

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção a Saúde
Departamento de Atenção Básica



Programa de Melhoria
do Acesso e da Qualidade

**Instrumento de Avaliação
Externa para as Equipes de
Atenção Básica
(Saúde da Família e Equipe
Parametrizada)**

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ – ACESSO E QUALIDADE

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção
Básica (PMAQ)

Brasília, DF
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Supervisão geral:

Hêider Aurélio Pinto

Coordenação Técnica Geral:

Allan Nuno Alves de Sousa

José Eudes Barroso Vieira

Revisão Técnica:

Aristides Oliveira

Eduardo Melo

Felipe Cavalcanti

Gilberto Pucca

Hêider Aurélio Pinto

Patricia Constante Jayme

Patricia Sampaio Chueiri

Aliadne Castorina Soares de Sousa

Allan Nuno Alves de Sousa

Edson Hilan Gomes de Lucena

Eduardo Melo

Felipe Cavalcanti

Gilberto Pucca

Hêider Aurélio Pinto

José Eudes Barroso Vieira

Pauline Cavalcanti

Renata Pella

Sylvio da Costa Júnior

Thaís Alessa Leite

Elaboração Técnica:

Adriana Kitajima

Aliadne Castorina Soares de Sousa

Allan Nuno Alves de Sousa

Ana Luisa Souza de Paiva

Caroline Martins

Dirceu Ditmar Klitzke

Edson Hilan Gomes de Lucena

Eduardo Alves Melo

Francy Webster Pereira

Hêider Aurélio Pinto

Ivana F. Barreto Rocha Vieira

Pauline Cavalcanti

Renata Pella

Sylvio da Costa Junior

Thaís Alessa Leite

Thais Coutinho de Oliveira

Colaboração:

Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)

Coordenação: Luiz Augusto Fachinni

Universidade Federal Rio Grande Sul (UFRGS)

Coordenação: Alcindo Antonio Ferla

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Coordenação Antonio Thomaz G. da Matta
Machado

Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

Coordenação: Márcia Cristina Rodrigues

Fausto Helena Maria Seidl

Instituto de Saúde Coletiva/Universidade
Federal da Bahia

Coordenação: Maria Guadalupe Medina

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
(UFRN)

Coordenação: Paulo de Medeiros Rocha

Universidade Federal do Piauí

Coordenação: José Ivo dos Santos Pedrosa

Universidade Federal de Sergipe

Coordenação: João Cavalcanti

Universidade Federal de Pernambuco

Coordenação: Paulo Goés

Colaboração:

Alyne Araújo de Melo

Ana Carolina Feldenheimer

Ana Carolina Lucena Pires

Ana Lucia Sousa Pinto

Ana Maria Cavalcante de Lima

Angélica Saraiva Sá

Carla Belo de Matos

Carolina Pereira Lobato

Caroline Machado Weber

Cássia Pereira Abella

Charleni Inês Scherer

Daniel Miele Amado

Danillo Fagner Vicente de Assis

Fernanda Ferreira Marcolino

Flávia Henrique

Francy Webster Pereira
Gilberto David Filho
Graziela Tavares
Heide Gauche
Irene Lopes Oliveira
Janaína Calu
Katia Motta Galvão Gomes
Kelly Poliany de Souza Alves
Kimielle Cristina Silva
Lorena Melo
Márcia Helena Leal
Marcilio Regis Melo Silva
Patrícia Tiemi Cawahisa
Priscila Mara Anjos Nunes
Régis Cunha de Oliveira
Renata Santana
Rimena Glaucia Dias de Araújo
Rodrigo Cabral da Silva
Sara Araújo da Silva

SUMÁRIO

Apresentação.....	5
Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade.....	6
Avaliação Externa	7
O Instrumento	8
Classificação dos padrões para certificação	8
Módulo I- Observação na Unidade Básica de Saúde	13
Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde.....	41
Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário.....	85
Referências.....	119
Anexos.....	121
Anexo A.....	121
Anexo B.....	127

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. São muitos os esforços empreendidos para a implementação de iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde ofertados à sociedade brasileira, estimulando a ampliação do acesso nos diversos contextos existentes no País.

O conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), se apresenta como uma das principais estratégias indutoras da qualidade no Ministério da Saúde. Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste contexto, apresentamos o instrumento de coleta de dados para a avaliação externa, que compõe a terceira fase do PMAQ. Nessa etapa, realizada em parceria com instituições de ensino superior (IES), será efetuado um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa.

O presente instrumento guarda similaridade com o Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), utilizado nos processos de autoavaliação, visando assegurar coerência das informações, uma vez que os resultados serão acompanhados ao longo da implementação de novos ciclos do PMAQ. Isso possibilitará comparabilidade entre os resultados das equipes e UBS pertencentes ao mesmo estrato de municípios definidos no PMAQ.

As informações serão analisadas por métodos complementares com instrumentos específicos para gestão municipal, UBS, equipe de atenção básica e usuários, incluindo de análise documental. Estão contemplados, ao longo do instrumento, aspectos importantes das prioridades da Política Nacional de Atenção Básica, tais como: saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, saúde mental, atenção às doenças crônicas, Programa Saúde na Escola, atenção domiciliar, práticas integrativas e complementares e atenção às doenças negligenciadas.

Dessa forma, esperamos contribuir para a melhoria do processo de trabalho das equipes de atenção básica e como também para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços ofertados à população brasileira.

Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade

O “Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade” procura induzir processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais, municipais e das equipes de atenção básica em ofertarem serviços que assegurem acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

A iniciativa objetiva a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção básica em Saúde em todo o Brasil.

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização).

A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) com os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social.

A segunda fase consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão realizadas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa fase está organizada em quatro dimensões (Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional) que deverão ser estruturadas de forma contínua e sistemática.

A terceira fase consiste na avaliação externa, momento em que será realizado um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes do PMAQ. Esta fase é realizada pelas Instituições de Ensino e Pesquisa.

A quarta fase é constituída por um processo de repactuação das equipes de atenção básica e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa.

Avaliação Externa

A avaliação externa consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das Equipes da Atenção Básica participantes do programa. Busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das EAB e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica.

O processo de avaliação externa, também, possibilita:

- Reforçar práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da atenção básica à saúde ofertada ao cidadão;
- Fortalecer ações e estratégias das gestões do SUS que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes quanto dos próprios trabalhadores;
- Subsidiar a reconstrução das equipes de forma singularizada, respeitando suas potencialidades e dificuldades;
- Considerar a avaliação dos usuários e fortalecer sua participação no esforço de qualificação permanente do SUS;
- Conhecer em escala e profundidade, inédita, as realidades e singularidades da atenção básica no Brasil, registrando as fragilidades e potencialidades de cada lugar contribuindo para planejamento e construções de ações de melhoria em todos os níveis;
- Elaborar estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal;

Para a realização da avaliação externa, o Ministério da Saúde conta com o apoio de Instituições de Ensino e Pesquisa (ver anexo 1) na organização e desenvolvimento dos trabalhos de campo, incluindo seleção e capacitação das equipes de avaliadores da qualidade que irão aplicar o instrumento de avaliação. As equipes de avaliadores da qualidade visitarão as EAB conforme itinerário planejado pelas Instituições de Ensino e Pesquisa e após contato com a gestão municipal. A coleta dos dados será feita utilizando *tablets*.

Após avaliação externa será realizada a certificação das equipes pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS.

O Instrumento

O instrumento de avaliação externa está organizado em quatro módulos, conforme o método de coleta das informações:

- **Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde**, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde.
- **Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde**, objetiva obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.
- **Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde**, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.
- **Módulo eletrônico** compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Essas informações devem ser respondidas pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), no site do Programa (<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>).

Classificação dos padrões para certificação

A partir da avaliação externa que aconteceu no primeiro ciclo do PMAQ foi possível analisar os padrões de qualidade do instrumento de coleta para o segundo ciclo. Para este ciclo os padrões de qualidade seguem a seguinte classificação:

1. **Padrões obrigatórios:** são os que condicionam a permanência no Programa.
 - Alimentação do Sistema de Informação (SIAB ou e-SUS) nos meses indicados pelo programa;
 - Aplicação das Regras de Sinalização Externa exigida pelo MS (Totem e placa de sinalização);
2. **Padrões gerais:** padrões que atribuem menor peso na certificação em relação aos demais (estratégico, essencial e obrigatório);
 - A equipe ganha na certificação se realiza a ação;
3. **Padrões essenciais:** são padrões com elevados percentuais de cumprimento pelas EAB e/ou relacionados a condições mínimas de acesso e qualidade.
 - Esses padrões não acrescentarão na certificação, no entanto, a equipe que não estiver em conformidade com o padrão, perderá na certificação;
 - A equipe deverá alcançar um percentual mínimo dos padrões essenciais para permanecer no Programa.
4. **Padrões estratégicos:** são padrões relacionados à políticas/programas estratégicos (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Atenção Psicossocial e outros).
 - Esses padrões terão maior peso no processo de certificação.

Quadro 1. Categorização dos Padrões de Acesso e Qualidade Segundo Grau de Prioridade.

Classificação	Relevância	Conformidade com o Padrão	Regra
Obrigatório	-	Sim	Permanece no PMAQ
		Não	Não permanece no PMAQ
Essencial	Médio	Sim	Não altera certificação
		Não	Perde na certificação
Estratégico	Alto	Sim	Ganha bônus na certificação
		Não	Não altera na certificação
Geral	Baixo	Sim	Ganha na certificação
		Não	Não ganha na certificação

No instrumento de coleta da avaliação externa existem padrões de qualidade que servem para a certificação das equipes e, existem padrões que serão utilizados para levantamento de informações importantes para o aprimoramento de estratégias que visem à qualificação da Atenção Básica.

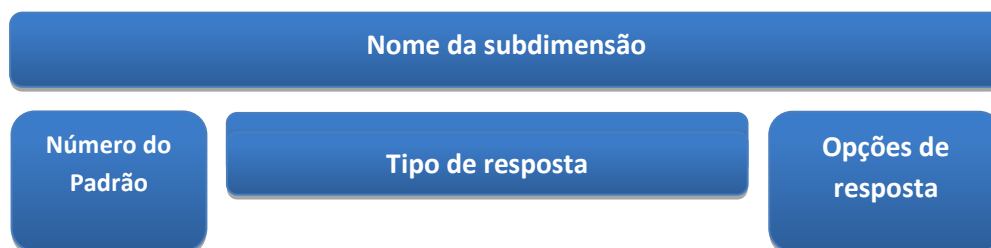
O Quadro 2 apresenta a legenda para auxiliar na identificação da classificação de cada padrão neste instrumento.

Quadro 2. Legenda da Classificação dos Padrões de qualidade.

Classificação	Legenda
Obrigatório	O
Essencial	ES
Estratégico	ET
Geral	G

A legenda que identifica a classificação está presente na numeração de cada padrão de qualidade.

Figura 1. Estrutura dos Padrões de Qualidade



Exemplo:

Tabela 1. Padrão de qualidade.

I.8 - Horário de funcionamento da unidade de saúde		
ES - I.8.1	Quais os turnos de atendimento?	Manhã
	<i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	Tarde
		Noite

Tabela 2. Subdimensões do Instrumento de Coleta da Avaliação Externa.

Módulo	Subdimensão	Número de Padrões de qualidade
Módulo I	I.1 - Identificação Geral	-
	I.2 - Identificação da Unidade de Saúde	-
	I.3 - Identificação da Modalidade e Profissionais da Equipe de Atenção Básica	6
	I.4 - Sinalização Externa da Unidade de Saúde- Fotos	4
	I.5 - Acessibilidade na Unidade de Saúde	1
	I.6 - Veículo na Unidade de Saúde	3
	I.7 - Identificação Visual e Sinalização das Ações e Serviços	2
	I.8 - Horário de Funcionamento da Unidade de Saúde	6
	I.9 - Reforma e Ampliação da Unidade de Saúde	8
	I.10 - Características estruturais e ambiência da unidade de saúde	90
	I.11 - Equipamentos de Tecnologia da Informação e Telessaúde na Unidade de Saúde	14
	I.12 - Equipamentos e Materiais	38
	I.13 - Material Impresso para Atenção à Saúde	4
	I.14 - Imunobiológicos na Unidade de Saúde	14
	I.15 - Testes Diagnósticos na Unidade de Saúde	5
	I.16 - Insumos para Atenção à Saúde	23
	I.17 - Insumos para Práticas Integrativas e Complementares	5
	I.18 - Medicamentos Componentes da Farmácia Básica	254
	II.1 - Identificação Geral	-
	II.2 - Identificação da Unidade de Saúde	-

Módulo II	II.3 Informações sobre o Entrevistado	5	
	II.4 Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção básica	32	
	II.5 Vínculo	3	
	II.6 Plano de Carreira	5	
	II.7 Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas	12	
	II.8 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe	18	
	II.9 Apoio Institucional e Apoio Matricial	7	
	II.10 Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica	8	
	II.11 Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde	4	
	II.12 Acolhimento à Demanda Espontânea	21	
	II.13 Organização da agenda	6	
	II.14 Atenção à Saúde	8	
	II.15 Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica e são realizados pela rede de serviços de saúde	2	
	II.16 Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos	3	
	II.17 Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe	2	
	II.18 Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério	9	
	II.19 Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida	8	
	II.20 Atenção à Pessoa com Obesidade	3	
	II.21 Atenção à Pessoa com Tuberculose	10	
	II.22 Atenção à Pessoa com Hanseníase	6	
	II.23 Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico	10	
	II.24 Atenção à Pessoa com Deficiência	3	
	II.25 Práticas Integrativas e Complementares	5	
	II.26 Promoção da Saúde	2	
	II.27 Programa Bolsa-Família	2	
	II.28 Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	8	
	II.29 Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário	6	
	II.30 Atividades nas Escolas	6	
	II.31 População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas	7	
	II.32 Atenção à Pessoa Tabagista	4	
	II.33 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	23	
	Módulo III	III.1 - Identificação Geral	-
		III.2 - Identificação da Unidade de Saúde	-
III.3 - Identificação do Usuário		6	
III.4 - Bolsa Família		4	

III.5 - Acesso aos Serviços de Saúde	8
III.6 - Marcação de Consulta na Unidade de Saúde	4
III.7 - Acolhimento à Demanda Espontânea	9
III.8 - Atenção Integral à Saúde	9
III.9 - Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado	10
III.10 - Coordenação do Cuidado	2
III.11 - Visita Domiciliar	2
III.12 - Saúde da Mulher	13
III.13 - Gravidez e Pré-natal	29
III.14 - Acolhimento Específico à Gestante	6
III.15 - Atenção ao Pós-parto	12
III.16 - Saúde da Criança	2
III.17 - Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança	14
III.18 - Amamentação/Alimentação da Criança	2
III.19 - Problemas de Saúde da Criança	6
III.20 - Hipertensão Arterial Sistêmica	6
III.21 - Diabetes Mellitus	6
III.22 - Satisfação do Usuário	2
III.23 - Satisfação com o Cuidado	12
III.24 - Mecanismos de Participação e Interação dos Usuários	4

Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde

- Neste módulo, o avaliador da qualidade deverá ser acompanhado por um profissional (enfermeiro, médico ou um profissional de nível superior) da equipe de atenção básica que conheça a estrutura, equipamentos, materiais e insumos da Unidade Básica de Saúde.

I.1 - Identificação Geral		
I.1.1	Instituição principal:	<input type="text"/> Número
I.1.2	Instituição colaboradora:	<input type="text"/> Número
I.1.3	Número do supervisor:	<input type="text"/> Número
I.1.4	Número do entrevistador:	<input type="text"/> Número
I.2 - Identificação da Unidade de Saúde		
I.2.1	Coordenadas GPS:	<input type="text"/> Número
I.2.2	Endereço:	<input type="text"/>
I.2.3	Telefone	(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>
I.3 - Identificação da Modalidade e Profissionais da Equipe de Atenção Básica		
I.3.1	Qual o tipo de unidade de saúde? <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/> Posto de saúde
		<input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde
		<input type="checkbox"/> Policlínica
		<input type="checkbox"/> Outro(s)
I.3.2	Quantidade de equipes de atenção básica na unidade por modalidade: <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/> Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal
		<input type="checkbox"/> Equipe de Saúde da Família sem Saúde Bucal
		<input type="checkbox"/> Equipe de Atenção Básica Parametrizada com Saúde Bucal
		<input type="checkbox"/> Equipe de Atenção Básica Parametrizada sem Saúde Bucal
		<input type="checkbox"/> Equipe de Consultório na Rua
		<input type="checkbox"/> Outras modalidades de equipe
I.3.3	Quantidade de profissionais da(s) equipe(s) mínima(s) (SF, AB) existentes na unidade: <i>Se NÃO, passar para questão I.3.4.</i>	<input type="checkbox"/> Médico
		<input type="checkbox"/> Enfermeiro
		<input type="checkbox"/> Cirurgião-dentista
		<input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem
		<input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem
		<input type="checkbox"/> Técnico de saúde bucal
		<input type="checkbox"/> Auxiliar de saúde bucal
		<input type="checkbox"/> Agente comunitário de saúde
		<input type="checkbox"/> Técnico de laboratório
<input type="checkbox"/> Microscopista		

I.3.4	Além dos profissionais da equipe mínima existem outros profissionais que fazem parte da equipe? <i>Se NÃO, passar para o bloco I.4.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.3.5	Qual número de profissionais existentes para cada profissão?	<input type="checkbox"/>	Médico especialista
		<input type="checkbox"/>	Psicólogo
		<input type="checkbox"/>	Fisioterapeuta
		<input type="checkbox"/>	Nutricionista
		<input type="checkbox"/>	Assistente social
		<input type="checkbox"/>	Farmacêutico
		<input type="checkbox"/>	Terapeuta Ocupacional
		<input type="checkbox"/>	Fonoaudiólogo
		<input type="checkbox"/>	Profissional de Educação Física
		<input type="checkbox"/>	Outro(s) profissionais de nível superior
I.3.6	Qual o sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações? <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	SIAB
		<input type="checkbox"/>	e-SUS/SISAB
		<input type="checkbox"/>	Sistema de informação próprio
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu
I.4 - Sinalização Externa da Unidade de Saúde- Fotos			
O - I.4.1	A UBS possui totem externo adequado, com sinalização da unidade?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
O - I.4.2	A unidade possui placa da fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização? <i>Se SIM, passar para o bloco I.5.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.4.3	A unidade possui outra forma de sinalização? <i>Se NÃO, passar para o bloco I.5.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
1.4.4	Qual a outra forma de sinalização? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Placa anexada na parede da entrada da unidade de saúde fora das especificações do Guia de Sinalização
		<input type="checkbox"/>	Placa anexada na lateral da unidade de saúde fora das especificações do Guia de Sinalização
		<input type="checkbox"/>	Faixa na parede da entrada da unidade de saúde

		<input type="checkbox"/>	Pintura com identificação na parede da entrada da unidade de saúde
		<input type="checkbox"/>	Outro(s)
I.5 - Acessibilidade na Unidade de Saúde			
ET - I.5.1	Nas dependências da unidade: <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas
		<input type="checkbox"/>	Todas as entradas externas e portas internas adaptadas para cadeira de rodas
		<input type="checkbox"/>	Cadeira de rodas disponível para deslocamento do usuário
I.6 - Veículo na unidade de saúde			
I.6.1	A unidade de saúde dispõe de veículo para a realização de atividade(s) externa(s) da(s) equipe(s) (ex.: visitas domiciliares, busca ativa, acompanhamento e supervisão do território e outros)? <i>Se NÃO, passar para o bloco I.7.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.6.2	A disponibilidade do veículo atende às necessidades da(s) equipe(s)?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.6.3	O veículo está em condições de uso?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.7 - Identificação visual e sinalização das ações e serviços			
G - I.7.1	A(s) equipe(s) divulga(m) para os usuários: <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	O horário de funcionamento da unidade de saúde
		<input type="checkbox"/>	A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe
		<input type="checkbox"/>	A escala dos profissionais com nome e horários de trabalho
		<input type="checkbox"/>	Que participa do “Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (PMAQ)”
		<input type="checkbox"/>	O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde, da secretaria estadual ou municipal de saúde

		Os profissionais da Unidade de Saúde estão com crachás de identificação
G - I.7.2	A unidade de saúde possui sinalização dos ambientes facilitando o acesso (recepção, consultório, banheiro etc)?	Sim
		Não
I.8 - Horário de funcionamento da unidade de saúde		
ES - I.8.1	Quais os turnos de atendimento? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	Manhã
		Tarde
		Noite
ES - I.8.2	Esta unidade funciona quais dias na semana (exceto em campanhas e mutirões)? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	Segunda
		Terça
		Quarta
		Quinta
		Sexta
		Sábado
		Domingo
I.8.3	Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12h às 14h)?	Sim
		Não
I.8.4	Há horário fixo de funcionamento da unidade? <i>Se NÃO, passar para questão I.8.6.</i>	Sim
		Não
ES - I.8.5	Nos dias em que a unidade de saúde funciona:	Em que horário abre
		Em que horário fecha
ES - I.8.6	Quais os serviços estão disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	Consultas médicas
		Consultas de enfermagem
		Consultas odontológicas
		Acolhimento
		Vacinação
		Dispensação de medicamentos pela farmácia
	Outro(s)	
I.9 - Reforma e Ampliação da Unidade de Saúde		
I.9.1	A UBS está em processo de reforma?	Sim
		Não
I.9.2	A UBS está em processo de ampliação?	Sim
		Não
I.9.3	A unidade possui área para ampliação? <i>Se NÃO, passar para questão I.9.4.</i>	Sim
		Não
I.9.3/1	Existe documento que comprove?	Sim

		<input type="checkbox"/>	Não
I.9.4	A metragem da construção da unidade e a metragem do terreno estão de acordo com a portaria vigente? <i>Se NÃO, passar para questão I.9.5.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.9.4/1	Existe documento que comprove?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.9.5	A equipe atua em unidade provisória? <i>Se NÃO, passar para o bloco I.10.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.9.6	Há quanto tempo a equipe está na unidade provisória? <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Menos de um mês
		<input type="checkbox"/>	Entre 1 e 6 meses
		<input type="checkbox"/>	Entre 7 meses e 1 ano
		<input type="checkbox"/>	Mais de 1 ano
I.10 - Características estruturais e ambiência da unidade de saúde			
I.10.1	Qual (is) ambiente (s) existe (m) na unidade?		
I.10.1.1	Sanitário para os usuários	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.2	Sanitário para pessoa com deficiência	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.3	Banheiro para funcionários	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.4	Vestiário para funcionários	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.5	Sala de recepção e espera <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.5/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.5/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.5/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.5/1/1	É o ambiente principal?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.6	Sala de acolhimento multiprofissional <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.6/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.6/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.6/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.6/1/1	É o ambiente principal?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.7	Sala de vacina <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.7/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.7/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.7/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.7/1/1	É o ambiente principal?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
Sobre os ambientes da farmácia:			
I.10.1.8	Área de dispensação de medicamentos <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.8/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.8/1	O ambiente é compartilhado com outro?	<input type="checkbox"/>	Sim

I.10.1.8/1/1	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.8/1/1.</i> É o ambiente principal?	<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.9	Área de fracionamento <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.9/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
I.10.1.9/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.9/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Sim
I.10.1.9/1/1	É o ambiente principal?	<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Sim
I.10.1.10	Sala de seguimento farmacoterapêutico <i>Se SIM, abrir a questão I.10.2.10/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.10/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.2.10/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.10/1/1	É o ambiente principal?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.11	Sala de estocagem de medicamentos <i>Se SIM, abrir a questão I.10.2.11/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
I.10.1.11/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.11/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Sim
I.10.1.11/1/1	É o ambiente principal?	<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.12	Os medicamentos estão armazenados e acondicionados adequadamente (local limpo sem presença de mofos, fresco e arejado, as caixas estão em prateleiras afastadas da parede e do chão)? <i>Se SIM na questão I.10.1.8 e I.10.1.11, pergunta essa.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
ET - I.10.1.13	Existe computador na farmácia? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.13/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	
ET - I.10.1.13/1	Quantos computadores?	<input type="checkbox"/>	Quantidade
I.10.2.14	Consultórios <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.14.1.</i> <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.15.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.14/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.14/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.14/1/1	É o ambiente principal?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
ET - I.10.1.15	Quantos consultórios existem na unidade?	<input type="checkbox"/>	Quantidade
ET - I.10.1.15/1	Número de computadores por consultório	<input type="checkbox"/>	Quantidade
I.10.1.16	Consultório(s) com sanitário anexo	<input type="checkbox"/>	Sim

	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.2.16/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.16/1	O ambiente é compartilhado com outro?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.2.16/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.16/1/1	É o ambiente principal?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.17	Consultório odontológico	<input type="checkbox"/>	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.17/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.17/1	O ambiente é compartilhado com outro?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.17/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.17/1/1	É o ambiente principal ?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.18	Sala de inalação	<input type="checkbox"/>	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.18/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.18/1	O ambiente é compartilhado com outro?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.18/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.18/1/1	É o ambiente principal ?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.19	Sala de procedimentos	<input type="checkbox"/>	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.19/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.19/1	O ambiente é compartilhado com outro?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.19/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.19/1/1	É o ambiente principal ?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.20	Sala de coleta	<input type="checkbox"/>	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.20/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.20/1	O ambiente é compartilhado com outro?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.20/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.20/1/1	É o ambiente principal ?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.21	Sala de curativo	<input type="checkbox"/>	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.20/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
	O ambiente é compartilhado com outro?	<input type="checkbox"/>	Sim
I.10.1.21/1	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.20/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Sim
I.10.1.21/1/1	É o ambiente principal ?	<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.22	Sala de observação (curta duração)	<input type="checkbox"/>	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.22/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.23.</i>	<input type="checkbox"/>	
I.10.1.22/1	O ambiente é compartilhado com outro?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.22/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.22/1/1	É o ambiente principal ?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.23	Banheiro da sala de observação	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não

I.10.1.24	Sala de utilidades <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.24/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.24/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.24/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.24/1/1	É o ambiente principal ?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.25	Sala de esterilização/estocagem de material esterilizado <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.25/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.25/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.25/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.25/1/1	É o ambiente principal ?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.26	Sala de administração e gerência <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.26/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.26/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.26/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.26/1/1	É o ambiente principal ?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.27	Sala de atividades coletivas <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.27/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.27/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.27/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.27/1/1	É o ambiente principal ?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.28	Sala de agentes (ACS/ACE) <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.28/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.28/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.28/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.28/1/1	É o ambiente principal ?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.29	Almoxarifado <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.29/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.29/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.29/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.29/1/1	É o ambiente principal ?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.30	Copa <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.30/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.30/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.30/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.30/1/1	É o ambiente principal ?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.31	Depósito de material de limpeza (DML) <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.31/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não

I.10.1.31/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.31/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.31/1/1	É o ambiente principal ?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.32	Sala de armazenamento temporário de resíduos <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.32/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.32/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.32/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.32/1/1	É o ambiente principal ?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.33	Abrigo externo de resíduos sólidos <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.33/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.33/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.33/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.33/1/1	É o ambiente principal ?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.34	Rouparia (roupa limpa) <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.34/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.34/1	O ambiente é compartilhado com outro? <i>Se SIM, abrir a questão I.10.1.34/1/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.10.1.34/1/1	É o ambiente principal ?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
ET - I.10.1.35	Sobre as características estruturais e ambiência da unidade de saúde, observe se: <i>O avaliador deverá observar o ambiente e marcar as opções de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização
		<input type="checkbox"/>	Os ambientes são bem iluminados
		<input type="checkbox"/>	Os pisos, paredes da unidade de saúde são de superfícies laváveis
		<input type="checkbox"/>	A acústica da unidade de saúde evita ruídos do ambiente externo e interno
		<input type="checkbox"/>	Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário
		<input type="checkbox"/>	Os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza

			A sala de espera está em boas condições de limpeza e possui lugares suficientes para os usuários aguardarem
I.11 - Equipamentos de Tecnologia da Informação e Telessaúde na Unidade de Saúde			
ET - I.11.1	Quantos computadores em condições de uso?		Quantidade
G - I.11.2	Quantas câmeras (web cam) em condições de uso?		Quantidade
G - I.11.3	Quantas caixas de som em condições de uso?		Quantidade
G - I.11.4	Quantos estabilizadores em condições de uso?		Quantidade
G - I.11.5	Quantos microfones para computador em condições de uso?		Quantidade
ET - I.11.6	Quantas impressoras em condições de uso?		Quantidade
G - I.11.7	Quantas televisões em condições de uso?		Quantidade
ET - I.11.8	A equipe tem acesso à internet? <i>Se NÃO, abrir a questão I.11.12.</i>		Sim
			Não
I.11.9	A banda larga disponível é suficiente para a realização das atividades: <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>		Funciona de maneira contínua
			Funciona de maneira irregular
			Nunca funciona
ET - I.11.10	Número de consultórios com computadores conectados à internet		Ambientes
ET - I.11.11	Número de ambientes com computadores conectados à internet (recepção, farmácia, gerência, sala de acolhimento, sala de observação, imunização, sala de procedimentos)		Ambientes
ET - I.11.11/1	A equipe possui telessaúde? <i>Se SIM, abrir a questão I.11.13 e I.11.14</i>		Sim
			Não
I.11.12	A equipe tem acesso a telefone na UBS?		Sim
			Não
I.11.13	A equipe possui acesso ao smartphone?		Sim
			Não
I.12 - Equipamentos e Materiais			
ES - I.12.1	Microscópio <i>Se "SIM" abrirá I.12.1/1</i>		Sim
			Não
ES - I.12.1/1	Quantos em condições de uso?		Quantidade
ES - I.12.2	Aparelho de pressão adulto <i>Se "SIM" abrirá I.12.2/1</i>		Sim
			Não
ES - I.12.2/1	Quantos em condições de uso?		Quantidade
ES - I.12.3	Aparelho de nebulização <i>Se "SIM" abrirá I.12.3/1</i>		Sim
			Não
ES - I.12.3/1	Quantos em condições de uso?		Quantidade
ES - I.12.4	Saída de ar comprimido ou Oxigênio <i>Se "SIM" abrirá I.12.4/1</i>		Sim
			Não

ES - I.12.4/1	Quantos em condições de uso?		Quantidade
ES - I.12.5	Balança antropométrica de 150 kg <i>Se "SIM" abrirá I.12.5/1</i>		Sim
			Não
ES - I.12.5/1	Quantos em condições de uso?		Quantidade
ES - I.12.6	Balança antropométrica de 200kg <i>Se "SIM" abrirá I.12.6/1</i>		Sim
			Não
ES - I.12.6/1	Quantos em condições de uso?		Quantidade
ES - I.12.7	Balança infantil <i>Se "SIM" abrirá I.12.7/1</i>		Sim
			Não
ES - I.12.7/1	Quantos em condições de uso?		Quantidade
ES - I.12.8	Régua antropométrica <i>Se "SIM" abrirá I.12.8/1</i>		Sim
			Não
ES - I.12.8/1	Quantos em condições de uso?		Quantidade
ES - I.12.9	Estetoscópio adulto <i>Se "SIM" abrirá I.12.9/1</i>		Sim
			Não
ES - I.12.9/1	Quantos em condições de uso?		Quantidade
ES - I.12.10	Foco de luz para exame ginecológico <i>Se "SIM" abrirá I.12.10/1</i>		Sim
			Não
ES - I.12.10/1	Quantos em condições de uso?		Quantidade
ES - I.12.11	Geladeira exclusiva para vacina <i>Se "SIM" abrirá I.12.11/1</i>		Sim
			Não
ES - I.12.11/1	Quantos em condições de uso?		Quantidade
ET - I.12.12	Geladeira para farmácia <i>Se "SIM" abrirá I.12.12/1</i> <i>Se SIM na questão I.10.1.8, I.10.1.9 e I.10.1.11, pergunta essa.</i>		Sim
			Não
ET - I.12.12/1	Quantos em condições de uso?		Quantidade
ES - I.12.13	Glicosímetro <i>Se "SIM" abrirá I.12.13/1</i>		Sim
			Não
ES - I.12.13/1	Quantos em condições de uso?		Quantidade
ES - I.12.14	Mesa para exame ginecológico com perneira <i>Se "SIM" abrirá I.12.14/1</i>		Sim
			Não
ES - I.12.14/1	Quantos em condições de uso?		Quantidade
ES - I.12.15	Mesa para exame clínico <i>Se "SIM" abrirá I.12.15/1</i>		Sim
			Não
ES - I.12.15/1	Quantos em condições de uso?		Quantidade
ET - I.12.16	Oftalmoscópio <i>Se "SIM" abrirá I.12.16/1</i>		Sim
			Não
ET - I.12.16/1	Quantos em condições de uso?		Quantidade

ET - I.12.17	Sonar <i>Se "SIM" abrirá I.12.17/1</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
ET - I.12.17/1	Quanto em condições de uso?	<input type="checkbox"/>	Quantidade
ES - I.12.18	Termômetro clínico <i>Se "SIM" abrirá I.12.18/1</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
ES - I.12.18/1	Quanto em condições de uso?	<input type="checkbox"/>	Quantidade
ET - I.12.19	Suporte de soro <i>Se "SIM" abrirá I.12.19/1</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
ET - I.12.19/1	Quanto em condições de uso?	<input type="checkbox"/>	Quantidade
I.13 - Material Impresso para Atenção à Saúde			
ES - I.13.1	Cartão de vacinação <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.13.2	Caderneta da gestante <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
G - I.13.3	Caderneta de saúde da criança <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.13.4	Fichas do e-SUS (Ficha de Cadastro Domiciliar, Ficha de Cadastro Individual, Ficha de Atendimento Individual, Ficha de Atendimento Odontológico Individual, Ficha de Procedimento, Ficha de Atividade Coletiva, Ficha de Visita Domiciliar) <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
I.14 - Imunobiológicos na unidade de saúde			
G - I.14.1	Esta unidade oferta regularmente vacinação? <i>Se NÃO, passar para o bloco 13.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.14.2	BCG-ID <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponíveis
		<input type="checkbox"/>	As vezes disponível
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponíveis
G - I.14.3	Dupla tipo adulto - dT <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponíveis
		<input type="checkbox"/>	As vezes disponível
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponíveis
G - I.14.4	Febre amarela <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponíveis
		<input type="checkbox"/>	As vezes disponível
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Não é polo de referência
G - I.14.5	Influenza sazonal <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Disponível no período de sazonalidade
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível

G - I.14.6	Hepatite B <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponíveis
		<input type="checkbox"/>	As vezes disponível
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponíveis
G - I.14.7	Meningocócica C <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponíveis
		<input type="checkbox"/>	As vezes disponível
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponíveis
G - I.14.8	Pneumocócica 23 valente <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponíveis
		<input type="checkbox"/>	As vezes disponível
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponíveis
G - I.14.9	Pneumocócica (Salk e Sabin) <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponíveis
		<input type="checkbox"/>	As vezes disponível
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponíveis
G - 14.10	Pneumocócica 10 <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponíveis
		<input type="checkbox"/>	As vezes disponível
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponíveis
G - I.14.11	Tríplice viral <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponíveis
		<input type="checkbox"/>	As vezes disponível
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponíveis
G - I.14.12	Tríplice bacteriana <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponíveis
		<input type="checkbox"/>	As vezes disponível
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponíveis
G - I.14.13	Pentavalente <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponíveis
		<input type="checkbox"/>	As vezes disponível
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponíveis
G - I.14.14	Vacina oral de rotavírus humano <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponíveis
		<input type="checkbox"/>	As vezes disponível
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponíveis
I.15 - Testes diagnósticos na unidade de saúde			
ES - I.15.1	Teste rápido de sífilis <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponíveis
		<input type="checkbox"/>	As vezes disponível
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponíveis
ES - I.15.2	Teste rápido gravidez <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponíveis
		<input type="checkbox"/>	As vezes disponível
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponíveis
ES - I.15.3	Teste rápido HIV <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponíveis
		<input type="checkbox"/>	As vezes disponível
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponíveis
ES - I.15.4	Teste rápido de malária Essa questão só deverá ser perguntada para municípios endêmicos de malária. <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponíveis
		<input type="checkbox"/>	As vezes disponível
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponíveis
		<input type="checkbox"/>	
ES - I.15.5	Pesquisa de plasmódio (exame de gota espessa)	<input type="checkbox"/>	Sempre disponíveis

	Essa questão só deverá ser perguntada para municípios endêmicos de malária. <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	As vezes disponível
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponíveis
I.16 - Insumos para Atenção à Saúde			
ES - I.16.1	Lâmina (para malária) Essa questão só deverá ser perguntada para municípios endêmicos de malária. <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.2	Corantes para malária (Azul de metileno e Giemsa) Essa questão só deverá ser perguntada para municípios endêmicos de malária. <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.3	Abaixador de língua <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.4	Agulhas descartáveis de diversos tamanhos <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.5	Ataduras <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.6	Caixas térmicas para vacinas <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.7	Fita métrica <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.8	Espéculo descartável <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ET - I.16.9	Equipo de soro macrogotas e microgotas <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.10	Escovinha endocervical <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.11	Espátula de Ayres <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.12	Esparadrapo/fita micropore e outras <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.13	Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas) <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis

			Nunca disponível
ES - I.16.14	Gaze <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.15	Lâmina de vidro com lado fosco <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.16	Porta-lâmina ou Frasco plástico com tampa para lâmina <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.17	Tiras reagentes de medida de glicemia capilar <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.18	Seringas descartáveis de diversos tamanhos <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.19	Seringas descartáveis com agulha acoplada <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.20	Recipientes duros para descarte de perfurocortantes <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.21	Preservativo masculino (camisinha) <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ES - I.16.22	Preservativo feminino <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ET - I.16.23	Dispositivo Intra-Uterino - DIU <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
I.17 - Insumos para Práticas Integrativas e Complementares			
ET - I.17.1	A equipe realiza práticas da Medicina Tradicional Chinesa (acupuntura)? <i>Se NÃO, pular para o bloco I.16.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
ET - I.17.2	Agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados (para acupuntura) <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ET - I.17.3	Copos de ventosa <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ET - I.17.4	Mapas de pontos de acupuntura <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis

		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
ET - I.17.5	Moxa (carvão e/ou artemísia) <i>Só poderá marcar uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre disponível
		<input type="checkbox"/>	Às vezes disponíveis
		<input type="checkbox"/>	Nunca disponível
I.18 - Medicamentos Componentes da Farmácia Básica			
ES - I.18.1	A dispensação de medicamentos no município é centralizada? <i>Se NÃO, passar para a questão I.18.88.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
I.18.2	Na unidade qual profissional faz a dispensação dos medicamentos? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Farmacêutico
		<input type="checkbox"/>	Técnico em farmácia
		<input type="checkbox"/>	Técnico em enfermagem
		<input type="checkbox"/>	Médico/Enfermeiro/Cirurgião dentista
		<input type="checkbox"/>	ACS
		<input type="checkbox"/>	Recepcionista/auxiliar administrativo
G - I.18.3	Sais para reidratação oral <i>Se SIM, abrir a questão I.18.3/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.3/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.4	Soro Fisiológico (frasco de 250 ou 500 mL) <i>Se SIM, abrir a questão I.18.4/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.4/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
Medicamentos antiparasitários			
G - I.18.5	Albendazol <i>Se SIM, abrir a questão I.18.5/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.5/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.6	Mebendazol <i>Se SIM, abrir a questão I.18.6/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.6/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.7	Metronidazol <i>Se SIM, abrir a questão I.18.7/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.7/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.8	Teclozana <i>Se SIM, abrir a questão I.18.8/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.8/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.9	Permetrina <i>Se SIM, abrir a questão I.18.9/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.9/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim

			Não
G - I.18.10	Ivermectina		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.10/1 .</i>		Não
G - I.18.10/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.11	Benzoato de benzila		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.11/1 .</i>		Não
G - I.18.11/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.12	Espiramicina		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.12/1 .</i>		Não
G - I.18.12/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
Medicamentos antianêmicos/vitaminas/polivitamínicos/sais minerais			
ES - I.18.13	Sulfato ferroso		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.13/1 .</i>		Não
ES - I.18.13/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.14	Ácido fólico		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.14/1 .</i>		Não
G - I.18.14/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
ES - I.18.15	Palmiato de retinol		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.15/1 .</i>		Não
G - I.18.15/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.16	Cloridrato de piridoxina		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.16/1 .</i>		Não
G - I.18.16/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.17	Cloridrato de hidroxocobalamina		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.17/1 .</i>		Não
G - I.18.17/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.18	Tiamina		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.18/1 .</i>		Não
G - I.18.18/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
Medicamentos antiasmáticos			
G - I.18.19	Sulfato de salbutamol		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.19/1 .</i>		Não
G - I.18.19/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não

G - I.18.20	Brometo de ipratrópio <i>Se SIM, abrir a questão I.18.20/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.20/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.21	Dipropionato de beclometasona <i>Se SIM, abrir a questão I.18.21/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.21/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.22	Budesonida <i>Se SIM, abrir a questão I.18.22/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.22/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.23	Fosfato sódico prednisolona <i>Se SIM, abrir a questão I.18.23/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.23/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.24	Prednisona <i>Se SIM, abrir a questão I.18.24/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.24/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.25	Fosfato sódico prednisolona <i>Se SIM, abrir a questão I.18.25/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.25/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.26	Fenoterol <i>Se SIM, abrir a questão I.18.26/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.26/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
Medicamentos contraceptivos hormonais/hormônios sexuais			
G - I.18.27	Enantato de noretisterona + valerato de estradiol <i>Se SIM, abrir a questão I.18.27/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.27/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.28	Etinilestradiol + levonorgestrel <i>Se SIM, abrir a questão I.18.28/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.28/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.29	Noretisterona <i>Se SIM, abrir a questão I.18.29/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.29/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.30	Acetato de medroxiprogesterona <i>Se SIM, abrir a questão I.18.30/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.30/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Sim

			Não
G - I.18.31	Levonorgestrel		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.31/1.</i>		Não
G - I.18.31/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.32	Estriol creme vaginal		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.32/1.</i>		Não
G - I.18.32/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.33	Estrogênios conjugados		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.33/1.</i>		Não
G - I.18.33/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
Medicamentos anti-hipertensivos, medicamentos de ação cardiovascular e deslipidêmicos			
G - I.18.34	Captopril		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.34/1.</i>		Não
G - I.18.34/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.35	Maleato de enalapril		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.35/1.</i>		Não
G - I.18.35/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.36	Cloridrato de propranolol		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.36/1.</i>		Não
G - I.18.36/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.37	Atenolol		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.37/1.</i>		Não
G - I.18.37/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.38	Carvedilol		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.38/1.</i>		Não
G - I.18.38/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.39	Succinato de metoprolol		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.39/1.</i>		Não
G - I.18.39/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.40	Metildopa		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.40/1 .</i>		Não
G - I.18.40/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.41	Hidroclorotiazida		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.41/1 .</i>		Não

G - I.18.41/1 Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.42 Losartana potássica <i>Se SIM, abrir a questão I.18.42/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.42/1 Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.43 Cloridrato de verapamil <i>Se SIM, abrir a questão I.18.43/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.43/1 Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.44 Sinvastatina <i>Se SIM, abrir a questão I.18.44/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.44/1 Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.45 Besilato de anlodipino <i>Se SIM, abrir a questão I.18.45/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.45/1 Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.46 Cloridrato de hidralazina <i>Se SIM, abrir a questão I.18.46/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.46/1 Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.47 Espironolactona <i>Se SIM, abrir a questão I.18.47/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.47/1 Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.48 Furosemida <i>Se SIM, abrir a questão I.18.48/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.48/1 Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.49 Cloridrato de amiodarona <i>Se SIM, abrir a questão I.18.49/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.49/1 Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.50 Cloridrato de propafenona <i>Se SIM, abrir a questão I.18.50/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.50/1 Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.51 Ácido acetilsalicílico <i>Se SIM, abrir a questão I.18.51/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.51/1 Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.52 Digoxina <i>Se SIM, abrir a questão I.18.52/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não

G - I.18.52/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
Medicamentos antidiabéticos			
G - I.18.53	Glibenclamida <i>Se SIM, abrir a questão I.18.53/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.53/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.54	Cloridrato de Metformina <i>Se SIM, abrir a questão I.18.54/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.54/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.55	Insulina NPH <i>Se SIM, abrir a questão I.18.55/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.55/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.56	Insulina regular <i>Se SIM, abrir a questão I.18.56/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.56/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
Medicamentos antibióticos e antifúngicos			
G - I.18.57	Amoxicilina <i>Se SIM, abrir a questão I.18.57/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.57/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.58	Cloridrato de ciprofloxacino <i>Se SIM, abrir a questão I.18.58/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.58/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
ES - I.18.59	Benzilpenicilina benzatina <i>Se SIM, abrir a questão I.18.59/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
ES - I.18.59/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.60	Benzilpenicilina procaína + benzilpenicilina potássica <i>Se SIM, abrir a questão I.18.60/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.60/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.61	Cefalexina (sódica ou cloridrato) <i>Se SIM, abrir a questão I.18.61/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.61/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.62	Amoxicilina + clavulanato de potássio <i>Se SIM, abrir a questão I.18.62/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.62/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim

			Não
G - I.18.63	Cetoconazol		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.63/1.</i>		Não
G - I.18.63/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.64	Claritromicina		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.64/1.</i>		Não
G - I.18.64/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.65	Cloranfenicol		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.65/1.</i>		Não
G - I.18.65/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.66	Cloridrato de clindamicina		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.66/1.</i>		Não
G - I.18.66/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.67	Estearato de eritromicina		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.67/1.</i>		Não
G - I.18.67/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.68	Sulfato de gentamicina		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.68/1.</i>		Não
G - I.18.68/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.69	Nitrofurantoína		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.69/1.</i>		Não
G - I.18.69/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.70	Sulfametoxazol + trimetoprima		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.70/1.</i>		Não
G - I.18.70/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.71	Sulfadiazina comprimido		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.71/1 .</i>		Não
G - I.18.71/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.72	Cloridrato de tetraciclina		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.72/1 .</i>		Não
G - I.18.72/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.73	Fluconazol		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.73/1 .</i>		Não
G - I.18.73/1	Em quantidade suficiente?		Sim

			Não
G - I.18.74	Itraconazol		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.74/1 .</i>		Não
G - I.18.74/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.75	Nitrato de miconazol		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.75/1.</i>		Não
G - I.18.75/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.76	Nistatina		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.76/1.</i>		Não
G - I.18.76/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.77	Azitromicina		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.77/1.</i>		Não
G - I.18.77/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
Medicamentos analgésicos/antipiréticos			
G - I.18.78	Dipirona sódica		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.78/1.</i>		Não
G - I.18.78/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.79	Ibuprofeno		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.79/1.</i>		Não
G - I.18.79/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.80	Paracetamol		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.80/1.</i>		Não
G - I.18.80/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
Medicamentos utilizados no tratamento/prevenção de osteoporose			
G - I.18.81	Alendronato de sódio		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.81/1 .</i>		Não
G - I.18.81/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
G - I.18.82	Carbonato de cálcio + colecalciferol		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.82/1.</i>		Não
G - I.18.82/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não
Medicamentos antiácidos/antieméticos/antissecretóres			
G - I.18.83	Hidróxido de alumínio		Sim
	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.83/1 .</i>		Não
G - I.18.83/1	Em quantidade suficiente?		Sim
			Não

G - I.18.84	Hidróxido de magnésio <i>Se SIM, abrir a questão I.18.84/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.84/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.85	Cloridrato de metoclopramida <i>Se SIM, abrir a questão I.18.85/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.85/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.86	Cloridrato de ranitidina <i>Se SIM, abrir a questão I.18.86/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.86/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.87	Omeprazol <i>Se SIM, abrir a questão I.18.87/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.87/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
Medicamentos anticonvulsivantes/antidepressivos/antipsicóticos/ansiolíticos e hipnosedativos			
G - I.18.88	A dispensação de medicamentos controlados é centralizada? <i>Se NÃO, passar para a questão I.18.103.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.89	Cloridrato de biperideno <i>Se SIM, abrir a questão I.18.89/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.89/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.90	Haloperidol <i>Se SIM, abrir a questão I.18.90/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.90/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.91	Diazepam <i>Se SIM, abrir a questão I.18.91/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.91/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.92	Cloridrato de fluoxetina <i>Se SIM, abrir a questão I.18.92/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.92/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.93	Carbonato de lítio <i>Se SIM, abrir a questão I.18.93/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.93/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.94	Fenobarbital <i>Se SIM, abrir a questão I.18.94/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.94/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.95	Valproato de sódio ou ácido valproíco	<input type="checkbox"/>	Sim

G - I.18.95/1	Em quantidade suficiente?	<i>Se SIM, abrir a questão I.18.95/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.96	Em quantidade suficiente?	Cloridrato de nortriptilina <i>Se SIM, abrir a questão I.18.96/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
G - I.18.96/1	Em quantidade suficiente?		<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.97	Em quantidade suficiente?	Fenitoína sódica <i>Se SIM, abrir a questão I.18.97/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
G - I.18.97/1	Em quantidade suficiente?		<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.98	Em quantidade suficiente?	Carbamazepina <i>Se SIM, abrir a questão I.18.98/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
G - I.18.98/1	Em quantidade suficiente?		<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.99	Em quantidade suficiente?	Cloridrato de clorpromazina <i>Se SIM, abrir a questão I.18.99/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
G - I.18.99/1	Em quantidade suficiente?		<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.100	Em quantidade suficiente?	Cloridrato de clomipramina <i>Se SIM, abrir a questão I.18.100/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
G - I.18.100/1	Em quantidade suficiente?		<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.101	Em quantidade suficiente?	Cloridrato de amitriptilina <i>Se SIM, abrir a questão I.18.101/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
G - I.18.101/1	Em quantidade suficiente?		<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.102	Em quantidade suficiente?	Clonazepam <i>Se SIM, abrir a questão I.18.102/1 .</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
G - I.18.102/1	Em quantidade suficiente?		<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
Medicamentos antiparkinsoniano				
G - I.18.103	Em quantidade suficiente?	Carbidopa + levodopa <i>Se SIM, abrir a questão I.18.103/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
G - I.18.103/1	Em quantidade suficiente?		<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.104	Em quantidade suficiente?	Cloridrato de benserazida + levodopa <i>Se SIM, abrir a questão I.18.104/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim
G - I.18.104/1	Em quantidade suficiente?		<input type="checkbox"/>	Sim
			<input type="checkbox"/>	Não
			<input type="checkbox"/>	Sim

			Não
Medicamentos tireodiano			
G - I.18.105	Levotiroxina sódica <i>Se SIM, abrir a questão I.18.105/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.105/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
Medicamentos glaucomatoso			
G - I.18.106	Maleato de timolol <i>Se SIM, abrir a questão I.18.106/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.106/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
Medicamentos para urgências			
G - I.18.107	Furosemida injetável <i>Se SIM, abrir a questão I.18.107/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.107/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.108	Isossorbida sublingual ou injetável <i>Se SIM, abrir a questão I.18.108/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.108/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.109	Epinefrina/Morfina	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.109/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
Medicamentos fitoterápicos			
G - I.18.109	A USB disponibiliza medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos? <i>Se SIM, deverá abrir as questões I.18.111, I.18.112, I.18.113 e I.18.114.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.111	Planta "in natura" <i>Se SIM, abrir a questão I.18.111/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.111/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.112	Droga Vegetal (Planta seca) <i>Se SIM, abrir a questão I.18.112/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.112/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.113	Medicamento Fitoterápico manipulado	<input type="checkbox"/>	Sim

G - I.18.113/1	Se SIM, abrir a questão I.18.113/1. Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.114 I.18.114/1	Medicamento Fitoterápico Industrializado Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não
Perguntar para quem tem Medicamento Fitoterápico Industrializado:			
G - I.18.115 I.18.115/1	Espinheira-santa Se SIM, abrir a questão I.18.115/1. Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.116 I.18.116/1	Guaco Se SIM, abrir a questão I.18.116/1. Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.117 I.18.117/1	Hortelã Se SIM, abrir a questão I.18.117/1. Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.118 I.18.118/1	Salgueiro Se SIM, abrir a questão I.18.118/1. Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.119 I.18.119/1	Babosa Se SIM, abrir a questão I.18.119/1 . Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.120 I.18.120/1	Plantago Se SIM, abrir a questão I.18.120/1. Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.121 I.18.121/1	Alcachofra Se SIM, abrir a questão I.18.121/1. Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não

G - I.18.122/1	Cáscara-sagrada <i>Se SIM, abrir a questão I.18.122/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.122/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.123/1	Aroeira <i>Se SIM, abrir a questão I.18.123/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.123/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.124/1	Garra-do-diabo <i>Se SIM, abrir a questão I.18.124/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.124/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.125/1	Isoflavona de soja <i>Se SIM, abrir a questão I.18.125/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.125/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.126/1	Unha-de-gato <i>Se SIM, abrir a questão I.18.126/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.126/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
Medicamentos para malária			
As questões abaixo só deverá ser perguntada para municípios endêmicos de malária.			
G - I.18.127/1	Primaquina <i>Se SIM, abrir a questão I.18.117/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.127/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.128/1	Artemeter + lumefantrina (Coartem) <i>Se SIM, abrir a questão I.18.117/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.128/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.129/1	Cloroquina <i>Se SIM, abrir a questão I.18.117/1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - I.18.129/1	Em quantidade suficiente?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não

Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde

- Para responder à entrevista com a equipe participante do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ), o entrevistador deve fazer contato prévio com o profissional que responderá à entrevista. Este profissional deverá ser o enfermeiro, o médico ou um profissional de nível superior que agregue o maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe, determinado pela equipe previamente ao momento da avaliação.
- Nas questões que envolvem a verificação/observação de documento, o profissional entrevistado deverá indicar no referido documento os elementos que comprovam a questão, de maneira a facilitar o processo de verificação.
- As perguntas que envolvem verificação documental serão registradas a existência de documentação comprobatória (sem necessidade de reter cópia dos documentos).

Identificação da unidade de saúde			
II.1 - Identificação Geral			
II.1.1	Instituição principal:		
II.1.2	Instituição colaboradora:		
II.1.3	Número do supervisor:		
II.1.4	Número do entrevistador:		
II.2 - Identificação da Unidade de Saúde			
II.2.1	Coordenadas GPS:		Latitude e Longitude
			Não foi possível obter as coordenadas
II.2.4	Endereço:		Endereço
II.2.3	Telefone		(__) ____ - ____ Telefone
II.3 Informações sobre o Entrevistado			
II.3.1	CPF do Entrevistado		
II.3.2	Profissão: <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Médico(a)
			Enfermeiro(a)
			Outro profissional (nível superior)
II.3.3	A equipe possui o termo de compromisso assinado pelo responsável da equipe?		Sim
			Não
II.3.3/1	Documento que comprove?		Sim
			Não

II.3.4	A equipe possui ata de reunião assinada pela gestão municipal e pela própria equipe?	Sim
		Não
II.3.4/1	Documento que comprove?	Sim
		Não
II.3.5	Quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesta equipe de atenção básica? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	0 ano
		1 ano
		2 anos
		3 anos
		4 anos
		5 anos
		6 anos
		7 anos
		8 anos
		9 anos
		10 anos
		11 ou mais
II.4 Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção básica		
II.4.1	O(a) senhor(a) possui ou está em formação complementar?	Sim
		Não
II.4.2	Possui quais destes processos de formação? (se o respondente for o profissional médico) <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	
ET - II.4.2/1	Especialização em Medicina de Família e Comunidade	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.2/2	Especialização em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.2/3	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.2/4	Possui outra especialização?	Sim
		Não
ET - II.4.2/5	Residência em Medicina de Família e Comunidade	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.2/6	Residência em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.2/7	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.2/8	Possui outra residência?	Sim
		Não

ET - II.4.2/9	Mestrado em Medicina de Família e Comunidade	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.2/10	Mestrado em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.2/11	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.2/12	Possui outro mestrado?	Sim
		Não
ET - II.4.2/1/13	Doutorado em Medicina de Família e Comunidade	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.2/1/14	Doutorado em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.2/1/15	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.2/1/16	Possui outro doutorado?	Sim
		Não
II.4.3	Possui quais destes processos de formação? (se o respondente for o profissional enfermeiro) <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	
ET - II.4.3/1	Especialização em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.3/2	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.3/3	Possui outra especialização?	Sim
		Não
ET - II.4.3/4	Residência em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.3/5	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.3/6	Possui outra residência?	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.3/7	Mestrado em Saúde da Família	Não possui

		Concluído
		Em curso
ET - II.4.3/8	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.3/9	Possui outro mestrado?	Sim
		Não
ET - II.4.3/10	Doutorado em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
ET - II.4.3/11	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.4.3/12	Possui outro doutorado?	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.5 Vínculo		
II.5.1	Qual é seu agente contratante? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Administração direta
		Consórcio intermunicipal de direito público
		Consórcio intermunicipal de direito privado
		Fundação pública de direito público
		Fundação pública de direito privado
		Organização social (OS)
		<u>Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIPI)</u>
		Entidade filantrópica
		Organização não governamental (ONG)
		Empresa
		Cooperativa
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
ET - II.5.2	Qual é seu tipo de vínculo? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Servidor público estatutário
		Cargo comissionado

			Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)
			Contrato temporário por prestação de serviço
			Empregado público CLT
			Contrato CLT
			Autônomo
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu
II.5.3	Qual a forma de ingresso? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Concurso público
			Seleção pública
			Indicação
			Outra forma
II.6 Plano de Carreira			
ES - II.6.1	O(a) senhor(a) tem plano de carreira?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
G - II.6.2	No plano, tem progressão por antiguidade?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
ET - II.6.3	No plano, tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
G - II.6.4	No plano, tem progressão por titulação e formação profissional?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
G - II.6.5	O(a) senhor(a) tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.7 Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas			
ES - II.7.1	A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu

G - II.7.2	Qual(is) dessa(s) ação(ões) a equipe participa? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão
		Cursos presenciais
		Telessaúde
		RUTE – Rede Universitária de Telemedicina
		UNASUS
		Curso de Educação à Distância
		Troca de experiência
		Tutoria/preceptoria
		A unidade básica como espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes e entre outros
		Outro(s)
ET - II.7.3	A equipe utiliza o Telessaúde para: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Segunda opinião formativa
		Telediagnóstico
		Teleconsultoria
		Tele-educação
II. 7.4	De que forma é realizada a teleconsultoria? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Assíncrona (via plataforma com retorno em 72h)
		Síncrona (skype em tempo real)
II. 7.5	A equipe utiliza qual plataforma para o Telessaúde: <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Do Ministério da Saúde
		Outra plataforma
II. 7.6	A equipe utiliza o 0800 do Telessaúde?	Sim
		Não
II. 7.7	A equipe utiliza com que frequência o 0800 do Telessaúde?	____ vez(es) por mês
II. 7.8	Como a equipe avalia o atendimento recebido no 0800? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Muito Bom
		Bom
		Razoavelmente bom
		Ruim
		Muito Ruim
II.7.9	Por qual motivo a equipe não utiliza o Telessaúde?	Dificuldade de

	<i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	acesso/conectividade
		Não há possibilidade de acesso no horário de trabalho
		Ninguém atende quando tento telefonar
		Não obteve retorno
		A equipe não tem necessidade de acessar
		Não existe no município o programa
G - II. 7.10	Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Contempla muito
		Contempla
		Contempla razoavelmente
		Contempla pouco
		Não contempla
ET - II. 7.11	A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	1 vez/semana
		2 vezes/semana
		3 vezes/semana
		4 vezes/semana
		5 vezes/semana
		Não recebe
II. 7.12	As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Muito articuladas
		Razoavelmente articuladas
		Pouco articuladas
II.8 Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe		
ET - II.8.1	A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações nos últimos 12 meses?	Sim
		Não
ET - II.8.1/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
ET - II.8.2	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	Sim
		Não
ET - II.8.2/1	Quem realiza o apoio? <i>Poderá marcar mais de uma opção.</i>	Apoiador institucional
		Profissionais da vigilância em saúde
		Outros profissionais da gestão
		Profissionais do NASF
		Outro(s)

G - II.8.3	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?	Sim
		Não
G - II.8.3/1	Quais são os recursos disponibilizados para a equipe? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Painel informativo
		Informativos epidemiológicos
		Informativos da atenção básica
		Sala de situação
		Relatórios e consolidados mensais dos SIAB
		Não sabe/não respondeu
		Outro(s)
		Nenhuma das anteriores
II.8.3/2	A equipe planeja/programa suas atividades considerando: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal
		As metas para a atenção básica pactuadas pelo município
		As informações do Sistema de Informação
		As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros)
		As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras)
		As questões ambientais do território (incluindo acesso a terra)
		Os desafios apontados a partir da autoavaliação
		O envolvimento de organizações da comunidade (a

		parceria e pactuações com a comunidade)
		O envolvimento dos atores da comunidade
		O envolvimento de outros setores (intersectorialidade) que atuam na sua área
		Nenhuma das anteriores
ES - II.8.4	A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	Sim
		Não
ET - II.8.5	A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de informação?	Sim
		Não
II.8.6	A sua equipe já participou do PMAQ?	Sim
		Não
II.8.7	Os resultados alcançados no primeiro ciclo do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?	Sim
		Não
AUTOAVALIAÇÃO II.8.8	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.8.9	Qual o instrumento utilizado? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	AMAQ
		AMQ
		Instrumento desenvolvido pelo município/equipe
		Instrumento desenvolvido pelo Estado
		Outro(s)
AUTOAVALIAÇÃO II.8.9/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.8.10	Os resultados da autoavaliação foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Considerado
		Muito considerado
		Razoavelmente considerado
		Pouco considerado
		Não considerado
G - II.8.11	A gestão apoiou a organização do processo de trabalho visando a melhoria do acesso e da qualidade a partir dos padrões do PMAQ?	Sim
		Não
G - II.8.12	A equipe realiza reunião?	Sim
		Não
II.8.12/1	Quais profissionais participam da reunião de equipe?	Médico
		Enfermeiro

	<i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Cirurgião-dentista
		Auxiliar/técnico de enfermagem
		Auxiliar/técnico de Saúde Bucal
		ACS
		Outros
II.8.12/2	Qual a periodicidade das reuniões? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Diária
		Semanal
		Quinzenal
		Mensal
		Sem periodicidade definida
		Não sabe/não respondeu
II.8.12/3	Quais são os temas das reuniões de equipe? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Organização do processo de trabalho e do serviço
		Discussão de casos (eventos sentinelas, casos difíceis, casos desafiadores)
		Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, especialidades)
		Construção/discussão de projeto terapêutico singular
		Planejamento das ações da equipe
		Monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde
		Educação permanente
		Avaliação das ações da equipe
		Outro(s)
		Nenhuma das anteriores
II.9 Apoio Institucional e Apoio Matricial		
ET - II.9.1	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu

II.9.2	Esse apoio foi por indução do PMAQ?	Sim
		Não
II.9.2/1	Como é realizado o contato do apoiador institucional com a equipe? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Webconferência
		Email
		Telefone
		Presencial
		Outro(s)
		Nenhuma das anteriores
II.9.2/2	Quais as atividades que o apoiador institucional realiza? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Discussão sobre o processo de trabalho da equipe de atenção básica
		Apoio à autoavaliação
		Apoio para monitoramento e avaliação de informações e indicadores
		Apoio ao planejamento e organização da equipe
		Educação permanente
		Participa das reuniões com a equipe
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
		Nenhuma das anteriores
G - II.9.3	Como a equipe avalia o trabalho conjunto com o apoiador institucional para a qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Não sabe/não respondeu
G - II.9.4	A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.9.5	Os profissionais que realizam o apoio matricial são: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Do NASF
		Do CAPS
		Da vigilância em saúde
		Especialistas da rede
		Profissionais de outra modalidade de apoio

			matricial
			Polo da Academia da Saúde
			Centro especializado em reabilitação
II.10 Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica			
ET - II.10.1	Qual o número de pessoas cadastradas sob responsabilidade da equipe? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Até 3.000 pessoas
			De 3.001 a 4.000 pessoas
			De 4.001 a 5.000 pessoas
			De 5.001 a 6.000 pessoas
			Acima de 6.000 pessoas
G - II.10.2	A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
ES - II.10.3	Existe definição da área de abrangência da equipe		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
G - II.10.4	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?		Sim
			Não
G - II.10.4/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.10.4/1.1	O mapa apresentado pela equipe de atenção básica contém quais itens de acordo com o identificado no território: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Sinalização das microáreas do território
			Sinalização de grupos de agravos (gestantes, crianças, doenças crônicas, saúde mental, doenças endêmicas e outros)
			Sinalização de áreas de risco (áreas de violência, com precárias condições sanitárias, zonas de risco: encostas, morros, loteamentos irregulares)
			Sinalização de grupos organizados (grupo de mães, grupos de idosos, conselho local,

			associação de moradores e outros).
			Sinalização dos equipamentos sociais (comércios locais, igrejas, escolas e outros)
			Condições étnicas (quilombola, indígenas, população do campo e da floresta e outros)
			Condições socioeconômicas (beneficiários do Programa Bolsa Família e outros)
G - II.10.5	Quando foi realizado o último mapeamento da área da abrangência da equipe? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Menos de 1 mês
			De 1 mês a 1 ano
			Mais de um 1 a dois anos
			Mais de 2 anos
			Nunca foi realizado o mapeamento
II.10.6	Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
II.10.7	Com qual frequência a equipe atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>		Todos os dias da semana
			Alguns dias da semana
			Raramente
			Nenhum dia da semana
			Não sabe/não respondeu
II.11 Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde			
ES - II.11.1	Os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares?		Sim
			Não
ES - II.11.1/1	Existe documentação que comprove?		Sim
			Não
ES - II.11.2	Existe um modelo padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais?		Sim
			Não
ES - II.11.2/1	Existe documentação que comprove?		Sim
			Não
ET - II.11.3	Existe prontuário eletrônico implantado na equipe?		Sim
			Não

ET - II.11.3/1	Existe documentação que comprove?	Sim
		Não
ET - II.11.4	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.12 Acolhimento à Demanda Espontânea		
ET - II.12.1	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	Sim
		Não
II.12.2	Em que local é realizado o acolhimento? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Sala específica
		Consultório
		Sala de espera/recepção
		Outro local
		Não há local específico
G - II.12.3	Em quais turnos é realizado o acolhimento? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Manhã
		Tarde
		Noite
		Nenhuma das anteriores
G - II.12.4	Quantos dias por semana acontece? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Um dia por semana
		Dois dias por semana
		Três dias por semana
		Quatro dias por semana
		Cinco dias por semana
		Mais de cinco dias por semana
II.12.5	A equipe realiza o acolhimento “conjunto” com outra equipe da UBS? (Se houver mais de uma equipe na UBS)	Sim
		Não
		Não há outra equipe na UBS
ET - II.12.6	Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?	Sim
		Não
ET - II.12.7	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Queixas mais frequentes no idoso
		Problemas respiratórios
		Queixas mais frequentes no adulto
		Queixas mais frequentes na criança
		Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico
		Traumas e acidentes

		Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação
		Dengue
		Outros
		Não possui protocolos de atendimento à demanda espontânea
ET - II.12.8	A equipe realiza atendimento de: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Dor torácica
		Crise convulsiva
		Nefrolitíase
		Crise de asma
		Crise hipertensiva
		Hiperglicemia em diabéticos
		Casos suspeito de dengue
		Não realiza atendimento a urgências e a emergências
ES - II.12.9	O usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?	Sim
		Não
II.12.10	A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento do usuário?	Sim
		Não
G - II.12.11	Quando o usuário não consegue atendimento para o mesmo dia quanto tempo leva para conseguir agendar a consulta?	____ Dias
G - II.12.12	Como são agendadas as consultas na unidade de saúde? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário
		Em qualquer dia da semana, em horários específicos
		Dias específicos fixos, em qualquer horário
		Dias específicos fixos, em horários específicos
		Outro(s)
G - II.12.13	Como os usuários são agendados? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	Com hora marcada
		Marcado por bloco de horas
		Fila para pegar senha
ET - II.12.14	O agendamento pode ser feito:	Presencial
		Por telefone

	<i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Pela internet
Sobre as ofertas disponíveis ao usuário quando ele busca a unidade de saúde:		
G - II.12.15	Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	10 minutos
		20 minutos
		30 minutos
		40 minutos
		50 minutos
		60 minutos
		70 minutos
		80 minutos
		90 minutos
		100 minutos
		110 minutos
		120 minutos
		130 minutos
		140 minutos
		150 minutos
		160 minutos
		170 minutos
		180 minutos
		190 minutos
		200 minutos
210 minutos		
220 minutos		
230 minutos		
240 minutos		
	mais de 240 minutos	
G - II.12.16	Definido a consulta no acolhimento, quanto tempo o usuário espera para a consulta? <i>Poderá escolher somente uma opção</i>	10 minutos
		20 minutos
		30 minutos
		40 minutos
		50 minutos
		60 minutos
		70 minutos
		80 minutos
		90 minutos
		100 minutos
		110 minutos
		120 minutos
		130 minutos
		140 minutos
		150 minutos
		160 minutos

		170 minutos
		180 minutos
		190 minutos
		200 minutos
		210 minutos
		220 minutos
		230 minutos
		240 minutos
		mais de 240 minutos
II.12.17	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
G - II.12.18	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.12.19	A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário, quando necessário?	Sim
		Não
II.12.20	Qual? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Ambulância do SAMU
		Ambulância do serviço móvel próprio
		Não sabe/não respondeu
		Outro(s)
		Nenhuma das anteriores
II.12.21	Nesta unidade de saúde o usuário tem a opção de escolher por qual equipe será atendido?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.13 Organização da agenda		
G - II.13.1	A agenda dos profissionais está organizada para a realização de quais ações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Visita domiciliar
		Grupos de educação em saúde
		Atividade comunitária
		Consultas para cuidado continuado
		Acolhimento à demanda espontânea
		Nenhuma das anteriores
G - II.13.1/1	Existe documentação que comprove?	Sim
		Não
II.13.2	Para quais grupos a equipe oferta ações?	Gestantes

	<i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Crianças
		Mulheres	
		Usuários de tabaco	
		Usuários alcool e outras drogas	
		Pessoas com obesidade	
		Idosos	
		Escolares	
		Hipertensão arterial sistêmica	
		Diabetes Mellitus	
		Asma/DPOC	
		Outros	
		Nenhuma das anteriores	
ET - II.13.3	A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?		Sim
			Não
ET - II.13.4	Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames?		Sim
			Não
ET - II.13.4/1	Existe documentação que comprove?		Sim
			Não
G - II.13.5	Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?		Sim
			Não
ET - II.13.6	A equipe realiza encaminhamento dos usuários com queixa de acuidade visual ou demanda de avaliação de refração, sem a necessidade de marcação de consulta?		Sim
			Não
II.14 Atenção à Saúde			
	Agendamento para consultas especializadas		
G - II.14.1	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário
			A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário

		A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas
		O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a um serviço indicados pela sua equipe
		O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência, mas não tem um serviço ou um profissional determinado
		Não há um percurso definido
		Não sabe/não respondeu
G - II.14.2	A equipe possui o registro do seu território: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	De todas as gestantes
		Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero
		Das mulheres elegíveis para exame de mamografia
		Das crianças até dois anos
		Das pessoas com hipertensão
		Das pessoas com diabetes
		Das pessoas com DPOC/Asma
		Das pessoas com obesidade
		Outros
		Não possui registro
G - II.14.2/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
G - II.14.3	A equipe programa oferta de consultas para quais situações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Pre-natal
		Hipertensão arterial sistêmica
		Diabetes mellitus

		Obesidade
		DPOC/Asma
		Transtorno mental
		Crianças até dois anos
		Outros
		Não oferta consultas
G - II.14.3/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
G - II.14.4	A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco para quais situações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Câncer do colo do útero
		Câncer de mama
		Pré-natal
		Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento)
		Hipertensão arterial sistêmica
		<i>Diabetes mellitus</i>
		Tuberculose
		Hanseníase
		Saúde mental
		DPOC/Asma
		Álcool e drogas
		Outros
		Não utiliza protocolos
G - II.14.4/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.14.5	A programação da agenda da equipe esta de acordo com o risco classificado, para quais situações? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Gestantes
		Hipertensão arterial sistêmica
		Diabetes mellitus
		DPOC/Asma
		Obesidade
		Transtorno mental
		crianças até dois anos
II.14.5/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
ET - II.14.6	A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Hipertensão
		Diabetes
		DPOC/Asma
		Obesidade
		Gestantes
		Citopatológico alterado

		Transtorno mental
		Mamografia alterada
		Não realiza registro
ET - II.14.6/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
G - II.14.7	A equipe realiza busca ativa das seguintes situações: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Câncer do colo do útero
		Citopatológico atrasado
		Câncer de mama
		Pré-natal
		Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento)
		Prematuras
		Com baixo peso
		Com consulta de puericultura atrasada
		Com calendário vacinal atrasado
		Hipertensão arterial sistêmica
		Diabetes mellitus
		Tuberculose
		Hanseníase
		Saúde mental
		Álcool e drogas
G - II.14.7/1	Existe documentação que comprove?	Sim
		Não
II.14.8	Existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzendeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras?	Sim
		Não
		Não se aplica
II.15 Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica e são realizados pela rede de serviços de saúde		
G - II.15.1	Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Creatinina
		Perfil lipídico
		Eletrocardiograma
		Ecocardiograma
		Hemoglobina glicosilada
		Baciloscopia para tuberculose
		Radiografia de tórax (tuberculose)
		Cultura de

		Micobactérias
		Teste de Sensibilidade (Antibiograma)
		Baciloscopia para hanseníase
		Mamografia
		Sorologia para HIV
		Sorologia para hepatites B e C
		Sorologia para sífilis (VDRL)
		Teste rápido HIV
		Teste rápido sífilis
		Nenhuma das anteriores
G - II.15.2	Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Glicemia de jejum
		Sorologia para sífilis (VDRL)
		Sorologia para HIV
		Sorologia para hepatite B
		Exame sorológico para toxoplasmose
		Exame para dosagem de hemoglobina e hematócrito
		Teste rápido de gravidez
		Teste rápido de sífilis
		Teste rápido de HIV
		Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I)
		Nenhuma das anteriores
		II.16 Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos
II.16.1	A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados?	Sim, sempre
		Sim, na maioria das vezes
		Sim, poucas vezes
		Não há retorno
Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento especializado de consultas e exames (dos usuários encaminhados nos últimos três meses)		
II.16.2	Quando existe a necessidade de realizar um encaminhamento dos usuários para especialista ou para exames, qual o tempo de espera desse usuário para as seguintes especialidades?	Consulta em cirurgia geral
		____ dias
		Não houve encaminhamento

			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)
			Consulta em cardiologia
			____ dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)
			Consulta em otorrinolaringologia
			____ dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)
			Consulta em dermatologia
			____ dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)
			Consulta com gastroenterologista
			____ dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)
			Consulta em neurologia
			____ dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)

			Consulta em oftalmologia
			___ dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)
			Consulta em psiquiatria
			___ dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede)
			Consulta em fisioterapia
			___ dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento (não há profissional na rede)
			Exame de mamografia para diagnóstico precoce de câncer de mama
			___ dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento
			Exames de ultrassonografia no pré-natal
			___ dias
			Não houve encaminhamento
			Não há possibilidade de encaminhamento
G - II.16.3	Na maioria das vezes o encaminhamento é realizado através de central de regulação?		Sim
			Não

II.17 Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe		
II.17.1	Quais exames são realizados/coletados na unidade?	ET - Exames de sangue
		ET - Urina
		ET - Fezes
		ES - Exame citopatológico de colo de útero
		ET - Eletrocardiograma
		Não são realizados/coletados exames na unidade
ET - II.17.2	A equipe de atenção básica realiza:	ET - Drenagem de abscesso
		ET - Sutura de ferimentos
		ES - Retirada de pontos
		ET - Lavagem de ouvido
		ET - Extração de unha
		ES - Nebulização/inalação
		ES - Curativos
		ES - Medicações injetáveis intramusculares
		ES - Medicações injetáveis endovenosas
		ET - Inserção de DIU
		Outro(s)
		Não realiza nenhum dos procedimentos acima
II.18 Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério		
II.18.1	A equipe alimenta mensalmente o sistema de informação do pré-natal?	Sim
		Não
G - II.18.2	A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes?	Sim
		Não
G - II.18.2/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
G - II.18.3	No acompanhamento das gestantes, há registro sobre:	Profissional responsável pelo acompanhamento da

		gestante
		Consulta odontológica da gestante
		Vacinação em dia da gestante
		Coleta de exame citopatológico realizada na gestante
		Nenhuma das anteriores
II.18.4	A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano?	Sim
		Não
G - II.18.5	A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?	Sim, todos os exames
		Sim, alguns exames
		Não
G - II.18.6	É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?	Sim
		Não
II.18.7	A equipe realiza consulta de puerpério até 10 dias após o parto?	Sim
		Não
G - II.18.8	Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto?	Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher
		Visita domiciliar de outros membros da equipe
		Consulta em horário especial em qualquer dia da semana
		Outro(s)
		Nenhuma das anteriores
II.18.9	Como a equipe monitora as gestantes que pariram?	Recebe a contra referência da maternidade
		Possui sistema informatizado de alerta da data provável do parto
		Recebe informação da secretaria municipal de saúde
		Outros
		Não tem sistema de monitoramento

II.19 Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida		
ES - II.19.1	A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?	Sim
		Não
ES - II.19.1/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.19.2	Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?	Sim
		Não
G - II.19.3	Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	Sim
		Não
G - II.19.3/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
G - II.19.4	No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:	Vacinação em dia da criança
		Crescimento e desenvolvimento
		Estado nutricional
		Teste do pezinho
		Violência familiar
		Acidentes
		Outro(s)
II.19.5	A equipe realiza ações de Vigilância Alimentar e Nutricional?	Sim
		Não
II.19.6	A equipe avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável?	Sim
		Não
II.19.7	A equipe conhece a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”	Sim
		Não
II.19.8	De acordo com a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”, a equipe evita tais práticas:	Recebimento e distribuição de doações de fórmulas infantis e/ou outros alimentos para lactentes e/ou crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras
		Recebimento e utilização de materiais educativos sobre alimentação de lactentes, produzidos pela indústria de alimentos infantis bicos, chupetas e

			mamadeiras
			Recebe amostras, materiais promocionais ou patrocínio para eventos produzidos pela indústria de alimentos infantis, bicos, chupetas e mamadeiras
II.20 Atenção à Pessoa com Obesidade			
II.20.1	A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura dos seguintes usuários:		Das crianças menores de 2 anos de idade
			Das crianças menores de 10 anos
			Das gestantes
			Dos adultos com hipertensão e diabetes
			Dos usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde
			Outro(s)
			Não realiza
G - II.20.2	A equipe registra os dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros?		Sim
			Não
II.20.3	Após a identificação de usuário adulto com obesidade (IMC \geq 30 kg/m ²), quais condutas a equipe realiza?		Organiza consultas de acompanhamento deste usuário na UBS
			Convida usuário para participação em atividades coletivas voltadas para a alimentação saudável e atividade física.
			Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS
			Encaminha para serviço especializado
			Outro(s)

II.21 Atenção à Pessoa com Tuberculose		
II.21.1	A equipe possui a estimativa anual de número de casos de tuberculose e sintomáticos respiratórios em seu território?	Sim
		Não
G - II.21.2	A 1ª amostra de escarro para o diagnóstico de tuberculose é coletada na primeira abordagem/consulta com o usuário?	Sim
		Não
G - II.21.3	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com tuberculose, identificados no último ano?	Sim
		Não
		Não há usuário com tuberculose no território
G - II.21.3/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
G - II.21.4	A equipe possui registro com o acompanhamento dos casos?	Sim
		Não
II.21.5	Quantos casos diagnosticados/acompanhados de tuberculose a equipe possui no último ano?	___ Casos
II.21.6	Quantos casos curados de tuberculose a equipe possui no último ano?	___ Casos
G - II.21.7	Existe ficha de notificação de casos de tuberculose na unidade?	Sim
		Não
G - II.21.7/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
G - II.21.8	A equipe realiza tratamento diretamente observado (TDO):	De todos os usuários diagnosticados
		Somente dos faltosos ao tratamento/acompanhamento
		Não realiza TDO
G - II.21.8/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
G - II.21.9	A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento diretamente observado (TDO)?	Sim
		Não
G - II.21.9/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.21.10	A equipe realiza a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de tuberculose?	Sim
		Não
II.22 Atenção à Pessoa com Hanseníase		
G - II.22.1	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase?	Sim
		Não
		Não há usuário com hanseníase no território
G - II.22.1 /1	Existe documento que comprove?	Sim

			Não
II.22.2	A equipe realiza diagnóstico de casos novos de hanseníase?		Sim
			Não
G - II.22.3	Existe ficha de notificação de casos de hanseníase na unidade?		Sim
			Não
G - II.22.3/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.22.4	A equipe realiza o acompanhamento do tratamento do usuário?		Sim
			Não
G - II.22.4/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.22.5	A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento?		Sim
			Não
G - II.22.5/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.22.6	A equipe realiza a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase?		Sim
			Não
II.23 Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico			
ET - II.23.1	A equipe atende pessoas em sofrimento psíquico?		Sim
			Não
G - II.23.2	Como são agendadas as consultas para pessoas em sofrimento psíquico?		Em qualquer dia da semana, em qualquer horário
			Em qualquer dia da semana, em horários específicos
			Dias específicos fixos, em qualquer horário
			Dias específicos fixos, em horários específicos
			Outro(s)
G - II.23.3	Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde?		___ Dias
			Atendimento no mesmo dia
II.23.4	A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos:		Consulta específica com tempo maior
			Registro da história de vida
			Oferta de algum tipo de atendimento em grupo
			Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial)

		Outro(s)
		Não realiza nenhuma estratégia específica para cuidar desses casos
G - II.23.5	A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?	Sim
		Não
ET - II.23.6	A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico.	Sim
		Não
ET - II.23.6/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
G - II.23.7	A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	Sim
		Não
G - II.23.7/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
ET - II.23.7	A equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?	Sim
		Não
G - II.23.9	A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral?	Sim
		Não
G - II.23.9/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.23.10	A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos citados acima para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado?	Sim
		Não
II.24 Atenção à Pessoa com Deficiência		
G - II.24.1	A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos de usuários com deficiência?	Sim
		Não
		Não se aplica
G - II.24.1/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
G - II.24.2	A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção?	Sim
		Não
		Não se aplica
G - II.24.2/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.24.3	Qual o tipo?	Aparelho auditivo
		Membros superiores

			Membros inferiores
			Cadeira de rodas
			Outro(s)
II.25 Práticas Integrativas e Complementares			
ET - II.25.1	A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?		Sim
			Não
II.25.2	Quais serviços de práticas integrativas e complementares são oferecidos?		Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura
			Medicina Tradicional Chinesa/ Auriculopuntura
			Medicina Tradicional Chinesa/ Práticas Corporais (Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, Tui-Ná), e/ou mentais (Meditação)
			Plantas medicinais e fitoterapia
			Homeopatia
			Medicina Antroposófica
			Termalismo Social/Crenoterapia
			Outro(s)
II.25.3	A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?		Sim
			Não
II.25.4	A equipe registra o procedimento/atividade de práticas integrativas e complementares realizado?		Sim
			Não
II.25.5	A equipe realiza atividades de educação em saúde abordando:		Uso de plantas medicinais e fitoterápicos
			Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa e práticas da medicina antroposófica
			Nenhuma das anteriores
II.26 Promoção da Saúde			
G - II.26.1	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:		Mulheres (câncer do colo do útero e de mama)

			Planejamento familiar
			Gestantes e puérperas (aleitamento materno)
			Homens
			Idosos
			Alimentação saudável
			Realiza estratégias educativas relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva
			Questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de Saúde Mental no território
			Atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas
			Realiza grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território
			O uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
			O uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos
			Outros
			Não realiza atividades de promoção à saúde
II.26.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.26.2	A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território:		Práticas corporais
			Atividade física
			Outro(s)
			Nenhuma das anteriores

II.27 Programa Bolsa-Família			
G - II.27.1	A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família?		Sim
			Não
G - II.27.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.27.2	Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família?		Sim
			Não
II.28 Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio			
ET - II.28.1	A equipe possui protocolo ou critérios para visita domiciliar?		Sim
			Não
ET - II.28.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.28.2	As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?		Sim
			Não
II.28.3	Os agentes comunitários de saúde tem a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe?		Sim
			Não
G - II.28.4	A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)?		Sim
			Não
G - II.28.4/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.28.5	Quais profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar?		Médico
			Enfermeiro
			Técnico/auxiliar de enfermagem
			Cirurgião-dentista
			Técnico/auxiliar de saúde bucal
			Nenhuma das anteriores
II.28.6	A participação dos profissionais da equipe no cuidado domiciliar obedece a quais critérios?		Demanda programada
			Critérios de risco biológico e vulnerabilidade social identificado pela equipe
			Demanda espontânea com solicitação da família
			Outro(s)
			Nenhuma das anteriores

G - II.28.7	No cuidado domiciliar, os profissionais da equipe realizam:	Atendimento clínico (usuário idoso e/ou que necessite de cuidado no domicílio)
		Realização de procedimentos de enfermagem
		Outro(s)
G - II.28.7/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
G - II.28.8	A equipe possui registro do número de acamados/domiciliados do território?	Sim
		Não
G - II.28.8/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.29 Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário		
II.29.1	A equipe realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário?	Sim
		Não
II.29.2	A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica?	Sim
		Não
G - II.29.3	Quais os canais de comunicação disponibilizados?	Telefone da unidade
		Telefone da ouvidoria
		E-mail
		Site disponível ao usuário
		Ficha para preenchimento
		Livro ou caderno
		A equipe possui relatório
Outros		
G - II.29.3/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.29.4	Há encaminhamento das demandas recebidas para gestão municipal?	Sim
		Não
II.29.5	A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?	Sim
		Não
ET - II.29.6	Há Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular?	Sim
		Não
ET - II.29.6/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.30 Atividades nas Escolas		
II.30.1	A equipe realiza atividades na escola?	Sim
		Não
G - II.30.2	A equipe possui registro das atividades realizadas na escola?	Sim
		Não

G - II.30.2/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
Programa Saúde na Escola		
G - II.30.3	A equipe possui levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento?	Sim
		Não
G - II.30.3/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
G - II.30.4	Quais as atividades de avaliação clínica que a equipe realiza?	Não realiza ações de avaliação clínica
		Atualização do calendário vacinal
		Detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica
		Detecção de agravos de saúde negligenciados
		Avaliação antropométrica
		Avaliação oftalmológica
		Avaliação auditiva
		Avaliação psicossocial
		Avaliação nutricional
		Avaliação de saúde bucal
		Outro(s)
G - II.30.5	Quais as atividades de promoção e prevenção que a equipe realiza?	Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável (atividades educativas sobre promoção da alimentação e modos de vida saudáveis)
		Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas
		Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS
		Ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas
		Ações de capacitação dos profissionais de

			educação para trabalhar com educação para a saúde
			Debate com os professores da escola
			Outros
			Não realiza ações de promoção e prevenção
ET - II.30.6	Quais encaminhamentos são realizados para os escolares avaliados pelo PSE?		Oftalmologista
			Otorrinolaringologista
			Não são realizados encaminhamentos
ET - II.30.6/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.31 População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas			
II.31.1	A equipe realiza ações junto à comunidades tradicionais/ assentados/população rural?		Quilombolas
			Indígenas
			Pescadores
			Ribeirinhos
			Assentados da reforma agrária
			População rural
			Caboclos
			Caiçaras
			Extrativistas
			Não há nenhuma destas no território de abrangência da equipe
II.31.2	A equipe atende às comunidades tradicionais/assentados/ população rural?		Quilombolas
			Indígenas
			Pescadores
			Ribeirinhos
			Assentados da reforma agrária
			População rural
			Caboclos
			Caiçaras
			Extrativistas
			Não há nenhuma destas no território de abrangência da equipe
II.31.3	Existe transporte disponível para viabilizar o atendimento à população?		Sim
			Não
II.31.4	A equipe realiza gestão dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção?		Sim
			Não

II.31.5	Existem cisternas no território de atuação da equipe?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.31.6	Os agentes comunitários de saúde orientam a população com relação ao uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água?	Sim
		Não
		Não se aplica
II.31.7	A equipe orienta sobre o uso seguro de agrotóxico a população rural do seu território?	Sim
		Não
		Não há no seu território população rural que faça uso de agrotóxico na lavoura
II.32 Atenção à Pessoa Tabagista		
G - II.32.1	Sua equipe desenvolve ações para o cuidado de pessoas tabagistas?	Sim
		Não
II.32.2	A unidade oferece quais medicamentos para o tratamento do tabagismo:	Não há medicamentos para tabagismo na unidade
		Cloridrato de bupropiona
		Adesivo de nicotina
		Pastilha de nicotina
		Goma de mascar de nicotina
II.32.3	A equipe oferece tratamento aos tabagistas por meio de:	Atividades em grupo e individuais
		Somente atividades em grupo
		Somente Atividades individuais
		Não realiza tratamento
		Não se aplica
II.32.4	A equipe questiona o uso do tabaco a todos os usuários?	Sim
		Não
II.33 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)		
Adequação da composição das equipes às necessidades do território		
NII.33.1	O gestor municipal debateu com sua equipe sobre quais categorias profissionais deveriam compor o NASF?	Sim
		Não
		Não sei
		Arte Educador (profissional com formação em arte e educação)
		Assistente social

NII.33.2	Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe?	Farmacêutico
		Fisioterapeuta
		Fonoaudiólogo
		Médico pediatra
		Médico psiquiatra
		Médico Acupunturista
		Médico Homeopata
		Médico Ginecologista/ Obstetra
		Médico Geriatra
		Médico Internista (Clínica Médica)
		Médico do Trabalho
		Médico Veterinário
		Nutricionista
		Profissional de educação física
		Psicólogo
		Sanitarista
Terapeuta Ocupacional		
Outro		
NII.33.3	Você considera que seria importante outra categoria profissional compor o NASF?	Arte Educador (profissional com formação em arte e educação)
		Assistente social
		Farmacêutico
		Fisioterapeuta
		Fonoaudiólogo
		Médico pediatra
		Médico psiquiatra
		Médico Acupunturista
		Médico Homeopata
		Médico Ginecologista/ Obstetra
		Médico Geriatra
		Médico Internista (Clínica Médica)
		Médico do Trabalho
		Médico Veterinário
		Nutricionista
		Profissional de educação física
Psicólogo		
Sanitarista		

		Terapeuta Ocupacional
		Outro
		Não há necessidade de outra categoria no NASF
NII.33.4	Você considera que a atuação do NASF está de acordo com quais aspectos:	Necessidade/demandas da sua equipe
		Realidade epidemiológica e social deste território
		Demandas diretas dos usuários
		Outros
		Não sabe/Não respondeu
NII.33.5	Quando os profissionais do NASF iniciaram suas atividades de apoio, houve um momento para articulação/planejamento das ações conjuntas?	Sim
		Não
		Não sabe/Não respondeu
NII.33.6	Indique o que foi discutido neste planejamento:	Pactuação das atividades a serem desenvolvidas
		Definição de funções e atribuições entre as equipes
		Definição de objetivos, metas e resultados da atuação do NASF
		Organização de critérios e fluxos para apoio do NASF
		Organização de critérios e fluxos para encaminhamento de usuários a outros serviços/pontos de atenção
		Outros
NII.33.7	Você considera a carga horária disponível dos profissionais do NASF à sua equipe:	Muito Suficiente
		Suficiente
		Razoavelmente suficiente
		Insuficiente
		Muito Insuficiente

Acesso das Equipes ao NASF		
NIII.33.8	Como é feito o contato da sua equipe com o NASF?	Em dias programados de atividades presenciais
		Por e-mail
		Por telefone
		Diretamente, a qualquer momento na própria UBS
		Mensagem de texto no celular
		Outro
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	1 dia
		2 dias
		3 dias
		4 dias
		5 dias
		6 dias
		7 dias
		8 dias
		9 dias
		10 dias
		11 dias
		12 dias
		13 dias
		14 dias
		15 dias
		16 dias
		17 dias
		18 dias
		19 dias
		20 dias
		21 dias
		22 dias
		23 dias
		24 dias
		25 dias
		26 dias
		27 dias
		28 dias
		29 dias
		30 dias
		Mais de 30 dias

NIII.33.10	O NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado:	Sempre
		Na maioria das vezes
		Às vezes
		Raramente
		Nunca
NIII.33.11	Você conhece o cronograma/agenda de atividades do NASF com sua equipe?	Sim
		Não
NIII.33.12	Todos profissionais do NASF tem garantido encontros/atividades periódicas e regulares com sua equipe?	Sim
		Não
		Não sabe/Não respondeu
NIII.33.13	Qual a periodicidade dos encontros/atividades dos profissionais do NASF com sua equipe?	Semanal
		Quinzenal
		Mensal
		Sem periodicidade definida
NIII.33.14	Sua equipe e o NASF criaram critérios em relação aos atendimentos a serem realizados pelos profissionais do NASF?	Sim
		Não
		Não sabe/ Não respondeu
NIII.33.15	Diante de um caso no qual há necessidade de apoio, qual é a forma mais frequente da sua equipe compartilhar o caso com o NASF?	Encaminhamentos por escrito
		Discussão de casos
		Consultas compartilhadas
		Agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional NASF
		Outros
NIII.33.16	Existem critérios e formas definidas e pactuadas entre sua equipe e o NASF para acionar o apoio em situações imprevistas?	Sim
		Não
		Não sabe/ Não respondeu
NIII.33.16/1	Nessas situações imprevistas, sua equipe consegue fazer contato com o NASF?	Sim
		Não
NIII.33.16/2	Por quais meios os profissionais do NASF podem ser acionados nessas situações?	Telefone pessoal
		E-mail
		Mensagem de texto
		Outro

Articulação das Ações de Apoio Técnico-Pedagógico e Clínico-Assistencial			
NIII.33.17	Dentre as seguintes ações, quais acontecem nos encontros entre a sua equipe e o NASF?		Consultas compartilhadas
			Consultas individuais do profissional do NASF
			Planejamento e avaliação de ações
			Grupos terapêuticos ou de educação em saúde
			Visitas domiciliares
			Intervenções na comunidade
			Discussão de casos e construção de planos terapêuticos (projetos terapêuticos singulares)
			Gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas
			Organização da demanda para atendimentos individuais a serem realizados pelos profissionais do NASF
			Discussão de temas / ações de educação permanente
			Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional
			Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada
	Apoio à organização do processo de trabalho da equipe		
NIII.33.18	Os profissionais do NASF realizam ações com pessoas das seguintes faixas etárias?		Crianças
			Adolescentes
			Adultos
			Idosos

NIII.33.19	Dentre as áreas listadas, indique aquelas nas quais o NASF desenvolve atividades com a sua equipe		Saúde mental
			Atenção materno-infantil
			Atenção às pessoas com doenças crônicas
			Atenção às pessoas com deficiências e Reabilitação
			Atenção nutricional
			Assistência farmacêutica
			Práticas Integrativas e Complementares
			Saúde do Trabalhador
			Apoio à organização do processo de trabalho da equipe
			Outras
Resolutividade da AB a partir do trabalho do NASF			
NIII.33.20	Como você avalia o efeito ou contribuição do NASF nas seguintes situações:		Resolver as necessidades dos usuários
			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
			Redução do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada
			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
			Qualificação dos encaminhamentos necessários
			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
			Lidar com problemas com os quais antes não lidava ou tinha dificuldade
			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
			Melhoria dos indicadores de saúde da população do território
			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Ações e verificação de melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados entre sua equipe e o NASF		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

		Ampliação do acesso da população, por meio da ampliação do escopo de ações ofertadas na UBS
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
NIII.33.21	Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribui ao apoio que sua equipe recebe do NASF?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário

- Este módulo busca verificar a percepção e satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.
- O questionário do Módulo III será aplicado para quatro usuários presentes na unidade no dia da avaliação externa.
- Para entrevista com os usuários, o avaliador deverá selecionar aqueles que não passaram por consulta com médico, enfermeiro no dia da entrevista.
- Os blocos específicos (mulher, pré-natal, criança, hipertensão, diabetes) serão aplicados de acordo com o perfil do usuário.
- Aplicar os critérios de exclusão:
 - Não continuar a entrevista se for a PRIMEIRA vez que o usuário vem até a unidade de saúde.
 - Não continuar a entrevista se fizer mais de 12 MESES que o usuário vem até a unidade de saúde.

III.1 - Identificação Geral		
III.1.1	Instituição principal:	<input type="text"/> Número
III.1.2	Instituição colaboradora:	<input type="text"/> Número
III.1.3	Número do supervisor:	<input type="text"/> Número
III.1.4	Número do entrevistador:	<input type="text"/> Número
III.2 - Identificação da Unidade de Saúde		
III.2.1	Coordenadas GPS:	<input type="text"/> Número
III.2.2	Endereço:	<input type="text"/>
III.2.3	Telefone	(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>
III.3 - Identificação do usuário		
III.3.1	Sexo <i>Se FEMININO, abrir bloco II.12.</i>	<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Feminino
III.3.2	Qual é a Idade do(a) senhor(a)?	<input type="text"/> Anos
III.3.3	Entre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/> Branca
		<input type="checkbox"/> Preta
		<input type="checkbox"/> Amarela
		<input type="checkbox"/> Parda/mestiça
		<input type="checkbox"/> Indígena
		<input type="checkbox"/> Ignorada
III.3.4	Até quando o(a) senhor(a) estudou? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/> Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever)
		<input type="checkbox"/> É alfabetizado (sabe ler e escrever)
		<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto

		Ensino fundamental completo
		Ensino médio incompleto
		Ensino médio completo
		Ensino superior incompleto
		Ensino superior completo
		Pós-graduação
III.3.5	O senhor sabe quanto recebeu de salário ou pagamento do seu trabalho no mês passado? <i>Se NÃO, passar para o bloco I.4.</i>	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.3.6	Qual o valor? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	Reais
III.4 - Bolsa família		
III.4.1	O senhor é beneficiário do Bolsa Família?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.4.2	A sua família recebe o dinheiro do Programa Bolsa-Família atualmente? <i>Se SIM, passar para o bloco III.5.</i>	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.4.3	Por qual(ais) motivo(s) não recebe? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	Porque o cadastro está desatualizado
		Porque não cumpriu as ações de saúde
		Porque não cumpriu as ações da educação
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.4.4	Algum profissional da equipe de saúde dessa Unidade já falou com o(a) senhor(a) sobre o Programa Bolsa Família?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.5 - Acesso aos serviços de saúde		

<p>III.5.1</p> <p>Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade de saúde?</p> <p><i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i></p>		<input type="checkbox"/> 10 minutos <input type="checkbox"/> 20 minutos <input type="checkbox"/> 30 minutos <input type="checkbox"/> 40 minutos <input type="checkbox"/> 50 minutos <input type="checkbox"/> 60 minutos <input type="checkbox"/> 70 minutos <input type="checkbox"/> 80 minutos <input type="checkbox"/> 90 minutos <input type="checkbox"/> 100 minutos <input type="checkbox"/> 110 minutos <input type="checkbox"/> 120 minutos <input type="checkbox"/> 130 minutos <input type="checkbox"/> 140 minutos <input type="checkbox"/> 150 minutos <input type="checkbox"/> 160 minutos <input type="checkbox"/> 170 minutos <input type="checkbox"/> 180 minutos <input type="checkbox"/> 190 minutos <input type="checkbox"/> 200 minutos <input type="checkbox"/> 210 minutos <input type="checkbox"/> 220 minutos <input type="checkbox"/> 230 minutos <input type="checkbox"/> 240 minutos <input type="checkbox"/> Mais de 240 minutos <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu/não lembra
<p>ES - III.5.2</p>	<p>Chegar até essa unidade de saúde é:</p> <p><i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i></p> <p><i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i></p>	<input type="checkbox"/> Muito fácil <input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Muito difícil
<p>III.5.3</p>	<p>A unidade de saúde funciona cinco dias na semana?</p> <p><i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i></p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu/não lembra
<p>III.5.4</p>	<p>Em que horário a unidade funciona?</p> <p><i>Se SIM para NOITE, não abre a opção de resposta À NOITE na questão III.5.8.</i></p> <p><i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i></p>	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite

			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.5.5	Excluindo as campanhas de vacinação, a unidade funciona no sábado? <i>Se SIM, não abre a opção de resposta AOS SÁBADOS na questão III.5.8.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.5.6	Sobre o horário de funcionamento da unidade de saúde: <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	<input type="checkbox"/>	Em que horário abre (__) ☒ 30 min
		<input type="checkbox"/>	Em que horário fecha (__) ☒ 30 min
		<input type="checkbox"/>	Não há horário fixo de funcionamento
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.5.7	O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.5.8	Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que a unidade de saúde atendesse: <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Mais cedo pela manhã
		<input type="checkbox"/>	À tarde até às 18 horas
		<input type="checkbox"/>	À noite
		<input type="checkbox"/>	Aos sábados
		<input type="checkbox"/>	No horário de almoço
		<input type="checkbox"/>	Domingo
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.6 - Marcação de consulta(s) na unidade de saúde			
ET - III.6.1	Na maioria das vezes, como é marcada consulta na unidade de saúde? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	<input type="checkbox"/>	Marca por telefone
		<input type="checkbox"/>	Marca pela internet
		<input type="checkbox"/>	Vai à unidade e marca o atendimento
		<input type="checkbox"/>	Vai à unidade, mas tem que pegar ficha sem ficar na fila
		<input type="checkbox"/>	Vai à unidade e fica na fila para pegar ficha

		<input type="checkbox"/> O agente comunitário de saúde marca a consulta <input type="checkbox"/> Não faz marcação nesta unidade <input type="checkbox"/> Outro(s)
ES - III.6.2 Na maioria das vezes, a marcação da consulta nesta unidade de saúde pode ser feita: <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	<input type="checkbox"/> Em qualquer dia da semana, em qualquer horário <input type="checkbox"/> Em qualquer dia da semana, em horários específicos <input type="checkbox"/> Dias específicos fixos, em qualquer horário <input type="checkbox"/> Dias específicos fixos, em horários específicos <input type="checkbox"/> Outro(s) <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu/não lembra	
ES - III.6.3 Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu/não lembra	
ET - III.6.4 Na maioria das vezes, quando o senhor consegue marcar a consulta, sua consulta é: <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	<input type="checkbox"/> Com hora marcada <input type="checkbox"/> Em horários ou turnos definidos do dia <input type="checkbox"/> Por ordem de chegada <input type="checkbox"/> Encaixe <input type="checkbox"/> Outro(s)	
III.7 - Acolhimento à demanda espontânea		
ES - III.7.1 O senhor já precisou ir na unidade de saúde sem hora marcada? <i>Se NÃO, passar para a questão III.7.6.</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
III.7.2 Quando o senhor(a) vem a unidade sem hora marcada como o senhor(a) foi recebido(a)? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	<input type="checkbox"/> Muito bem <input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito ruim	

		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.7.3	No momento em que o senhor foi recebido foi realizado algo para resolver o seu problema?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.7.4	A senhor sabe quanto tempo se espera para ser atendido por um profissional de saúde, na maioria das vezes? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	10 minutos
		<input type="checkbox"/>	20 minutos
		<input type="checkbox"/>	30 minutos
		<input type="checkbox"/>	40 minutos
		<input type="checkbox"/>	50 minutos
		<input type="checkbox"/>	60 minutos
		<input type="checkbox"/>	70 minutos
		<input type="checkbox"/>	80 minutos
		<input type="checkbox"/>	90 minutos
		<input type="checkbox"/>	100 minutos
		<input type="checkbox"/>	110 minutos
		<input type="checkbox"/>	120 minutos
		<input type="checkbox"/>	130 minutos
		<input type="checkbox"/>	140 minutos
		<input type="checkbox"/>	150 minutos
		<input type="checkbox"/>	160 minutos
		<input type="checkbox"/>	170 minutos
		<input type="checkbox"/>	180 minutos
		<input type="checkbox"/>	190 minutos
		<input type="checkbox"/>	200 minutos
		<input type="checkbox"/>	210 minutos
<input type="checkbox"/>	220 minutos		
<input type="checkbox"/>	230 minutos		
<input type="checkbox"/>	240 minutos		
<input type="checkbox"/>	Mais de 240 minutos		
<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra		
III.7.5	Qual o profissional que atendeu o(a) senhor(a) na última vez quando veio sem hora marcada? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Médico
		<input type="checkbox"/>	Enfermeiro
		<input type="checkbox"/>	Auxiliar/técnico de enfermagem
		<input type="checkbox"/>	Outro(s)

		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.6	O senhor(a) sabe se esta unidade atende urgência? <i>Se "Não atende" ou Não sabe/não respondeu/não lembra, passar para questão III.7.9.</i>	<input type="checkbox"/> Sim, atende <input type="checkbox"/> Não atende <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.7	O senhor(a) conta com esta unidade para algum atendimento de urgência, caso necessite? <i>Se Não, abrir a questão III.7.9.</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.8	Por que não conta com esta unidade de saúde para o atendimento de urgência? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/> Porque precisa chegar cedo <input type="checkbox"/> Porque precisa pegar ficha <input type="checkbox"/> Porque não atende sem consulta marcada <input type="checkbox"/> Porque não tem profissional na unidade <input type="checkbox"/> Porque não atende à urgência <input type="checkbox"/> Porque a unidade estava fechada no momento da urgência <input type="checkbox"/> Outro(s)
Sobre os atendimentos nesta unidade de saúde responda:		
III.7.9	O(a) senhor(a) sabe se esta unidade de saúde faz algum destes atendimentos? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/> Retira furúnculo <input type="checkbox"/> Retira unha <input type="checkbox"/> Retira "corpo estranho" do ouvido <input type="checkbox"/> Dar ponto <input type="checkbox"/> Retira ponto <input type="checkbox"/> Faz curativo <input type="checkbox"/> Faz nebulização <input type="checkbox"/> Faz injeção <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu/não lembra
III.8 - Atenção integral à saúde		

<p>III.8.1</p>	<p>Quando é atendido(a) nesta unidade, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?</p> <p><i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Sempre</p> <p>Na maioria das vezes</p> <p>Quase nunca</p> <p>Nunca</p> <p>Não sabe/não respondeu/não lembra</p>
<p>ES - III.8.2</p>	<p>O consultório para o atendimento é um lugar reservado (tem privacidade)?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Sim</p> <p>Não</p> <p>Não sabe/não respondeu/não lembra</p>
<p>ES - III.8.3</p>	<p>Nas consultas, os profissionais da equipe fazem o exame físico, examinam o seu corpo, sua garganta, a sua barriga?</p> <p><i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Sempre</p> <p>Na maioria das vezes</p> <p>Quase nunca</p> <p>Nunca</p> <p>Não sabe/não respondeu/não lembra</p>
<p>ES - III.8.4</p>	<p>Para ajudar na sua recuperação, os profissionais orientam o senhor(a) em relação a necessidade de repouso, alimentação adequada e como tomar os remédios?</p> <p><i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Sempre</p> <p>Na maioria das vezes</p> <p>Quase nunca</p> <p>Nunca</p> <p>Não sabe/não respondeu/não lembra</p>
<p>III.8.5</p>	<p>Os profissionais de saúde orientam o senhor(a) sobre o que fazer quando os seus sintomas estão piorando?</p> <p><i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Sempre</p> <p>Na maioria das vezes</p> <p>Quase nunca</p> <p>Nunca</p> <p>Não sabe/não respondeu/não lembra</p>
<p>ES - III.8.6</p>	<p>Além da sua queixa os profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida (exemplos: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência)?</p> <p><i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Sempre</p> <p>Na maioria das vezes</p> <p>Quase nunca</p> <p>Nunca</p>

		Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.8.7	O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.8.8	O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.8.9	Na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções possíveis de serem realizadas? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.9 - Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado		
ES - III.9.1	O senhor(a) acha que o tempo de consulta com o médico é suficiente?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.9.2	O senhor(a) acha que o tempo de consulta com o enfermeiro é suficiente?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.9.3	Nessa unidade de saúde o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo médico? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	Sempre
		Na maioria das vezes
		Quase nunca
		Nunca
		Não sabe/não respondeu/não lembra

ES - III.9.4	Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo enfermeiro? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre
		<input type="checkbox"/>	Na maioria das vezes
		<input type="checkbox"/>	Quase nunca
		<input type="checkbox"/>	Nunca
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.9.5	Os profissionais desta unidade lhe chamam pelo nome?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - III.9.6	Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre
		<input type="checkbox"/>	Na maioria das vezes
		<input type="checkbox"/>	Quase nunca
		<input type="checkbox"/>	Nunca
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.9.7	Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre
		<input type="checkbox"/>	Na maioria das vezes
		<input type="checkbox"/>	Quase nunca
		<input type="checkbox"/>	Nunca
		<input type="checkbox"/>	Não precisou tirar dúvidas
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
ET - III.9.8	Na maioria das vezes, o(a) senhor(a) consegue tirar as dúvidas: <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Por telefone
		<input type="checkbox"/>	Por e-mail
		<input type="checkbox"/>	Indo à unidade de saúde
		<input type="checkbox"/>	Falando com o ACS
		<input type="checkbox"/>	Outro(s)
ES - III.9.9	Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento ou não vem à consulta, os profissionais lhe procuram para saber o que aconteceu? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre
		<input type="checkbox"/>	Na maioria das vezes
		<input type="checkbox"/>	Quase nunca
		<input type="checkbox"/>	Nunca
		<input type="checkbox"/>	Nunca interrompeu o tratamento ou faltou consulta

		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
		<input type="checkbox"/>	Outro(s)
III.9.10	Como lhe procuram? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Vai à sua casa
		<input type="checkbox"/>	Por telefone
		<input type="checkbox"/>	Por e-mail
		<input type="checkbox"/>	Outro
III.10 - Coordenação do Cuidado			
III.10.1	Quando é necessário ser encaminhado(a) para outro(s) profissionais em outro(s) serviços, o senhor sabe como é marcada a consulta? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora
		<input type="checkbox"/>	A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada depois
		<input type="checkbox"/>	A consulta é marcada pelo senhor(a) na central de marcação de consultas especializadas
		<input type="checkbox"/>	Recebe uma ficha de encaminhamento/referência e procura o serviço indicado pelo profissional
		<input type="checkbox"/>	Recebe uma ficha de encaminhamento/referência e procura o serviço que desejar
		<input type="checkbox"/>	Nunca precisou
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10.2	O(a) senhor(a) encontra facilidade para conversar com os profissionais sobre os resultados dos seus exames? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre
		<input type="checkbox"/>	Na maioria das vezes
		<input type="checkbox"/>	Quase nunca
		<input type="checkbox"/>	Nunca
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.11 - Visita Domiciliar			
ES - III.11.1	O agente comunitário de saúde (ACS) visita o(a) senhor(a) na sua casa?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não

		<input type="checkbox"/> Não há ACS nesta unidade de saúde ou no bairro <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.11.2 Outro(s) profissionais da equipe de saúde visitam a sua casa? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre
	<input type="checkbox"/>	Na maioria das vezes
	<input type="checkbox"/>	Quase nunca
	<input type="checkbox"/>	Nunca
	<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.12 - Saúde da Mulher		
ET - III.12.1 Quando a senhora precisou de uma consulta ginecológica (exceto para exame de preventivo), conseguiu ser atendida na hora mesmo sem estar com a consulta marcada? <i>Se NO MESMO DIA, abrir a III.12.3. Se OUTRO DIA, abrir a III.12.4. Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não
	<input type="checkbox"/>	Nunca precisou
	<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
	<input type="checkbox"/>	
III.12.2 Se não é atendida na hora, indique para quando a marcação da consulta é feita: <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Mesmo dia
	<input type="checkbox"/>	Outro dia
	<input type="checkbox"/>	
G - III.12.3 Se for para o mesmo dia, indique quanto tempo demora na maioria das vezes: <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	10 minutos
	<input type="checkbox"/>	20 minutos
	<input type="checkbox"/>	30 minutos
	<input type="checkbox"/>	40 minutos
	<input type="checkbox"/>	50 minutos
	<input type="checkbox"/>	60 minutos
	<input type="checkbox"/>	70 minutos
	<input type="checkbox"/>	80 minutos
	<input type="checkbox"/>	90 minutos
	<input type="checkbox"/>	100 minutos
	<input type="checkbox"/>	110 minutos
	<input type="checkbox"/>	120 minutos
	<input type="checkbox"/>	130 minutos
	<input type="checkbox"/>	140 minutos
	<input type="checkbox"/>	150 minutos

		<input type="checkbox"/>	160 minutos
		<input type="checkbox"/>	170 minutos
		<input type="checkbox"/>	180 minutos
		<input type="checkbox"/>	190 minutos
		<input type="checkbox"/>	200 minutos
		<input type="checkbox"/>	210 minutos
		<input type="checkbox"/>	220 minutos
		<input type="checkbox"/>	230 minutos
		<input type="checkbox"/>	240 minutos
		<input type="checkbox"/>	Mais de 240 minutos
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.12.4	Se for para outro dia, indique quantos dias demora na maioria das vezes:	<input type="checkbox"/>	Dias
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.12.5	Após ser atendida, a senhora sai com a próxima consulta já marcada?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
III.12.6	A senhora foi orientada quanto à importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer outro? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre
		<input type="checkbox"/>	Na maioria das vezes
		<input type="checkbox"/>	Quase nunca
		<input type="checkbox"/>	Nunca
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.12.7	Quando foi a última vez que a senhora fez o exame preventivo de câncer do colo de útero (exame Papanicolau)? <i>Se Nunca fez o exame ou Não sabe/não respondeu/não lembra, passar para a questão II.12.10. Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	6 meses
		<input type="checkbox"/>	12 meses
		<input type="checkbox"/>	18 meses
		<input type="checkbox"/>	24 meses
		<input type="checkbox"/>	30 meses
		<input type="checkbox"/>	36 meses
		<input type="checkbox"/>	Mais de 36 meses
		<input type="checkbox"/>	Nunca fez o exame
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra

G - III.12.8	A senhora faz o exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) nesta unidade de saúde?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.12.9	A senhora sabe quanto tempo se espera para receber o resultado exame papanicolaou (preventivo de câncer do colo do útero), na maioria das vezes?		Dias
			Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.12.10	O médico ou o enfermeiro realiza o exame de mamas? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.12.11	A senhora já precisou fazer exame de mamografia?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.12.12	A senhora sabe quanto tempo se espera para receber o resultado do exame de mamografia, na maioria das vezes?		Dias
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.12.13	Os profissionais informam sobre métodos de proteção/prevenção para a senhora não engravidar? (ex.: camisinha, anticoncepcional) <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu/não lembra
IIII.13 - Gravidez e Pré-natal			
III.13.1	A senhora já ficou grávida alguma vez? <i>Se NÃO, passar para o bloco III.20.</i>		Sim
			Não
III.13.2	A criança tem até dois anos? <i>Se Sim, abrir os blocos III.16, III.17, III.18 e III.19.</i>		Sim
			Não
III.13.3	Em relação a sua última gravidez, a senhora fez pré-natal nesta unidade? <i>Se SIM, abrir as questões III.13.5 a III.13.24. Se NÃO, abrir III.13.4.</i>		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra

III.13.4	<p>Por que a senhora não fez pré-natal?</p> <p><i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i></p> <p><i>Depois de perguntar essa questão, passa para o bloco III.14.</i></p>		A equipe não faz pré-natal
			A unidade de saúde fica longe de casa
			O atendimento é ruim na unidade de saúde
			Demora/difícil para marcar
			Outro(s)
III.13.5	<p>Em relação à sua última gravidez, a senhora fez quantas consultas de pré-natal?</p>		Consultas
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.13.6	<p>Com qual(ais) profissional(ais) a senhora fez o pré-natal?</p> <p><i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i></p>		Médico
			Enfermeiro
			Nenhuma das anteriores
III.13.7	<p>A senhora sempre se consultava com o(s) mesmo(s) profissional(ais) da equipe de saúde?</p> <p><i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i></p> <p><i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i></p>		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.13.8	<p>Na(s) consulta(s) de pré-natal, os profissionais de saúde:</p> <p><i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i></p>		Mediram sua barriga (altura do útero)
			Mediram sua pressão arterial
			Examinaram sua boca
			Examinaram suas mamas
			Exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau)
			Realizaram exame ginecológico
			Nenhuma das anteriores
	Não sabe/ Não respondeu		
III.13.9	<p>Na(s) consulta(s) de pré-natal, a senhora foi orientada sobre:</p>		Alimentação e ganho de peso

<i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>		<input type="checkbox"/>	Amamentação no peito para a criança exclusivamente até completar seis meses
		<input type="checkbox"/>	Os cuidados com a criança (ex.: higiene da boca, umbigo)
		<input type="checkbox"/>	A importância do exame preventivo de câncer do colo do útero (exame Papanicolau) e quando deve fazer o próximo
		<input type="checkbox"/>	Nenhuma das anteriores
III.13.10	As orientações dos profissionais da equipe ajudaram a senhora a saber mais sobre a gravidez e o cuidado com a criança? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Sim, ajudou em algumas questões
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
Sobre os exames realizados durante o pré-natal:			
G - III.13.11	A senhora fez exame de urina?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.13.11/1	A senhora sabe quanto tempo se espera para realizar o exame?	<input type="checkbox"/>	Dias
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.13.12	Durante o pré-natal, a senhora fez exame de HIV/AIDS?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.13.12/1	A senhora sabe quanto tempo se espera para realizar o exame?	<input type="checkbox"/>	Dias
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.13.13	Durante o pré-natal, a senhora fez exame de sífilis (VDRL)?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não

			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.13.13/1	A senhora sabe quanto tempo se espera para realizar o exame?		Dias
G - III.13.14	Durante o pré-natal, a senhora fez exame de ultrassom (ultrassonografia)?		Não sabe/não respondeu/não lembra
			Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.13.14/1	A senhora sabe quanto tempo se espera para realizar o exame?		Dias
			Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.13.15	Durante o pré-natal, a senhora fez exame para medir o açúcar no sangue (exame de glicose)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.13.15/1	A senhora sabe quanto tempo se espera para realizar o exame?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.13.16	Durante o pré-natal, a senhora fez vacina contra tétano?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.13.17	Durante o pré-natal, o profissional receitou sulfato de ferro (comprimido para evitar anemia) para a senhora tomar?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.13.18	Durante o pré-natal, o profissional receitou ácido fólico (vitamina B9) para a senhora tomar no início da gravidez (três primeiros meses)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra

G - III.13.19	Durante o pré-natal, a senhora recebeu orientação sobre algum grupo de gestante, grupo de cuidado para crianças pequenas e/ou atividade educativa (palestra, oficina) voltado para a gestante?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.13.20	A senhora participou de algum grupo e/ou atividade educativa?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.13.21	A(s) participação(ões) no(s) grupo(s) ajudou(aram) a senhora a saber mais sobre a gravidez e o cuidado com a criança? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		Sim
			Sim, ajudou em algumas questões
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.13.22	Na consulta de pré-natal, a senhora já saía com a próxima consulta marcada? <i>Se Não pula a questão 12.23</i> <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i> <i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.13.23	Na maioria das vezes, como a senhora fazia para marcar a próxima consulta de pré-natal? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		ET - Marca por telefone
			ET - Marca pela internet
			G - Marcava na recepção no mesmo dia
			Vai à unidade e marca o atendimento
			Vai à unidade, mas tem que pegar ficha sem ficar na fila
			Vai à unidade e fica na fila para pegar ficha
			O agente comunitário de saúde marca a consulta

		<input type="checkbox"/>	Não faz marcação nesta unidade
		<input type="checkbox"/>	Outro(s)
G - III.13.24	Foi falado com a senhora e qual maternidade que seria feito o parto?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.14 - Acolhimento Específico à Gestante			
III.14.1	A senhora teve algum problema ou urgência durante a gravidez? (ex.: sentiu-se mal, dor) <i>Se NÃO, passar para o bloco III.15.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.14.2	Onde procurou atendimento? Poderá marcar só uma opção de resposta. <i>Se NESTA UNIDADE DE SAÚDE, passar para III.14.4 em diante.</i> <i>Se as outras opções forem marcadas, abrir a questão III.14.3 e fechar a III.14.4, III.14.5 e III.14.6.</i>	<input type="checkbox"/>	Nesta unidade de saúde
		<input type="checkbox"/>	Em outra unidade de saúde
		<input type="checkbox"/>	Hospital público
		<input type="checkbox"/>	Hospital particular
		<input type="checkbox"/>	Clínica/consultório particular
		<input type="checkbox"/>	Pronto-atendimento 24 horas
		<input type="checkbox"/>	Pronto-socorro 24 horas
		<input type="checkbox"/>	Policlínica
		<input type="checkbox"/>	Não procurou atendimento
		<input type="checkbox"/>	Outro(s)
III.14.3	Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Porque precisa chegar cedo
		<input type="checkbox"/>	Porque precisa pegar ficha
		<input type="checkbox"/>	Porque não atende sem consulta marcada
		<input type="checkbox"/>	Porque não tem profissional na unidade
		<input type="checkbox"/>	Porque não atende à urgência

		Porque a unidade estava fechada no momento da urgência
		Outro(s)
ET - III.14.4	A senhora conseguiu ser atendida nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.14.5	A senhora sabe quanto tempo se espera para ser atendido?	Minutos
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.14.6	Qual o profissional atendeu a senhora? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	Médico
		Enfermeiro
		Auxiliar/técnico de enfermagem
		Não sabe/não respondeu/não lembra
		Outro(s)
III.15 - Atenção ao pós-parto		
III.15.1	A senhora fez consulta de revisão de parto (consulta de puerpério)? <i>Se NÃO, passar para III. 16.</i>	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.15.2	A consulta de revisão de parto (consulta de puerpério) foi feita quantos dias depois do parto?	Dias
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.15.3	A senhora fez a consulta de revisão do parto em que local? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	Nesta Unidade Básica de Saúde
		Em outra Unidade Básica de Saúde
		Hospital do parto
		Clínica/consultório particular
		Hospital particular
		Em casa com profissional desta unidade
		Outro(s)

		Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.15.5	A senhora recebeu, na sua casa, a visita do agente comunitário de Saúde (ACS) na primeira semana após o parto?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
Na primeira consulta após o parto:		
III.15.6	Foi perguntado sobre como a senhora estava se sentindo, se estava com algum problema de desânimo, tristeza, depressão?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.15.7	Foram ofertadas formas para a senhora não engravidar? (métodos contraceptivos. Ex.: camisinha, anticoncepcional)	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.15.8	Foi realizado exame ginecológico na senhora?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.15.9	Foram examinadas as mamas?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.15.10	Foi falado sobre dar de mamar no peito para criança e a importância da amamentação?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.15.11	Foi perguntado se a criança estava usando chupeta?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.15.12	Foi perguntado se a criança estava usando mamadeira?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.16 - Saúde da Criança		

III.16.1	Qual a data de nascimento da criança?	inserir data: / /	
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.16.2	Qual a idade da criança?	<input type="checkbox"/>	Meses
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.17 - Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança			
G - III.17.1	Depois que a criança nasceu, a equipe fez uma consulta até sete dias de vida (primeira semana)? <i>Se NÃO, passar para questão III.17.3.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.17.2	Na consulta feita na primeira semana, a senhora lembra se: A criança foi pesada A criança foi medida Foi colocada para mamar Teve o umbigo examinado Foi perguntado se a criança tinha certidão de nascimento Nenhuma das anteriores	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
III.17.3	Foi conversado sobre a melhor posição para a criança dormir?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra/não lembro
III.17.4	Foi realizado teste do pezinho na criança? <i>Se NÃO, passar para a questão III.17.6.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.17.5	O teste do pezinho foi realizado até os sete dias de vida (na primeira semana depois de a criança nascer)?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.17.6	A senhora recebeu a caderneta de saúde da criança?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não

			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.17.7	A criança já fez alguma vacina? <i>Se Não, passar para questão III.17.10.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.17.8	A criança está com as vacinas em dia? <i>Se Não, passar para questão III.17.10.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.17.9	Por que a vacinação da criança não está em dia? <i>Poderá marcar mais de uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Não sabia que tinha que levar para vacinar
		<input type="checkbox"/>	Na unidade de saúde, não tem/falta vacina
		<input type="checkbox"/>	Não consegue atendimento para vacina
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
		<input type="checkbox"/>	Nenhuma das anteriores
III.17.10	Nas consultas, foi explicado sobre o desenvolvimento da criança de acordo com a idade?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.17.11	Quantas consultas a criança fez até agora? <i>Poderá registrar 2 dígitos.</i>	<input type="checkbox"/>	Consultas
III.17.12	A criança sempre foi consultada pelos mesmos profissionais da equipe de saúde?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.17.13	Após a consulta de acompanhamento, a criança já sai com a próxima marcada? <i>Se Nunca fez o exame ou Não sabe/não respondeu/não lembra, passar para o bloco 18</i> <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre
		<input type="checkbox"/>	Na maioria das vezes
		<input type="checkbox"/>	Quase nunca
		<input type="checkbox"/>	Nunca
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra

III.17.14	A senhora sabe quanto tempo se espera para conseguir a consulta de acompanhamento?	<input type="checkbox"/>	Dias
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.18 - Amamentação/Alimentação da Criança			
III.18.1	A criança mama ou mamou no peito? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Ainda mama
		<input type="checkbox"/>	Mamou até _____ meses
		<input type="checkbox"/>	Nunca mamou
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
		<input type="checkbox"/>	
G - III.18.2	A senhora recebeu orientação sobre alimentação da criança até dois anos?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.19 - Problemas de Saúde da Criança			
III.19.1	A criança teve algum problema ou urgência nos últimos seis meses que precisou de atendimento? (ex.: sentiu-se mal, dor) <i>Se Não, passar para questão III.20.1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.19.2	Onde a senhora procurava atendimento para seu filho? <i>Se Nesta unidade de saúde, passar para a questão III.19.4.</i> <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Nesta unidade de saúde
		<input type="checkbox"/>	Em outra unidade de saúde
		<input type="checkbox"/>	Hospital público
		<input type="checkbox"/>	Hospital particular
		<input type="checkbox"/>	Clínica/consultório particular
		<input type="checkbox"/>	Pronto-atendimento 24 horas
		<input type="checkbox"/>	Pronto-socorro 24 horas
		<input type="checkbox"/>	Policlínica
		<input type="checkbox"/>	Outro(s)
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.19.3	Por que não procurava esta unidade de saúde para o atendimento do seu filho?	<input type="checkbox"/>	Porque precisa chegar cedo

<p><i>Ao marcar qualquer questão passar para a questão III.19.5</i></p> <p><i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i></p>	<input type="checkbox"/> Porque precisa pegar ficha <input type="checkbox"/> Porque não atende sem consulta marcada <input type="checkbox"/> Porque não tem profissional na unidade <input type="checkbox"/> Porque não atende à urgência <input type="checkbox"/> Porque a unidade estava fechada no momento da urgência <input type="checkbox"/> Outro(s) <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu/não lembra
<p>ET - III.19.4 A senhora conseguia atendimento nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?</p> <p><i>Se Não, passar para questão III.20.1.</i></p> <p><i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i></p> <p><i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i></p>	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu/não lembra
<p>III.19.5 Quanto tempo esperou para seu filho ser atendido?</p> <p><i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i></p>	<input type="checkbox"/> 10 minutos <input type="checkbox"/> 20 minutos <input type="checkbox"/> 30 minutos <input type="checkbox"/> 40 minutos <input type="checkbox"/> 50 minutos <input type="checkbox"/> 60 minutos <input type="checkbox"/> 70 minutos <input type="checkbox"/> 80 minutos <input type="checkbox"/> 90 minutos <input type="checkbox"/> 100 minutos <input type="checkbox"/> 110 minutos <input type="checkbox"/> 120 minutos <input type="checkbox"/> 130 minutos <input type="checkbox"/> 140 minutos <input type="checkbox"/> 150 minutos <input type="checkbox"/> 160 minutos <input type="checkbox"/> 170 minutos <input type="checkbox"/> 180 minutos <input type="checkbox"/> 190 minutos <input type="checkbox"/> 200 minutos <input type="checkbox"/> 210 minutos

		<input type="checkbox"/>	220 minutos
		<input type="checkbox"/>	230 minutos
		<input type="checkbox"/>	240 minutos
		<input type="checkbox"/>	Mais de 240 minutos
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.19.6	Qual o profissional que atendeu a criança? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Enfermeiro
		<input type="checkbox"/>	Auxiliar/técnico de enfermagem
		<input type="checkbox"/>	Outro(s)
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.20 - Hipertensão Arterial Sistêmica			
III.20.1	Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem/teve pressão alta (hipertensão)? <i>Se Não, passar para questão III.21.1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.20.2	O(a) senhor(a) consultou com médico(a) ou enfermeiro(a) por causa da pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.20.3	Na(s) consulta(as), o(os) profissional(ais) da equipe de saúde medem (verificam) sua pressão?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.20.4	O(a) senhor(a) fez os seguintes exames para acompanhar pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	
	Creatinina	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
	Perfil lipídico	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
	Eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra

III.20.5	O(a) senhor(a) já sai das consultas com a próxima consulta marcada? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	<input type="checkbox"/>	Sempre
		<input type="checkbox"/>	Na maioria das vezes
		<input type="checkbox"/>	Quase nunca
		<input type="checkbox"/>	Nunca
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.20.6	O(a) senhor(a) usa remédio para pressão alta (hipertensão)?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.21 - Diabetes mellitus			
III.21.1	Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)? <i>Se NÃO, passar para a III.22.1.</i>	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.21.2	O(a) senhor(a) consultou com médico(a) ou enfermeiro(a) por causa da diabetes (açúcar alto no sangue) nos últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.21.3	O(a) senhor(a) fez exame de sangue em jejum para medir o açúcar nos últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.21.4	Algum profissional da equipe de saúde examinou os pés do(a) senhor(a) nos últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.21.5	O(a) senhor(a) já sai da consulta com a próxima consulta marcada?	<input type="checkbox"/>	Sempre
		<input type="checkbox"/>	Na maioria das vezes
		<input type="checkbox"/>	Quase nunca
		<input type="checkbox"/>	Nunca
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.21.6	O(a) senhor(a) usa remédio por causa da diabetes?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não

			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.22 - Satisfação do Usuário			
Sobre as condições de higiene e limpeza desta Unidade de Saúde			
ES - III.22.1	De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações da unidade de saúde:	<input type="checkbox"/>	
	Estão em boas condições de uso	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
	Estão em boas condições de limpeza	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
	Tem a quantidade de cadeiras suficiente para as pessoas sentarem no local de espera	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
G - III.22.2	Como o senhor avalia as instalações da unidade?	<input type="checkbox"/>	Muito bom
	<i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Bom
	<i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	<input type="checkbox"/>	Regular
		<input type="checkbox"/>	Ruim
		<input type="checkbox"/>	Muito ruim
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.23 - Satisfação com o cuidado			
G - III.23.1	Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde?	<input type="checkbox"/>	Sempre
	<i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Na maioria das vezes
	<i>Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	<input type="checkbox"/>	Quase nunca
		<input type="checkbox"/>	Nunca
		<input type="checkbox"/>	Esta unidade não entrega medicamento
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.23.2	Caso o(a) senhor(a) tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde?	<input type="checkbox"/>	Sim
	<i>Se Não, passar para questão III.23.4.</i>	<input type="checkbox"/>	Não
III.23.3	Por que o(a) senhor(a) mudaria de equipe ou unidade de saúde?	<input type="checkbox"/>	A Unidade é distante da casa do senhor
	<i>Poderá mais de uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Horário de atendimento não atende às necessidades
	<i>O avaliador poderá mais de uma opção de resposta.</i>	<input type="checkbox"/>	Porque não consegue atendimento
		<input type="checkbox"/>	É mal atendido

		Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores
		Outro(s)
		Nenhuma das anteriores
ES - III.23.4	O(a) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?	Sim
		Não
ET - III.23.5	Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é: <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Não sabe/não respondeu/não lembra
ET - III.23.6	Na sua opinião, o cuidado que seus familiares recebem da equipe de saúde é: <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Não se aplica (quando o usuário não tiver familiares que utilizem a unidade/serviço da equipe)
		Não sabe/não respondeu/não lembra
III.23.7	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(a) médico(a)? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		Não se aplica (Se não tiver médico na equipe)
III.23.8	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(a) enfermeiro(a)? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		Não se aplica (Se não tiver enfermeiro na equipe)
III.23.9	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(s) técnico/auxiliar(es) de enfermagem?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	<i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		Não se aplica (Se não tiver técnico/auxiliar(es) de enfermagem na equipe)
III.23.10	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(s) agentes comunitários de saúde (ACS)? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Não se aplica (Se não tiver agente comunitário de saúde na equipe)
III.23.11	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pela equipe de recepção da Unidade de Saúde? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Não se aplica (Se não tiver equipe de recepção na Unidade de Saúde)
III.23.12	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pelo(a) gerente da unidade de saúde? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Não se aplica (Se não tiver gerente na Unidade de Saúde)
III.24 - Mecanismos de participação e interação dos usuários			
ES - III.24.1	Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue? <i>Se Não, passar para questão III.24.3. Se Nunca precisou passar para questão III.24.3. Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		Sim
			Sim, mas com dificuldade
			Não
			Nunca precisou
			Não sabe/não respondeu/não lembra
ET - III.24.2	Quando o(a) senhor(a) fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Sim, teve rapidamente
			Sim, mas demorou
			Não
			Nunca fez reclamação
			Não sabe/não respondeu/não lembra

G - III.24.3	O(a) senhor(a) sabe da existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações do Município, do Estado ou do Ministério da Saúde?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra
ET - III.24.4	O senhor(a) sabe da existência de Conselho Local de Saúde ou Outro(s) espaços de participação popular nesta unidade?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/não respondeu/não lembra

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Comunicação. **Manual de Identidade Visual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 340, de 04 de fevereiro de 2013**. Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0340_04_03_2013.html>. Acesso em: jun/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq2013.pdf>>. Acesso em: jul/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006 (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legislacao/index2.cfm>>. Acesso em: out/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf> Acesso em: ago/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume II). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf> Acesso em: fev/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>

Acesso em: ago/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>

Acesso em: ago/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf> Acesso em: ago/2013.

ANEXOS

ANEXO A

Lista de documentos para comprovação das ações pela equipe

Módulo	Número do Padrão de qualidade	Documento
Módulo I	I.7.3/1	Planta da unidade ou documento com a metragem da unidade e do terreno assinado pelo engenheiro ou arquiteto do município, relatando que há espaço para ampliação.
Módulo I	I.7.4/1	Planta da unidade ou documento com a metragem da unidade e do terreno assinado pelo engenheiro ou arquiteto do município.
Módulo II	II.3.3/1	Termo de compromisso assinado pelo responsável da equipe (com o CNES e área do momento da adesão)
Módulo II	II.3.4/1	Ata de reunião assinada por um representante da gestão municipal e pelos integrantes da equipe
Módulo II	II.8.1/1	Matriz de intervenção, planilha ou outro documento que comprove o registro do planejamento da equipe
Módulo II	II.8.9/1	O instrumento de autoavaliação preenchido ou um consolidado do instrumento utilizado

Módulo II	II.10.3/1	O mapa do território da equipe
Módulo II	II.11.1/1	O entrevistador deverá pegar aleatoriamente três prontuários no arquivo ou ver o prontuário eletrônico a fim de observar se os prontuários estão organizados por núcleo familiar
Módulo II	II.11.2/1	O entrevistador deverá pegar aleatoriamente três prontuários e observar se tem folha de rosto padrão preenchida
Módulo II	II.11.3/1	Mostrar o prontuário eletrônico na tela do computador
Módulo II	II.13.1.6/1	Agenda em papel ou informatizada organizada para a realização das ações assinaladas (Visita domiciliar, Grupos de educação em saúde, Atividade comunitárias, Consultas para cuidado continuado, Acolhimento à demanda espontânea) *Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado
Módulo II	II.13.4/1	Agenda em papel ou informatizada organizada com a reserva de vagas ou com um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames
Módulo II	II.14.2.10/1	Relatório do prontuário eletrônico ou e-SUS ou planilha ou lista contendo informações do que a equipe possui de registro do seu território (De todas as gestantes, Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero, Das mulheres elegíveis para exame de mamografia, Das crianças até dois anos, Das pessoas com hipertensão, Das pessoas com diabetes, Das pessoas com DPOC/Asma, Das pessoas com obesidade) *Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado

Módulo II	II.14.3.9/1	<p>Agenda em papel ou informatizada organizada para ofertar consultas para diferentes situações (Pré-natal, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Obesidade, DPOC/Asma, Transtorno mental, Crianças até dois anos)</p> <p>*Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado</p>
Módulo II	II.14.4.13/1	<p>Protocolos para estratificação de risco para diferentes situações (Câncer do colo do útero, Câncer de mama, Pré-natal, Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento), Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Tuberculose, Hanseníase, Saúde mental, DPOC/Asma, Álcool e drogas)</p> <p>*Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado</p>
Módulo II	II.14.6.9/1	<p>Planilha ou outro documento que comprove o registro dos usuários de maior risco encaminhados pela equipe de AB para outros pontos de atenção</p>
Módulo II	II.14.7.16/1	<p>Planilha, caderno, ficha ou outro documento que comprove a realização de busca ativa para as diferentes situações (Câncer do colo do útero, Câncer do colo do útero, Citopatológico atrasado, Câncer de mama, Pré-natal, Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento), Prematuras, Com baixo peso, Com consulta de puericultura atrasada, Com calendário vacinal atrasado, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Tuberculose, Hanseníase, Saúde mental, Álcool e drogas)</p> <p>*Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado</p>
Módulo II	II.18.1/1	<p>Cartão espelho das gestantes</p>
Módulo II	II.19.1/1	<p>Planilha, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza consulta de puericultura (por exemplo, consolidado de consultas no mês por faixa etária)</p>

Módulo II	II.19.3/1	Espelho do cartão da criança, contendo informações do crescimento e desenvolvimento e da situação vacinal
Módulo II	II.21.3/1	Planilha, relatório ou outro documento que comprove que a equipe possui registro do número de usuários com tuberculose, identificados no último ano
Módulo II	II.21.7/1	A ficha de notificação de tuberculose
Módulo II	II.21.8/1	Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza tratamento diretamente observado (TDO)
Módulo II	II.21.9/1	Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza busca ativa dos faltosos do tratamento diretamente observado (TDO)
Módulo II	II.22.1 /1	Planilha, relatório ou outro documento que comprove que a equipe possui registro do número de usuários com hanseníase
Módulo II	II.22.3/1	A ficha de notificação de hanseníase
Módulo II	II.22.4/1	Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza o acompanhamento do tratamento das pessoas com hanseníase
Módulo II	II.22.5/1	Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza busca ativa dos faltosos ao tratamento das pessoas com hanseníase

Módulo II	II.23.6/1	Lista, planilha ou outro documento contendo os casos mais graves dos usuários em sofrimento psíquico (impressa ou eletrônica)
Módulo II	II.23.7/1	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
Módulo II	II.23.9/1	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
Módulo II	II.24.1/1	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com deficiência (impressa ou eletrônica)
Módulo II	II.24.2/1	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com necessidade do uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção (impressa ou eletrônica)
Módulo II	II.26.1.14/1	Planilha, caderno, ficha ou outro documento que tenha o registro das atividades de promoção da saúde (impresso ou eletrônico) *Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado
Módulo II	II.27.1/1	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários/família cadastrada no Programa Bolsa Família
Módulo II	II.28.1/1	Protocolo ou outro documento que contenha critérios para a visita domiciliar
Módulo II	II.28.4/1	Lista, planilha ou outro documento contendo o levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)

Módulo II	II.28.6/1	Lista, planilha ou outro documento contendo o registro do número de acamados/domiciliados do território
Módulo II	II.29.3.8/1	Cartaz, cartão, panfletos, informativos, ficha, livro, caderno, relatório ou outro documento contendo os canais de comunicação disponibilizados pela equipe para os usuários *Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado
Módulo II	II.29.6/1	Livro, ata das reuniões do conselho local de saúde ou de outro espaço de participação popular
Módulo II	II.30.2/1	Registro das atividades desenvolvidas na escola (impresso ou digital)
Módulo II	II.30.3/1	Lista, planilha ou outro documento contendo os escolares com necessidades de acompanhamento
Módulo II	II.30.6.3/1	Lista, planilha ou outro documento contendo os escolares que necessitaram de encaminhamento *Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado

ANEXO B

Lista das universidades da avaliação externa do PMAQ

Universidade	Estado
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Rio Grande do Sul
Universidade Federal do Pará	Pará
Universidade Federal da Paraíba	Paraíba
Universidade Federal de Campina Grande	Paraíba
Universidade do Mato Grosso	Mato Grosso
Universidade de Cuiabá	Mato Grosso
Fiocruz Mato Grosso do Sul	Mato Grosso do Sul
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	Mato Grosso do Sul
Escola de Enfermagem (Universidade de São Paulo)	São Paulo
Faculdade Saúde Pública	São Paulo
Universidade Federal de São Carlos	São Paulo
Faculdade de Medicina do ABC	São Paulo
Universidade Nove de Julho	São Paulo
Universidade de São Paulo- Ribeirão Preto	São Paulo
Universidade Estadual Paulista- Botucatu	São Paulo
Faculdade de Medicina de Marília	São Paulo
Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon)	Minas Gerais
Universidade Federal de Rondônia	Rondônia
Universidade Federal do Acre	Acre
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Rio Grande do Norte
*Rede de Universidades do Estado do Ceará	Ceará
Universidade Federal do Piauí	Piauí
Universidade Federal de Sergipe	Sergipe
Universidade Federal da Bahia	Bahia
Fiocruz - Escola Nacional de Saúde Pública	Rio de Janeiro
Fiocruz Amazônia	Amazonas
Universidade Federal do Amazonas	Amazonas
Universidade Federal do Amapá	Amapá
Universidade Federal de Roraima	Roraima
Universidade Federal de Roraima	Roraima
Universidade Federal de Fluminense	Rio de Janeiro
Fiocruz Pernambuco- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães	Pernambuco/ Alagoas
Universidade Federal de Pernambuco	Pernambuco/ Alagoas
Universidade Federal de Alagoas	Pernambuco/ Alagoas
Universidade Estadual de Alagoas	Pernambuco/ Alagoas
Universidade Federal do Espírito Santo	Espírito Santo

Escola de Saúde Pública do Paraná	Paraná
Universidade Estadual de Ponta Grossa	Paraná
Universidade Estadual do Oeste do Paraná	Paraná
Universidade Federal do Tocantins	Tocantins
Universidade Federal de Pelotas	Rio Grande do Sul
Universidade de Brasília	Distrito Federal
Universidade Federal de Minas Gerais (FACE)	Minas Gerais
Universidade Federal de Santa Catarina	Santa Catarina
Universidade Federal de Goiás	Goiás
Universidade Federal do Maranhão	Maranhão
Universidade Federal de Pernambuco	Pernambuco
Universidade Federal da Paraíba	Alagoas/ Bahia/ Ceará/ Maranhão/ Paraíba/ Piauí/ Pernambuco/ Rio Grande do Norte/ Sergipe
Universidade de São Paulo	Espírito Santo/ Minas Gerais/ Rio de Janeiro/ São Paulo
Universidade Federal de Minas Gerais	Distrito Federa/ Goiás/ Mato Grosso do Sul/ Mato Grosso
Universidade Federal do Amazonas	Acre/ Amapá/ Amazonas/ Pará/ Rondônia/ Roraima/ Tocantins
Grupo Hospitalar Conceição	Santa Catarina/ Paraná
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Rio Grande do Sul