**LEVANTAMENTO DAS CONDIÇÕES**



**DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS**

**UNIDADES DE SAÚDE DA CIDADE DO RECIFE**

**Atenção:**

1-Seus dados pessoais serão mantidos em total sigilo e podem ser importantes caso haja necessidade de contato. Mas se não se sentir à vontade, deixe os campos “nome” e “telefone” em branco.

2- o formulário e as fotos devem ser enviadas para o e-mail [presidencia@seepe.org.br](mailto:presidencia@seepe.org.br), preferencialmente com nota explicativa das respectivas fotografias.



Nome: Fone:



Nome da Unidade: Distrito sanitário:

Tipo de unidade

PSF  PACS Policlínica Maternidade SAMU CAPS



Outros (especificar)

**Caso trabalhe em PSF ou PACS**

1- Qual o número de aproximado de famílias atendidas pela sua equipe:



2- E de usuários?



3- Quantas equipes existem na sua unidade?



4- Quantos ACS na sua equipe?

5- Qual a sua jornada de trabalho de origem?  40h  30h - “Adesão”



6- Sua unidade dispõe de quantos consultórios? (Desconsiderar odontologia)



7- Quantos aux/Téc de enfermagem existem na sua unidade?



8 -Sua unidade possui gerente? Não  Sim Profissão do mesmo:

9- Caso não haja gerente, é o enfermeiro que assume essa atribuição? Sim Não



10- No caso de PACS: Qual a sua unidade de referência?

11- Você recebe em sua unidade, aluno de graduação ou nível técnico sem o acompanhamento de supervisor da instituição de ensino?  Sim  Não

**Caso trabalhe no SAMU:**



1- Quantas USAs estão hoje: Ativas: Inativas:



2- Quantas USBs estão hoje : Ativas: Inativas:



3- Quantas Motolâncias estão hoje: Ativas: Inativas:

4- Em relação às viaturas inativas, quantas estão baixadas por:



Falta de pessoal Problemas mecânicos Falta de equipamentos



5- Quantas ocorrências são realizadas em média por você em cada plantão?

**Caso trabalhe em unidade com emergência:**

1-Sua unidade possui classificação de risco?  Sim Não



2- Caso possua, quantas classificações são feitas em média por plantão:

3- O enfermeiro é exclusivo da classificação de risco?  Sim  Não



5- Quantos enfermeiros existem por plantão:

6- Qual a sua escala de trabalho:

Diarista 12x60 Fixa com complementar Fixa sem complementar

7- Existem plantões fechados por falta de médicos?  Não Sim Quantos?:

**PARA TODOS**

1- Quando foi o último treinamento ou curso proporcionado pela Prefeitura que você participou?



2- Qual o seu nível de formação? (Se estiver cursando, considere como concluído)

Graduação  Especialização  Mestrado  Doutorado

3- Em relação à sua segurança física na unidade de saúde. Como você se sente?

Seguro  Indiferente  Inseguro  Completamente vulnerável

Justifique:



4- Você já sofreu algum acidente de trabalho?

Não  Sim (notificado)  Sim (não notificou)

5- Como você avalia as condições físicas da sua unidade

Excelente Boa Regular Ruim Sofrível

Especifique:



6- Em relação ao dimensionamento de pessoal (enfermeiros, auxiliares e técnicos), você consideraria:

Adequada Suficiente Insuficiente Incompatível com a assistência à saúde

OBS:



7- Em relação aos equipamentos disponíveis na sua unidade:

Glicosímetro (HGT): não possui possui e funciona possui mas não funciona

Raios X não possui possui e funciona possui mas não funciona

ECG não possui possui e funciona possui mas não funciona

Balança não possui possui e funciona possui mas não funciona

Oxímetro não possui possui e funciona possui mas não funciona

Monitor cardíaco não possui possui e funciona possui mas não funciona

Desfibrilador não possui possui e funciona possui mas não funciona

Computador não possui possui e funciona possui mas não funciona

Impressora não possui possui e funciona possui mas não funciona

Sonar: não possui possui e funciona possui mas não funciona

Tensiômetro: não possui possui e funciona possui mas não funciona

Outros:



Observações diversas:

