

[] Na atenção básica. Em qual UBS? _____
[] Em outro (s) serviço (s) Qual(is)? _____
Atenção: as questões de número 19 ao número 21, a seguir, são específicas para as Promotorias de Justiça com atribuição na Infância e Juventude.
19 Na hipótese de aplicação das medidas protetivas constantes do art. 101, incisos V e VI, do Estatuto da Criança e do Adolescente, os serviços de saúde mental do município e/ou região oferecem atendimento prioritário a essa demanda?
[] Sim. De que forma? _____
[] Não. Qual a justificativa? _____
20 Indique a facilidade de acesso a cada eixo da promoção do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e Adolescente.

Eixo da Promoção	Acessível sempre	Acessível a maior parte das vezes	Inacessível a maior parte das vezes	Inacessível sempre
Saúde				
Assistência Social				
Educação				
Cultura				
Esporte e Lazer				
Trabalho/Emprego				
Habitação				
Empresas privadas				
Organizações da sociedade civil				

21 Há retorno ao Ministério Público e ou Conselho Tutelar sobre os resultados dos atendimentos prestados no CAPS, a partir da aplicação das medidas protetivas mencionadas acima, ou comunicação sobre a impossibilidade do atendimento?
[] Sim De que forma? _____
Quais dos órgãos citados recebem esse retorno? _____
[] Não Qual a justificativa? _____
22 Quais destas questões são dificuldades importantes vivenciadas pelo CAPS?
[] Insuficiência de quadro de pessoal
[] Relação com outros serviços da área
[] Apoio e participação da comunidade
[] Outros. Especificar: _____
23 Organização do cuidado ao paciente:

Intersetorialidade, integralidade e coordenação do cuidado	Sim	Não
Há retaguarda para urgência clínica		
Há retaguarda formal para internação psiquiátrica		
Há retaguarda formal para internação clínica		
O CAPS tem equipamento e local para atendimento de urgência e emergência		
Farmácia/dispensário de medicamentos	Sim	Não
Armários com chave		
Há controle de movimentação de saída de medicamentos controlados		
Os medicamentos estão com data de validade vigente		
Há controle de vencimento		
Existe uma relação padronizada de medicamentos		
Há medicamentos faltantes		
Há programa de descarte de medicamentos		
Há um responsável técnico pela Farmácia		

ANEXO II ROTEIRO DE FISCALIZAÇÃO DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE/UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - UBS/USF IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO
Nome: _____
Endereço: _____
Bairro: _____
Município: _____ Contato: _____
Diretor/Responsável: _____
Categoria funcional do responsável: _____
DADOS GERAIS
() Unidade Básica de Saúde – UBS () Unidade de Saúde da Família - USF
Horário de funcionamento: _____
Horário de atendimento: _____
Médico: _____
Pertence ao Programa Médicos pelo Brasil ()
Odontológico: _____
Nº de Equipes de Estratégia de Saúde da Família - ESF _____
Identificação da(s) equipe(s) do ESF _____
Composição da Equipe da Estratégia de Saúde da Família – ESF e Equipe de Saúde Bucal – SB
Composição ESF:

Agentes Comunitários de Saúde (ACS): Sim () Não ()
Enfermeiro: Sim () Não ()
Médico: Sim () Não ()
Técnico de Enfermagem: Sim () Não ()
Composição SB:
Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal: Sim () Não ()
Odontólogo: Sim () Não ()
ATIVIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA DESENVOLVIDAS:
Vacinação? Sim () Não ()
Sala exclusiva para vacinação: Sim () Não ()
Equipamento de refrigeração para conservação de vacinas:
Geladeira: Sim () Não ()
Há impresso com registros das temperaturas: Sim () Não ()
Câmara refrigerada: Sim () Não ()
Os equipamentos de refrigeração estão bom estado de conservação: Sim () Não ()
Saúde da Criança? Sim () Não ()
Realiza teste de triagem neonatal (Teste do Pezinho): Sim () Não ()
Pré-Natal? Sim () Não ()
Há disponibilidade de testes rápidos para detecção precoce de:
Hepatites virais: Sim () Não ()
HIV: Sim () Não ()
Sífilis: Sim () Não ()
Sonar: Sim () Não ()
Laboratório de referência para exames clínicos: Sim () Não ()
Clínica de referência para exames de ultrassonografia: Sim () Não ()
Suficiência de medicamentos? Sim () Não ()
Ácido Fólico: Sim () Não ()
Sulfato Ferroso: Sim () Não ()
Maternidade de referência: Sim () Não ()
Referência de gestação de alto risco? Sim () Não ()
Preventivo de Câncer Cérvico Uterino (PCCU): Sim () Não ()
Sala própria: Sim () Não ()
Com banheiro: Sim () Não ()
Kits de coleta com data válida? Sim () Não ()
(Kit de coleta deve conter: espécule, espátula e lâmina)
Controle de Hanseníase (MH)? Sim () Não ()
Suficiência de medicamentos? Sim () Não ()
Água potável para dose supervisionada? Sim () Não ()
Controle da Tuberculose? Sim () Não ()
Suficiência de medicamentos? Sim () Não ()
Água potável para dose supervisionada? Sim () Não ()
Controle da Hipertensão? Sim () Não ()
Suficiência de medicamentos? Sim () Não ()
Medicamentos para controle de hipertensão (pelo menos dois deles):
Atenolol: Furosemida: Sim () Não ()
Captopril: Sim () Não ()
Cloridrato de Propanolol: Sim () Não ()
Furosemida: Sim () Não ()
Hidroclorotiazida: Sim () Não ()
Losartana Potássica: Sim () Não ()
Maleato de Enalapril 10mg: Sim () Não ()
Controle do Diabetes Mellitus? Sim () Não ()
Suficiência de medicamentos? Sim () Não ()
Medicamentos para controle de diabetes (pelo menos dois deles):
Glibenclamida 500mg: Sim () Não ()
Glibenclamida 850mg: Sim () Não ()
Metformina 500mg: Sim () Não ()
Dispensação de Insumos Complementares para o controle do Diabetes (seringa, lanceta, fita)? Sim () Não ()
Planejamento Familiar: Sim () Não ()
Orientação sobre métodos contraceptivos: Sim () Não ()
Distribuição de preservativos: Sim () Não ()
Distribuição de pílula anticoncepcional: Sim () Não ()
Curativos? Sim () Não ()
Sala específica? Sim () Não ()
Suficiência de materiais? Sim () Não ()
Saúde Bucal? Sim () Não ()
Cadeira odontológica em funcionamento: Sim () Não ()
Suficiência de instrumentais: Sim () Não ()
Suficiência de materiais: Sim () Não ()
Possui equipamento de esterilização: Sim () Não ()
Autoclave: Sim () Não ()
Estufa: Sim () Não ()
Há área para compressor e bomba a vácuo? Sim () Não ()
Dispensação de Medicamentos: Sim () Não ()
Possui mecanismo informatizado para controle de solicitação, recebimento e dispensação: Sim () Não ()
Possui medicamentos controlados: Sim () Não ()
Sistemas de informação:
Possui prontuário eletrônico? Sim () Não ()
Possui sistema de registro de produção (e-SUS)? Sim () Não ()
Existe fluxo de encaminhamento estabelecido pelo Sistema de Saúde local? Sim () Não ()
A Unidade de Saúde possui Sistema de Regulação (SISREG) instalado? Sim () Não ()
Realiza a marcação de consultas e/ou exames especializados via SISREG, próprios da US? Sim () Não ()
EQUIPAMENTOS DA UNIDADE DE SAÚDE:
Aparelho de pressão: Sim () Não ()
Balança de uso adulto: Sim () Não ()
Balança de uso infantil: Sim () Não ()