2021-Questionário IEGM: i-Saúde

Índice Municipal da Saúde

Objetivo: Apresentar a lista com o posicionamento de municípios jurisdicionados a partir de indicadores que estabeleçam uma métrica das ações sobre a gestão da Saúde Pública Municipal, na esfera de responsabilidade municipal, que impactam a qualidade dos serviços e a vida das pessoas.

Esta versão traz quesitos com o objetivo de avaliar o cumprimento de alguns indicadores previstos na Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015 do Ministério da Saúde.

Metodologia Aplicada

É fornecida a cada órgão jurisdicionado uma série de quesitos específicos de gestão municipal da Saúde voltados à Atenção Básica, que devem ser respondidos eletronicamente.

Alguns indicadores da Secretaria da Saúde são estudados para entendimento dos processos realizados pelas prefeituras e elaboração do questionário de atividades finalísticas, porém tais fatores não são considerados para o cálculo do resultado final do i-SAÚDE.

Instruções (leia atentamente)

Como se trata de um questionário extenso, lembre-se de gravar o seu progresso num intervalo máximo de 60 minutos, através do botão "**Retornar mais tarde**", para não haver perda de informação.

Para submeter definitivamente o questionário, clique no botão "**Enviar**".

Lembramos que todos os quesitos são **obrigatórios.**

Há 53 perguntas neste questionário

Identificação

Favor informar o responsável pelo fornecimento das informações / preenchimento do questionário.

[]Responsável pelo Fornecimento das Informações / Preenchimento do Questionário *

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[]CPF do Responsável pelo Fornecimento das Informações / Preenchimento do Questionário *

Por favor, verifique o formato de sua resposta

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[]Cargo do Responsável pelo Fornecimento das Informações / Preenchimento do Questionário *

Por favor, coloque sua resposta aqui:

Quesitos i-Saúde

[]1. O município possui informação sistematizada sobre os gargalos/demanda reprimida de atendimento ambulatorial/hospitalar de média e alta complexidade de referência para a Atenção Básica? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

[]1.1 Que tipo de sistema? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:
A resposta foi 'Sim' na questão '4 [q1]' (1. O município possui informação sistematizada sobre os gargalos/demanda reprimida de atendimento ambulatorial/hospitalar de média e alta complexidade de referência para a Atenção Básica?)

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Sistema Estadual de acompanhamento
- ☐ Próprio
- ☐ Terceirizado

[]1.2 Qual é o tempo médio de espera (em dias) até a primeira consulta? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:
A resposta foi 'Sim' na questão '4 [q1]' (1. O município possui informação sistematizada sobre os gargalos/demanda reprimida de atendimento ambulatorial/hospitalar de média e alta complexidade de referência para a Atenção Básica?)

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[ ]

[]2. O município disponibiliza consultas médicas à distância utilizando instrumentos tecnológicos (telefone, Internet, etc.)? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

Obs. Não considerar marcação de consulta nem orientação médica emergencial.

[]3. O Município divulga nas UBS, em local acessível ao público, a escala atualizada de serviço dos profissionais de saúde contendo o nome e o horário de entrada e saída destes servidores? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

[]4. Quantas unidades de saúde (estabelecimentos físicos) possuem AVCB (Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros)? *

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[ ]

[]5. Quantas unidades de saúde (estabelecimentos físicos) possuem alvará de funcionamento da Vigilância Sanitária, ou documentação comprovando que cumprem as exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequada e à assistência *

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[ ]

[]6. O município possui gestão de estoque dos insumos (Ex.: luvas, capotes, gorros, máscaras e seringas) para operacionalização da sua atenção básica: estoque mínimo, variação do estoque? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ SIM (informatizada)
- ○ SIM (manual)
- ○ NÃO

[]6.1 Quantas unidades de saúde possuem essa gestão de estoque? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:
A resposta foi 'SIM (informatizada)' na questão '11 [q6]' (6. O município possui gestão de estoque dos insumos (Ex.: luvas, capotes, gorros, máscaras e seringas) para operacionalização da sua atenção básica: estoque mínimo, variação do estoque?)

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[ ]

[]7. O atendimento nas unidades municipais que prestam assistência em saúde já foi interrompido ou descontinuado por falta de insumos? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

[]8. A prefeitura realizou campanha anual ou incentivo em grupos de gestantes para a promoção do aleitamento materno? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

Obs.: A orientação passada durante as consultas não configura campanha anual ou incentivo.

[]9. O município identifica e mantém registro atualizado dos pacientes de quais fatores de risco/doenças crônicas? *

Por favor, escolha as opções que se aplicam:

- ☐ Hipertensão
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Obesidade
- ☐ Asma
- ☐ DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- ☐ Outros. Quais?: [ ]

[]10. Os médicos cumprem integralmente sua jornada de trabalho? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ SIM
- ○ Permanecem apenas nas consultas agendadas
- ○ NÃO

[]11. As unidades básicas de saúde no município possuem condições técnicas para realização de tratamento supervisionado para os casos de tuberculose? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ SIM, todas possuem
- ○ SIM, a maior parte das UBS possui
- ○ SIM, a menor parte das UBS possui
- ○ NÃO

[]12. Qual o percentual de unidades com sala de vacinação com funcionamento em 05 dias da semana? *

Apenas números podem ser usados nesse campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[ ]

%

Percentual % (0,00-100,00)

[]13. Os médicos da UBS possuem sistema de controle de ponto mecânico ou eletrônico (Ex.: biométrico, digital, etc)? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

Obs. Livro ponto não é controle eletrônico.

[]14. O município disponibiliza serviço de agendamento de consulta médica nas UBSs por meio de telefone, VOIP, Internet, toten, etc.? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

[]15. Foi realizada ação para a promoção da saúde bucal nas escolas? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ SIM, com consulta odontológica das crianças
- ○ SIM, somente com divulgação
- ○ NÃO

Obs.: Palestras e escovação não configuram consulta

[]16. Sobre a presença de médicos nas ESF, informe: *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Todas as equipes contam com médicos
- ○ A maior parte das equipes conta com médicos
- ○ A menor parte das equipes conta com médicos
- ○ As equipes não contam com nenhum médico

[]17. Quanto ao número de nascidos vivos no município no ano de 2020, informe:

[]17.1 Número de nascidos vivos de mães residentes no município: *

Se você escolher 'Nº nascidos vivos:' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.
Somente números podem ser inseridos em 'Nº nascidos vivos:' acompanhando o campo de texto.

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Não possui registro
- ○ Nº nascidos vivos: [ ]

[]17.2 Número total de nascidos vivos de mães residentes no município que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal na rede municipal de saúde: *

Se você escolher 'Nº nascidos vivos:' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.
Somente números podem ser inseridos em 'Nº nascidos vivos:' acompanhando o campo de texto.

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Não possui registro
- ○ Nº nascidos vivos: [ ]

[]17.3 Número de óbitos de crianças com menos de 5 anos de idade: *

Se você escolher 'Nº óbitos:' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.
Somente números podem ser inseridos em 'Nº óbitos:' acompanhando o campo de texto.

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Não possui registro
- ○ Nº óbitos: [ ]

[]18. Sobre o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade, informe o percentual de cobertura:

[]18.1 Vacina Pentavalente (3ª dose): *

Se você escolher 'Percentual % (0,00-100,00)' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.
Somente números podem ser inseridos em 'Percentual % (0,00-100,00)' acompanhando o campo de texto.

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Não possui registro
- ○ Percentual % (0,00-100,00) [ ]

Obs: se o percentual de cobertura for, por exemplo, 20%, insira no campo respectivo 20, e não 0,2.

[]18.2 Vacina Pneumocócica 10-valente (2ª dose): *

Se você escolher 'Percentual % (0,00-100,00)' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.
Somente números podem ser inseridos em 'Percentual % (0,00-100,00)' acompanhando o campo de texto.

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Não possui registro
- ○ Percentual % (0,00-100,00) [ ]

Obs: se o percentual de cobertura for, por exemplo, 20%, insira no campo respectivo 20, e não 0,2.

[]18.3 Vacina Poliomielite (3ª dose): *

Se você escolher 'Percentual % (0,00-100,00)' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.
Somente números podem ser inseridos em 'Percentual % (0,00-100,00)' acompanhando o campo de texto.

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Não possui registro
- ○ Percentual % (0,00-100,00) [ ]

Obs: se o percentual de cobertura for, por exemplo, 20%, insira no campo respectivo 20, e não 0,2.

[]18.4 Vacina Tríplice Viral (1ª dose): *

Se você escolher 'Percentual % (0,00-100,00)' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.
Somente números podem ser inseridos em 'Percentual % (0,00-100,00)' acompanhando o campo de texto.

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Não possui registro
- ○ Percentual % (0,00-100,00) [ ]

Obs: se o percentual de cobertura for, por exemplo, 20%, insira no campo respectivo 20, e não 0,2.

[ ]19. O Conselho Municipal da Saúde é atuante e demonstra eficácia do controle social? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

[ ]19.1 Qual o número de irregularidades apontadas? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:
A resposta foi 'Sim' na questão '32 [q29]' (19. O Conselho Municipal da Saúde é atuante e demonstra eficácia do controle social?)

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[ ]

[ ]19.2 Quantas irregularidades foram solucionadas? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:
A resposta foi 'Sim' na questão '32 [q29]' (19. O Conselho Municipal da Saúde é atuante e demonstra eficácia do controle social?)

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[ ]

[ ]20. Quantas reuniões foram realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde em 2020? *

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[ ]

Obs.: Não considerar reuniões de eleição/exclusão de membros, aprovação de orçamento ou outro assunto não relacionado à natureza do Conselho

[]21. Qual a principal razão para pagamento de horas extras para os médicos? *

Se você escolher 'Outros. Quais?' por favor especifique a sua escolha no campo de texto.

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Não existe pagamento de horas extras
- ○ Realização de campanhas e eventos aos finais de semana
- ○ Absenteísmo
- ○ Cobertura de férias e licenças
- ○ Não possui equipe completa
- ○ Outros. Quais? [ ]

[]22. O município possui Plano Municipal da Saúde atualizado, contendo metas físico-financeiras quantificáveis? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

[]23. O Fundo Municipal movimenta todos os recursos da Saúde mediante contas bancárias próprias? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

[]24. O município tem implantado o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus)? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

[]25. Houve aprovação da Gestão da Saúde pelo Conselho Municipal de Saúde? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

[]26. Sobre a infraestrutura e necessidade de reparos nas unidades de saúde do município no ano de 2020, responda: *

Por favor, coloque sua(s) resposta(s) aqui:

Quantas unidades de saúde necessitavam de reparos (conserto de janelas, rachaduras, infiltrações, fiação elétrica, substituição de azulejos danificados, etc) em dezembro do exercício em exame?	
Quantas unidades de saúde tiveram seu funcionamento interrompido ou foram abandonadas por problemas de infraestrutura?	

[]27. Sobre saúde materna e infantil no ano de 2020, informe: *

Por favor, coloque sua(s) resposta(s) aqui:

Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes (vide Obs):	
Número de partos normais do SUS:	
Número de partos cesarianos do SUS:	
Número de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez):	
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade:	

*__Obs__.: Para a opção "Número de testes realizados para o diagnóstico da sífilis entre gestantes", considerar apenas os seguintes procedimentos:
- 0202031179 VDRL para detecção de sífilis em gestante.
- 0214010082 teste rápido para sífilis em gestante.

[]28. As despesas consideradas, para fins de apuração do mínimo constitucional de aplicação de recursos próprios em saúde, foram de responsabilidade específica do setor de saúde e com recursos municipais movimentados somente pelo Fundo Municipal de Saúde? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

[]29. Existe controle de tempo de atendimento dos pacientes nas UBS (horário de entrada x horário de atendimento médico)? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

[]30. Qual a quantidade de unidades de saúde (estabelecimentos físicos) existentes no município no exercício em exame? *

Somente um valor inteiro pode ser informado neste campo.

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[]31. O Município implantou e/ou estruturou a Central de Regulação da Saúde no Município? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

[]32. Há controle do fluxo dos relatórios de referência e contra referência por especialidade? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

[]32.1 O controle é informatizado? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:
A resposta foi 'Sim' na questão '47 [q59]' (32. Há controle do fluxo dos relatórios de referência e contra referência por especialidade?)

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

[]33. O Município possui protocolos de encaminhamento para realização de exames médicos e de consultas de especialidades para as referências? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

[]34. A Prefeitura/Secretaria da Saúde Municipal possui Plano de Cargos e Salários para seus profissionais de saúde? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

[]34.1 Qual o número da lei? *

Só responder essa pergunta sob as seguintes condições:
A resposta foi 'Sim' na questão '50 [q61]' (34. A Prefeitura/Secretaria da Saúde Municipal possui Plano de Cargos e Salários para seus profissionais de saúde?)

Por favor, coloque sua resposta aqui:

[]35. A gestão municipal remunera e premia os trabalhadores considerando o desempenho de acordo com metas e resultados pactuados com as equipes de atenção básica? *

Favor escolher apenas uma das opções a seguir:

- ○ Sim
- ○ Não

[]INFORMAÇÕES IMPORTANTES (LEIA ATENTAMENTE)

- **Como se trata de um questionário extenso, lembre-se de gravar o seu progresso num intervalo máximo de 60 minutos, através do botão "Retornar mais tarde", para não haver perda de informação.**
- **Para submeter definitivamente o questionário, clique no botão "Enviar".**
- **Ao clicar em "Enviar", será aberta uma janela informando que o questionário foi salvo na base de dados do TCE-PR. Neste momento, será enviado um e-mail ao Prefeito do Município, informando o encaminhamento do questionário. Guarde este e-mail, pois é o comprovante de envio do município.**
- **Também nesta janela haverá a opção de IMPRESSÃO do questionário preenchido. Caso seja do seu interesse, este é o momento, pois após o fechamento desta janela, não existe mais a possibilidade de impressão.**

30/06/2021 – 23:59

Enviar questionário
Obrigado por ter preenchido o questionário.