# PLANIFICASUS PARANÁ

**ORIENTAÇÕES:**

**GIRO PELA UNIDADE DA APS**

**AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA E AMBIÊNCIA DA UNIDADE LABORATÓRIO**

Trata-se da avaliação inicial da unidade para conhecimento da estrutura física, equipe, carteira de serviços, programas e projetos;

Deve ser realizada na primeira visita a unidade, durante o giro de observação pelos ambientes; Preferencialmente realizada pelo gerente da unidade e alguns profissionais, acompanhados do coordenador da APS do município;

Será apoiada pelos tutores regionais na Unidade Vitrine e poderão acompanhar os tutores de outras unidades, que se encontram em formação;

Os demais profissionais deverão ser envolvidos na avaliação do setor específico de sua atuação.

 **METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO:**

Seguir o roteiro apresentado abaixo;

Registrar o nome da unidade, do profissional responsável pela avaliação e a data; Registrar os itens de caracterização da unidade;

Para os demais itens de avaliação registrar “SIM” ou “NÃO” de acordo com a forma de verificação correspondente;

Fazer observações, caso seja necessário.

**AO FINAL DA AVALIAÇÃO, DEVERÃO SER IDENTIFICADAS AS INCONFORMIDADES E ELABORADO O PLANO DE AÇÃO**

**NOME DA UNIDADE:**  **PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:**  **DATA:**

**CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE**

Horário de atendimento

Número de equipes

Carteira de serviços

Programas e projetos

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

# PLANIFICASUS PARANÁ

**ESTRUTURA**

**ITEM AVALIAÇÃO**

1 - A unidade de saúde possui placa da fachada adequada.

2 - A unidade de saúde garante acessibilidade a pessoas com deficiência e idosos.

3 - A unidade de saúde possui sinalização interna dos serviços prestados.

4 - Verificar existência e quantificar (na coluna para observação) computadores, impressoras e acesso á internet, em todos os espaços de atendimento.

5 - Os consultórios estão equipados com balança adulto e pediátrica, esfigmomanômetro adulto e criança, estetoscópio, régua antropométrica, termômetro, oftalmoscópio, pinnar, sonar (Verificar existência e quantificar na coluna para observação).

6 - A unidade possui consultório odontológico.

7 - A unidade possui consultórios para atendimento pelo médico, enfermeiro e profissionais da equipe multidisciplinar.

8 - A UAPS possui sala para realização de acolhimento, procedimentos, observação, medicação e coleta.

9 - A unidade possui sala exclusiva para vacinação.

10 - A unidade possui sala exclusiva para curativos.

11 - A unidade possui espaço para atividades em grupo.

**FORMA DE VERIFICAÇÃO**

Verificar Placa de Entrada e se está no padrão definido pela SMS

Banheiros adaptados, com vaso mais baixo, acessórios com pia, dispensador para sabonete e papel em nível mais baixo, barras de apoio, rampas de acesso, portas com abertura para fora e área que permita manobra de cadeira de rodas

Verificar sinalização de acordo com padronização da SMS

Verificar acesso aos computadores e internet

Verificar a existência dos equipamentos

Verificar a existência de consultório odontológico equipado.

Verificar a existência de consultório suficiente e em quantidade proporcional ao número de profissionais

Verificar a existência de sala equipada para a realização das atividade.

**AVALIAÇÃO SIM ou NÃO**

**OBSERVAÇÃO**

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

# PLANIFICASUS PARANÁ

**AMBIÊNCIA**

**ITEM AVALIAÇÃO**

12 - Os ambientes atendem os critérios de qualidade da ambiência

**AVALIAÇÃO SIM ou NÃO**

**OBSERVAÇÃO**

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

**ABASTECIMENTO DA UNIDADE**

**FORMA DE VERIFICAÇÃO**

Verificar de os espaços possuem os critérios de conforto, privacidade e individualidade dos usuários e profissionais; iluminação, ventilação, climatização, acústica/som ambientes e conservação e limpeza.

**FORMA DE VERIFICAÇÃO**

Verificar se existe falta de medicamentos.

Verificar se existe falta de insumos.

**AVALIAÇÃO SIM ou NÃO**

**OBSERVAÇÃO**

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

**RECURSOS HUMANOS**

**ITEM AVALIAÇÃO**

13 - A unidade possui todos os medicamentos segundo padronização da SMS.

14 - A unidade possui todos os insumos necessários para os procedimentos da carteira de serviços

**AVALIAÇÃO SIM ou NÃO**

**OBSERVAÇÃO**

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

**SEGURANÇA DO PACIENTE**

**ITEM AVALIAÇÃO**

15 - Todos os profissionais da unidade estão com crachás de identificação

16 - Todos os profissionais da unidade estão com uniforme.

**FORMA DE VERIFICAÇÃO**

Verificar os crachás dos profissionais.

Verificar se todos os profissionais estão uniformizados (ex. jaleco)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ITEM AVALIAÇÃO** | **FORMA DE VERIFICAÇÃO** | **AVALIAÇÃO SIM ou NÃO** | **OBSERVAÇÃO** |
| 17 - Os pisos, paredes e tetos da unidade de saúde são de superfícies lisas e laváveis | Verificar os pisos, paredes e tetos das unidades. |  |  |

PLANIFICASUS PARANÁ

**ITEM AVALIAÇÃO**

18 - Os profissionais da equipe dispõem e utilizam de Equipamentos de Proteção Individual - EPI básicos para o trabalho.

19 - Os profissionais seguem as regras de biossegurança

20 - A equipe conhece o fluxo de encaminhamento para acidentes biológicos.

21 - Existem pias exclusivas para lavagem das mãos em todas as salas necessárias.

22 - Existem lembretes visíveis de higienização das mãos próximos às pias.

23 - Os profissionais têm acesso ao álcool gel nos pontos de cuidado dos pacientes.

**FORMA DE VERIFICAÇÃO**

Verificar a lista de EPIs fornecidos por categoria profissional, assim como o controle de recebimento e perda destes.

Observar uso de sapato fechado, brincos pequenos, unhas curtas, uso de luva, mascara, botas, jaleco.

Verificar se o fluxo está afixado em local visível e se a há o conhecimento deste pela equipe (técnico de enfermagem, enfermeiro, serviços gerais, dentista...)

Verificar existência de pias exclusivas, sabonetes líquidos, toalhas de papel.

Verificar existência de lembretes próximos às pias exclusivas para lavagem das mãos.

Verificar existência de frascos com álcool gel, identificados (identificação do produto, data, prazo de validade e se embalado na unidade, nome do profissional responsável)

**AVALIAÇÃO SIM ou NÃO**

**OBSERVAÇÃO**

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