

Participe da construção do Plano Municipal de Saúde 2026-2029 Itapemirim-ES

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEMIRIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Prefeitura de Itapemirim, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, convida você, cidadão e usuária(o) do Sistema Único de Saúde (SUS), a contribuir com a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) para o período de 2026 a 2029.

O Plano Municipal de Saúde é o principal instrumento de planejamento da saúde pública no município. Ele define as metas, prioridades e estratégias que irão nortear as ações e os investimentos na área da saúde pelos próximos quatro anos. Sua elaboração considera as necessidades reais da população, as demandas locais e os princípios do SUS, garantindo que as políticas públicas sejam mais eficientes, inclusivas e resolutivas.

Por meio deste formulário, queremos conhecer sua experiência com os atendimentos e o acesso aos serviços de saúde em nossa cidade. As informações coletadas serão analisadas pelo Grupo de trabalho intituido para elaboração do plano, e servirão de base para identificar os principais desafios enfrentados pela população, além de propor melhorias nos serviços prestados.

Esta ação integra os princípios da gestão participativa, com ênfase no Controle Social, e reforça o compromisso da administração municipal com a escuta ativa da população em todas as etapas do planejamento e da realização da Conferência Municipal de Saúde.

Sua participação é fundamental para construirmos, juntos, uma saúde pública mais eficiente, humana e alinhada às reais necessidades da nossa comunidade.

Contribua com sua opinião. Participe!

Este questionário foi elaborado em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Todas as informações fornecidas serão tratadas com total sigilo e confidencialidade. Nenhum dado pessoal será compartilhado com terceiros sem o seu

consentimento explícito, e os dados coletados serão utilizados exclusivamente para os fins para os quais foram solicitados. Garantimos que todas as medidas de segurança serão adotadas para proteger suas informações.

** Indica uma pergunta obrigatória*

Perfil - Identificação!

Queremos te conhecer! 👍

1. **Nome completo ***

2. **E-mail**

3. **Telefone ***

4. **CPF ***

5. Endereço completo *

6. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

☐ Masculino

☐ Feminino

7. Dados de representação/ segmento *

Marcar apenas uma oval.

☐ Usuário(a) do SUS

☐ Trabalhador(a) da saúde

☐ Gestor(a) ou representante do governo

☐ Prestador(a) de serviço conveniado

☐ Outro: _____

8. Você possui alguma Doença Crônica?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Artrite ou reumatismo
- ☐ Tabagismo
- ☐ Hipertensão
- ☐ Doença cardíaca (infarto angina, insuficiência cardíaca ou outra)
- ☐ Derrame (acidente vascular cerebral - AVC)
- ☐ Insuficiência renal crônica
- ☐ Diabetes
- ☐ Câncer
- ☐ Obesidade
- ☐ Doença pulmonar (asma, bronquite crônica, enfisema pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica ou outra)
- ☐ Doença Mental diagnosticada (transtorno bipolar, depressão, ansiedade, psicose, esquizofrenia, outra)
- ☐ Não possuo doença crônica
- ☐ Outras doenças diagnosticadas que durou mais de 6 meses
- ☐ Outro: _____

9. No último ano, quando você precisou de atendimento da saúde, quais dos serviços abaixo você utilizou?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Estratégia da Saúde da Família (ESF) / Unidade Básica de Saúde (UBS)
- ☐ Hospital Municipal
- ☐ Serviço Odontológico
- ☐ Centro de Especialidades
- ☐ CAPS
- ☐ Farmácia Básica Municipal
- ☐ Vacinação/Imunização
- ☐ Vigilância Sanitária
- ☐ Transporte Sanitário
- ☐ SAMU
- ☐ Não utilizei nenhum dos serviços do SUS no último ano
- ☐ Outro: _____

10. Como você avalia os serviços que você utilizou?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Extremamente Insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Indiferente
- ☐ Satisfeito
- ☐ Extremamente Satisfeito

11. Quais áreas da saúde você considera prioritárias para o próximo Plano Municipal de Saúde?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Saúde da Mulher
- ☐ Saúde da criança e do adolescente
- ☐ Saúde Mental
- ☐ Atendimento a pessoas idosas
- ☐ Atendimento a pessoas com deficiência
- ☐ Prevenção e controle de doenças crônicas (diabetes, hipertensão etc.)
- ☐ Saúde bucal
- ☐ Vigilância em Saúde ambiental (ex: dengue e outras arboviroses)
- ☐ Vigilância Sanitária (fiscalização de estabelecimentos de interesse a saúde)
- ☐ Vigilância de Zoonoses (ações de controle de zoonoses de interesse a saúde pública)
- ☐ Vigilância em Saúde do Trabalhador (ações que visam promoção da saúde e prevenção de acidentes de trabalho)
- ☐ Atendimento de urgência e emergência
- ☐ Consultas exames especializados
- ☐ Outro: _____

12. **Em geral, qual o seu grau de satisfação com os serviços de saúde do município?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Extremamente insatisfeito
- ☐ Insatisfeito
- ☐ Indiferente
- ☐ Satisfeito
- ☐ Extremamente satisfeito

13. **Justifique o motivo da resposta acima:**

14. **Atendimento na unidade de Atenção Primária à Saúde (Postinho de saúde)**

Você conhece a equipe de saúde responsável pelo seu território?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

15. **Você conhece o seu Agente Comunitário de Saúde (ACS)?**

Marcar apenas uma oval.

☐ sim

☐ Não

16. **Com que frequência você usa os serviços da UBS?**

Marcar apenas uma oval.

☐ Nunca

☐ 1 a 2 vezes por ano

☐ 3 a 5 vezes por ano

☐ Mais de 5 vezes por ano

17. **Como você avalia o acolhimento na recepção da UBS ? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim

18. **Como está a estrutura física da UBS (limpeza, conforto, acessibilidade)?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Bom
- ☐ Ruim
- ☐ Regular

19. **Os serviços que você precisa geralmente estão disponíveis na UBS? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não

20. **Se não, quais serviços você sente falta?**

21. **No último ano, tem tido dificuldade de conseguir consulta médica na ESF do seu bairro?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não, meu agente comunitário sempre me auxilia
- ☐ Não, sempre que eu preciso marcar consulta, eu consigo
- ☐ Sim, tenho dificuldade em conseguir para marcar consulta
- ☐ Sim, sempre tem fila grande para conseguir marcar consulta
- ☐ Não me consultei neste último ano

22. Você já recebeu visita domiciliar de profissionais da saúde em sua casa?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, do Agente Comunitário de Saúde há menos de 3 meses
- ☐ Sim, do Agente Comunitário de Saúde há mais de 3 meses
- ☐ Sim, do Agente de Combate de Endemias (ACE) há menos de 3 meses
- ☐ Sim, do Agente de Combate de Endemias (ACE) há mais de 3 meses
- ☐ Sim, do técnico de enfermagem e/ou do enfermeiro
- ☐ Sim, do médico da ESF
- ☐ Sim, de outros profissionais de saúde da ESF (nutricionista, psicólogo)
- ☐ Não, nunca recebi visita de nenhum profissional da saúde

23. Hospital e Maternidade “Menino Jesus”
Com que frequência você utiliza o hospital?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nunca
- ☐ 1 a 2 vezes por ano
- ☐ 3 a 5 vezes por ano
- ☐ Mais de 5 vezes por ano

24. Como você avalia o Hospital e Maternidade “Menino Jesus”

Marcar apenas uma oval.

☐

Bom

☐

Ruim

☐

Regular

25. Que melhorias ou novas ações você sugere para o hospital?

26. Centros de Especialidades Médicas

Com que frequência por ano você utiliza os serviços dos Centros de Especialidades Médicas do município (“Mãe Bilú”, CEM “Itaipava”, CAPS ou outros)?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Nunca
- ☐ 1 a 2 vezes por ano
- ☐ 3 a 5 vezes por ano
- ☐ Mais de 5 vezes por ano

27. Quando precisou de consulta com profissionais da equipe multiprofissional (psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapia), você apresentou alguma dificuldade?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Nunca realizei consulta com profissionais da equipe multiprofissional no SUS
- ☐ Não sabia que havia esses profissionais atendendo pelo SUS

28. **Se sim, detalhe qual(is) profissional(is) e/ou qual(is) dificuldade(s):**

29. **Quando precisou de exames diagnósticos (Raio-X, ultrassonografia, ressonância, entre outros), você apresentou alguma dificuldade?**

Marcar apenas uma oval.

☐

Sim

☐

Não

☐

Nunca realizei exame diagnóstico no SUS

30. **Se sim, detalhe qual(is) exame(s) e qual(is) dificuldade(s):**

31. **Quando precisou de exames laboratoriais (exame de sangue, urina e outros), você apresentou alguma dificuldade?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Nunca realizei exame laboratorial no SUS

32. **Se sim, detalhe qual(is) exame(s) e qual(is) dificuldade(s):**

33. **Quando precisou de atendimento de urgência no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou Resgate, você apresentou alguma dificuldade?**

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Nunca precisei de atendimento pelo SAMU
- ☐ Nunca precisei de atendimento do Resgate

34. Se sim, qual(is) dificuldade(s):

35. No seu último agendamento, você faltou o exame ou consulta especializada agendada por que:

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não faltei ao agendamento
- ☐ Não recebi a marcação a tempo
- ☐ Não tinha dinheiro para passagem no dia da marcação
- ☐ Não tive liberação no trabalho no dia da marcação
- ☐ Perdi o papel do pedido (referência)
- ☐ Não consegui agendar o transporte
- ☐ Outro: _____

36. **Em sua opinião, qual a principal necessidade de saúde no Município?**

37. **Proposta para Atenção Primaria à Saúde(Postinho de saúde)**

38. **Proposta para Atenção Especializada (centro de especialidades: psiquiatria, ortopedista, cardiologista, e demais serviços)**

39. **Proposta para assistência farmacêutica (farmácia básica municipal)**

40. **Proposta para Vigilância em Saúde (sala de vacina, controle da dengue, zoonoses)**

41. **Proposta para gestão do SUS (secretaria municipal de saúde)**

42. **Alguma sugestão específica para o Plano Municipal de Saúde?**

43. **Espaço livre para outras sugestões ou comentários:**

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários