

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ENGAJAMENTO DOS PACIENTES E FAMILIARES NA SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS

Este questionário tem como objetivo avaliar o nível de engajamento e participação dos pacientes e suas famílias na promoção da Segurança do Paciente e Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde (APS).

Suas respostas são essenciais para promover práticas mais seguras e centradas no paciente e no trabalhador da Atenção Primária à Saúde. Por favor, responda às seguintes perguntas:

[Faça login no Google](#) para salvar o que você já preencheu. [Saiba mais](#)

\* Indica uma pergunta obrigatória

### I - IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE:

**Território: \***

Escolher



**Município: \***

Escolher

**Sexo: \***

- Masculino
- Feminino
- Prefiro não declarar
- Outro:

**Qual sua faixa etária de idade: \***

- de 18 até 29 anos
- de 30 até 39 anos
- de 40 até 49 anos
- de 50 até 59 anos
- 60 anos ou mais



**Escolaridade: \***

- Não alfabetizado
- Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Fundamental completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino Médio completo
- Ensino Superior incompleto
- Ensino Superior completo



**Qual área trabalha: \***

- Não trabalha
- Estudante
- Aposentado
- Saúde
- Educação
- Agricultura
- Construção Civil
- Comércio
- Pecuária
- Telecomunicações
- Informática
- Indústria
- Meio Ambiente
- Turismo
- Direito
- Trabalho informal
- Outro:

**Se marcou "Trabalho informal". Descreva seu trabalho.**

Sua resposta



**Você se sente bem informado sobre seus direitos e responsabilidades como paciente na Atenção Primária à Saúde?** \*

- Sim
- Não
- Às Vezes

**Você se sente seguro e confiante em seguir as recomendações e orientações fornecidas pela equipe de saúde na Atenção Primária à Saúde?** \*

- Sim
- Não
- Às Vezes

**Você e sua família participam de iniciativas educacionais ou programas de capacitação sobre segurança do paciente/Prevenção, Controle de infecções relacionadas a Saúde(IRAS) na Atenção Primária à Saúde?** \*

- Sim
- Não
- Às Vezes

**Você e sua família recebem informações claras sobre os medicamentos prescritos, incluindo dosagem, efeitos colaterais e instruções de uso?** \*

- Sim
- Não
- Às Vezes



**Você se sente encorajado a fazer perguntas sobre seu tratamento ou cuidados de saúde durante as consultas na Atenção Primária à Saúde? \***

- Sim
- Não
- Às Vezes

**Você recebe informações sobre possíveis riscos e benefícios de procedimentos médicos ou intervenções propostas na Atenção Primária? \***

- Sim
- Não
- Às Vezes

Enviar

Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários



