas, se necessário?
36. SIM ____ NÃO ____ Perguntou sobre as práticas de armazenamento de água e aconselhou apropriadamente?
37. SIM ____ NÃO ____ Perguntou sobre a manutenção e uso da latrina e aconselhou apropriadamente?
38. SIM ____ NÃO ____ Perguntou sobre o destino do lixo e dejetos e aconselhou apropriadamente?

Geral

O provedor do serviço:

39. SIM ____ NÃO ____ Perguntou se alguém no domicílio está doente e aconselhou apropriadamente?
40. SIM ____ NÃO ____ Acompanhou as doenças recentes?
41. SIM ____ NÃO ____ Verificou se os clientes compreenderam as informações chave da visita de hoje?



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS 2. Educação para saúde ¹²

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na supervisão e monitorização dos serviços de educação para saúde fornecidos tanto pelos profissionais baseados nas clínicas quanto pelos profissionais baseados nas comunidades. A lista é abrangente e inclui algumas tarefas clínicas que a parteira tradicional e outros agentes periféricos não executam rotineiramente. A lista de verificação deve ser modificada e simplificada de acordo com a situação local. Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação da prestação do serviço. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. ____ Instalação de saúde
2. ____ Provedor do serviço
3. ____ Observador/supervisor
4. ____ Data

Determinação da base educacional

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?

Discussão de tópico

O provedor do serviço:

7. SIM ____ NÃO ____ Definiu claramente o objetivo do encontro?
8. SIM ____ NÃO ____ Discutiu a relevância e o objetivo do tópico?
9. SIM ____ NÃO ____ Permaneceu preso ao tópico em questão?
10. SIM ____ NÃO ____ Explicou os fatores de risco (i.e., biológicos, ambientais, sócio-econômicos, comportamentais, relacionados aos cuidados com a saúde)?
11. SIM ____ NÃO ____ Discutiu transmissão e prevenção?
12. SIM ____ NÃO ____ Discutiu mudanças específicas recomendadas de comportamento?
13. SIM ____ NÃO ____ Discutiu os benefícios da mudança proposta?
14. SIM ____ NÃO ____ Discutiu os obstáculos e problemas potenciais?
15. SIM ____ NÃO ____ Discutiu as complicações potenciais e os sinais de perigo?
16. SIM ____ NÃO ____ Discutiu quando procurar os serviços/acompanhamento, ou buscar ajuda, se necessário?
17. SIM ____ NÃO ____ Discutiu onde procurar os serviços ou buscar ajuda, se necessário?

Uso de técnicas apropriadas

O provedor do serviço:

18. SIM ____ NÃO ____ Estabeleceu uma boa relação com os participantes?
19. SIM ____ NÃO ____ Demonstrou sensibilidade aos níveis existentes/variados de KAP?

¹ Pleiffer, J. (ed.), *Theories and models in applied behavioral science*, vol. II, p. 12,28,65-66,139,140,147-149, 189,227

² Wallerstein, N. & Bernstein, E., Empowerment, education; Freire's ideas adapted to Health education, *Health Education Quarterly*, vol.15, Nº 4, p. 379-383 (1988)



20. SIM ____ NÃO ____ Apelou para razões intelectuais e emocionais para as mudanças de comportamento?
21. SIM ____ NÃO ____ Solicitou opiniões honestas dos participantes no início do encontro?
22. SIM ____ NÃO ____ Evitou o uso de terminologia técnica/médica?
23. SIM ____ NÃO ____ Falou com clareza e fez contato visual?
24. SIM ____ NÃO ____ Usou comunicação verbal e não verbal?
25. SIM ____ NÃO ____ Usou apresentações criativas, apelando para os cinco sentidos, para afastar o tédio e a fadiga?
26. SIM ____ NÃO ____ Enfocou comportamento observável que possa ser mudado com relativa facilidade?
27. SIM ____ NÃO ____ Comunicou a desejada mudança de comportamento de uma maneira específica, sem ameaça ou julgamento?
28. SIM ____ NÃO ____ Mostrou-se disposto a ceder em parte, se necessário?
29. SIM ____ NÃO ____ Evitou impor seus próprios valores culturais e escolhas?
30. SIM ____ NÃO ____ Usou demonstrações ou modelos durante a apresentação?
31. SIM ____ NÃO ____ Usou dramatização?
32. SIM ____ NÃO ____ Promoveu discussão de grupo e participação?
33. SIM ____ NÃO ____ Promoveu a prática/aplicação do comportamento recentemente adquirido pelos membros do grupo, para estimular a confiança?
34. SIM ____ NÃO ____ Discutiu problemas e exemplos realistas e relevantes para os participantes?
35. SIM ____ NÃO ____ Repetiu ou reiterou as mensagens chave?
36. SIM ____ NÃO ____ Pediu que os participantes repetissem as mensagens chave ou demonstrassem uma atividade?
37. SIM ____ NÃO ____ Verificou se os participantes compreenderam as informações chave?
38. SIM ____ NÃO ____ Perguntou aos participantes se eles têm alguma dúvida?
39. SIM ____ NÃO ____ Respondeu completamente às perguntas da audiência?
40. SIM ____ NÃO ____ Pediu retorno aos participantes sobre a apresentação?
41. SIM ____ NÃO ____ Distribuiu bem o tempo?

Uso de materiais

O provedor:

42. SIM ____ NÃO ____ Usou materiais audiovisuais durante a apresentação?
43. SIM ____ NÃO ____ Usou materiais apropriados para participantes analfabetos, se necessário?
44. SIM ____ NÃO ____ Distribuiu algum material educacional disponível?

Entrevista de saída com os participantes

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

45. SIM ____ NÃO ____ Quais os pontos principais que você discutiu hoje?
46. SIM ____ NÃO ____ Você se sente pronto/apto para iniciar a mudança de comportamento?
47. SIM ____ NÃO ____ Quando você deve retornar ao centro de saúde (se necessário)?
48. SIM ____ NÃO ____ Isto foi útil/interessante para você?

Entrevista com o provedor

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

49. SIM ____ NÃO ____ Você comunicou os pontos que havia planejado?



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS

3. Pré-natal

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na supervisão e monitorização dos serviços de pré-natal fornecidos tanto pelos profissionais baseados nas clínicas quanto pelos profissionais baseados nas comunidades. A lista é abrangente e inclui algumas tarefas clínicas que a parteira tradicional e outros agentes periféricos não executam rotineiramente. A lista de verificação deve ser modificada e simplificada de acordo com a situação local. Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação da prestação do serviço. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. ____ Instalação de saúde
2. ____ Provedor do serviço
3. ____ Observador/supervisor
4. ____ Data

História reprodutora

O provedor do serviço:

5. SIM ____ NÃO ____ Revisou o registro obstétrico ou o prontuário da família?

O provedor do serviço atualizou as informações sobre:

6. SIM ____ NÃO ____ Idade?
7. SIM ____ NÃO ____ Data da última menstruação?
8. SIM ____ NÃO ____ Data do último parto?
9. SIM ____ NÃO ____ Número de gestações prévias?
10. SIM ____ NÃO ____ Resultado da última gravidez?
11. SIM ____ NÃO ____ Complicações durante as gestações prévias? ¹
12. SIM ____ NÃO ____ Aleitamento atual ou progresso?

O provedor perguntou sobre fatores de risco:

13. SIM ____ NÃO ____ Sangramento durante a gestação atual ou passadas?
14. SIM ____ NÃO ____ Queimação à micção?
15. SIM ____ NÃO ____ Corrimento vaginal de odor fétido?
16. SIM ____ NÃO ____ Diabetes?
17. SIM ____ NÃO ____ Problemas cardiovasculares?
18. SIM ____ NÃO ____ Problemas renais?
19. SIM ____ NÃO ____ Circuncisão feminina?
20. SIM ____ NÃO ____ Lesões prévias, especialmente na pelve?
21. SIM ____ NÃO ____ Medicações atuais?
22. SIM ____ NÃO ____ Tabagismo?
23. SIM ____ NÃO ____ Alcoolismo?
24. SIM ____ NÃO ____ Abuso de drogas?
25. SIM ____ NÃO ____ Algum outro problema associado com a gestação atual?

¹ Complicações incluem sangramento, toxemia, infecção, trabalho prolongado, incompatibilidade Rh, cesariana, natimorto e aborto espontâneo.



Pergunte sobre ações preventivas tomadas:

26. SIM _____ NÃO _____ Imunização contra o tétano?
 27. SIM _____ NÃO _____ Profilaxia contra a malária?
 28. SIM _____ NÃO _____ Planos para o parto?

Exame físico

O provedor do serviço:

29. SIM _____ NÃO _____ Tomou o pulso?
 30. SIM _____ NÃO _____ Tomou a PA?
 31. SIM _____ NÃO _____ Mediu corretamente peso e altura?
 32. SIM _____ NÃO _____ Examinou corretamente pernas, face e mãos em busca de edema?
 33. SIM _____ NÃO _____ Calculou a data provável do parto?
 34. SIM _____ NÃO _____ Avaliou a adequação da pelve?

Serviços preventivos de rotina para gestantes

O provedor do serviço:

35. SIM _____ NÃO _____ Imunizou ou conseguiu imunização contra o tétano?
 36. SIM _____ NÃO _____ Administrou ou prescreveu ferro?
 37. SIM _____ NÃO _____ Administrou ou prescreveu suplementos nutricionais?
 38. SIM _____ NÃO _____ Administrou ou prescreveu anti-maláricos, se indicado?

Encaminhamento

O provedor do serviço:

39. SIM _____ NÃO _____ Encorajou a mãe a comparecer ao pré-natal na instalação de saúde local?
 40. SIM _____ NÃO _____ Encaminhou as gestações de alto risco para atenção médica adicional?¹
 41. SIM _____ NÃO _____ Recomendou parto hospitalar para as gestações de alto risco?
 42. SIM _____ NÃO _____ Encaminhou para exame de urina (glicose e proteínas) se medicamente indicado?
 43. SIM _____ NÃO _____ Encaminhou para exame de sangue (glicose, hemoglobina/hematócrito ou diagnóstico de malária) se medicamente indicado?
 44. SIM _____ NÃO _____ Encaminhou para determinação do fator Rh?
 45. SIM _____ NÃO _____ Encaminhou para sorologia para sífilis (pelas normas locais ou se medicamente indicado)?

Aconselhamento

O provedor do serviço:

46. SIM _____ NÃO _____ Explicou a importância de pré-natal continuado durante a gestação?
 47. SIM _____ NÃO _____ Explicou os benefícios do ganho de peso durante a gestação?
 48. SIM _____ NÃO _____ Discutiu os tipos de alimentos a incluir na dieta durante a gestação?
 49. SIM _____ NÃO _____ Explicou como tomar os comprimidos de ferro/suplementos nutricionais?
 Advertiu sobre os perigos do álcool, tabagismo e drogas?
 50. SIM _____ NÃO _____ Explicou a importância do toxóide tetânico durante a gestação?
 51. SIM _____ NÃO _____

¹ Encaminhamento está indicado se: 1) um ou mais fatores de risco estiverem presentes (veja história reprodutiva); 2) houver uma história de complicação durante a gestação ou parto; 3) a mulher é mais velha (pelas normas locais) ou teve muitas gestações (número determinado pelas normas locais). Encaminhamento também está indicado por problemas e emergências médicas e obstétricas, gestação ectópica, infecção ou sangramento por aborto, e outros problemas e emergências pré-natais, especialmente hemorragia, sepsis e eclâmpsia. Diretrizes para encaminhamento devem seguir as normas locais.



52. SIM ____ NÃO ____ Explicou a importância de ter o parto acompanhado por um profissional treinado?
53. SIM ____ NÃO ____ Explicou os perigos de abortos provocados por indivíduos não qualificados?
54. SIM ____ NÃO ____ Explicou os sinais de perigo que requerem atenção imediata?¹
55. SIM ____ NÃO ____ Orientou a gestante para que sua família procure assistência ou a transporte para uma clínica/hospital se os sinais de perigo de emergências ou complicações obstétricas ocorrerem?
56. SIM ____ NÃO ____ Orientou a gestante sobre onde e quando ir para a próxima consulta de pré-natal?
57. SIM ____ NÃO ____ Verificou se a gestante compreendeu as mensagens chave?
58. SIM ____ NÃO ____ Perguntou se ela tem alguma dúvida?

Suprimentos

Pergunte ao provedor sobre os seguintes suprimentos:

59. SIM ____ NÃO ____ Você tem uma balança funcionando (para pesar a gestante)?
60. SIM ____ NÃO ____ Você tem uma fita métrica?
61. SIM ____ NÃO ____ Você tem um estetoscópio e esfigmomanômetro?
62. SIM ____ NÃO ____ Você tem um relógio com ponteiro de segundos para medir o pulso?
63. SIM ____ NÃO ____ Você tem toxóide tetânico?
64. SIM ____ NÃO ____ Você tem comprimidos de ferro (de acordo com a política local)?
65. SIM ____ NÃO ____ Você tem medicamentos para a profilaxia da malária (de acordo com a norma local)?
66. SIM ____ NÃO ____ Você tem formulários ou cartões para registrar as consultas de pré-natal?

Entrevista com a gestante

Assinale "sim" se a entrevistada responder corretamente:

67. SIM ____ NÃO ____ Você planeja que algum profissional de saúde treinado auxilie seu parto?
68. SIM ____ NÃO ____ Quais são os sinais de perigo durante a gestação que requerem atenção médica?¹
69. SIM ____ NÃO ____ Quando e onde será sua próxima consulta de pré-natal?

Se a gestante for de alto risco por qualquer razão:

70. SIM ____ NÃO ____ Você planeja procurar atenção médica?
71. SIM ____ NÃO ____ Você planeja ter seu bebê num hospital?

Entrevista com o provedor do serviço

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

72. SIM ____ NÃO ____ Quais são os sinais de perigo durante a gestação que requerem atenção médica?¹
73. SIM ____ NÃO ____ Você encaminha as gestações de alto risco?
74. SIM ____ NÃO ____ Você tem uma maneira de rastrear as gestações de alto risco?
75. SIM ____ NÃO ____ Você acompanha as gestantes que não retornam às sessões de pré-natal?

¹ Sinais de perigo incluem inchaço das mãos e face, tonteira grave ou prolongada, sangramento abdominal, dor abdominal intensa ou constante, febre, corrimento ou mau cheiro vaginal.



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS

4. Parto seguro

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na supervisão e monitorização da qualidade dos serviços fornecidos pelos profissionais baseados em clínicas, profissionais baseados na comunidade e parteiras tradicionais. Embora seja difícil agendar observações de partos, avaliação de desempenho pode ser executada através de entrevistas após o parto ou dramatização. Esta lista inclui algumas tarefas clínicas que as PT e outros profissionais de periferia não executam rotineiramente. Esta lista de verificação deve ser modificada e simplificada de acordo com a situação local. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. ____ Instalação de saúde
2. ____ Provedor do serviço
3. ____ Observador/supervisor
4. ____ Data

Preparar para o parto

O provedor do serviço:

5. SIM ____ NÃO ____ Esterilizou agulhas, seringas, fios, tesouras/lâmina e luvas?
6. SIM ____ NÃO ____ Preparou um local limpo para o parto?
7. SIM ____ NÃO ____ Avaliou as complicações e emergências potenciais?

Tomar a história do trabalho de parto

O provedor do serviço:

8. SIM ____ NÃO ____ Perguntou quando as dores começaram?
9. SIM ____ NÃO ____ Perguntou sobre a frequência das contrações?
10. SIM ____ NÃO ____ Perguntou se e quando a bolsa se rompeu?
11. SIM ____ NÃO ____ Perguntou sobre sangramento vaginal?
12. SIM ____ NÃO ____ Perguntou sobre corrimento preto/verde (mecônio)?
13. SIM ____ NÃO ____ Perguntou sobre a última vez que a mulher se alimentou?
14. SIM ____ NÃO ____ Perguntou quando a mulher evacuou pela última vez?
15. SIM ____ NÃO ____ Perguntou quando a mulher urinou pela última vez e se teve algum problema com a micção?
16. SIM ____ NÃO ____ Perguntou sobre alguma medicação ou tratamento recebido?
17. SIM ____ NÃO ____ Perguntou sobre fatores de risco se não houver informações nos registros de pré-natal?¹

Conduzir exame físico e monitorizar o trabalho de parto

O provedor do serviço:

¹ Fatores de alto risco incluem: 1) história de complicações durante gravidez ou parto; 2) mulher > ____ anos ou mais de ____ gestações; ou 3) a presença das seguintes condições: sangramento durante a gestação atual ou passada; ardor à micção; corrimento vaginal fétido durante a gestação; diabetes; problemas cardiovasculares; problemas renais; circuncisão; ou lesões prévias, principalmente pélvicas. Diretrizes para definição de alto risco e condutas apropriadas devem seguir as normas locais.



18. SIM _____ NÃO _____ Tomou o pulso regularmente?
19. SIM _____ NÃO _____ Tomou a PA regularmente?
20. SIM _____ NÃO _____ Determinou a força e duração das contrações?
21. SIM _____ NÃO _____ Determinou a posição do feto?
22. SIM _____ NÃO _____ Palpou a cérvix para determinar o apagamento, a firmeza e a dilatação?
23. SIM _____ NÃO _____ Determinou se a bolsa já se rompeu?
24. SIM _____ NÃO _____ Determinou a altura da apresentação?
25. SIM _____ NÃO _____ Fez o diagnóstico da apresentação?
26. SIM _____ NÃO _____ Procurou procedência de cordão ou placenta prévia?
27. SIM _____ NÃO _____ Mediu regularmente a duração e frequência das contrações?
28. SIM _____ NÃO _____ Avaliou regularmente os batimentos cardíaco-fetais?
29. SIM _____ NÃO _____ Apalpou regularmente o abdômen para determinar alguma alteração na posição fetal?
30. SIM _____ NÃO _____ Observou o períneo em busca do coroamento, abertura da vulva e/ou reto, indicativos do segundo estágio do trabalho de parto?
31. SIM _____ NÃO _____ Monitorizou regularmente as perdas sanguíneas?

Diagnosticar complicações e emergências obstétricas

O provedor do serviço:

32. SIM _____ NÃO _____ Diagnosticou distócia se presente?
33. SIM _____ NÃO _____ Diagnosticou hemorragia e choque se presente?
34. SIM _____ NÃO _____ Diagnosticou eclâmpsia se presente?
35. SIM _____ NÃO _____ Diagnosticou infecção se presente?
36. SIM _____ NÃO _____ Diagnosticou alguma causa de sofrimento materno se presente?
37. SIM _____ NÃO _____ Diagnosticou alguma causa de sofrimento fetal se presente?
38. SIM _____ NÃO _____ Diagnosticou apresentação fetal anormal se presente?

Auxiliar o progresso do trabalho de parto

O provedor do serviço:

39. SIM _____ NÃO _____ Disse à mulher para não se deitar até que completamente dilatado e apagado?
40. SIM _____ NÃO _____ Encorajou a mulher a urinar frequentemente?
41. SIM _____ NÃO _____ Mudou a posição da mulher ou aumentou sua atividade (e.g., caminhando) para ajudar o progresso do trabalho de parto?
42. SIM _____ NÃO _____ Administrou um clíster se o intestino está cheio e a mulher não consegue evacuar (por política local)?
43. SIM _____ NÃO _____ Administrou anestésico ou analgésico (por política local)?

Auxiliar o parto normal

O provedor do serviço:

44. SIM _____ NÃO _____ Lavou as mãos e o períneo da mãe?
45. SIM _____ NÃO _____ Auxiliou a saída da cabeça?
46. SIM _____ NÃO _____ Apoiou o períneo para impedir laceramento quando do coroamento?
47. SIM _____ NÃO _____ Apoiou a cabeça do feto em sua passagem pelo períneo?
48. SIM _____ NÃO _____ Sentiu se o cordão umbilical está em volta do pescoço do feto?
49. SIM _____ NÃO _____ Aspirou muco e/ou mecônio do nariz e boca da criança?
50. SIM _____ NÃO _____ Auxiliou a passagem dos ombros e corpo?



Buscar auxílio para problemas e emergências obstétricas

O provedor do serviço:

51. SIM ____ NÃO ____ Colocou a mãe na posição de Trendelenberg para choque e hemorragia (por política local)?
52. SIM ____ NÃO ____ Tratou infecção com antibióticos?
53. SIM ____ NÃO ____ Para convulsões eclâmpticas tratou com anti-convulsivantes, protegeu a integridade da mãe durante as convulsões, e fez imediatamente o parto?
54. SIM ____ NÃO ____ Tentou a manipulação manual da cabeça fetal em caso de rotação interna incompleta?
55. SIM ____ NÃO ____ Usou técnica apropriada para fazer o parto em posição anormal, tal como as apresentações de nádegas, pé, face, braço, ombro?
56. SIM ____ NÃO ____ Forneceu outros cuidados emergenciais indicados?
57. SIM ____ NÃO ____ Encaminhou problemas e emergências obstétricas?
58. SIM ____ NÃO ____ Realizou episiotomia (por política local)?
59. SIM ____ NÃO ____ Utilizou fórceps, vácuo-extração, ou sinfisiotomia (de acordo com a política local)?

Fornecer cuidados imediatos para o recém-nascido

O provedor do serviço:

60. SIM ____ NÃO ____ Estabeleceu respiração/choro alto?
61. SIM ____ NÃO ____ Atou o cordão em três pontos com material estéril?
62. SIM ____ NÃO ____ Cortou o cordão com tesoura ou lâmina estéril; deixou dois nós do lado do bebê?
63. SIM ____ NÃO ____ Embrulhou em pano limpo e cobriu a cabeça para manter o calor?
64. SIM ____ NÃO ____ Determinou o APGAR em um e cinco minutos?
65. SIM ____ NÃO ____ Deu o bebê à mãe para amamentar?
66. SIM ____ NÃO ____ Aplicou pomada oftálmica ou colírio de nitrato de prata na primeira hora de vida?
67. SIM ____ NÃO ____ Vacinou?
68. SIM ____ NÃO ____ Administrou vitamina K?
69. SIM ____ NÃO ____ Forneceu cuidados emergenciais necessários?

Secundamento

O provedor do serviço:

70. SIM ____ NÃO ____ Retirou a placenta e examinou sua integridade?
71. SIM ____ NÃO ____ Removeu manualmente alguma porção retida?
72. SIM ____ NÃO ____ Estimulou o aleitamento?

Monitorizar a mãe imediatamente após o parto

O provedor do serviço:

73. SIM ____ NÃO ____ Monitorizou regularmente PA e pulso?
74. SIM ____ NÃO ____ Massageou o útero nos primeiros 15 minutos e, regularmente, a partir de então?
75. SIM ____ NÃO ____ Monitorizou as perdas sangüíneas?
76. SIM ____ NÃO ____ Administrou 1 mg de ergonovina se a mãe está sangrando intensamente (por política local)?

Examinar o bebê

O provedor do serviço:

77. SIM ____ NÃO ____ Avaliou a aparência geral, o estado de alerta e o tônus?



78. SIM _____ NÃO _____ Tomou a temperatura?
79. SIM _____ NÃO _____ Mediu a frequência respiratória?
80. SIM _____ NÃO _____ Mediu a frequência cardíaca?
81. SIM _____ NÃO _____ Pesou?
82. SIM _____ NÃO _____ Examinou as fontanelas e suturas?
83. SIM _____ NÃO _____ Procurou vermelhidão ocular, corrimento ocular, icterícia e palidez?
84. SIM _____ NÃO _____ Auscultou o tórax para avaliar respiração e batimento cardíaco?
85. SIM _____ NÃO _____ Palpou o abdômen e o fígado?
86. SIM _____ NÃO _____ Examinou a genitália e procurou hérnias?
87. SIM _____ NÃO _____ Examinou o tônus muscular e o reflexo de Moro?
88. SIM _____ NÃO _____ Examinou as extremidades e o sistema esquelético em busca de simetria, movimentação e fraturas ou luxações?
89. SIM _____ NÃO _____ Inspeccionou a pele em busca de lesões?
90. SIM _____ NÃO _____ Procurou defeitos congênitos?
91. SIM _____ NÃO _____ Pesou?
92. SIM _____ NÃO _____ Tomou a temperatura?
93. SIM _____ NÃO _____ Encaminhou os bebês com emergências médicas e defeitos congênitos?
94. SIM _____ NÃO _____ Registrou as informações sobre o trabalho de parto e o parto?
95. SIM _____ NÃO _____ Aguardou e registrou a primeira micção e a primeira evacuação?
96. SIM _____ NÃO _____ Administrou BCG e Sabin (por política local)?

Educação após o parto

Cuidados posteriores

O provedor do serviço:

97. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe para manter a genitália limpa e demonstrou como lavá-la?
98. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe para voltar à clínica se ocorrer sangramento intenso, ou se os lóquios permanecerem vermelhos ou ficarem fétidos, ou se ocorrer febre ou outro sintoma inesperado?
99. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe para evitar relação sexual por 4-6 semanas?
100. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe para manter o coto umbilical seco e limpo?
101. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe para não colocar nada no coto e nem remover os pontos? Demonstrou como banhar e limpar a criança, especialmente em torno do coto?
102. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe para trazer o bebê à clínica em caso de vermelhidão ou corrimento pelo coto?
103. SIM _____ NÃO _____

Aleitamento

O provedor do serviço:

104. SIM _____ NÃO _____ Informou sobre os benefícios do aleitamento materno?
105. SIM _____ NÃO _____ Orientou a mãe para oferecer colostro?
106. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe que o fluxo normal de leite começa em dois a três dias?
107. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe para amamentar freqüentemente nos primeiros dias?
108. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe para usar ambas as mamas, esvaziando uma e então passando para outra?
109. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe para alternar a mama que inicia o aleitamento?
110. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe para continuar amamentando mesmo se o bebê ficar doente?



111. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe para manter os mamilos limpos e secos para impedir rachaduras?
112. SIM _____ NÃO _____ Demonstrou como extrair o leite para aliviar congestão e impedir ingurgitação?
113. SIM _____ NÃO _____ Demonstrou como posicionar a boca do bebê em torno da auréola?
114. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe para retornar se houver algum problema com o aleitamento?

Pré-natal

O provedor do serviço:

115. SIM _____ NÃO _____ Orientou a mãe sobre vacinações?
116. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe quando retornar para a primeira visita pós-parto e para a primeira visita de puericultura?
117. SIM _____ NÃO _____ Verificou se a mãe compreende os sinais de alarme que indiquem a necessidade de retornar à clínica?
118. SIM _____ NÃO _____ Verificou se a mãe sabe quando retornar para o pós-parto e a puericultura?
119. SIM _____ NÃO _____ Perguntou à mãe se ela tem alguma dúvida?

Suprimentos

120. SIM _____ NÃO _____ Você tem fios para atar o cordão?
121. SIM _____ NÃO _____ Você tem uma lâmina ou tesoura?
122. SIM _____ NÃO _____ Você tem luvas?
123. SIM _____ NÃO _____ Você tem um relógio com ponteiro de segundos para medir o pulso?
124. SIM _____ NÃO _____ Você tem um estetoscópio?
125. SIM _____ NÃO _____ Você tem um esfigmomanômetro?
126. SIM _____ NÃO _____ Você tem antibióticos?
127. SIM _____ NÃO _____ Você tem anti-convulsivantes?
128. SIM _____ NÃO _____ Você tem agulhas?
129. SIM _____ NÃO _____ Você tem seringas?



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS

5. Pós-natal

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na supervisão e monitorização da qualidade dos serviços fornecidos pelos profissionais baseados em clínicas e profissionais baseados na comunidade. Esta lista inclui algumas tarefas clínicas que as PT e outros profissionais de periferia não executam rotineiramente. Esta lista de verificação deve ser modificada e simplificada de acordo com a situação local. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. ____ Instalação de saúde
2. ____ Provedor do serviço
3. ____ Observador/supervisor
4. ____ Data

História médica

O provedor do serviço:

- | | | |
|-----|-------------------|--|
| 5. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou quando e onde ocorreu o parto? |
| 6. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou qual o resultado do parto? |
| 7. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou sobre problemas durante o parto? |
| 8. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou sobre sangramento vaginal? |
| 9. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou sobre corrimento vaginal fétido? |
| 10. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou sobre dor abdominal ou nas mamas? |
| 11. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou sobre febre? |
| 12. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou sobre o uso de medicamentos ou contraceptivos? |
| 13. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou sobre o que a mãe está comendo? |
| 14. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou sobre o que o bebê está comendo? |

Exame físico

Mãe:

O provedor do serviço:

- | | | |
|-----|-------------------|--|
| 15. | SIM ____ NÃO ____ | Examinou o abdômen para inchaço, condição da cicatriz da cesária e determinação do tamanho e firmeza do útero? |
| 16. | SIM ____ NÃO ____ | Examinou a genitália para inchaço, corrimento, sangramento, lacerações, fistulas e cicatriz de pisiotomia? |
| 17. | SIM ____ NÃO ____ | Examinou as mamas para rachaduras, ingurgitação, abscesso? |
| 18. | SIM ____ NÃO ____ | Tomou o pulso? |
| 19. | SIM ____ NÃO ____ | Tomou a PA? |
| 20. | SIM ____ NÃO ____ | Pesou a mãe? |
| 21. | SIM ____ NÃO ____ | Examinou os olhos para sinais de anemia? |



Criança (primeira visita pós-natal)

O provedor do serviço:

22. SIM _____ NÃO _____ Avaliou os sinais vitais?
23. SIM _____ NÃO _____ Mediu o comprimento e o perímetro cefálico?
24. SIM _____ NÃO _____ Pesou?
25. SIM _____ NÃO _____ Monitorizou o crescimento com o cartão de crescimento?
26. SIM _____ NÃO _____ Examinou a cabeça e fontanelas?
27. SIM _____ NÃO _____ Avaliou os olhos (para opacidades, icterícia, infecção)?
28. SIM _____ NÃO _____ Avaliou a respiração (frequência, tiragem)?
29. SIM _____ NÃO _____ Avaliou o coração (frequência, sopros)?
30. SIM _____ NÃO _____ Examinou a pele (palidez, icterícia, petéquias, infecção)?
31. SIM _____ NÃO _____ Examinou as extremidades e o sistema esquelético para simetria, mobilidade, fraturas?
32. SIM _____ NÃO _____ Examinou o umbigo?
33. SIM _____ NÃO _____ Avaliou o estado geral de alerta?
34. SIM _____ NÃO _____ Avaliou o reflexo de sucção?
35. SIM _____ NÃO _____ Avaliou o reflexo de Moro?
36. SIM _____ NÃO _____ Avaliou a resposta à luz?
37. SIM _____ NÃO _____ Avaliou a resposta ao som?

Documentação

O provedor do serviço:

38. SIM ___ Não ___ Registrou os achados da história e exame físico?

Tratamento, serviços preventivos de rotina, e encaminhamento*Mãe:*

O provedor do serviço:

39. SIM _____ NÃO _____ Forneceu comprimidos de ferro e/ou ácido fólico (por política local)?
40. SIM _____ NÃO _____ Forneceu suplementos nutricionais (por política local)?
41. SIM _____ NÃO _____ Forneceu quimioprofilaxia para malária (por política local)?
42. SIM _____ NÃO _____ Forneceu medicamentos para outras condições médicas se apropriado?
43. SIM _____ NÃO _____ Encaminhou os casos que necessitavam de tratamento especial no pós-parto?

Criança:

O provedor do serviço:

44. SIM _____ NÃO _____ Vacinou com BCG ou certificou-se de que a criança já a recebeu?
45. SIM _____ NÃO _____ Aplicou primeira dose de BCG e Sabin (por política local)?
46. SIM _____ NÃO _____ Encaminhou para aconselhamento nutricional se criança desnutrida?
47. SIM _____ NÃO _____ Encaminhou a criança em todas as condições físicas que necessitam de atenção médica?

Educação*Aleitamento materno*

O provedor do serviço:

48. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe para oferecer somente leite materno nos primeiros 4-6 meses?
49. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe para ingerir alimentos extra enquanto estiver amamentando?
50. SIM _____ NÃO _____ Recomendou alimentos localmente disponíveis ricos em proteínas?
51. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe para amamentar mesmo se a criança estiver doente?



Espaçamento entre os nascimentos:

O provedor do serviço:

52. SIM NÃO Disse à mãe para evitar relação sexual nas 4-6 semanas após o parto?
53. SIM NÃO Explicou que o aleitamento não impede a gravidez mesmo se as regras não retornaram?
54. SIM NÃO Discutiu planejamento familiar com a mãe e disse a ela como obter os serviços?

Puericultura

O provedor do serviço:

55. SIM NÃO Disse à mãe para matricular o bebê num serviço de puericultura?
56. SIM NÃO Disse à mãe quando e onde matricular a criança?
57. SIM NÃO Disse à mãe quando e onde levar a criança para as vacinações?
58. SIM NÃO Verificou se a mãe compreende as mensagens chave?

Geral:

O provedor do serviço:

59. SIM NÃO Aconselhou sobre problemas médicos específicos?
60. SIM NÃO Disse à mãe quando retornar para a próxima visita pós-parto, se necessário?
61. SIM NÃO Verificou se a mãe compreendeu as mensagens chave?

Suprimentos

Pergunte ao provedor do serviço sobre os seguintes suprimentos:

62. SIM NÃO Você tem uma balança funcionante para a mãe?
63. SIM NÃO Você tem uma balança funcionante para o bebê?
64. SIM NÃO Você tem um relógio com ponteiro de segundos para medir o pulso?
65. SIM NÃO Você tem um estetoscópio e esfigmomanômetro?
66. SIM NÃO Você tem BCG, Sabin e DPT?
67. SIM NÃO Você tem comprimido de ferro (por política local)?

Entrevista com a mãe:

Assinale "sim" se a entrevistada responder corretamente:

68. SIM NÃO Quando o bebê deve ser vacinado de novo?
69. SIM NÃO Por quanto tempo você vai amamentar?
70. SIM NÃO O que você vai fazer para espaçar suas gestações?
71. SIM NÃO O crescimento de seu bebê está normal?

Entrevista com o provedor

Assinale "sim" se o provedor responder corretamente:

72. SIM NÃO Você mantém registros que identifiquem as novas mães e bebês para o pós-natal?
73. SIM NÃO Você educa as mães sobre o pós-natal e parto?
74. SIM NÃO Você discute planejamento familiar durante a visita pós-parto?



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS

6. Serviços de planejamento familiar

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação dos serviços de planejamento familiar. Antes de usá-la, o protocolo nacional de tratamento deve ser revisto para adaptar a ferramenta à situação local se necessário. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. _____ Instalação de saúde
2. _____ Provedor do serviço
3. _____ Observador/supervisor
4. _____ Data

História médica e reprodutora (clientes novas)

O provedor do serviço:

- | | | |
|-----|---------------------|---|
| 5. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou a idade da cliente? |
| 6. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre o número, intervalo e resultado das gestações? |
| 7. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre o uso prévio de métodos de planejamento familiar? |
| 8. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre as razões para interromper ou mudar os métodos prévios? |
| 9. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre doença cardíaca? |
| 10. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre doença hepática? |
| 11. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre pressão alta? |
| 12. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre doença inflamatória pélvica? |
| 13. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre história de doença venérea suspeita ou confirmada? |
| 14. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre história de coágulos ou tromboembolismo? |
| 15. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou se está amamentando? |
| 16. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre a data da última menstruação? |

Exame físico

O provedor de serviço:

- | | | |
|-----|---------------------|----------------------------|
| 17. | SIM _____ NÃO _____ | Tomou a PA? |
| 18. | SIM _____ NÃO _____ | Procurou nódulos mamários? |
| 19. | SIM _____ NÃO _____ | Buscou sinais de anemia? |

Determine o método

O provedor de serviço:

- | | | |
|-----|---------------------|--|
| 20. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou se e quando o casal deseja ter filhos? |
| 21. | SIM _____ NÃO _____ | Descreveu as opções de contraceptivos? |
| 22. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou a preferência da cliente? |
| 23. | SIM _____ NÃO _____ | Ofereceu-se para discutir espaçamento entre as gestações e métodos contraceptivos com o parceiro ou a família? |
| 24. | SIM _____ NÃO _____ | Recomendou um método livre de contra-indicações para esta cliente? |



25. SIM ____ NÃO ____ Verificou se a cliente está confortável com o método recomendado?
 26. SIM ____ NÃO ____ Encaminhou a cliente a um médico ou parteira se necessário?

Para casos de acompanhamento

O provedor do serviço:

27. SIM ____ NÃO ____ Verificou o uso correto?
 28. SIM ____ NÃO ____ Perguntou sobre efeitos colaterais?
 29. SIM ____ NÃO ____ Aconselhou sobre como lidar com os efeitos colaterais?

Aconselhamento (para todos)

O provedor do serviço:

30. SIM ____ NÃO ____ Explicou o uso correto do método selecionado?
 31. SIM ____ NÃO ____ Explicou possíveis efeitos colaterais secundários do método selecionado?
 32. SIM ____ NÃO ____ Explicou como lidar em casa com os efeitos colaterais?
 33. SIM ____ NÃO ____ Explicou os efeitos colaterais principais que requerem atenção médica? Explicou onde e quando conseguir suprimentos?
 34. SIM ____ NÃO ____ Explicou onde e quando comparecer para acompanhamento?
 35. SIM ____ NÃO ____ Explicou como interromper o método quando desejar uma gravidez?
 36. SIM ____ NÃO ____ Verificou se a cliente compreende as mensagens chave?
 37. SIM ____ NÃO ____ Perguntou se a cliente tem alguma dúvida?
 38. SIM ____ NÃO ____

Suprimentos

Pergunte ao provedor sobre os seguintes suprimentos:

39. SIM ____ NÃO ____ Você tem um esfigmomanômetro e um estetoscópio?
 40. SIM ____ NÃO ____ Você tem contraceptivos orais?
 41. SIM ____ NÃO ____ Você tem DIUs?
 42. SIM ____ NÃO ____ Você tem contraceptivos injetáveis?
 43. SIM ____ NÃO ____ Você tem implantes?

Entrevista de saída com a cliente

Assinale "sim" se a entrevistada responder corretamente:

44. SIM ____ NÃO ____ Como você usa o contraceptivo que recebeu hoje?
 45. SIM ____ NÃO ____ Quais são os possíveis efeitos colaterais?
 46. SIM ____ NÃO ____ Onde você pode obter suprimentos?
 47. SIM ____ NÃO ____ Quando você vai retornar para um *check up*?

Entrevista com o provedor

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente

48. SIM ____ NÃO ____ Em que condições você deve evitar prescrever contraceptivos orais?
 49. SIM ____ NÃO ____ Em que condições você deve evitar prescrever o DIU?
 50. SIM ____ NÃO ____ Em que condições você deve evitar prescrever os injetáveis?
 51. SIM ____ NÃO ____ Em que condições você deve evitar prescrever os implantes?



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS

7. Aleitamento materno ^{1 2 3 4 5 6 7}

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação da oferta do serviço de promoção do aleitamento materno. Antes de usá-la, o protocolo nacional de tratamento deve ser revisto para adaptar a ferramenta à situação local se necessário. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. _____ Instalação de saúde
2. _____ Provedor do serviço
3. _____ Observador/supervisor
4. _____ Data

História médica

O provedor do serviço:

5. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre o conhecimento, atitudes e crenças da mãe sobre o aleitamento materno?
6. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre aleitamento prévio com cada filho que nasceu nos últimos cinco anos?
7. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre a duração do aleitamento prévio e as razões da interrupção?
8. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre uso de medicamentos e álcool?
9. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre alguma doença atual que possa afetar o aleitamento?
10. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre o status sócio econômico, os hábitos dietéticos e a ingestão?

Educação e aconselhamento sobre aleitamento materno

Treinamento das habilidades:

O provedor do serviço:

11. SIM _____ NÃO _____ Instruiu as mães sobre os benefícios do aleitamento para mãe e filho?
12. SIM _____ NÃO _____ Instruiu as mães sobre os benefícios financeiros do aleitamento?
13. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe para oferecer colostro (iniciar o aleitamento o mais cedo possível)?
14. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe que o fluxo normal de leite começa em 2-3 dias?
15. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe para amamentar o bebê com frequência nos primeiros dias?

¹ PHC Management Advancement Programme, Module 5, User's guide

² PRICOR Thesaurus, vol. II, p. 253

³ WHO, *Indicators for assessing breast feeding practices*, p. 4

⁴ *Mothercare: Interventions to improve maternal and neonatal nutrition*, Working Paper # 4, November 1990 (John Snow, Inc)

⁵ USAID, *Maternal and child health in Bolivia: Report on the in-depth DHS survey in Bolivia 1989*, p. 49

⁶ USAID, *Media promotion of breast feeding: A decade's experience*. Nutrition Communication Project, p. 45

⁷ *Breast feeding for child survival strategy*, USAID, May 1990 p. 29-30,38



16. SIM ____ NÃO ____ Explicou a importância de oferecer somente leite materno nos primeiros 4-6 meses?
17. SIM ____ NÃO ____ Disse à mãe para usar ambas as mamas, esvaziando uma completamente e então oferecendo a outra?
18. SIM ____ NÃO ____ Disse à mãe para oferecer as mamas alternadamente?
19. SIM ____ NÃO ____ Disse à mãe para continuar amamentando mesmo se ela ou a criança estiverem doentes (diarréia, infecção)?
20. SIM ____ NÃO ____ Disse à mãe para manter os mamilos limpos e secos para prevenir rachaduras?
21. SIM ____ NÃO ____ Disse à mãe para evitar o uso de sabão nos mamilos e para arejar as mamas?
22. SIM ____ NÃO ____ Demonstrou como extrair o leite para aliviar a congestão e impedir o ingurgitamento?
23. SIM ____ NÃO ____ Demonstrou como colocar a boca do bebê em torno da auréola?
24. SIM ____ NÃO ____ Disse à mãe para retornar se houver problema com a amamentação?
25. SIM ____ NÃO ____ Aconselhou sobre métodos de planejamento familiar com de barreira, comprimidos ou injeções de progesterona, DIUs ou abstinência)?
26. SIM ____ NÃO ____ Ensinou maneiras de aumentar os benefícios contraceptivos do aleitamento materno (e.g., aleitamento exclusivo e freqüente nos primeiros seis meses)?
27. SIM ____ NÃO ____ Usou técnicas educacionais e materiais apropriados?
28. SIM ____ NÃO ____ Encorajou o aleitamento entre as mulheres HIV positivas, se apropriado?
29. SIM ____ NÃO ____ Explicou que evacuações freqüentes no recém-nascidos indicam boa ingestão de leite, e que evacuações infreqüentes nas primeiras semanas podem ser um sinal de alarme?
30. SIM ____ NÃO ____ Pediu à mãe para repetir as mensagens chave?
31. SIM ____ NÃO ____ Perguntou à mãe se ela tem alguma dúvida?

Mensagens nutricionais

O provedor do serviço:

32. SIM ____ NÃO ____ Disse à mãe para aumentar sua ingestão total de líquidos e alimentos ou para equilibrar sua ingestão e suas atividades durante a lactação?
33. SIM ____ NÃO ____ Explicou à mãe o calendário de administração dos suplementos nutricionais e comprimidos de ferro e/ou ácido fólico prescritos?
34. SIM ____ NÃO ____ Advertiu as mães sobre os perigos do álcool e das drogas?
35. SIM ____ NÃO ____ Informou a mãe sobre alimentos locais específicos, nutritivos e apropriados (ricos em proteínas)?
36. SIM ____ NÃO ____ Desencorajou tabus dietéticos que restringem alimentos importantes para nutrizes?
37. SIM ____ NÃO ____ Encorajou as práticas culturais que promovem o consumo de alimentos importantes pelas nutrizes?
38. SIM ____ NÃO ____ Discutiu outras opções alimentares com a mãe?



Desmame

O provedor do serviço:

39. SIM _____ NÃO _____ Explicou a importância de introduzir alimentos complementares durante um período de transição de dois meses (i.e., meses 5-6)?
40. SIM _____ NÃO _____ Explicou que as crianças devem ser amamentadas (não exclusivamente) por ao menos 1 ano, e preferivelmente até 2 anos ou mais?
41. SIM _____ NÃO _____ Demonstrou a preparação dos alimentos para o desmame?

Entrevista de saída com a mãe

Assinale "sim" se a entrevistada responder corretamente

42. SIM _____ NÃO _____ Por quanto tempo você vai amamentar?
43. SIM _____ NÃO _____ Você conhece a posição apropriada para amamentar?
44. SIM _____ NÃO _____ Você sabe como cuidar das mamas?
45. SIM _____ NÃO _____ Você sabe o que/quanto você deve comer durante o período de lactação?

Entrevista com o provedor

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente

46. SIM _____ NÃO _____ Explique por quanto tempo as mães devem amamentar?
47. SIM _____ NÃO _____ Explique os benefícios para a saúde e econômicos, do aleitamento materno?



Qualidade dos serviços de APS

Lista de verificação 8: Monitorização do crescimento/Educação nutricional

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação do serviço de monitorização do crescimento e educação nutricional. Antes de usá-la, o protocolo nacional de tratamento deve ser revisto para adaptar a ferramenta à situação local se necessário. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. ____ Instalação de saúde
2. ____ Provedor do serviço
3. ____ Observador/supervisor
4. ____ Data

Cálculo da idade

O provedor do serviço:

5. SIM ____ NÃO ____ Baseou os cálculos numa data confiável de nascimento?¹
6. SIM ____ NÃO ____ Calculou corretamente a data do nascimento?²
7. SIM ____ NÃO ____ Registrou corretamente a idade?

Tomada de peso

O provedor do serviço:

8. SIM ____ NÃO ____ Zerou a balança?
9. SIM ____ NÃO ____ Retirou as roupas da criança?
10. SIM ____ NÃO ____ Colocou a criança corretamente na balança?
11. SIM ____ NÃO ____ Leu o peso corretamente?³
12. SIM ____ NÃO ____ Registrou o peso corretamente?

Assinalando no cartão

O provedor do serviço:

13. SIM ____ NÃO ____ Assinalou o peso na idade correta?
14. SIM ____ NÃO ____ Assinalou o peso no peso correto?
15. SIM ____ NÃO ____ Ligou o peso atual aos anteriores?

Encaminhamento e acompanhamento

O provedor do serviço:

16. SIM ____ NÃO ____ Encaminhou a criança doente/desnutrida?
17. SIM ____ NÃO ____ Encaminhou a criança desnutrida para reabilitação nutricional?

Monitorização do crescimento e educação nutricional

Para cada criança pesada, o provedor do serviço:

18. SIM ____ NÃO ____ Disse à mãe se a criança ganhou, perdeu ou manteve peso?

¹ Fontes confiáveis para data de nascimento: cartão de crescimento, registro de saúde ou certidão de nascimento. Só confie na memória da mãe se não houver documento disponível.

² A precisão do cálculo da idade e da leitura do peso deve ser determinada comparando-se a leitura do profissional com a do supervisor.

³ A precisão do cálculo da idade e da leitura do peso deve ser determinada comparando-se a leitura do profissional com a do supervisor.



19. SIM ____ NÃO ____ Informou à mãe o status nutricional da criança?
 20. SIM ____ NÃO ____ Usou o cartão da criança para explicar à mãe como a criança está crescendo?

Para crianças desnutridas e para crianças que não ganharam peso, o provedor do serviço:

21. SIM ____ NÃO ____ Perguntou se a criança teve algum problema de saúde?
 22. SIM ____ NÃO ____ Fez recomendações relativas à alimentação e cuidados com a criança?
 23. SIM ____ NÃO ____ Explicou a importância do aleitamento materno e boas práticas de desmame?
 24. SIM ____ NÃO ____ Explicou que alimentos localmente disponíveis constituem uma dieta equilibrada para as crianças?
 25. SIM ____ NÃO ____ Explicou como alimentar as crianças quando elas ficam doentes?
 26. SIM ____ NÃO ____ Informou à mãe quando levar a criança para a próxima pesagem?
 27. SIM ____ NÃO ____ Verificou se a mãe compreendeu as mensagens chave?
 28. SIM ____ NÃO ____ Perguntou se a mãe tem alguma dúvida?

Para sessões de campo

O provedor do serviço:

29. SIM ____ NÃO ____ Explicou a importância de ganhar peso para a saúde?
 30. SIM ____ NÃO ____ Explicou o objetivo da monitorização do crescimento?
 31. SIM ____ NÃO ____ Explicou onde e quando comparecer para a monitorização do crescimento?
 32. SIM ____ NÃO ____ Usou técnicas e materiais educacionais apropriados?
 33. SIM ____ NÃO ____ Demonstrou a preparação de alimentos para o desmame?
 34. SIM ____ NÃO ____ Verificou se as pessoas compreenderam as mensagens chave?
 35. SIM ____ NÃO ____ Usou recursos visuais para a transmissão das mensagens?

Suprimentos

Pergunte ao provedor sobre os seguintes suprimentos:

36. SIM ____ NÃO ____ Balança funcionando?
 37. SIM ____ NÃO ____ Cartões de crescimento?

Entrevista de saída com a mãe

Assinale "sim" se a entrevistada responder corretamente:

38. SIM ____ NÃO ____ Quanto seu filho pesa?
 39. SIM ____ NÃO ____ Ele ganhou, perdeu ou manteve peso?
 40. SIM ____ NÃO ____ Quando você vai retornar para monitorização do crescimento?

Se a criança está desnutrida:

41. SIM ____ NÃO ____ Onde você vai levar a criança para reabilitação nutricional?
 42. SIM ____ NÃO ____ O que você vai fazer para melhorar a condição de seu filho?

Entrevista com o provedor

43. SIM ____ NÃO ____ Você tem uma maneira de rastrear crianças desnutridas?
 44. SIM ____ NÃO ____ Você encaminha as crianças desnutridas para reabilitação nutricional ou atenção médica?
 45. SIM ____ NÃO ____ Você acompanha as crianças desnutridas que não retornam para a monitorização do crescimento?



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS

9. Imunizações

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação da oferta do serviço de imunização. Antes de usá-la, o protocolo nacional de tratamento deve ser revisto para adaptar a ferramenta à situação local se necessário. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. _____ Instalação de saúde
2. _____ Provedor do serviço
3. _____ Observador/supervisor
4. _____ Data

Identificação das vacinas necessárias

O provedor do serviço:

5. SIM _____ NÃO _____ Revisou os registros para determinar que vacinas são necessárias hoje?
6. SIM _____ NÃO _____ Revisou os registros maternos ou perguntou à mãe se ela recebeu toxóide tetânico?
7. SIM _____ NÃO _____ Revisou o status vacinal das outras crianças da família?
8. SIM _____ NÃO _____ Recomendou vacinação mesmo com a criança enferma?

Preparação e cuidados com as vacinas

O provedor do serviço:

9. SIM _____ NÃO _____ Verificou o rótulo da vacina e seu prazo de validade?
10. SIM _____ NÃO _____ Encheu a seringa sem contaminação?
11. SIM _____ NÃO _____ Manteve a vacina no gelo e coberta durante a sessão?

Técnica de vacinação

O provedor do serviço:

12. SIM _____ NÃO _____ Preparou a área de injeção?
13. SIM _____ NÃO _____ Usou uma agulha estéril para cada injeção?
14. SIM _____ NÃO _____ Usou uma seringa estéril para cada injeção?
15. SIM _____ NÃO _____ Aplicou a vacina no nível correto?(BCG = derme, Sarampo = subcutâneo,DPT/TT = músculo)
16. SIM _____ NÃO _____ Descartou a agulha e seringa apropriadamente?
17. SIM _____ NÃO _____ A criança recebeu todas as vacinas necessárias hoje?
18. SIM _____ NÃO _____ Se a mãe necessitou TT, o provedor vacinou-a ou providenciou para que ela fosse vacinada?

Documentação

O provedor do serviço:

19. SIM _____ NÃO _____ Registrou as vacinas no cartão da criança?
20. SIM _____ NÃO _____ Registrou as vacinas nos registros apropriados do centro de saúde?



Educação para o PAI

O provedor do serviço:

21. SIM _____ NÃO _____ Informou à mãe que vacinas foram aplicadas?
22. SIM _____ NÃO _____ Informou à mãe que efeitos colaterais, como febre e dor, são possíveis? Explicou que uma escara vai se formar com o BCG?
23. SIM _____ NÃO _____ Disse à mãe onde comparecer em caso de reação à vacina?
24. SIM _____ NÃO _____ Explicou a importância de se completar a série vacinal?
25. SIM _____ NÃO _____ Se aplicou DPT 3, enfatizou a importância do retorno para vacinação contra o sarampo?
26. SIM _____ NÃO _____ Explicou que mesmo a criança enferma pode ser vacinada?
27. SIM _____ NÃO _____ Informou quando retornar para a próxima vacinação?
28. SIM _____ NÃO _____ Pediu à mãe para encorajar outras mulheres e seus filhos a serem vacinados?
29. SIM _____ NÃO _____ Verificou se a mãe compreendeu as mensagens chave?
30. SIM _____ NÃO _____ Perguntou à mãe se ela tem alguma dúvida?
31. SIM _____ NÃO _____

Manutenção da cadeia de frio e suprimentos

Observe a instalação ou pergunte ao profissional sobre:

32. SIM _____ NÃO _____ O refrigerador está funcionando hoje?
33. SIM _____ NÃO _____ Há um termômetro no refrigerador?
34. SIM _____ NÃO _____ Há um registro das temperaturas?
35. SIM _____ NÃO _____ A temperatura é registrada regularmente?
36. SIM _____ NÃO _____ A temperatura esteve sempre entre 0 e 8° C no último mês?
37. SIM _____ NÃO _____ Todos os frascos armazenados estão fechados?
38. SIM _____ NÃO _____ As vacinas foram suficientes no último mês?
39. SIM _____ NÃO _____ As agulhas e seringas foram suficientes no último mês?
40. SIM _____ NÃO _____ Os cartões de vacinação foram suficientes no último mês?
41. SIM _____ NÃO _____ Para sessões de campo, as vacinas foram transportadas em caixas térmicas com pacotes de gelo?

Entrevista de saída com a mãe ou cuidador

Assinale "sim" se a entrevistada responder corretamente:

42. SIM _____ NÃO _____ Que vacinas você ou seu filho receberam hoje?
43. SIM _____ NÃO _____ Quando você deve retornar para a próxima vacinação?

Entrevista com o provedor

Assinale "sim" se o provedor responder corretamente:

44. SIM _____ NÃO _____ Com que idade uma criança deve receber BCG?
45. SIM _____ NÃO _____ Com que idade uma criança deve receber DPT?
46. SIM _____ NÃO _____ Com que idade uma criança deve receber vacina contra o sarampo? Com que idade uma criança deve receber a vacina Sabin?
47. SIM _____ NÃO _____ Você deve vacinar uma criança enferma?
48. SIM _____ NÃO _____



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS

10. Infecções respiratórias agudas

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação do serviço de infecções respiratórias agudas. Antes de usá-la, o protocolo nacional de tratamento deve ser revisto para adaptar a ferramenta à situação local se necessário. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. _____ Instalação de saúde
2. _____ Provedor do serviço
3. _____ Observador/supervisor
4. _____ Data

História médica

O provedor do serviço:

5. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre presença/nível de febre?
6. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre duração da tosse?
7. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre nível de atividade?
8. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre capacidade de beber?
9. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre presença de dor de garganta?
10. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre presença de dor de ouvido?
11. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre história progressiva de problemas respiratórios (e.g., asma)?
12. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre história familiar de TB ou outra doença respiratória?
13. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre algum tratamento administrado?

Exame físico

O provedor do serviço:

14. SIM _____ NÃO _____ Avaliou o estado geral (estado de alerta, tônus muscular)?
15. SIM _____ NÃO _____ Contou a frequência respiratória?
16. SIM _____ NÃO _____ Tomou a temperatura?
17. SIM _____ NÃO _____ Procurou tiragem?
18. SIM _____ NÃO _____ Auscultou em busca de estridor ou sibilos?
19. SIM _____ NÃO _____ Auscultou o tórax?
20. SIM _____ NÃO _____ Examinou a garganta em busca de exsudato, amígdalas hipertrofiadas ou faringite?
21. SIM _____ NÃO _____ Pesquisou linfonodos dolorosos no pescoço?
22. SIM _____ NÃO _____ Examinou os ouvidos?
23. SIM _____ NÃO _____ Observou a cor dos lábios, ouvidos, face e leito ungueal?

Classificação, tratamento e encaminhamento

O provedor do serviço:

24. SIM _____ NÃO _____ Classificou a gravidade da doença (resfriado, pneumonia, pneumonia grave)?



25. SIM _____ NÃO _____ Administrou/prescreveu antibióticos para pneumonia, faringite estreptocócica, ou otite (por política local)?
26. SIM _____ NÃO _____ Evitou o uso de antibióticos nos resfriados?
27. SIM _____ NÃO _____ Administrou/prescreveu medicamentos para febre (por política local)?
28. SIM _____ NÃO _____ Administrou/prescreveu antitussígeno (por política local)?
29. SIM _____ NÃO _____ Encaminhou as crianças com pneumonia grave ou tosse durando mais de 30 dias?

Educação em IRA

O provedor do serviço:

30. SIM _____ NÃO _____ Explicou como administrar o antibiótico?
31. SIM _____ NÃO _____ Explicou a importância de completar o tratamento?
32. SIM _____ NÃO _____ Explicou como administrar o antitussígeno (quanto, com que frequência, por quanto tempo)?
33. SIM _____ NÃO _____ Explicou como limpar o nariz da criança (especialmente se a mãe está amamentando)?
34. SIM _____ NÃO _____ Orientou a mãe para dar líquidos extra e continuar alimentando/amamentando durante a doença?
35. SIM _____ NÃO _____ Orientou a mãe para manter a temperatura da criança neutra?
36. SIM _____ NÃO _____ Orientou a mãe sobre ao menos três dos sinais/sintomas de IRA moderada/grave?¹
37. SIM _____ NÃO _____ Orientou a mãe para retornar à consulta se a criança piorar ou não melhorar?
38. SIM _____ NÃO _____ Verificou se a mãe compreendeu as mensagens chave ?
39. SIM _____ NÃO _____ Perguntou a mãe se ela tem alguma dúvida?

Suprimentos essenciais para o tratamento de IRA

Pergunte ao provedor sobre os seguintes suprimentos:

40. SIM _____ NÃO _____ Você tem um relógio com ponteiro de segundos para avaliar a frequência respiratória?
41. SIM _____ NÃO _____ Os suprimentos de antibióticos foram adequados no último mês?
42. SIM _____ NÃO _____ Você tem um termômetro?

Entrevista com a mãe

Assinale "sim" se a entrevistada responder corretamente:

43. SIM _____ NÃO _____ Como você vai tratar seu filho em casa?²
44. SIM _____ NÃO _____ Que sinais de perigo indicam que você deve trazer seu filho ao centro de saúde?¹
45. SIM _____ NÃO _____ Se antibióticos foram prescritos: como você vai administrar o remédio?
46. SIM _____ NÃO _____ Se antibióticos foram prescritos: quando você vai interrompê-los?

¹ Sinais de perigo incluem: estridor, tiragem/respiração rápida, incapacidade de beber, cianose, ansiedade e fraqueza/letargia.

² Tratamento caseiro de apoio inclui líquidos extra, alimentação, manutenção de uma temperatura neutra, limpeza nasal e uso de antitussígeno ou anti-histamínico (por política local).



Entrevista com o provedor

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

47. SIM _____ NÃO _____ Quais são os sinais e sintomas de pneumonia?¹
48. SIM _____ NÃO _____ Como diferenciar resfriado de pneumonia?
49. SIM _____ NÃO _____ Como diferenciar pneumonia de pneumonia grave?¹
50. SIM _____ NÃO _____ Quando você prescreve antibióticos?
51. SIM _____ NÃO _____ Que tratamentos caseiros você recomenda para resfriados e pneumonia?²
52. SIM _____ NÃO _____ Quando você deve encaminhar uma criança a um centro de saúde/hospital?

¹ Pneumonia grave é definida como um caso de pneumonia com frequência respiratória > 50 para crianças de 2 meses a cinco anos (> 60 para crianças abaixo dos 2 meses), e com sinais de perigo como tiragem intensa, incapacidade para beber ou estridor.

² Tratamento caseiro de apoio inclui: líquidos extra, alimentação, manutenção de uma temperatura neutra, limpeza nasal e uso de antitussígenos ou anti-histamínicos (por política local).



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS

11. Controle de doenças diarreicas/terapia de reidratação oral

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação da oferta do serviço de terapia de reidratação oral. Antes de usá-la, o protocolo nacional de tratamento deve ser revisto para adaptar a ferramenta à situação local se necessário. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. _____ Instalação de saúde
2. _____ Provedor do serviço
3. _____ Observador/supervisor
4. _____ Data

História médica

O provedor do serviço pesquisou:

5. SIM _____ NÃO _____ Duração da diarreia?
6. SIM _____ NÃO _____ Consistência das fezes?
7. SIM _____ NÃO _____ Frequência da diarreia?
8. SIM _____ NÃO _____ Presença de sangue/muco?
9. SIM _____ NÃO _____ Presença de vômito?
10. SIM _____ NÃO _____ Febre?
11. SIM _____ NÃO _____ Tratamentos caseiros?

Exame físico

O provedor do serviço:

12. SIM _____ NÃO _____ Avaliou o estado geral (alerta/letárgico)?
13. SIM _____ NÃO _____ Pesquisou turgor?¹
14. SIM _____ NÃO _____ Pesou a criança?
15. SIM _____ NÃO _____ Determinou o status nutricional para afastar desnutrição grave?
16. SIM _____ NÃO _____ Mediu a temperatura?

Classificação e tratamento

O provedor do serviço:

17. SIM _____ NÃO _____ Definiu o grau de desidratação (nenhuma, moderada, grave)?
18. SIM _____ NÃO _____ Prescreveu SRO ou TRO com base em cereais?
Recomendou tratamento caseiro com SRO ou TRO com base em cereais?
19. SIM _____ NÃO _____ Evitou usar antibióticos, exceto quando as fezes contêm sangue ou muco?
20. SIM _____ NÃO _____ Evitou usar anti-diarreicos?
21. SIM _____ NÃO _____ Evitou usar anti-diarreicos?

¹ Os profissionais de saúde também devem procurar uma depressão de fontanela e examinar as membranas mucosas. Eles foram omitidos aqui porque não podem ser observados. Eles podem ser incluídos, entretanto, ao se pedir ao profissional que descreva o que está fazendo.



22. SIM ____ NÃO ____ Se a criança está desidratada, administrou SRO ou TRO com base em cereais imediatamente ou encaminhou a criança a um centro próximo?
23. SIM ____ NÃO ____ Deu quantidade suficiente de SRO?
24. SIM ____ NÃO ____ Planejou reavaliar a criança a intervalos apropriados?
25. SIM ____ NÃO ____ Fez reidratação venosa ou nasogástrica se a desidratação é grave?
26. SIM ____ NÃO ____ Tentou SRO se reidratação venosa ou nasogástrica não estiverem disponíveis num raio de 30 minutos da instalação?
28. SIM ____ NÃO ____ Ofereceu reidratação nasogástrica, se a criança não pode beber; encaminhou para reidratação venosa?

Educação em TRO

O provedor do serviço:

29. SIM ____ NÃO ____ Disse à mãe para dar líquidos extra durante a diarreia?
30. SIM ____ NÃO ____ Disse à mãe como preparar a solução de SRO?
31. SIM ____ NÃO ____ Disse à mãe quanto e com que frequência administrá-la?
32. SIM ____ NÃO ____ Disse à mãe sobre práticas alimentares apropriadas durante e após a diarreia?
33. SIM ____ NÃO ____ Disse à mãe sobre ao menos três sinais de desidratação?¹
34. SIM ____ NÃO ____ Disse à mãe sobre ao menos dois sinais de perigo que indicam que ela deve trazer a criança ao centro de saúde?²
35. SIM ____ NÃO ____ Mostrou à mãe como preparar a solução de SRO?
36. SIM ____ NÃO ____ Mostrou à mãe como oferecer a solução de SRO?
37. SIM ____ NÃO ____ Verificou se a mãe compreendeu as informações chave?
38. SIM ____ NÃO ____ Perguntou à mãe se ela tem alguma dúvida?

Suprimentos essenciais para TRO

39. SIM ____ NÃO ____ O suprimento de envelopes de SRO foi adequado no mês passado?
40. SIM ____ NÃO ____ Você tem os materiais necessários (xícara, colher, água) para preparar e administrar a solução de SRO?

Entrevista de saída com a mãe/cuidador

Assinale "sim" se a entrevistada responder corretamente:

41. SIM ____ NÃO ____ Como você prepara uma solução de SRO?
42. SIM ____ NÃO ____ Quanto dessa solução você oferece?
43. SIM ____ NÃO ____ Com que frequência você a oferece?
44. SIM ____ NÃO ____ Que sinais de perigo indicam que você deve trazer seu filho de volta ao centro de saúde?

Entrevista com o provedor

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

45. SIM ____ NÃO ____ Quando você examinou a criança em busca de desidratação, que sinais físicos você procurou?¹
46. SIM ____ NÃO ____ Qual o grau de desidratação da criança?

¹ Sinais de desidratação: 1) letargia; 2) ausência de lágrimas; 3) turgor diminuído.

² Sinais de perigo: 1) fezes aquosas frequentes; 2) vômitos repetidos; 3) sede intensa; 4) incapacidade de se alimentar ou de beber; 5) febre; 6) sangue nas fezes; 7) sinais de desidratação.



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS

12. Suprimento de água, higiene e saneamento

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação da oferta dos serviços de educação em suprimento de água, higiene e saneamento. Antes de usá-la, o protocolo nacional de tratamento deve ser revisto para adaptar a ferramenta à situação local se necessário. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. _____ Instalação de saúde
2. _____ Provedor do serviço
3. _____ Observador/supervisor
4. _____ Data

Observação de sessões educativas ou aconselhamento individual¹

O provedor do serviço:

5. SIM _____ NÃO _____ Explicou que água suja, dejetos humanos e animais, e lixo podem causar doenças?
6. SIM _____ NÃO _____ Explicou o vínculo entre água, saneamento e diarreia?
7. SIM _____ NÃO _____ Explicou que a limpeza pode impedir doenças?
8. SIM _____ NÃO _____ Discutiu se a mulher tem acesso adequado à água (i.e., a no máximo 15 minutos de uma fonte de água)?
9. SIM _____ NÃO _____ Se houver problema de acesso, discutiu os esforços atuais ou potenciais da comunidade para resolver os problemas do suprimento de água, e disse à mulher como ela pode se envolver?

Armazenamento e uso da água

O provedor do serviço:

10. SIM _____ NÃO _____ Discutiu a armazenamento da água num reservatório limpo e coberto?
11. SIM _____ NÃO _____ Recomendou o uso de uma concha de cabo longo para remover a água?
12. SIM _____ NÃO _____ Recomendou manter um sabão próximo ao reservatório de água?
13. SIM _____ NÃO _____ Discutiu a importância da lavagem das mãos antes de comer, alimentar as crianças e preparar os alimentos?
14. SIM _____ NÃO _____ Discutiu a importância da lavagem das mãos com sabão após usar a latrina, limpar as crianças ou manipular lixo ou dejetos?
15. SIM _____ NÃO _____ Encorajou o uso de água limpa para beber, cozinhar e lavar frutas e verduras?

Manutenção e uso da latrina

O provedor do serviço:

16. SIM _____ NÃO _____ Inspeccionou a latrina?
17. SIM _____ NÃO _____ Recomendou a limpeza diária da latrina com escova ou vassoura?
18. SIM _____ NÃO _____ Recomendou assegurar-se de que a latrina está livre de fezes?

¹ Aconselhamento individual deve ser executado em casos de diarreia ou em qualquer caso em que o profissional de saúde sinta que suprimento precário de água e saneamento precário podem constituir um risco para a saúde.



19. SIM _____ NÃO _____ Recomendou assegurar-se de que não há água acumulada na latrina?
Recomendou assegurar-se de que não há moscas na latrina?
20. SIM _____ NÃO _____ Recomendou que a latrina sempre contasse com água e papel?
21. SIM _____ NÃO _____ Recomendou não usar a latrina como despejo?
22. SIM _____ NÃO _____ Recomendou manter os animais longe da latrina?
23. SIM _____ NÃO _____ Discutiu o uso apropriado da latrina e o correto destino dos dejetos humanos (e.g., troninho para crianças < 3)?
24. SIM _____ NÃO _____

Destino do lixo e dejetos

O provedor do serviço:

25. SIM _____ NÃO _____ Recomendou a varredura diária da casa e quintal?
26. SIM _____ NÃO _____ Recomendou manter os animais longe das áreas de preparo dos alimentos e de refeições?
27. SIM _____ NÃO _____ Recomendou ajuntar e secar os dejetos animais para usá-los como fertilizantes, combustíveis ou material construção?
28. SIM _____ NÃO _____ Recomendou queimar ou enterrar o lixo?
29. SIM _____ NÃO _____ Recomendou armazenar a água usada e canalizá-la para o jardim?
30. SIM _____ NÃO _____ Recomendou manter os animais presos longe da casa?

Entrevista com os provedores

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

31. SIM _____ NÃO _____ Você conversa com as pessoas ou grupos sobre água e saneamento?
32. SIM _____ NÃO _____ Você tem uma lista das áreas ou domicílios que não possuem acesso adequado à água?
33. SIM _____ NÃO _____ O que você diz às mães sobre o armazenamento da água potável?
34. SIM _____ NÃO _____ O que você diz às mães sobre a limpeza das latrinas?
35. SIM _____ NÃO _____ O que você diz às mães sobre o destino do lixo?

Entrevista com as mães

Assinale "sim" se a entrevistada responder corretamente:

36. SIM _____ NÃO _____ Alguma vez um profissional de saúde já conversou com você, individualmente ou em grupo, sobre água e saneamento?
37. SIM _____ NÃO _____ Por que é importante lavar as mãos?
38. SIM _____ NÃO _____ Como você mantém a água de beber limpa em casa?
39. SIM _____ NÃO _____ O que você faz para manter a latrina limpa?
40. SIM _____ NÃO _____ Que destino você dá para o lixo?



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS

13. Incapacidades na infância

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação dos serviços oferecidos por provedores baseados nas clínicas e nas comunidades a crianças com incapacidades. O termo "incapacidades" refere-se a crianças mutiladas, com problemas de locomoção, fala, visão ou aprendizagem, e que tenham deficiências físicas, mentais ou emocionais.¹ Espera-se que os provedores tenham níveis diferentes de treinamento e especialização, e tenham acesso variado a recursos como diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação especial. Portanto, protocolos nacionais de conduta e tratamento devem ser revistos para adaptar a ferramenta à situação local. Os gerentes de APS podem usar a lista de verificação como uma **ferramenta de supervisão** para determinar se os serviços são oferecidos de acordo com as normas estabelecidas.

NOTA: As perguntas incluídas nesta lista foram construídas a partir de manuais e referências existentes sobre incapacidades,^{2 3 4 5} e a partir da experiência de campo relatada por pesquisadores e clínicos relevantes.⁶

1. ____ Instalação de saúde
2. ____ Provedor do serviço
3. ____ Observador/supervisor
4. ____ Data

História médica

O provedor do serviço:

- | | | |
|-----|-------------------|---|
| 5. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou à mãe se ela recebeu pré-natal? |
| 6. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou à mãe se seus partos foram acompanhados por um ACS ou PT? |
| 7. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou à mãe sobre a saúde/tamanho do recém-nascido? |
| 8. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou à mãe se o crescimento da criança foi monitorizado? |
| 9. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou à mãe se a criança foi completamente vacinada? |
| 10. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou à mãe se a criança teve algum atraso importante para sentar, ficar de pé ou caminhar? |
| 11. | SIM ____ NÃO ____ | Perguntou à mãe se a criança tem dificuldade em aprender a fazer coisas como as outras crianças de sua idade? |
| 12. | SIM ____ NÃO ____ | Para crianças 3-9 anos, perguntou à mãe se a fala da criança é diferente do normal, (e.g., não clara o suficiente para ser compreendida por pessoas estranhas à família)? |

¹ Esta é a definição prática usada pelos seguintes colaboradores: Dr. David Marsh, Aga Khan University, com Drs. Salma Alam, Ghaxala Parveen, Shafiq-ur-Rab e Mohammed Zahid.

² Helander, E., et al., *Training in the Community for People with Disabilities*, Geneva, WHO, 1989.

³ Thorburn, M.J., & Marfo, K., *Practical approaches to childhood disability in developing countries: Insights from experience and research*, 3D Projects, Spanish Town, Jamaica, 1990.

⁴ Wallace, H., "Health care of women and children in developing countries", Chapter 38, *Handicapped children and youth in developing countries*, Third party publishing company, Oakland, CA, 1990.

⁵ Werner, D. *Disabled Village Children*, Hesperian Foundation, Palo Alto, CA, 1987.

⁶ Veja a nota de rodapé 3. Também Dr. Pasquale Accardo, Chair, Seção sobre crianças com incapacidades, American Academy of Pediatrics, traz alguns comentários significativos.



13. SIM ____ NÃO ____ Para crianças de 2 anos, perguntou se ela pode identificar e dizer o nome de pelo menos um objeto?
14. SIM ____ NÃO ____ Perguntou se a criança tem dificuldade para caminhar, mexer os braços ou tem fraqueza ou rigidez nos braços ou pernas?
15. SIM ____ NÃO ____ Perguntou se a criança tem tido problemas para enxergar, de dia ou de noite?
16. SIM ____ NÃO ____ Perguntou se a criança tem tido problema de audição?
17. SIM ____ NÃO ____ Perguntou à mãe se a criança tem tido convulsões (e.g., perda de consciência, episódios de "branco", tremor ou outros movimentos)?
18. SIM ____ NÃO ____ Perguntou à mãe se a criança tem tido algum problema emocional ou comportamental?
19. SIM ____ NÃO ____ Perguntou quando a incapacidade começou?
20. SIM ____ NÃO ____ Perguntou se algum membro da família ou parente teve algum problema similar?
21. SIM ____ NÃO ____ Perguntou se algum auxílio médico foi buscado para a incapacidade?

Exame físico

O provedor do serviço:

22. SIM ____ NÃO ____ Notou a presença de algum defeito ou deformidade?
23. SIM ____ NÃO ____ Verificou a amplitude normal dos movimentos nas pernas, joelhos, pés, quadris?
24. SIM ____ NÃO ____ Verificou diferença no comprimento das pernas?
25. SIM ____ NÃO ____ Verificou força muscular em pernas, joelhos, pés, quadris, ombros, dorso, braços ou mãos?
26. SIM ____ NÃO ____ Verificou equilíbrio e coordenação?
27. SIM ____ NÃO ____ Verificou os reflexos no joelho?
28. SIM ____ NÃO ____ Verificou sensibilidade tátil ou dolorosa?
29. SIM ____ NÃO ____ Verificou curvaturas anormais da coluna?
30. SIM ____ NÃO ____ Examinou os ouvidos e testou a audição?
31. SIM ____ NÃO ____ Examinou e testou os olhos?
32. SIM ____ NÃO ____ Examinou a cavidade oral?

Identificação/encaminhamento de caso

O provedor do serviço:

33. SIM ____ NÃO ____ Administrou/prescreveu tratamento apropriado ou terapia de acordo com diretrizes estabelecidas?
34. SIM ____ NÃO ____ Fez o encaminhamento apropriado de acordo com as diretrizes?
35. SIM ____ NÃO ____ Registrou o caso de acordo com as diretrizes?

Aconselhamento do cliente sobre incapacidades na infância

O provedor do serviço:

36. SIM ____ NÃO ____ Forneceu informações adequadas sobre serviços locais ou regionais de referência para pessoas com incapacidades (e.g., ONGs, escolas especiais, terapia, centros de tratamento)?
37. SIM ____ NÃO ____ Forneceu informações adequadas sobre especialistas locais ou regionais?
38. SIM ____ NÃO ____ Discutiu com o cliente o que pode ter causado a incapacidade?
39. SIM ____ NÃO ____ Discutiu medicamentos ou tratamentos disponíveis (se existentes)?
40. SIM ____ NÃO ____ Discutiu algum resultado a longo prazo associado à condição, e, se for o caso, a necessidade de tratamento continuado?



41. SIM _____ NÃO _____ Discutiu o possível risco de uma outra criança afetada se se sabe que mais de uma criança nasceu com uma condição genética (se for o caso)?
42. SIM _____ NÃO _____ Discutiu o que os pais e as famílias podem fazer para ajudar as crianças incapacitadas?
43. SIM _____ NÃO _____ Discutiu o que a comunidade ou as escolas podem fazer para ajudar as crianças incapacitadas?
44. SIM _____ NÃO _____ Discutiu como uma criança incapacitada ainda pode fazer muitas coisas normalmente e continuar a ser um membro produtivo da comunidade?

Entrevista com o provedor

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

45. SIM _____ NÃO _____ Quais são alguns sinais e sintomas associados com incapacidades?
46. SIM _____ NÃO _____ Quais as diretrizes locais para tratamento e quais os tratamentos disponíveis?
47. SIM _____ NÃO _____ De que modo algumas incapacidades podem ser evitadas?
48. SIM _____ NÃO _____ Quando você deve encaminhar casos para diagnóstico, testes ou tratamentos complementares?
49. SIM _____ NÃO _____ Quais os serviços locais ou regionais de referência, e.g., ONGs, escolas especiais, centros de tratamento ou especialistas disponíveis para clientes incapacitados?
50. SIM _____ NÃO _____ Quem é o indivíduo da comunidade responsável pela supervisão ou organização das atividades relacionadas às incapacidades, como reabilitação, educação especial, atividades recreativas?
51. SIM _____ NÃO _____ Quais os comitês ou grupos de apoio comunitários responsáveis pelas atividades acima?
52. SIM _____ NÃO _____ Qual é o processo de registro e acompanhamento do progresso dos indivíduos?

Entrevista de saída com o cliente

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

53. SIM _____ NÃO _____ Qual a incapacidade de seu filho?
54. SIM _____ NÃO _____ Como ele a adquiriu?
55. SIM _____ NÃO _____ Como impedir que uma incapacidade semelhante ocorra novamente (se for o caso)?
56. SIM _____ NÃO _____ Que tratamento você recebeu?
57. SIM _____ NÃO _____ Como você o administra?
58. SIM _____ NÃO _____ Onde você consegue tratamento ou acompanhamento?
59. SIM _____ NÃO _____ Quais são os centros e/ou grupos comunitários de tratamento que podem ajudar seu filho?
60. SIM _____ NÃO _____ O que seu filho ainda pode fazer normalmente a despeito de sua incapacidade?
61. SIM _____ NÃO _____ Você tem alguma dúvida ou preocupação que não foi abordada pelo provedor?



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS

14. Acidentes e lesões¹

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação da oferta do serviço de acidentes e lesões. Antes de usá-la, o protocolo nacional de tratamento deve ser revisto para adaptar a ferramenta à situação local se necessário. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. _____ Instalação de saúde
2. _____ Provedor do serviço
3. _____ Observador/supervisor
4. _____ Data

História médica

O provedor do serviço:

5. SIM _____ NÃO _____ Identificou corretamente o tipo de lesão?
6. SIM _____ NÃO _____ Obteve a história da lesão (causa, hora, tipo de envenenamento, etc.)?

Exame físico

O provedor do serviço:

7. SIM _____ NÃO _____ Administrou tratamento apropriado de acordo com diretrizes estabelecidas?
8. SIM _____ NÃO _____ Fez o encaminhamento apropriado de acordo com diretrizes estabelecidas?

Educação para prevenção de lesões

O provedor do serviço:

9. SIM _____ NÃO _____ Discutiu algumas lesões comuns e sua prevenção?
10. SIM _____ NÃO _____ Discutiu o uso de álcool e seu perigo?
11. SIM _____ NÃO _____ Discutiu a importância do armazenamento apropriado de substâncias perigosas?
12. SIM _____ NÃO _____ Discutiu segurança ocupacional?
13. SIM _____ NÃO _____ Discutiu a segurança das crianças em casa e fora dela?
14. SIM _____ NÃO _____ Explicou como reconhecer uma emergência?
15. SIM _____ NÃO _____ Discutiu a localização das instalações regionais de emergência?
16. SIM _____ NÃO _____ Explicou a importância da determinação da causa da lesão, particularmente em caso de envenenamento?

¹ Kirsch, T. and Kiess, L. Thesaurus of injury care skills. Draft. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University, 1992



Entrevista com o provedor do serviço

Esta seção pode ser usada para avaliar o conhecimento do provedor na dependência de seu treinamento. Uma resposta deve ser julgada correta se estiver de acordo com as diretrizes locais. Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

17. SIM NÃO Quais são as lesões comuns?
18. SIM NÃO Como podem ser prevenidas?
19. SIM NÃO Como você pode reconhecer uma emergência?
20. SIM NÃO Onde se pode obter tratamento?
21. SIM NÃO Quando um paciente deve ser encaminhado?
22. SIM NÃO Como um paciente com lesão deve ser transportado?
23. SIM NÃO Que informações importantes relativas à lesão você precisa obter de um paciente?

Entrevista de saída com o cliente

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

24. SIM NÃO Qual é sua lesão?
25. SIM NÃO Você sabe como cuidar da lesão?
26. SIM NÃO Que medicação você recebeu?
27. SIM NÃO Você sabe como tomá-la?
28. SIM NÃO Quais os sinais de perigo que indicam que você deve retornar a instalação de saúde?
29. SIM NÃO Que tipo de acompanhamento ou reabilitação sua lesão requer?
30. SIM NÃO Como este tipo de lesão pode ser prevenido no futuro?



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS

15. DST e HIV/AIDS

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação da oferta dos serviços relacionados às DST fornecidos pelas clínicas de DST, centros de APS, instalações para MCH ou clínicas de FP. Espera-se que os provedores tenham diferentes níveis de treinamento e especialização, e tenham acesso variado a recursos como serviços clínicos, diagnósticos e terapêuticos. Portanto, os protocolos nacionais de conduta e tratamento devem ser revistos a fim de adaptar a ferramenta à situação local. Os gerentes de APS podem usar a lista de verificação como uma ferramenta de supervisão para determinar se os serviços são oferecidos de acordo com as normas estabelecidas. Em virtude da natureza confidencial das perguntas, os supervisores podem preferir observar visitas simuladas ou entrevistar o profissional de saúde.

NOTA: As perguntas incluídas nesta lista foram construídas a partir de protocolos médicos e gerenciais existentes sobre DST/HIV/AIDS, desenvolvidos pela OMS¹, de materiais dos programas de prevenção de AIDS^{2 3} e de estudos relacionados sobre aconselhamento e educação^{4 5 6}; foram ainda tiradas de experiências de campo relatadas por pesquisadores e clínicos relevantes.⁷

1. _____ Instalação de saúde
2. _____ Provedor do serviço
3. _____ Observador/supervisor
4. _____ Data

História médica

Esta seção pode ser usada para avaliar o provedor que faz a anamnese. O objetivo da anamnese é alertar o provedor para os possíveis tipos de infecções associadas às DST.

O provedor do serviço:

- | | | |
|----|---------------------|---|
| 5. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre sintomas de infecção como febre prolongada? |
| | SIM _____ NÃO _____ | Perda inexplicada de peso? |
| | SIM _____ NÃO _____ | Diarréia crônica? |
| | SIM _____ NÃO _____ | Tosse persistente? |
| | SIM _____ NÃO _____ | Sintomas visuais? |

¹ World Health Organization: *Management of patients with sexually transmitted diseases*. WHO Technical report series 810, Geneva, World Health Organization, 1991.

² Lamptey, P, Piot, P., *The handbook for AIDS prevention in Africa*. Durham, NC, Family Health International, 1990.

³ World Health Organization, *AIDS prevention: guidelines for MCH/FP Programme managers*. Global Programme on AIDS, Geneva, World Health Organization, 1990.

⁴ Andrist, L., *Taking a sexual history and educating clients about safe sex*. Nursing Clinics of North America, Dec., 23 (4): 959-73 (1988).

⁵ Stone, D. & Kaleeba, N., *Counselling and AIDS. The handbook for AIDS prevention in Africa*, 181-190, Durham, NC, Family Health International, 1990.

⁶ World Health Organization: *Management of patients with sexually transmitted diseases*. WHO technical report series 810, 61-7, Geneva, World Health Organization, 1991.

⁷ Bernham, G., Department of International Health, Johns Hopkins School of Public Health; Brady, W., PA-C, MPH Division of STD/HIV prevention, Centers for Disease Control; Millar, M, University Research Corporation, Training programme as part of WHO Global Programme on AIDS; Neill, M., Training and Materials Development Specialist, CDC; Allwood, C., NP, AIDS Clinic, Johns Hopkins Hospital



- úlceras genitais?
 Corrimento uretral/vaginal?
 Micção dolorosa ou difícil?
 Feridas na boca?
 Suores noturnos?
6. SIM NÃO Perguntou sobre exposição prévia às DST?
 7. SIM NÃO Perguntou sobre tratamentos administrados?
 8. SIM NÃO Perguntou sobre acompanhamento e adesão?
 9. SIM NÃO Perguntou sobre tratamento de parceiros?
 10. SIM NÃO Perguntou se o cliente já recebeu transfusão de hemoderivados?
 11. SIM NÃO Perguntou se o cliente já foi exposto a instrumentos não esterilizados como agulhas ou facas?
 12. SIM NÃO Fez a anamnese em particular (se for o caso)?

História sexual

O objetivo de tirar uma história sexual é alertar o provedor para possíveis comportamentos de risco associados às DST. Em virtude da natureza sensível do assunto, o provedor deve se preocupar em explicar as razões para obtenção das informações e assegurar ao cliente de que tudo é confidencial.

O provedor do serviço:

13. SIM NÃO Explicou porque a história sexual é útil para analisar uma condição?
 14. SIM NÃO Assegurou ao cliente que todas as respostas são confidenciais?
 15. SIM NÃO Perguntou se o cliente tem vida sexual ativa?
 16. SIM NÃO Perguntou se o cliente se relaciona com mais de um parceiro?
 17. SIM NÃO Perguntou sobre tipos de práticas sexuais?
 18. SIM NÃO Perguntou se há uso de condoms?
 19. SIM NÃO Perguntou ao cliente sobre dúvidas ou preocupações relativas à atividade sexual?
 20. SIM NÃO Tirou a história sexual em particular?

Exame físico

Esta seção pode ser usada para avaliar como o exame físico é realizado na eventualidade de que o equipamento apropriado como mesa de exame, luvas e espéculo pode não estar disponível.

O provedor do serviço:

21. SIM NÃO Perguntou se o cliente sente febre; mediu a temperatura?
 22. SIM NÃO Pesou?
 23. SIM NÃO Examinou a cavidade oral em busca de sinais de infecção (e.g., candidíase)?
 24. SIM NÃO Examinou a conjuntiva do lactente?
 25. SIM NÃO Procurou linfonodomegalia no pescoço, axilas ou virilhas?
 26. SIM NÃO Examinou o andar inferior do abdômen das mulheres em busca de dor?
 Examinou a cérvix, vagina e lábios?
 27. SIM NÃO Examinou o pênis, escroto e retraiu o prepúcio?
 28. SIM NÃO Procurou úlceras ou verrugas no ânus?
 29. SIM NÃO Verificou possível infecção de pele?
 30. SIM NÃO Tomou as necessárias precauções para minimizar a exposição ao sangue e fluidos corporais durante o exame?
 31. SIM NÃO



Identificação/tratamento/encaminhamento de casos

Diretrizes para diagnóstico, teste, tratamento e encaminhamento de doenças ou síndromes prioritárias precisarão ser revistas para identificar e tratar corretamente os casos.

Com apoio laboratorial apropriado

O provedor do serviço:

32. SIM ____ NÃO ____ Praticou precauções universais antes e após a coleta da amostra, e.g., sangue, corrimento uretral/vaginal?
33. SIM ____ NÃO ____ Colheu a amostra de acordo com o protocolo?
34. SIM ____ NÃO ____ Obteve a quantidade recomendada?
35. SIM ____ NÃO ____ Selou e rotulou o frasco?
36. SIM ____ NÃO ____ Completou o registro de transferência ao laboratório?
37. SIM ____ NÃO ____ Transferiu o material para o laboratório no tempo prescrito?

Após completar o teste ou na ausência de apoio laboratorial:¹

O provedor do serviço:

38. SIM ____ NÃO ____ Identificou a doença de acordo com as diretrizes?
39. SIM ____ NÃO ____ Informou o diagnóstico ao cliente?
40. SIM ____ NÃO ____ Administrou/prescreveu tratamento apropriado e acordo com diretrizes estabelecidas?
41. SIM ____ NÃO ____ Instruiu o cliente sobre adesão ao tratamento época de retorno?
42. SIM ____ NÃO ____ Fez o encaminhamento apropriado de acordo com as diretrizes?
43. SIM ____ NÃO ____ Registrou o caso de acordo com as diretrizes?
44. SIM ____ NÃO ____ Perguntou se o cliente tinha alguma dúvida?

Aconselhamento do cliente sobre prevenção de DST/HIV/AIDS

O aconselhamento do cliente destina-se a prevenir comportamentos que levem à infecção e a fornecer apoio àqueles infectados ou que acompanham alguém infectado. Esta seção pode ser usada se a história médica/sexual indicar que o cliente possa ser de risco para DST.

O provedor do serviço:

45. SIM ____ NÃO ____ Informou ao cliente sobre os modos de transmissão das DST na comunidade?
46. SIM ____ NÃO ____ Discutiu algumas atitudes preventivas básicas para a transmissão de DST?
47. SIM ____ NÃO ____ Instruiu o cliente sobre o uso correto e consistente de condoms?
48. SIM ____ NÃO ____ Ensinou o cliente como reconhecer alguns sintomas comuns de DST e a compreender a importância de conseguir tratamento correto?
49. SIM ____ NÃO ____ Explicou que algumas DST não são curáveis (infecção pelo HIV; papilomavirus humano)?
50. SIM ____ NÃO ____ Explicou que comportamentos que podem levar às DST também são de risco para HIV?
51. SIM ____ NÃO ____ Forneceu ao cliente algum folheto disponível?
52. SIM ____ NÃO ____ Usou materiais educativos para instruir o cliente?
53. SIM ____ NÃO ____ Perguntou se o cliente tinha dúvidas?

¹ Quando o apoio laboratorial não estiver disponível, a identificação dos casos de DST pode se basear apenas na história médica/sexual do paciente e exame físico.



Aconselhamento pré e pós-teste para pesquisa de anticorpos contra HIV e para exames complementares para outras DST

Esta seção só se aplica se houver indicação de exames laboratoriais, e protocolos e instalações adequadas estiverem disponíveis.

O provedor do serviço:

54. SIM NÃO Explicou o procedimento do exame?
55. SIM NÃO Assegurou ao cliente que os resultados serão confidenciais?
56. SIM NÃO Discutiu o significado de um teste negativo?
57. SIM NÃO Discutiu o significado de um teste positivo?
58. SIM NÃO Discutiu os tratamentos disponíveis?
59. SIM NÃO Discutiu a importância de notificar o parceiro?
60. SIM NÃO Discutiu a possibilidade de que o cliente ou parceiros infectados possam ainda não apresentar sintomas ou sinais?
61. SIM NÃO Explicou alguns sintomas comuns que podem ocorrer e que devem ser relatados?

Para mulheres HIV positivas

O provedor do serviço:

62. SIM NÃO Orientou sobre os riscos para o feto/lactente?
63. SIM NÃO Orientou sobre contracepção ou encaminhou a a um serviço de planejamento familiar?
64. SIM NÃO Sugeriu algum cuidado de pré ou pós-natal necessário?

Para mães de recém-nascidos HIV positivos

O provedor do serviço:

65. SIM NÃO Explicou que a criança pode ter muitos anos de vida normal?
66. SIM NÃO Encorajou o aleitamento materno e a monitorização do crescimento?
67. SIM NÃO Recomendou vacinação completa (exceto BCG) se a criança mostrar sinais clínicos de infecção pelo HIV?

Aconselhamento do cliente com DST diagnosticada

Nesta seção, o aconselhamento destina-se a fornecer apoio aos clientes cujos testes de laboratório (se disponíveis) e achados clínicos indicam DST.

O provedor do serviço:

68. SIM NÃO Explicou como a infecção pode ter sido transmitida?
69. SIM NÃO Discutiu os tratamentos disponíveis?
70. SIM NÃO Explicou se a infecção é curável e os efeitos a longo prazo se não for?
71. SIM NÃO Discutiu as complicações da doença ou tratamento?
72. SIM NÃO Discutiu a possibilidade de que o parceiro possa ainda não apresentar sintomas ou sinais?
73. SIM NÃO Explicou o risco de reinfecção ao retomar relações sexuais com um parceiro não tratado?
74. SIM NÃO Explicou que as DST podem facilitar a transmissão do HIV?
75. SIM NÃO Aconselhou os clientes em particular?

Entrevista com o provedor

Esta seção pode ser usada para avaliar um provedor na dependência de seu nível de treinamento, educação e habilidade na oferta de serviços relacionados às DST. Uma resposta deve ser julgada correta se estiver de acordo com as diretrizes locais. Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

76. SIM NÃO Quais os exemplos comuns de DST?
77. SIM NÃO Como são definidas infecção pelo HIV e AIDS?



78. SIM _____ NÃO _____ Como são transmitidas?
79. SIM _____ NÃO _____ Quais os sinais ou sintomas de uma DST/HIV/AIDS?
80. SIM _____ NÃO _____ Quais os fatores de risco para DST?
81. SIM _____ NÃO _____ Quais as medidas preventivas?
82. SIM _____ NÃO _____ Que DST podem facilitar a transmissão do HIV?
83. SIM _____ NÃO _____ Que tratamentos estão disponíveis?
84. SIM _____ NÃO _____ Que testes devem ser executados se você suspeitar de infecção?
85. SIM _____ NÃO _____ Quais as pessoas com maior risco de serem infectadas em sua área?
86. SIM _____ NÃO _____ Quando e a quem você deve encaminhar os casos para diagnósticos, exames ou tratamentos complementares?

Entrevista de saída com o cliente com DST

Assinale "sim" se o cliente responder corretamente:

87. SIM _____ NÃO _____ Qual a sua doença?
88. SIM _____ NÃO _____ Como você acha que a adquiriu?
89. SIM _____ NÃO _____ Como prevenir a passagem desta infecção para uma outra pessoa, e como impedir ser infectado novamente?
90. SIM _____ NÃO _____ Que tratamento/medicamento você recebeu ou receberá?
91. SIM _____ NÃO _____ Quanto e com que frequência vai tomá-lo?
92. SIM _____ NÃO _____ Quando e onde vai retornar para resultados dos testes, tratamento ou acompanhamento?
93. SIM _____ NÃO _____ Pediram que você encorajasse seu parceiro a comparecer para ser examinado?
94. SIM _____ NÃO _____ Você tem dúvidas ou preocupações que não foram abordadas pelo provedor?
95. SIM _____ NÃO _____ Como as DST são transmitidas em sua comunidade?
96. SIM _____ NÃO _____ Como você pode se proteger contra as DST?
97. SIM _____ NÃO _____ Como saber se você tem uma DST?
98. SIM _____ NÃO _____ O que você faria se julgasse ter uma DST?
99. SIM _____ NÃO _____ Você recebeu algum folheto educativo?
100. SIM _____ NÃO _____ Você tem dúvidas ou preocupações que não foram abordadas pelo provedor?



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS

16. Malária

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação da oferta do serviço de malária. Antes de usá-la, o protocolo nacional de tratamento deve ser revisto para adaptar a ferramenta à situação local se necessário. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. _____ Instalação de saúde
2. _____ Provedor do serviço
3. _____ Observador/supervisor
4. _____ Data

História médica

O provedor do serviço:

- | | | |
|-----|---------------------|--|
| 5. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre o nível de febre? |
| 6. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre o padrão de febre? |
| 7. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre calafrios/suores? |
| 8. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre dor de cabeça? |
| 9. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre vômitos? |
| 10. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre convulsões? |
| 11. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre anti-maláricos tomados nas últimas 24 horas? |
| 12. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre outros sintomas para descartar outras doenças febris? ¹ |

Exame físico

O provedor do serviço:

- | | | |
|-----|---------------------|---|
| 13. | SIM _____ NÃO _____ | Tirou a temperatura |
| 14. | SIM _____ NÃO _____ | Pesquisou rigidez de nuca? |
| 15. | SIM _____ NÃO _____ | Palpou o abdômen/estômago? |
| 16. | SIM _____ NÃO _____ | Auscultou os pulmões? |
| 17. | SIM _____ NÃO _____ | Examinou os ouvidos, nariz, garganta? |
| 18. | SIM _____ NÃO _____ | Examinou a pele? |
| 19. | SIM _____ NÃO _____ | Pesou o paciente? |
| 20. | SIM _____ NÃO _____ | Preparou uma lâmina de sangue ou encaminhou a um local onde uma lâmina possa ser examinada? |
| 21. | SIM _____ NÃO _____ | Examinou uma lâmina de sangue? |

Tratamento e encaminhamento

O provedor do serviço:

- | | | |
|-----|---------------------|---|
| 22. | SIM _____ NÃO _____ | Administrou/prescreveu anti-maláricos de acordo com as normas locais? |
|-----|---------------------|---|

¹ Outros sintomas que podem indicar uma causa alternativa à malária são: diarreia, tosse, corrimento nasal, dor de garganta, dor de ouvido, sintomas urinários (disúria, polaciúria) e dor ou edema articular.



23. SIM ____ NÃO ____ Encaminhou caso de malária cerebral ou outra forma grave/ complicada/resistente?
24. SIM ____ NÃO ____ Encaminhou para diagnóstico/tratamento complementar se há suspeita de outra doença febril?

Se febre > 39° C

25. SIM ____ NÃO ____ Administrou anti-térmico?
26. SIM ____ NÃO ____ Fez compressas ou banho?

Educação e aconselhamento em malária

O provedor do serviço:

27. SIM ____ NÃO ____ Ensinou como administrar o anti-malárico?
28. SIM ____ NÃO ____ Forneceu as drogas ou verificou se o cliente tem acesso a elas?
29. SIM ____ NÃO ____ Discutiu a importância de completar o tratamento?
30. SIM ____ NÃO ____ Discutiu os sinais de perigo que podem indicar malária complicada ou resistente?¹
31. SIM ____ NÃO ____ Disse ao cliente para retornar em caso de sinais de perigo?
32. SIM ____ NÃO ____ Discutiu prevenção?²
33. SIM ____ NÃO ____ Verificou se o cliente compreendeu as mensagens chave?
34. SIM ____ NÃO ____ Perguntou ao cliente se ele tem alguma dúvida?

Educação de campo (visitas domiciliares ou sessões de grupo)

Identificação e tratamento de casos:

O provedor do serviço:

35. SIM ____ NÃO ____ Perguntou se alguém no domicílio tem febre?
36. SIM ____ NÃO ____ Explicou os sinais e sintomas de malária, especialmente febre?
37. SIM ____ NÃO ____ Explicou a importância do tratamento domiciliar imediato de malária (febre)?
38. SIM ____ NÃO ____ Explicou que drogas devem ser usadas para tratar febre em casa?
39. SIM ____ NÃO ____ Explicou o regime recomendado de tratamento com drogas anti-maláricas?
40. SIM ____ NÃO ____ Explicou onde as drogas podem ser obtidas?
41. SIM ____ NÃO ____ Explicou as indicações para procurar auxílio médico?

Prevenção:

O provedor do serviço:

42. SIM ____ NÃO ____ Explicou o uso de mosquiteiros?
43. SIM ____ NÃO ____ Explicou o uso de *spray* domiciliar?
44. SIM ____ NÃO ____ Informou onde os mosquiteiros e *sprays* estão disponíveis?
45. SIM ____ NÃO ____ Explicou como eliminar águas paradas?

Quimioprofilaxia para gestantes:

O provedor do serviço:

46. SIM ____ NÃO ____ Explicou que drogas podem ser usadas para prevenção da malária?

¹ Sinais de perigo incluem: inconsciência, sonolência intensa, febre após dois dias de tratamento, retorno da febre em menos de três semanas.

² Medidas preventivas incluem: quimioprofilaxia, uso de mosquiteiros, *spray* domiciliar e eliminação de águas paradas.



47. SIM _____ NÃO _____ Explicou os esquemas recomendados de anti-maláricos para prevenção?
48. SIM _____ NÃO _____ Discuti possíveis efeitos colaterais?
49. SIM _____ NÃO _____ Explicou quando e onde comparecer para obter quimioprofilaxia?

Suprimentos

Pergunte ao provedor sobre os seguintes suprimentos:

50. SIM _____ NÃO _____ Você tem termômetro?
51. SIM _____ NÃO _____ Você tem estetoscópio?
52. SIM _____ NÃO _____ Você tem balança?
53. SIM _____ NÃO _____ Você tem microscópio e lâminas?
54. SIM _____ NÃO _____ Você tem cloroquina?
55. SIM _____ NÃO _____ Você tem outros anti-maláricos?



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS

17. Tuberculose

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação da oferta do serviço de tuberculose. Antes de usá-la, o protocolo nacional de tratamento deve ser revisto para adaptar a ferramenta à situação local se necessário. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. _____ Instalação de saúde
2. _____ Provedor do serviço
3. _____ Observador/supervisor
4. _____ Data

História médica

O provedor do serviço:

- | | | |
|-----|---------------------|---|
| 5. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre tosse persistente (duas semanas ou mais)? |
| 6. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre febre persistente (um mês ou mais)? |
| 7. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre perda de peso? |
| 8. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre sangue no escarro? |
| 9. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre dor torácica ou lombar persistente (um mês ou mais)? |
| 10. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou se membros do domicílio ou vizinhos tiveram sintomas semelhantes? |

Exame físico

O provedor do serviço:

- | | | |
|-----|---------------------|----------------------------------|
| 11. | SIM _____ NÃO _____ | Tomou a temperatura? |
| 12. | SIM _____ NÃO _____ | Mediu a frequência respiratória? |
| 13. | SIM _____ NÃO _____ | Mediu o pulso? |
| 14. | SIM _____ NÃO _____ | Pesou o paciente? |
| 15. | SIM _____ NÃO _____ | Examinou os linfonodos? |
| 16. | SIM _____ NÃO _____ | Auscultou os pulmões? |

Tratamento e encaminhamento

O provedor do serviço:

- | | | |
|-----|---------------------|--|
| 17. | SIM _____ NÃO _____ | Fez o teste tuberculínico (por política local)? |
| 18. | SIM _____ NÃO _____ | Disse ao paciente que ele tem (ou pode ter) TB? |
| 19. | SIM _____ NÃO _____ | Encaminhou para exame de escarro? |
| 20. | SIM _____ NÃO _____ | Encaminhou para RX de tórax? |
| 21. | SIM _____ NÃO _____ | Prescreveu medicamentos/encaminhou para tratamento de acordo com as normas locais? |

Para acompanhamento de casos

O provedor do serviço:

- | | | |
|-----|---------------------|---|
| 22. | SIM _____ NÃO _____ | Verificou corretamente se o cliente está tomando os medicamentos? |
| 23. | SIM _____ NÃO _____ | Avaliou o progresso do cliente? |
| 24. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre efeitos colaterais ou reações adversas? |



25. SIM ____ NÃO ____ Se efeitos colaterais estiverem presentes: aconselhou como lidar com eles?
26. SIM ____ NÃO ____ Mudou o tratamento se necessário?

Educação para saúde

O provedor do serviço:

27. SIM ____ NÃO ____ Explicou onde ir para exames laboratoriais?
28. SIM ____ NÃO ____ Explicou quanto e com que frequência tomar os medicamentos?
29. SIM ____ NÃO ____ Enfatizou a importância de completar o tratamento?
30. SIM ____ NÃO ____ Informou o paciente que ele é contagioso?
31. SIM ____ NÃO ____ Discutiu como evitar a transmissão da doença?
32. SIM ____ NÃO ____ Discutiu sinais de perigo e reações adversas que requerem atenção especial?
33. SIM ____ NÃO ____ Disse quando retornar para acompanhamento?
34. SIM ____ NÃO ____ Discutiu a importância de testar e tratar familiares com sintomas semelhantes?
35. SIM ____ NÃO ____ Verificou se o paciente compreendeu as mensagens chave?
36. SIM ____ NÃO ____ Perguntou se o paciente tem alguma dúvida?

Suprimentos

Pergunte ao provedor se ele tem os seguintes suprimentos:

37. SIM ____ NÃO ____ Termômetro?
38. SIM ____ NÃO ____ Relógio?
39. SIM ____ NÃO ____ Estetoscópio?
40. SIM ____ NÃO ____ Balança?
41. SIM ____ NÃO ____ Material para teste tuberculínico?

Entrevista com o paciente

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

42. SIM ____ NÃO ____ Qual a sua doença?
43. SIM ____ NÃO ____ Você recebeu medicamentos/prescrição?
44. SIM ____ NÃO ____ Se prescrição: você sabe onde obter os medicamentos?
45. SIM ____ NÃO ____ Quanto e com que frequência vai tomá-los?
46. SIM ____ NÃO ____ O provedor fez um teste de escarro ou arrumou um lugar para fazê-lo?
47. SIM ____ NÃO ____ Onde você vai fazer o teste?
48. SIM ____ NÃO ____ O que fazer para impedir a transmissão da doença?
Quais os sinais de perigo que indicam que você deve retornar ao centro de saúde?
49. SIM ____ NÃO ____ Quando você vai voltar para os resultados do teste/acompanhamento?

Entrevista com o provedor:

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

51. SIM ____ NÃO ____ Quais os sinais e sintomas de TB?
52. SIM ____ NÃO ____ Que testes devem ser executados se houver suspeita de TB?
53. SIM ____ NÃO ____ Que remédios você usa para tratar TB?
54. SIM ____ NÃO ____ Quanto e com que frequência o paciente deve tomar os medicamentos?
55. SIM ____ NÃO ____ Quais os sinais de perigo que indicam que o paciente precisa de cuidados adicionais?



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS

18. Tratamento de problemas secundários

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação da oferta do serviço de tratamento de problemas secundários. Antes de usá-la, o protocolo nacional de tratamento deve ser revisto para adaptar a ferramenta à situação local se necessário. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. _____ Instalação de saúde
2. _____ Provedor do serviço
3. _____ Observador/supervisor
4. _____ Data

História médica

O provedor do serviço:

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

Exame físico

O provedor do serviço:

8. SIM _____ NÃO _____ Verificou sinais vitais (PA, temperatura, pulso, respiração, etc.)?
9. SIM _____ NÃO _____ Fez 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 complementares relacionados à condição ou ao diagnóstico inicial (exames laboratoriais, radiografias, etc.)?

Planos de tratamento e acompanhamento

O provedor do serviço:

13. SIM _____ NÃO _____ Forneceu tratamento apropriado para a condição?
14. SIM _____ NÃO _____ Forneceu informações sobre a condição e o plano de tratamento?
18. SIM _____ NÃO _____ Discutiu a importância da adesão à terapia?
21. SIM _____ NÃO _____ Com que frequência você tomará o remédio?
22. SIM _____ NÃO _____ Qual a dose?
23. SIM _____ NÃO _____ Por quanto tempo você vai continuar o tratamento?



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS 19a. Hipertensão

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação da oferta do serviço de hipertensão. Antes de usá-la, o protocolo nacional de tratamento deve ser revisto para adaptar a ferramenta à situação local se necessário. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. _____ Instalação de saúde
2. _____ Provedor do serviço
3. _____ Observador/supervisor
4. _____ Data

Leitura inicial

O provedor do serviço:

5. SIM _____ NÃO _____ Tirou a PA?
6. SIM _____ NÃO _____ Utilizou um manguito apropriado?

Se PA diastólica maior ou igual a 115: o provedor perguntou sobre:

7. SIM _____ NÃO _____ Visão embaçada?
8. SIM _____ NÃO _____ Cefaléia intensa que está piorando?
9. SIM _____ NÃO _____ Alteração mental (sonolento, confuso)?
10. SIM _____ NÃO _____ Convulsão?

Se PA diastólica maior que 90: o provedor perguntou sobre:

11. SIM _____ NÃO _____ Dor torácica?
12. SIM _____ NÃO _____ Falta de ar?

História médica

O provedor do serviço perguntou sobre:

13. SIM _____ NÃO _____ Queixas principais?
14. SIM _____ NÃO _____ Duração da hipertensão?
15. SIM _____ NÃO _____ História familiar de hipertensão?
16. SIM _____ NÃO _____ Tratamento prévio ou atual (e resposta)?
17. SIM _____ NÃO _____ História de diabetes, AVC?
18. SIM _____ NÃO _____ Problema cardíaco, dor torácica prévios?
19. SIM _____ NÃO _____ Sede excessiva?
20. SIM _____ NÃO _____ Inchaço, varizes, coágulos?
21. SIM _____ NÃO _____ Estilo de vida atual (trabalho, estresse, condições em casa)?
22. SIM _____ NÃO _____ Hábitos alimentares, tabagismo, uso de álcool e drogas?
23. SIM _____ NÃO _____ Doença pregressa grave?
24. SIM _____ NÃO _____ Medicações em uso atual?

Exame físico

O provedor do serviço:

25. SIM _____ NÃO _____ Verificou sinais vitais?



26. SIM _____ NÃO _____ Verificou e registrou PA em ambos os braços?
 27. SIM _____ NÃO _____ Verificou as veias do pescoço?
 28. SIM _____ NÃO _____ Apalpou a tireóide?
 29. SIM _____ NÃO _____ Auscultou os pulmões?
 30. SIM _____ NÃO _____ Auscultou o coração?
 31. SIM _____ NÃO _____ Verificou edema nas pernas?
 32. SIM _____ NÃO _____ Verificou pulso no dorso dos pés?
 33. SIM _____ NÃO _____ Examinou o abdômen?
 34. SIM _____ NÃO _____ Analisou a urina?

Educação e aconselhamento em hipertensão

O provedor do serviço:

35. SIM _____ NÃO _____ Explicou hipertensão?
 36. SIM _____ NÃO _____ Explicou o prognóstico?
 37. SIM _____ NÃO _____ Informou o paciente sobre o nível de PA?
 38. SIM _____ NÃO _____ Explicou a falta de sintomas?
 39. SIM _____ NÃO _____ Explicou a meta do tratamento?
 40. SIM _____ NÃO _____ Forneceu uma folha com a terapia anti-hipertensiva sistemática?
 41. SIM _____ NÃO _____ Explicou como tomar o medicamento?
 42. SIM _____ NÃO _____ Discutiu a importância da tomada diária do medicamento?
 43. SIM _____ NÃO _____ Discutiu os possíveis efeitos colaterais do medicamento?
 44. SIM _____ NÃO _____ Discutiu os possíveis sinais de alarme da PA elevada?
 45. SIM _____ NÃO _____ Disse ao paciente para retornar se os sinais de alarme aparecerem?
 46. SIM _____ NÃO _____ Recomendou a restrição de sódio e gorduras?
 47. SIM _____ NÃO _____ Recomendou que se evite a nicotina?
 48. SIM _____ NÃO _____ Recomendou perda de peso se indicado?
 49. SIM _____ NÃO _____ Discutiu a importância de seguir a dieta prescrita?
 50. SIM _____ NÃO _____ Verificou se o paciente compreendeu os pontos chave?
 51. SIM _____ NÃO _____ Perguntou se o paciente tem alguma dúvida?

Suprimentos

O provedor tem os seguintes suprimentos:

52. SIM _____ NÃO _____ Estetoscópio?
 53. SIM _____ NÃO _____ Manguitos de diferentes tamanhos?
 54. SIM _____ NÃO _____ Medicamentos disponíveis para emergências?
 55. SIM _____ NÃO _____ Medicamentos para o tratamento de hipertensão?

Entrevista de saída com o cliente ou cuidador

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

56. SIM _____ NÃO _____ Por que é importante verificar sua PA ao menos uma vez por ano?
 57. SIM _____ NÃO _____ Onde você pode verificar sua PA?
 58. SIM _____ NÃO _____ Onde você pode receber tratamento?
 59. SIM _____ NÃO _____ Como tomar a medicação?
 60. SIM _____ NÃO _____ Por que é importante seguir o tratamento diário?
 61. SIM _____ NÃO _____ Com que frequência você deve tirar sua PA?
 62. SIM _____ NÃO _____ Que sinais de perigo indicam que você deve retornar à clínica?
 63. SIM _____ NÃO _____ O que pode ser feito para prevenir a hipertensão?



Entrevista com o provedor

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

64. SIM _____ NÃO _____ Que nível de PA é considerado hipertensão?
65. SIM _____ NÃO _____ Quando o paciente deve ser encaminhado a um médico em caráter de emergência?
66. SIM _____ NÃO _____ Em que ponto do tratamento o paciente deve ser encaminhado a um médico?
67. SIM _____ NÃO _____ Que drogas devem ser prescritas para hipertensão?
68. SIM _____ NÃO _____ Que tipo de dieta deve ser prescrita para hipertensão?
69. SIM _____ NÃO _____ Como a hipertensão pode ser prevenida?



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS

19b. Diabetes mellitus^{1 2}

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação da oferta do serviço de diabetes mellitus. Antes de usá-la, o protocolo nacional de tratamento deve ser revisto para adaptar a ferramenta à situação local se necessário. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. _____ Instalação de saúde
2. _____ Provedor do serviço
3. _____ Observador/supervisor
4. _____ Data

História médica

O provedor do serviço:

- | | | |
|----|---------------------|---|
| 5. | SIM _____ NÃO _____ | Perguntou sobre sintomas precoces como micção freqüente, sede incomum (boca seca), perda de apetite, náusea, vômitos e perda de peso? |
| | SIM _____ NÃO _____ | Visão embaçada que vai e vem? |
| | SIM _____ NÃO _____ | Prurido vaginal ou candidíase? |
| | SIM _____ NÃO _____ | Inchação ou ferimento nas gengivas? |
| | SIM _____ NÃO _____ | Dor torácica, especialmente aos esforços? |
| | SIM _____ NÃO _____ | Sintomas de infecção do trato urinário, como dor ou queimação à micção? |
| | SIM _____ NÃO _____ | Problemas nos pés, como ferimento que não cura, alterações na pele ou unhas ou dormência? |
| | SIM _____ NÃO _____ | Dormência, formigamento, fraqueza ou dor em qualquer parte do corpo? |
| | SIM _____ NÃO _____ | Outras infecções que não saram (pele, gengivas, urina)? |

Exame físico

O provedor do serviço:

- | | | |
|-----|---------------------|--|
| 6. | SIM _____ NÃO _____ | Verificou a aparência geral, sinais vitais e peso? |
| 7. | SIM _____ NÃO _____ | Procurou respiração rápida e profunda ou hálito cetônico? |
| 8. | SIM _____ NÃO _____ | Procurou sinais de desidratação, como perda de peso e boca seca? |
| 9. | SIM _____ NÃO _____ | Observou alterações mentais (confusão, sonolência, inconsciência)? |
| 10. | SIM _____ NÃO _____ | Testou com a tabela de optótipos (e.g., Snellen) se há queixa de alteração visual? |
| 11. | SIM _____ NÃO _____ | Verificou as gengivas em busca de inflamação, dor ao toque, vermelhidão, inchação? |

¹ Burgess, R., *Community health aide/practitioner manual*, 55-58, Washington DC, United States Department of Health and Human Services, 1987.

² Hoole, A., Greenber, R., & Pickard, G., *Patient care guidelines for family nurse practitioners*, p. 265-272, Boston, MA, Little Brown and Company, 1976.



12. SIM ____ NÃO ____ Verificou a aparência geral dos pés, forma e tamanho?
13. SIM ____ NÃO ____ Procurou edema depressível sobre a crista tibial?
14. SIM ____ NÃO ____ Verificou a força do pulso no dorso de cada pé e atrás do maléolo medial?
15. SIM ____ NÃO ____ Se o pulso nos pés estiver fraco, procurou sinais de suprimento sanguíneo precário?
16. SIM ____ NÃO ____ Pesquisou glicosúria, proteinúria, cetonúria e glicemia?

Educação e aconselhamento em diabetes

O provedor do serviço:

17. SIM ____ NÃO ____ Discutiu dieta (evitar açúcares e gorduras, e consumir mais fibras)?
18. SIM ____ NÃO ____ Discutiu controle de peso e dieta (se o paciente estiver acima do peso)?
19. SIM ____ NÃO ____ Recomendou exercícios regulares após consultar um médico?
20. SIM ____ NÃO ____ Demonstrou como pesquisar glicemia e glicosúria?
21. SIM ____ NÃO ____ Discutiu a importância de evitar o fumo/parar de fumar?
22. SIM ____ NÃO ____ Discutiu como ensinar a família a manusear as emergências diabéticas comuns?
23. SIM ____ NÃO ____ Pediu ao paciente para repetir as mensagens chave?
24. SIM ____ NÃO ____ Perguntou ao paciente se ele tem alguma dúvida?

Cuidados com os pés

O provedor do serviço:

25. SIM ____ NÃO ____ Discutiu a importância dos cuidados apropriados com os pés (i.e., limpeza suave e diária)?
26. SIM ____ NÃO ____ Discutiu a proteção dos pés?
27. SIM ____ NÃO ____ Recomendou não caminhar sem sapatos e usar sapatos bem ajustados?
28. SIM ____ NÃO ____ Discutiu como evitar lesões pelo calor/frio?
29. SIM ____ NÃO ____ Discutiu como cortar as unhas dos pés em linha reta com instrumentos apropriados e não cortar os calos?
30. SIM ____ NÃO ____ Recomendou o uso de meias secas e macias, sem elásticos, e o uso de talco para manter os pés secos?

Mulheres em idade fértil

O provedor do serviço:

31. SIM ____ NÃO ____ Discutiu a importância de manter os níveis glicêmicos dentro de uma faixa apropriada, antes e durante a gestação, para prevenir defeitos do feto?
32. SIM ____ NÃO ____ Encaminhou as gestações de alto risco (por política local)?

Entrevista de saída com o paciente

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

33. SIM ____ NÃO ____ Você sabe que medicações tomar e quando?
34. SIM ____ NÃO ____ Onde você vai conseguir as medicações?
35. SIM ____ NÃO ____ Como você vai tomar o medicamento (quanto, com que frequência, por quanto tempo)?
36. SIM ____ NÃO ____ Que sinais de perigo indicam que você deve retornar à instalação de saúde?
37. SIM ____ NÃO ____ Como você vai cuidar de sua diabetes?



Entrevista com o provedor

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

38. SIM _____ NÃO _____ Quais os sinais e sintomas de diabetes que requerem atenção médica adicional?
39. SIM _____ NÃO _____ Quando você deve encaminhar um caso para diagnóstico complementar?
40. SIM _____ NÃO _____ Que medidas podem ser tomadas para prevenir ou cuidar dos casos de diabetes?



Lista de verificação da qualidade dos serviços de APS 19c. Anemia

Esta lista de verificação destina-se a ser usada na observação da oferta do serviço de anemia. Antes de usá-la, o protocolo nacional de tratamento deve ser revisto para adaptar a ferramenta à situação local se necessário. Recomenda-se que você reveja a lista de verificação cuidadosamente antes de usá-la para que você compreenda as perguntas e saiba como usar o formulário. Para observação da oferta do serviço, assinale "sim" se o provedor executar a tarefa durante a prestação do serviço. Para entrevistas, assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente.

1. _____ Instalação de saúde
2. _____ Provedor do serviço
3. _____ Observador/supervisor
4. _____ Data

História médica

O provedor do serviço:

5. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre queixas principais: se grávida?
6. SIM _____ NÃO _____ Perguntou se há sangue nas fezes?
7. SIM _____ NÃO _____ Pesquisou sangue oculto nas fezes?
8. SIM _____ NÃO _____ Tirou a história menstrual?
9. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre vômito com sangue?

Exame físico

O provedor do serviço:

10. SIM _____ NÃO _____ Tomou o pulso e a PA?
11. SIM _____ NÃO _____ Verificou a cor da conjuntiva?
12. SIM _____ NÃO _____ Pesquisou sangue oculto nas fezes?
13. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre história familiar de anemia?
14. SIM _____ NÃO _____ Perguntou sobre tratamento atual ou prévio (e resposta)?
15. SIM _____ NÃO _____ Fez exame físico completo?

Exames laboratoriais

O provedor do serviço:

16. SIM _____ NÃO _____ Fez hemograma completo com contagem de reticulócitos?
17. SIM _____ NÃO _____ Fez a velocidade de hemossedimentação?
18. SIM _____ NÃO _____ Determinou o tipo de hemoglobina (região, raça, idade ou sexo)?
19. SIM _____ NÃO _____ Determinou a capacidade fixadora de ferro?
20. SIM _____ NÃO _____ Obteve a bioquímica completa (cálcio, potássio, etc.) (opcional)?

Diagnóstico, tratamento, educação nutricional

O provedor do serviço:

21. SIM _____ NÃO _____ Determinou a etiologia da anemia?
22. SIM _____ NÃO _____ Determinou consulta apropriada (encaminhamento a um especialista, se necessário)?
23. SIM _____ NÃO _____ Forneceu tratamento apropriado para a condição?
24. SIM _____ NÃO _____ Forneceu aconselhamento nutricional?



Mulheres em idade fértil

O provedor do serviço:

25. SIM NÃO Discutiu a importância de nutrição apropriada (rica em ferro) e suplementação de ferro durante a gestação?
26. SIM NÃO Agendou um retorno após 4-6 semanas de tratamento para avaliar a resposta a ele?
27. SIM NÃO Forneceu encaminhamento a um especialista se a anemia for relacionada a uma condição maligna?

Entrevista de saída com o cliente

Assinale "sim" se o entrevistado responder corretamente:

28. SIM NÃO Você sabe que dieta é boa para você?
29. SIM NÃO Você sabe como tomar o remédio (quanto, com que frequência, por quanto tempo)?
30. SIM NÃO Você sabe onde obter mais medicamento?
31. SIM NÃO Você sabe por que precisa seguir o tratamento prescrito (medicamento/dieta)?

Entrevista com o provedor

Assinale "sim" para respostas corretas:

32. SIM NÃO Quais os sinais e sintomas de anemia?
33. SIM NÃO Em que condições você deve encaminhar um cliente a um especialista?
34. SIM NÃO Como você cuida de um caso de anemia?



Lista de verificação da qualidade dos serviços do PAG APS

20. Satisfação do cliente

Além de usar as listas de verificação da qualidade dos serviços para avaliar o desempenho clínico dos provedores, é útil avaliar o desempenho do provedor do ponto de vista do paciente ou cliente. Esta lista de verificação permitirá, portanto, que os gerentes: 1) examinem até que ponto os serviços e os provedores atendem às expectativas do cliente, e 2) identifiquem oportunidades para melhorar a qualidade dos serviços a partir da perspectiva do cliente.

As dimensões da satisfação do cliente

A satisfação do cliente consiste em várias dimensões, cada uma devendo ser abordada num levantamento da satisfação do cliente. Essas dimensões incluem:

Acesso aos serviços: Os clientes sentem que podem se beneficiar facilmente dos serviços? Até que ponto os serviços são convenientes para os clientes?

Instalações, equipamentos e suprimentos: Os clientes sentem que a instalação de saúde (hospital, clínica, centro de saúde, serviço de campo), equipamentos e suprimentos são aceitáveis?

Disponibilidade dos serviços: Os clientes acreditam que os provedores e serviços necessários estão disponíveis?

Continuidade dos cuidados: Os clientes sentem que o mesmo nível de atenção é mantido em diferentes visitas e com diferentes provedores?

Qualidades interpessoais do provedor do serviço: Os clientes sentem que o provedor possui habilidades interpessoais adequadas?

Competência profissional: Os clientes sentem que o conhecimento e habilidades técnicas do provedor são adequados?

Custos: Os clientes estão satisfeitos com os custos dos serviços?

Status sanitário resultante/eficácia do tratamento: Os clientes estão satisfeitos com os resultados da oferta de serviços?

Como usar a lista de verificação

Esta lista de verificação pode ser usada:

- Como parte de uma entrevista de saída na instalação de saúde,
- Como um guia para discussão de grupo,
- Como parte de uma entrevista domiciliar abrangente, ou
- Como um questionário a ser distribuído aos clientes.

Esta lista de verificação é projetada para ser usada numa entrevista com o cliente no momento da consulta clínica.

Dependendo de como você escolhe usar o instrumento, a construção e o tempo dos verbos nas perguntas podem ser modificados para refletir a experiência do cliente durante a última visita clínica ou para avaliar um nível mais geral de satisfação com os serviços, independente da visita. Ao modificar a lista, considere todas as dimensões e adapte, acrescente ou omita as perguntas que você julgar irrelevantes para a situação.

Um pré-teste da lista de verificação pode permitir que você identifique os itens que preocupam a instalação. Num pré-teste, você deve ter condições de identificar os itens mais importantes do ponto de vista dos usuários e, então, modificar um instrumento para coletar aquelas informações.

Você também pode desejar modificar a ordem das perguntas. Uma maneira de fazê-lo é estruturar as perguntas de forma a que elas sigam o fluxo das atividades da instalação de saúde, e.g., registro, exame, encaminhamento, etc. Por mais que você modifique o instrumento, tenha em mente que as perguntas devem ser organizadas para facilitar as respostas dos clientes, não apenas para facilitar a tarefa do entrevistador.



Você pode achar que um formato SIM/NÃO limita a faixa de respostas a uma dada questão, caso em que uma tabela de pontuação pode ser usada. Algumas das mais comuns incluem uma escala de cinco pontos, do "excelente" ao "ruim", ou uma escala de 6 pontos, do "bastante satisfeito" ao "bastante insatisfeito".^{1 2} Você também pode desejar introduzir uma outra pontuação que você julgue mais fácil de ser reconhecida e compreendida.

Por todas as listas de verificação, o termo "instalação de saúde" foi usado. Este termo pode ser substituído por outro mais específico, como hospital, clínica, instalação de campo, etc. O termo "provedor", pode ser substituído por outros como médico, enfermeira, parteira, agente comunitário de saúde, etc.

Finalmente, esta lista de verificação pode ser tornada mais específica para avaliar a qualidade de uma consulta clínica específica, ou para avaliar certos provedores ou serviços. Tome cuidado, entretanto, para não generalizar demais. Não conclua que insatisfação com uma dimensão ou com um serviço ou provedor refletirá insatisfação em outras áreas.

¹ Ware, J. E. & Hays, R. "Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters". *Medical Care* 1988;26:393-402.

² Osterweis, M. & Howell, J. "Administering patient satisfaction questionnaires at diverse ambulatory care sites." *Journal of Ambulatory Care Management* 1979; 67-88



Lista de verificação da satisfação do cliente

Se você deseja avaliar se fatores sócio-econômicos como o meio, nível educacional, etc., estão afetando a satisfação dos clientes, você pode iniciar com as perguntas abaixo. Em caso contrário, vá para a próxima página.

Instalação de saúde/localização _____
 Supervisor/observador _____
 Data da entrevista _____

1. Idade do cliente ____ anos Sexo (M/F) _____
2. a. Estudou até que série? (modifique de acordo com o sistema local de educação)
 b. Seu cônjuge estudou até que série?
3. Qual a fonte principal de água potável para seu domicílio? (assinale um)
 ____ água encanada ____ água de superfície (fonte/rio/lago, etc.)
4. Seu domicílio tem:
 Eletricidade ____ SIM ____ NÃO
 Rádio ____ SIM ____ NÃO
 Televisão ____ SIM ____ NÃO
5. Qual o principal material do piso de sua casa? (assinale um)
 ____ Terra/areia ____ Superfície acabada (madeira/cimento/ladrilho)
 ____ Tábuas/bambus ____ Outro _____
6. Algum membro de sua família possui:
 Bicicleta ____ SIM ____ NÃO Mula, cavalo, camelo ____ SIM ____ NÃO
 Motocicleta ____ SIM ____ NÃO Outro ____ SIM ____ NÃO
 Carro ____ SIM ____ NÃO
7. Qual a principal atividade econômica de seu domicílio? (assinale um)
 ____ Agricultura ____ Manufatura
 ____ Pesca ____ Comércio
 ____ Outro
8. Qual o principal local em que vocês recebem assistência à saúde? (assinale um)
 ____ Hospital público ____ Clínica/hospital privado
 ____ Clínica/centro de saúde público ____ PT/Curandeiro local
9. Faça uma pergunta específica para o país/região, sobre o tipo de religião.
10. Faça uma pergunta específica para o país/região, sobre etnicidade, se for o caso.
11. Faça qualquer pergunta adicional que você julgar apropriada.



Faça um círculo em torno da resposta ou preencha os espaços em branco onde indicado para cada pergunta. (S = Sim, N = Não, NS = Não sabe, NA = Não se aplica).

1. Você achou o horário da instalação de saúde adequado às suas necessidades? S
N NS NA
2. Você conseguiu chegar na instalação de saúde com facilidade? S N NS NA
- a. Quanto tempo normalmente leva para chegar lá?
b. Qual o meio de transporte normalmente usado? _____
4. Após chegar à clínica, você acha que o tempo de espera foi razoável? S N NS NA
- a. Quanto tempo você teve que esperar? _____
5. Para visitas de acompanhamento ou encaminhamento, o tempo de espera foi razoável? S N NS NA
- a. Quanto tempo (dias) você teve que esperar? _____
6. Você acha que o tempo que o provedor gastou com você foi suficiente? S N NS NA
- Instalações, equipamentos e suprimentos**
Você ficou satisfeito com:
7. A limpeza e conforto da sala de espera? S N NS NA
8. A limpeza e conforto da sala de atendimento? S N NS NA
9. A condição dos instrumentos ou equipamentos usados pelo provedor? S N NS NA
- Disponibilidade dos serviços**
10. Todos os serviços necessários ao seu problema estavam disponíveis? S N NS NA
- a. Se não, liste os serviços que não estavam disponíveis mas eram importantes para as suas necessidades. _____
- Continuidade dos cuidados**
11. Você foi atendido pela mesma pessoa da última vez? S N NS NA
12. Os mesmos serviços da última visita estavam disponíveis agora? S N NS NA
- Qualidades interpessoais do provedor**
13. Você foi tratado com cortesia e respeito? S N NS NA



14. O provedor permitiu que você expusesse suas dúvidas? S N NS NA

Competência e habilidade profissional do provedor

15. Você ficou satisfeito com os serviços recebidos? S N NS NA
 a. Se não, por que razão? _____

16. Você se sentiu confortável discutindo os problemas com o provedor? S N NS NA

17. Você ficou satisfeito com as habilidades do provedor ao tratar seu problema? S N NS NA

18. Você ficou satisfeito com as informações dadas a respeito de seu problema?
 a. Você recebeu alguma informação que não compreendeu? S N NS NA
 Se sim, que informação você não compreendeu? _____

Custos

19. Você acha que o custo dos serviços recebidos foi razoável? S N NS NA

Satisfação com o status sanitário resultante/eficácia do tratamento

20. Você acha que os serviços recebidos foram eficazes na resolução de seu problema? S N NS NA

Outros

21. Você está satisfeito com as medidas tomadas para assegurar a privacidade durante o exame, e.g., uma sala privada, uma área com cortinas, etc.? S N NS NA

22. Você está satisfeito com o nível confidencial com que seu problema foi abordado? S N NS NA

23. Você recomendaria os serviços a uma outra pessoa? S N NS NA

24. O que você acha que deve ser feito para melhorar a qualidade dos serviços?

Referências

¹ Dovlo, D., et al. *What does the public want from us? A study of user satisfaction with services in government health facilities in the eastern region, Ghana.* April, 1992.

² Ware, J. E. & Hays, R. "Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters". *Medical Care* 1988; 26:393-402.

³ Osterweis, M. & Howell, J. "Administering patient satisfaction questionnaires at diverse ambulatory care sites". *Journal of Ambulatory Care Management* 1979; 67-88.



