**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, 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:

