

INFORMAÇÕES DE FONTE DOCUMENTAL

BLOCO 2

<p>IDENTIFICAÇÃO GERAL</p> <p>Nº do questionário: ___ __ _</p> <p>Estado: ___ __</p> <p>Cidade: _____</p>	<p><i>NQUE</i> ___ __</p> <p><i>FESTADO</i> ___</p> <p><i>FMUNIC</i> ___ __</p>
<p>F01) Informe o percentual do <u>Gasto Municipal em Saúde</u> de acordo com a EC29 e qual a fonte da informação:</p> <p>2001: Percentual (%): _____</p> <p>2002: Percentual (%): _____</p> <p>2003: Percentual (%): _____</p> <p>2004: Percentual (%): _____</p> <p>Fonte: _____</p>	<p><i>F%S2001</i> ___ __, ___</p> <p><i>F%S2002</i> ___ __, ___</p> <p><i>F%S2003</i> ___ __, ___</p> <p><i>F%S2004</i> ___ __, ___</p> <p><i>FFONTE</i> ___ __</p>
<p>F02) Informe o percentual do <u>Gasto Municipal em Atenção Básica</u> e qual a fonte da informação:</p> <p>2001: Percentual (%): _____</p> <p>2002: Percentual (%): _____</p> <p>2003: Percentual (%): _____</p> <p>2004: Percentual (%): _____</p> <p>Fonte: _____</p>	<p><i>F%AB01</i> ___ __, ___</p> <p><i>F%AB02</i> ___ __, ___</p> <p><i>F%AB03</i> ___ __, ___</p> <p><i>F%AB04</i> ___ __, ___</p> <p><i>FFONTAB</i> ___ __</p>
<p>F03) Informe o valor (em reais) do PAB fixo do município de acordo com o ano e qual a fonte da informação:</p> <p>2001: Valor R\$: _____</p> <p>2002: Valor R\$: _____</p> <p>2003: Valor R\$: _____</p> <p>2004: Valor R\$: _____</p> <p>Fonte: _____</p>	
<p>F04) Informe o percentual dos gastos com o Programa de Saúde da Família (PSF) em seu município cobertos através do <u>incentivo federal para o programa</u>, de acordo com o ano:</p> <p>2001: Percentual (%) _____</p> <p>2002: Percentual (%) _____</p> <p>2003: Percentual (%) _____</p> <p>2004: Percentual (%) _____</p>	<p><i>FIFD%01</i> ___ __ __</p> <p><i>FIFD%02</i> ___ __ __</p> <p><i>FIFD%03</i> ___ __ __</p> <p><i>FIFD%04</i> ___ __ __</p>

F05) No quadro abaixo, por favor, indique as ações do PAB Variável e outros projetos de Atenção Básica que o município executa, indicando o valor respectivo deste incentivo no orçamento do Município para os anos de 2001 a 2004 (em Reais).					
	2001	2002	2003	2004	
Vigilância Epidemiológica					
Saúde Mental					
HIPERDIA					
Programa do Agente Comunitário					
Medicamentos					
Carências Nutricionais					
Cartão SUS					
PSF Bucal					
Outros: Especifique					
F06) Com relação ao processo de implantação do PSF no município, indique as seguintes datas: Data da qualificação: ___ / ___ / _____ Data da implantação da(s) primeira(s) equipe(s): ___ / ___ / _____					<i>FDATQUAL</i> _____ <i>FIMPEQP</i> _____
F07) Indique, para os anos de 2001 a 2004, o número de equipes de PSF existentes no município (acumulado) : 2001: ___ equipes 2002: ___ equipes 2003: ___ equipes 2004: ___ equipes					<i>FEQPSF01</i> ___ <i>FEQPSF02</i> ___ <i>FEQPSF03</i> ___ <i>FEQPSF04</i> ___
F08) Para o ano de 2004, caracterize a distribuição geográfica do PSF no seu município? No meio Rural: ___ equipes No meio urbano central: ___ equipes No meio urbano periférico: ___ equipes					<i>FSFRURAL</i> ___ <i>FSFCENTR</i> ___ <i>FSFPERI</i> ___
F09) Comente a adequação e suficiência desta localização: (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)					
RECURSOS HUMANOS					
F10) Informe o número e o vínculo contratual da equipe municipal de Coordenação da Atenção Básica. Funcionário público estatutário ___ Funcionário público CLT ___ Funcionário público Regime Jurídico Único ___ Funcionário público fora do quadro (Cedido, extra-quadro, etc..) ___ Funcionário em contrato emergencial ou temporário ___ Funcionário contratado por cooperativa, associação ou ONG ___ Cargo de Confiança ___					<i>FFUCEST</i> ___ <i>FFUCCLT</i> ___ <i>FFUCRJU</i> ___ <i>FFUCFORA</i> ___ <i>FFUCTEMP</i> ___ <i>FFUCCOTR</i> ___ <i>FFUCCC</i> ___

<p>F11) Informe o número de funcionários da equipe municipal de Coordenação da Atenção Básica, de acordo com a formação profissional:</p> <p>Médico ___ __ Enfermeiro ___ __ Cirurgião Dentista ___ __ Administrador ___ __ Psicólogo ___ __ Assistente Social ___ __ Farmacêutico ___ __ Pedagogo ___ __ Nutricionista ___ __ Outro ___ __ Especifique: _____ _____</p>	<p><i>FMED</i> ___ __ <i>FENF</i> ___ __ <i>FCIRDEN</i> ___ __ <i>FADM</i> ___ __ <i>FPSIC</i> ___ __ <i>FASSOC</i> ___ __ <i>FFARM</i> ___ __ <i>FPEDAG</i> ___ __ <i>FNUTRI</i> ___ __ <i>FOUTR</i> ___ __</p>
<p>F12) Informe o número de funcionários da equipe municipal de Coordenação da Atenção Básica, conforme a jornada de trabalho:</p> <p>Menos de 20 horas/semana ___ __ 20 a 39 horas/semana ___ __ 40 horas/semana ___ __</p>	<p><i>FJT<20</i> ___ __ <i>FJT20-39</i> ___ __ <i>FJT 40</i> ___ __</p>
<p>F13) Informe o número e o vínculo contratual da <u>equipe municipal de Coordenação do PSF</u>.</p> <p>Funcionário público estatutário ___ __ Funcionário público CLT ___ __ Funcionário público Regime Jurídico Único ___ __ Funcionário público fora do quadro (Cedido, extra-quadro, etc..) ___ __ Funcionário em contrato emergencial ou temporário ___ __ Funcionário contratado por cooperativa, associação ou ONG ___ __ Cargo de Confiança ___ __</p>	<p><i>FPFEST</i> ___ __ <i>FPFCCLT</i> ___ __ <i>FPSRJU</i> ___ __ <i>FPSFORA</i> ___ __ <i>FPSTEMP</i> ___ __ <i>FPFCOTR</i> ___ __ <i>FPFCCC</i> ___ __</p>
<p>F14) Informe o número de funcionários da equipe municipal de Coordenação do PSF, de acordo com a formação profissional:</p> <p>Médico ___ __ Enfermeiro ___ __ Cirurgião Dentista ___ __ Administrador ___ __ Psicólogo ___ __ Assistente Social ___ __ Farmacêutico ___ __ Pedagogo ___ __ Nutricionista ___ __ Outro ___ __ Especifique: _____ _____</p>	<p><i>FPSMED</i> ___ __ <i>FPSINF</i> ___ __ <i>FPSDEN</i> ___ __ <i>FPSADM</i> ___ __ <i>FPSPSIC</i> ___ __ <i>FPSASOC</i> ___ __ <i>FPSFARM</i> ___ __ <i>FPSPEDAG</i> ___ __ <i>FPSNUTRI</i> ___ __ <i>FPSOUTR</i> ___ __</p>
<p>F15) Informe o número e o vínculo contratual dos profissionais que compõe as equipes do Programa de Saúde da Família do município.</p> <p>Funcionário público estatutário ___ __ Funcionário público CLT ___ __</p>	<p><i>FEST</i> ___ __ <i>FCLT</i> ___ __</p>

Funcionário público Regime Jurídico Único __ __ Funcionário público fora do quadro (Cedido, extra-quadro, etc..) __ __ Funcionário em contrato emergencial ou temporário __ __ Funcionário contratado por cooperativa, associação ou ONG __ __ Cargo de Confiança __ __	<i>FRJU</i> __ __ <i>FFORA</i> __ __ <i>FTEMP</i> __ __ <i>FCOTR</i> __ __ <i>FCCC</i> __ __
F16) Comente as eventuais situações de trabalho precário (contratos emergenciais e temporários, contratos através de cooperativas, associações e ONGS) na SMS e as iniciativas para a desprecarização do trabalho. (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão) 	
F17) Comente a situação de plano de carreira, cargos e salários na SMS. Existe um plano implantado, este plano é atual, ou está muito defasado, há alguma discussão sobre sua elaboração, atualização, ou implantação? (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão) 	
ORGANIZAÇÃO E GESTÃO	
F18) Indique, para os anos de 2001 a 2004, o número de Unidades de Saúde da Família existentes no município (acumulado): 2001: __ __ unidades 2002: __ __ unidades 2003: __ __ unidades 2004: __ __ unidades	<i>FUSF01</i> __ __ <i>FUSF02</i> __ __ <i>FUSF03</i> __ __ <i>FUSF04</i> __ __
F19) Indique, para os anos de 2001 a 2004, o número de UBS totais existentes no município (acumulado): 2001: __ __ unidades 2002: __ __ unidades 2003: __ __ unidades 2004: __ __ unidades	<i>FUBST01</i> __ __ <i>FUBST02</i> __ __ <i>FUBST03</i> __ __ <i>FUBST04</i> __ __
F20) Qual o tipo de serviço de acolhimento de reclamações de usuários que existe no município? (0) Telefone do Conselho Municipal de Saúde para acolhimento de irregularidades (1) Telefone específico de denúncia anônima disponibilizado pela SMS (2) 0800 especial para reclamações dos usuários (3) Nenhum tipo Outros: Especifique: _____	<i>FRECLAM</i> __

<p>F21) Qual(is) o(s) tipo(s) de central(is) implantada(s) para acolher e ordenar as necessidades de saúde dos usuários que existem no município?</p> <p>Central de Leitos (0) Não (1) Sim</p> <p>Central de Consultas Especializadas (0) Não (1) Sim</p> <p>Central de Exames (0) Não (1) Sim</p> <p>Serviço de Atendimento Municipal em Urgências (SAMU) (0) Não (1) Sim</p>	<p><i>FNECUSU__</i></p>
<p>F22) Comente a existência e adequação das centrais para acolhimento e ordenação das necessidades de saúde no município, destacando dificuldades e facilidades, acertos e equívocos: (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>F23) Qual o percentual de consultas efetivadas através da Central de Agendamentos de consultas do município, segundo o ano?</p> <p>2001: Percentual (%): _____</p> <p>2002: Percentual (%): _____</p> <p>2003: Percentual (%): _____</p> <p>2004: Percentual (%): _____</p>	<p><i>F%CAC01 _____</i></p> <p><i>F%CAC02 _____</i></p> <p><i>F%CAC03 _____</i></p> <p><i>F%CAC04 _____</i></p>
<p>F24) Qual o percentual de internações efetivadas através da Central de Leitos do município, segundo o ano?</p> <p>2001: Percentual (%): _____</p> <p>2002: Percentual (%): _____</p> <p>2003: Percentual (%): _____</p> <p>2004: Percentual (%): _____</p>	<p><i>F%CL01 _____</i></p> <p><i>F%CL02 _____</i></p> <p><i>F%CL03 _____</i></p> <p><i>F%CL04 _____</i></p>
<p>F25) Qual o percentual acumulado de Unidades Básicas de Saúde (UBS) informatizadas e alimentando automaticamente o SIA-SUS no município segundo o ano?</p> <p>2001: Percentual (%): _____</p> <p>2002: Percentual (%): _____</p> <p>2003: Percentual (%): _____</p> <p>2004: Percentual (%): _____</p>	<p><i>F%ISUS01 _____</i></p> <p><i>F%ISUS02 _____</i></p> <p><i>F%ISUS03 _____</i></p> <p><i>F%ISUS04 _____</i></p>
<p>F26) Qual o percentual acumulado de Unidades Básicas de Saúde (UBS) incluídas no Sistema de Vigilância Epidemiológica do município segundo o ano?</p> <p>2001: Percentual (%): _____</p> <p>2002: Percentual (%): _____</p> <p>2003: Percentual (%): _____</p> <p>2004: Percentual (%): _____</p>	<p><i>F%SVE01 _____</i></p> <p><i>F%SVE02 _____</i></p> <p><i>F%SVE03 _____</i></p> <p><i>F%SVE04 _____</i></p>

<p>F27) Dos Sistemas de Informação abaixo, o município é responsável pelo processamento de quais?</p> <p>SINASC (0) Não (1) Sim SIM (0) Não (1) Sim SINAN (0) Não (1) Sim SISVAN (0) Não (1) Sim SIAB (0) Não (1) Sim</p> <p>Outros: Especifique _____</p>	<p><i>FSINASC__</i> <i>FSI __</i> <i>FSINAN__</i> <i>FSISVAN__</i> <i>FSIAB__</i> <i>FOTRR__</i></p>																		
<p>F28) Destes, quais foram alimentados regularmente nos últimos 6 meses?</p> <p>SINASC (0) Não (1) Sim SIM (0) Não (1) Sim SINAN (0) Não (1) Sim SISVAN (0) Não (1) Sim SIAB (0) Não (1) Sim</p> <p>Outros: Especifique _____</p>	<p><i>FSINASC6__</i> <i>FSI6 __</i> <i>FSINAN6__</i> <i>FSISVAN6__</i> <i>FSIAB6__</i> <i>FOTRR6__</i></p>																		
<p>F29) Em relação à disponibilidade de relatórios periódicos com indicadores selecionados para a tomada de decisão (produzidos no nível central do município), classifique segundo a sua realidade.</p> <p>(0) Relatório semanais (1) Relatórios quinzenais (2) Relatórios mensais (3) Relatórios bimestrais (4) Relatórios trimestrais (5) Relatórios semestrais (6) Relatórios anuais (7) Não dispõe de relatórios para tomada de decisão (8) Outros. Especifique: _____</p>	<p><i>FRELATO __</i></p>																		
<p>F30) Informe quais os tipos de veículos de divulgação adotados pela saúde no município e qual sua periodicidade;</p> <table border="1" data-bbox="76 1503 1222 1845"> <thead> <tr> <th>Assinale os adotados</th> <th>Tipo de Veículo</th> <th>Periodicidade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Relatórios</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Boletins</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nota</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Programa de rádio</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Outros: Especifique</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Assinale os adotados	Tipo de Veículo	Periodicidade		Relatórios			Boletins			Nota			Programa de rádio			Outros: Especifique		
Assinale os adotados	Tipo de Veículo	Periodicidade																	
	Relatórios																		
	Boletins																		
	Nota																		
	Programa de rádio																		
	Outros: Especifique																		
<p>F31) Qual o percentual de óbitos por causas mal definidas no município segundo o ano?</p> <p>2001: Percentual (%): _____ 2002: Percentual (%): _____ 2003: Percentual (%): _____ 2004: Percentual (%): _____</p>	<p><i>F%OBT01 ____</i> <i>F%OBT02 ____</i> <i>F%OBT03 ____</i> <i>F%OBT04 ____</i></p>																		

<p>F32) Qual o percentual de óbitos infantis investigados no município segundo o ano?</p> <p>2001: Percentual (%): _____</p> <p>2002: Percentual (%): _____</p> <p>2003: Percentual (%): _____</p> <p>2004: Percentual (%): _____</p>	<p><i>F%OBTI01</i> _ _ _ _</p> <p><i>F%OBTI02</i> _ _ _ _</p> <p><i>F%OBTI03</i> _ _ _ _</p> <p><i>F%OBTI04</i> _ _ _ _</p>
<p>F33) Existem parcerias interinstitucionais na produção e divulgação de informações?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>SE SIM: IDENTIFIQUE OS PARCEIROS E SEUS RESPECTIVOS PRODUTOS _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><i>FPARINF</i> _ _</p>
<p>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</p>	
<p>F34) O município adota alguma lista básica de medicamentos para as Unidades de Saúde?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	<p><i>FLSTMED</i> _ _</p>
<p>F35) Caracterize as maneiras de estocar e distribuir os medicamentos no seu município. (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)</p>	
<p>F36) Quais os critérios utilizados para a distribuição dos medicamentos para as UBS? (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão).</p>	
<p>F37) O município conta com fornecedores cadastrados? Como é o processo de aquisição de medicamentos? (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>F38) O município fabrica algum tipo de medicamento, incluindo fitoterápicos, para utilização em UBS? (0) Não (1) Sim → SE SIM; Quais os tipo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><i>FFABRIC</i> _ _</p>

<p>F39) Informe qual a população alvo elegível para os veículos de divulgação adotados pela saúde no município:</p> <p>() Toda a população que reside no município () Preferencialmente a população que tem acesso a informações escritas () Preferencialmente a população que sintoniza as rádios locais () O município se preocupa em informar o Conselho municipal de Saúde () O município não se preocupa com divulgação das informações em Saúde () Outro: Explique; _____</p>	
<p>F40) Descreva a existência de integração entre ações de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental no município: (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)</p>	
<p>F41) Identifique os tipos de protocolos em utilização no município e anexe uma cópia dos mesmos. (Caso necessite, utilize o verso da folha para responder, indicando claramente o número da questão)</p>	
<p>G42) Em relação ao(s) encaminhamento(s) de usuários para os serviços de saúde de maior complexidade e/ou de apoio diagnóstico e terapêutico no município:</p> <p>Há agendamento para esse tipo de demanda? (0) Não (1) Sim</p> <p>O agendamento é feito pelas Unidades de Saúde? (0) Não (1) Sim</p> <p>O agendamento é feito pelos usuários no setor de interesse? (0) Não (1) Sim</p> <p>O agendamento pode ser feito pelos usuários através de um serviço telefônico? (0) Não (1) Sim</p> <p>O agendamento pode ser feito por qualquer profissional da equipe do PSF? (0) Não (1) Sim</p> <p>O agendamento é feito através de fila única, constituída conforme a data de registro da demanda? (0) Não (1) Sim</p> <p>O agendamento é feito através de protocolos organizados para acolhimento das urgências? (0) Não (1) Sim</p> <p>O agendamento é feito através de protocolos organizados para o cuidado da demanda mais prevalente? (0) Não (1) Sim</p> <p>Outros: Especifique: _____</p>	<p><i>GAGENDA</i>__</p> <p><i>GAGENUBS</i> __</p> <p><i>GAGENUS</i>__</p> <p><i>AGENTEL</i>__</p> <p><i>GAGENPRO</i>__</p> <p><i>GAGENFIL</i>__</p> <p><i>GAGEPROT</i>__</p> <p><i>GAGEPREV</i>__</p> <p><i>GOUTAG</i>__</p>

G43) Qual o tempo médio de espera dos usuários para atendimento especializado em serviços de saúde?			
Gineco-obstetra	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GINECO</i> __ __ __ __
Pediatra	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GPEDIAT</i> __ __ __ __
Cardiologista	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GCARDI</i> __ __ __ __
Nefrologia	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GNEFRO</i> __ __ __ __
Gastroenterologista	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GGASTR</i> __ __ __ __
Cirurgião Geral	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GCIRG</i> __ __ __ __
Neurologista	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GNEUR</i> __ __ __ __
Angiologista	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GANGIO</i> __ __ __ __
Oftalmologista	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GOFTA</i> __ __ __ __
Otorrinolaringologista	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GOTORI</i> __ __ __ __
Fisioterapeuta	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GFISIO</i> __ __ __ __
Odontólogo	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GDENT</i> __ __ __ __
Nutricionista	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GNUTR</i> __ __ __ __
Psiquiatra	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GPSQT</i> __ __ __ __
Outro: Especifique: _____			<i>GOUTESP</i> __ __ __ __
G44) Qual o tempo médio de espera dos usuários para acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos especializados?			
Análises Clínicas	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GANALIS</i> __ __ __ __
Radioimunoensaio	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GIMUENS</i> __ __ __ __
Exames radiológicos	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GEXRAD</i> __ __ __ __
Ultrassonografia geral	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GUSGE</i> __ __ __ __
ECG	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GECCG</i> __ __ __ __
Ecografia	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GECOG</i> __ __ __ __
Ecocardiografia	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GECOC</i> __ __ __ __
Tomografia	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GTOMO</i> __ __ __ __
Ressonância Magnética	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GRSMG</i> __ __ __ __
Hemodinâmica	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GHEMO</i> __ __ __ __
Hemodiálise	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GDIALIS</i> __ __ __ __
Quimioterapia	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GQUIMI</i> __ __ __ __
Radioterapia	(0000) Não tem o profissional	__ __ meses __ __ dias	<i>GRADIO</i> __ __ __ __
Outro: Especifique: _____			<i>GOURED</i> __ __ __ __