

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

DANIELA NUNES OLIVEIRA
SARA EMMYLLE GONZAGA SANTOS CORREIA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE PRESTADOS À POPULAÇÃO DO ESTADO
DE SERGIPE**

Aracaju
2021

DANIELA NUNES OLIVEIRA
SARA EMMYLLE GONZAGA SANTOS CORREIA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE PRESTADOS À POPULAÇÃO DO ESTADO DE
SERGIPE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Tiradentes
como um dos pré-requisitos para
obtenção do grau de Bacharel em
Fisioterapia.

ORIENTADORA: PROF.^a DRA. DANIELA TELES DE OLIVEIRA

Aracaju
2021

AValiação DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PRESTADOS À POPULAÇÃO DO ESTADO DE SERGIPE

Daniela Nunes Oliveira¹; Sara Emmylle Gonzaga Santos Correia¹; Daniela Teles de Oliveira²

RESUMO

Por décadas, o sistema de saúde foi centralizado, sendo usufruído apenas por trabalhadores que colaboraram para a previdência. Durante os anos 60 a 80, a população sofria com falta de acesso a cuidados básicos. Com Reformas Sanitárias e a Constituição Federal de 1988, ocorreu a construção do SUS inspirado no Relatório Dawson, sendo organizado em três níveis de atenção hierarquizados, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada para o sistema de serviços de saúde. Desse modo, o presente artigo tem como objetivos: Avaliar a qualidade nos serviços da APS prestados à população do estado de Sergipe e comparar os serviços da APS da capital e dos interiores do estado. Nesse estudo foi utilizado o questionário de avaliação da Atenção Primária (PCatool-Brasil), de forma online, pelo Google Forms, onde os scores variavam de 0 a 10, classificados em alta ou baixa qualidade da APS. A amostra foi composta por 111 indivíduos, porém apenas 78 atenderam a todos os critérios estabelecidos. Sendo 55 indivíduos do sexo feminino (70,5%) e 23 do sexo masculino (29,5%); com idade média de 38,2 anos; 22 pessoas da capital (Aracaju, 31%) e 49 nos interiores (69%). Com o estudo foi possível observar que, independentemente do sexo e da localidade, e ao comparar a qualidade da APS em relação à localidade, houve uma prevalência de score baixo em ambos os casos e que quanto maior a idade maior seria o score. Através de variados estudos presentes neste trabalho, conclui-se que mesmo com avanços, ainda há déficits na qualidade da APS. Diante dos resultados da pesquisa, ficou claro que há uma maior insatisfação na sociedade com a forma que é oferecido esse serviço e que a população residente nos interiores do estado é mais afetada do que as que residem na capital.

Palavras-chaves: Coleta de Dados. Atenção Primária à Saúde. População. Saúde Pública. Sistema Único de Saúde.

QUALITY ASSESSMENT IN PRIMARY HEALTH CARE SERVICES PROVIDED TO THE POPULATION OF THE STATE OF SERGIPE Daniela Nunes Oliveira¹; Sara Emmylle Gonzaga Santos Correia¹; Daniela Teles de Oliveira²

ABSTRACT

For decades, the healthy system was centralized, being used by workers who has contributed for Social Security. Between the 60's to 80's, the population has suffered without accessing basic care. Because of the Sanitary Reforms and Federal Constitution of 1988, the SUS was built inspired by Dawson Report, and organized in three hierarchical levels of attention. The Primary Health Attention (APS) introduced the health service system. Thus, this paper aims to evaluate the APS services quality provided to the population of Sergipe state and compare APS services in the capital and inlands of state. In this paper was used an assessment questionnaire of Primary Attention (PCatool-Brazil) online by Google Forms, which score vary from 0 to 10, classified into high or low APS quality. The sample was composed by 111 individuals, but only 78 meet all established requirements. Among them, 55 female individuals (70,5%) and 23 male individuals (29,5%); with average age of 38,2; 22 people of capital (Aracaju, 31%) and 49 of inlands (69%). With this study was possible to see: that regardless of sex and location, and comparing the APS quality in relation to the location there was a prevalence of low score in each cases and that the higher the age, the more would be the score. Through various studies contained in this work, it is concluded that, even with advances, the APS quality still have deficits. In face of this research results, it is clear that there is a higher dissatisfaction at society in the way that this service offered to the people and that this population that lives in the inlands of state is the most affected rather than those who lives in the capital.

Descriptors or Keywords: Data Collection. Primary Health Care. Population. Public Health. Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde pública vigente no Brasil é responsável pela distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana. Por décadas, o sistema de saúde foi centralizado sendo usufruído apenas por trabalhadores que colaboraram para a previdência. Em meados dos anos 60-80 o Brasil passou por períodos catastróficos com a vigência da Ditadura Militar e Crise Mundial. Em consequência disso ocorreram desempregos em massa e a população ficou à mercê pela falta de acesso a cuidados básicos, altas taxas de mortalidade infantil adjunto a situações precárias na base social, sanitária e econômica (MATTA e MOROSINI, 2009; SOUSA, 2014).

Em virtude desses fatos, foi alavancada a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) culminando na promulgação da Constituição Federal de 1988. Essa tinha como premissa responsabilizar o Estado a assegurar saúde à toda população, através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, destacam-se a universalidade, integralidade, equidade, informação e participação popular, que fazem parte dos princípios contidos na lei 8.080/90 que regulamenta o SUS (CARVALHO, 2013; MARTINS, 2017; CORONEL et al., 2017).

A construção do SUS foi inspirada no Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido que organizava um modelo dos níveis de atenção à saúde hierarquizado. Dividido em duas atenções de forma regionalizada atendendo a massa populacional- Primária (serviços de primeiro contato, curativos aliados na prevenção de patologias e na promoção da saúde; sanando a maioria dos problemas) e secundária (serviços de média complexidade que não foram possíveis de resolver no primário, em um âmbito ambulatorial). Sendo assim, na criação do SUS, com objetivo de garantir atendimento integral e cobertura universal, foi adotado todo o modelo do relatório e acrescentado mais um nível, o terciário (alta complexidade em um âmbito hospitalar) (MATTA e MOROSINI, 2009; RODRIGUES et al., 2014).

A Atenção Primária à saúde (APS) define-se por um conjunto de intervenções de saúde na base coletiva e individual que envolve prevenção, promoção, diagnóstico e

tratamento. Essa pode ser desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais, sanitárias, igualitárias e participativas com a atenção ao indivíduo por completo e não só a sua patologia, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios delimitados. (STARFIELD, 2002; SHIMAZAKI, 2009).

A APS foi proposta ao mundo em meio à Crise Mundial, por conta das já citadas ineficiências dos sistemas de saúde. Seu formato e definição foi apresentado pela I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de 1978, em Alma Ata, que propôs empenho na busca da promoção de saúde a todos os indivíduos. Obtendo a APS, como protótipo de atenção qualificada para abranger um nível de saúde de baixa escala e custo, que permitisse à população obter uma boa qualidade de vida ficando mais tempo economicamente ativa. Através dessa conferência, com a implementação do SUS, foi definido que a APS serviria como porta de entrada para o sistema de serviços de saúde, de forma a se conseguir a organização e melhorias nas condições de saúde desejadas as comunidades. Para isso foi implantado em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que alguns anos mais tarde tornou-se o Programa de Saúde da Família (PSF), atual Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MATTA e MOROSINI, 2009; SANTOS e MELO, 2018).

A APS necessita de uma equipe interdisciplinar, contendo variados profissionais da saúde dependendo da necessidade da comunidade, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades. As suas ações mínimas são: Educação em saúde orientada para a prevenção e proteção; tratamento da água e saneamento; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns, bem como o fornecimento de medicamentos essenciais (MATTA e MOROSINI, 2009; LEÃO e CALDEIRA, 2011; STARFIELD et al, 2013).

O SUS opera em todo o país atendendo as necessidades de saúde de 174,6 milhões de pessoas em 5714 unidades de saúde; incluindo o aumento de utilização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) pela população 41,8% em 1998 e 65,5% em 2013, através das pesquisas nacionais por amostra de domicílio (PNAD). Porém a demanda dos serviços

permanece superior à oferta, já que a hierarquização dos serviços não é seguida (YOUNGER et al., 2016; FACCHINI, TOMASI e DILÉLIO, 2018).

Em virtude dessa falta de disciplina hierárquica, há muitas falhas na organização do atendimento, principalmente nos centros de Atenção Primária à Saúde, UBS. Dificuldades como- Geolocalização deficitária, longas filas e esperas nos atendimentos, deficiência de instalações e equipamentos, adiamentos de consultas e exames, falta de medicações, informações à população, tecnologias de informação e comunicação e preparo psicológico para os profissionais ainda são observadas (CAMPOS, 2005; SIMÕES et al., 2007; BARBOSA, ELIZEU e PENNA, 2013; CAMPOS et al., 2014). Desse modo, o presente artigo têm como objetivos: Avaliar a qualidade nos serviços da Atenção Primária à Saúde prestados à população do estado de Sergipe e comparar os serviços da Atenção Primária à Saúde da capital e dos interiores do estado de Sergipe.

2 METODOLOGIA

2.1 Desenho do estudo

O estudo é do tipo observacional analítico transversal de cunho quantitativo.

2.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada pela plataforma Google Forms com a divulgação, através das mídias sociais, para que, dessa forma, houvesse a possibilidade de atingir uma boa parte da população sergipana que usufrua da Saúde Pública.

2.3 Amostra

Amostra por conveniência durante o mês de abril de 2021.

2.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa indivíduos maiores de 18 anos que fazem uso dos serviços de saúde pública no estado de Sergipe e excluídos os indivíduos que tenham respondido em mais da metade das questões do instrumento a opção 9, dita como não sei/não lembro.

2.5 Aspectos éticos

A participação dos voluntários no projeto foi instituída à concordância, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1). Tal declaração continha informações sobre o tema da pesquisa, objetivo, método de avaliação. O trabalho seguiu os termos da Resolução N°466/12, do dia 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas em seres humanos.

2.6 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados:

Esta pesquisa é um estudo enquete, onde foi utilizado o questionário PCatool – Primary Care assessment tool validado e adaptado no Brasil, sendo nomeado de instrumento de avaliação da atenção Primária (PCatool-Brasil). O mesmo foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian. Esse modelo de

avaliação fundamenta-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde na atenção primária.

A fim de atender os objetivos do trabalho e em virtude do momento pandêmico, o questionário foi adaptado para versão online pela plataforma Google Forms. Foi utilizada a versão Adulto reduzida (ANEXO 1) que é formada por 25 itens distribuídos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS (afiliação; acesso primeiro contato: utilização e acessibilidade; longitudinalidade; coordenação: Integração de cuidados e sistemas de informações; integralidade: Serviços disponíveis e prestados; Orientação família e orientação comunitária). A fim de complementar a avaliação do questionário foram inseridas perguntas sociodemográficas tais como: Nome, sexo, idade, serviço de saúde mais utilizado e se utiliza-o no estado de Sergipe (APÊNDICE 2).

A avaliação dos dados do PCatool- Brasil utiliza-se da escala Likert: (4) Com certeza sim, (3) Provavelmente sim, (2) Provavelmente não, (1) Com certeza não, (9) Não sei/Não lembro. Para calcular o score geral são utilizados os valores de 1 a 4 de cada resposta que é obtido pela média das respostas de todos os itens do instrumento. Esse score mostra valores variando de 1 a 4, sendo os valores mais elevados característicos de serviços mais orientados à APS; a variação dos valores (inversão) e transformação do score para valores de 0 a 10, para facilitar a leitura dos resultados; são demonstrados pelo manual do instrumento de avaliação de Atenção Primária à Saúde cedido de forma gratuita pelo Ministério da Saúde Brasileira.

Também no intuito de facilitar a leitura dos resultados, os scores podem ser classificados em Alto ($\geq 6,66$) ou Baixo ($< 6,66$), sendo o primeiro caracterizado pela presença e extensão dos atributos da APS, revelando serviços melhores orientados para a APS. O formulário da pesquisa foi distribuído em mídias sociais através do link gerado pela plataforma Google Forms e continha todas as instruções para ser respondido de forma clara, rápida e apenas uma vez.

2.7 Análise estatística

A tabulação e organização do banco de dados ocorreu por meio do programa Excel 365 e, em seguida, analisado estatisticamente pelo software Statistical Package for the Social

Sciences (SPSS) 25,0, onde foram obtidos resultados em frequência absoluta e relativa. O intervalo de confiança utilizado foi padronizado em 95% para apresentar significância estatística ($p < 0,05$).

O cálculo realizado para obter os parâmetros dos scores seguiu a equação:

$$\text{Score} = \frac{((\text{Soma de todos os itens (considerando já inversão dos itens C11 e D14)} - 23)}{69} * 10$$

Após obtenção dos scores, foi padronizado um ponto de corte de 6,66, onde, maior que esse valor é considerado alto e menor é considerado baixo. Após a categorização do score, foi utilizado o teste Exato de Fisher com o objetivo de avaliar a distribuição do score em relação ao sexo e a localidade.

Para análise do score como variável numérica agrupada pela localidade, foi necessário verificar a distribuição da normalidade dos scores por meio do teste **Kolmogorov-Smirnov com Correlação de Lilliefors**. Ao observar a paramétrica das variáveis (distribuição homogênea), foi utilizado o teste T de amostras independentes a fim de avaliar a distribuição dos scores numéricos em relação à localidade.

Para avaliar a correlação entre as variáveis numéricas (idade e score), foi necessário verificar a distribuição por meio do teste de normalidade **Kolmogorov-Smirnov com Correlação de Lilliefors**. Após perceber a paramétrica das variáveis, utilizou-se a correlação de Pearson com o intuito de avaliar a correlação dos scores entre ambos os índices, analisando a força da correlação por meio da figura 1.

Size of Correlation	Interpretation
.90 to 1.00 (-.90 to -1.00)	Very high positive (negative) correlation
.70 to .90 (-.70 to -.90)	High positive (negative) correlation
.50 to .70 (-.50 to -.70)	Moderate positive (negative) correlation
.30 to .50 (-.30 to -.50)	Low positive (negative) correlation
.00 to .30 (.00 to -.30)	negligible correlation

Figura 1. Força da relação entre variáveis numéricas.

Fonte: Hinkle DE. Wiersma W. Jurs SG. Applied Statistics for the Behavioral Sciences. 5th ed. Boston: Houghton Mifflin; 2003.

3 RESULTADOS

O presente estudo contou com uma amostra de 111 indivíduos que responderam ao questionário através da plataforma Google Forms. Entretanto 9 respostas foram duplicadas e, assim, excluídas das análises. Dos 102 indivíduos, apenas 78 atenderam a todos os critérios pré-estabelecidos. Através do questionário foi avaliado se o perfil dos avaliados era coerente com o estudo, bem como o score da qualidade da Atenção Primária à Saúde.

A amostra foi composta por 55 indivíduos do sexo feminino (70,5%) e 23 do sexo masculino (29,5%); com idade média 38,2 e com desvio padrão $\pm 16,333$. Todos os participantes (100%) faziam uso dos serviços de saúde no Estado de Sergipe, sendo que 22 pessoas na capital (Aracaju, (31%)) e 49 nos interiores (69%). Em relação à localidade foi percebido que o questionário foi respondido majoritariamente por indivíduos de diversos interiores do estado de Sergipe. Tendo como exemplos: Aquidabã, Barra dos Coqueiros, Capela, Cumbe, Nossa Senhora do Socorro e São Domingos. Conforme a tabela 1.

Tabela 1: Perfil geral dos indivíduos pesquisados. Valores apresentados em porcentagem (%), média \pm desvio padrão (a).

Variável	N (%)
Sexo	
Feminino	55 (70,5)
Masculino	23 (29,5)
Faz uso dos serviços de saúde do Estado?	
Sim	78 (100)
Localidade	
Aracaju	22 (31)
interiores do Estado	49 (69)
Idade	38,2 ($\pm 16,333$) ^a

a – Média e desvio padrão.

Ao avaliar a qualidade dos serviços da Atenção Primária à Saúde, foi possível observar que, independentemente do sexo (femino e masculino) e da localidade (Aracaju e interiores do Estado), houve uma prevalência de um score baixo ($< 6,66$), conforme o ponto de corte estabelecido para classificar o score em alto ou baixo (como é mostrado na metodologia); totalizando 64,1% e 60,5%, respectivamente. Demonstrando que a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) é baixa desassociando-se do sexo e da localidade. A Frequência média do score da população geral foi de 5,8 ($\pm 1,767$), o que comprova a baixa

qualidade da APS, pois a média não foi atingida (6,66); com o score variando de 1,59 até 10 pontos. De acordo com a Tabela 2.

Tabela. 2: Classificação do score da avaliação da Atenção Primária à Saúde entre os sexos feminino e masculino e da localidade entre a capital e interiores do estado de Sergipe. Valores representados em porcentagem (%). Teste Exato de Fisher $p^a = 0,441$ e $0,601$.

Variável	Classificação do score		Total	p^a
	Alto	Baixo		
Sexo				
Feminino	18 (64,3)	37 (74)	55 (70,5)	0,441
Masculino	10 (35,7)	13 (26)	23 (29,5)	
Total	28 (35,9)	50 (64,1)	78 (100)	
Localidade				
Aracaju	10 (35,7)	12 (27,9)	22 (31)	0,601
Interiores do Estado	18 (64,3)	31 (72,1)	49 (69)	
Total	28 (39,4)	43 (60,5)	71 (100)	

a – Teste Exato de Fisher

Ao comparar a qualidade da Atenção Primária à Saúde em relação à localidade, percebe-se que ambas as envolvidas no quesito média apresentaram um score classificado como baixo ($< 6,6$). Sendo assim, Aracaju obteve: Média- 6,2, desvio padrão- 1,553, mínimo valor de score- 3,5 e o máximo- 8,8. e Interiores do Estado: Média- 5,9, desvio padrão- 1,767, mínimo valor de score- 2,7 e máximo- 10. Dessa forma, observa-se que Aracaju obteve uma média mais próxima ao valor de classificação alto da qualidade da APS ($\geq 6,66$). Essa comparação apresentou significância com $p^a = 0,440$, através do teste T de amostras independente (a). Visto na Tabela 3.

Tabela 3: Medida dos scores da qualidade da Atenção Primária à Saúde em comparação às localidades. Valores apresentados em média, desvio padrão, mínimo e máximo valor do score. Teste T de amostras independentes, $p^a = 0,440$.

Score	Termo de tendência central e parâmetros de amplitude				p ^a
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	
Localidade					
Aracaju	6,2	1,553	3,5	8,8	
Interiores do Estado	5,9	1,767	2,7	10	0,440

a – Teste T de amostras independentes

Ao relacionar as duas variáveis idade em anos e o score da qualidade da Atenção Primária à Saúde, foi possível perceber que quanto maior a idade maior seria o score. Com isso, observa-se uma relação significativa com correlação positiva, mesmo sendo de uma apresentação fraca. Figura 1.

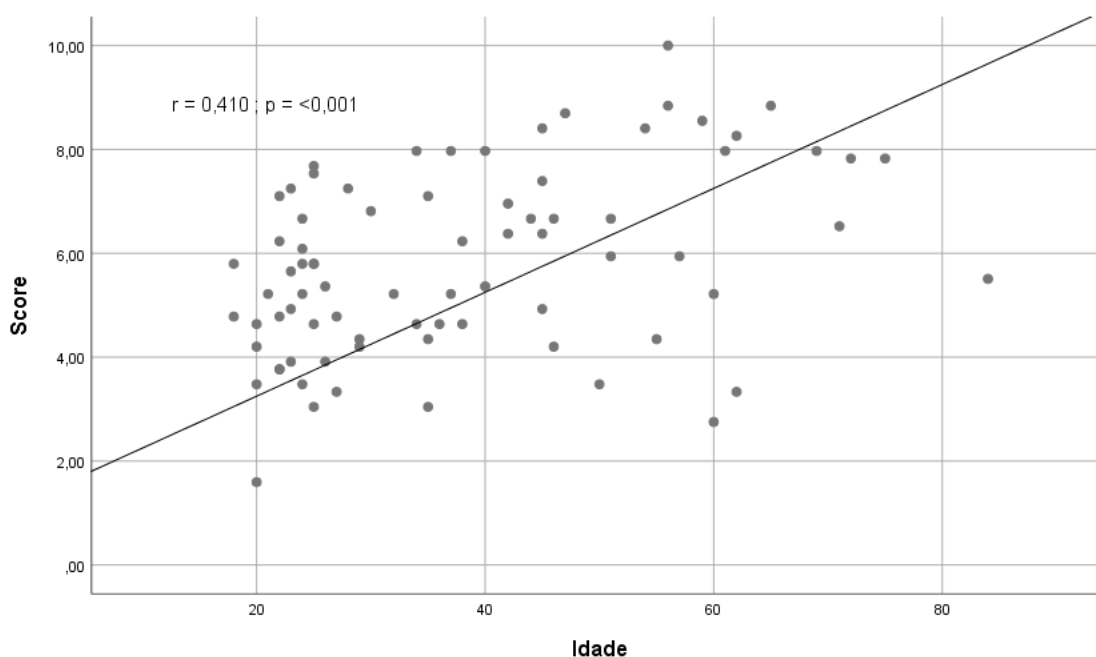


Figura 1: Correlação positiva entre a idade (em anos) e score da qualidade da Atenção Primária à Saúde. Teste de correlação de Pearson, $p = <0,001$

4 DISCUSSÃO

Segundo Starfield et al. (2002) e Campos et al. (2014) existe concordância sobre a necessidade da Atenção Primária à Saúde (APS) na melhora dos indicadores de saúde de uma população. Uma vez que ela funciona como porta de entrada do sistema de saúde, oferece o acesso e vínculo entre a população e os profissionais e é centrada no indivíduo e não na patologia. A APS tem capacidade para resolver a maioria dos problemas de saúde da população e deve conciliar ações de assistência com prevenção e promoção, além de coordenar a atenção prestada nos outros níveis de saúde e servir como pilar para o trabalho dos níveis secundário e terciário, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90.

De acordo com Figueiredo et al (2018) os sistemas de saúde orientados pela APS apresentam uma qualidade da atenção e eficiência nos projetos de cuidados à saúde em forma satisfatória e a menores custos. Ademais, tais sistemas estabelecem oportunidades de acesso da população para cuidados apropriados e maior contentamento com a atenção recebida. A APS deve assegurar os seus principais atributos (essenciais e derivados) como o acesso de primeiro contato. Dessa forma, traz acessibilidade na utilização do serviço, integralidade, que se refere à oferta integral de serviços, e, por fim, a longitudinalidade, que acarreta na existência de uma fonte regular de atenção mantida ao longo do tempo.

Oliveira e Cruz (2015) e Facchini, Tomasi e Dilélio (2018) falam que para a evolução da APS no decorrer do tempo, foi instaurado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que institucionalizou incentivos financeiros para elevar o padrão das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esse programa apresentou conquistas consideráveis, tais como: A redução da taxa de mortalidade infantil, o controle de doenças infecciosas, imunização e de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/Aids) e atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF, antigo PSF). Esse último ampliando o acesso e utilização dos serviços do SUS em 30 anos, pois atuam com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde da comunidade.

Zils et al (2009) e Furlanetto et al (2020) falam que a avaliação de satisfação dos usuários com os serviços de saúde foi introduzida de forma a fazer jus a regulamentação do SUS, através da participação e comunicação da comunidade, sendo um indicador importante, pois traz expectativa e percepção dos usuários. A inclusão da satisfação da população na análise dos serviços, vem sendo valorizada e incluída regularmente nas políticas. Dessa

forma, além de construir um indicador de qualidade, proporciona a criação de um conhecimento que aprimore a promoção de transformações organizacionais que tenham significado para os usuários. Assim, pode haver o aperfeiçoamento de processos institucionais dos serviços, ações de planejamento em saúde, melhora na aprovação ao tratamento e de tomadas de decisões pela gestão; o que pode influenciar na redefinição de políticas públicas de saúde.

Figueiredo et al (2018) mostram que, a partir da implantação da ESF, é perceptível sua expansão com o aumento no número de equipes de saúde da família de 3.062, em 1998, para 26.364, em 2006, e com redução da razão equipe de saúde por habitante de 52.838 para 7.084 no mesmo período. Em 2013, a ESF cobria 56,37% da população brasileira, em um total de 34.715 equipes implantadas. Assim, favoreceu-se o seu maior objetivo de aproximar as unidades de saúde com as famílias. Porém, segundo Mendes (2012) a ESF não é homogênea em virtude das suas ideologias seletivas que a concentra em zonas mais pobres. Além disso, ainda há a possibilidade da baixa adesão dos estados que obtêm cidades com maiores coberturas de saúde, deixando a ESF de lado.

Padoin et al (2016) relataram que, a ESF ampliou a acessibilidade a partir da conversão de UBS em estratégias de saúde da família e pela construção de novos serviços, principalmente, em áreas distantes e menos providas de recursos sociais, o que viabiliza a prestação de ações em saúde a uma população anteriormente excluída. Facchini, Tomasi e Dilélio (2018) trazem que, as pesquisas nacionais por amostra de domicílio (PNAD) reforçam os avanços da APS para a saúde e qualidade de vida da comunidade através dos aumentos de pré-natal, vacinação da antitetânica em gestantes, exame preventivo para controle do câncer de útero, cobertura de rastreamento do câncer de mama, promoção de qualidade de vida para diabéticos e cuidados de saúde bucal entre populações com maior vulnerabilidade social.

Contudo, mesmo com a presença de matérias que comprovam a efetividade da APS, ainda há déficits na sua eficiência; Conill (2008); Moura et al. (2010); Campos et al. (2014); Barbosa, Elizeu e Penna (2013); Oliveira e Pereira (2013) e Garnelo et al. (2018) destacam alguns problemas da atenção primária, tais como: Insuficiência de recursos materiais e equipamentos adequados, como geladeira exclusiva para vacina e ferramentas de esterilização que interferem na biossegurança; falta de medicamentos; longo tempo de espera, enfrentamento de filas e baixa possibilidade de atendimento imediato, acolhimento ineficaz e não humanizado, localização geográfica, horários limitados de atendimento nas

regiões rurais, bem como, pouco atendimento domiciliar tanto nas zonas campestres quanto urbanas. Os autores ainda destacam a insuficiência de materiais educativos e de sala de reunião para atividades coletivas com a comunidade.

Conill (2008); Moura et al (2010); Campos et al (2014); Barbosa, Elizeu e Penna (2013); Oliveira e Pereira (2013) e Garnelo et al (2018) demonstram que, há fatores que favorecem essas problemáticas, como: A falta de profissionais especializados que geram um certo despreparo para perceber e lidar com as reais necessidades da comunidade; fortes desigualdades regionais nas ofertas de serviços de saúde, que está associada a grande concentração de profissionais nos espaços urbanos; falha na interação com as três esferas governamentais; falta e dificuldade de transporte para as equipes do meio rural restringindo as visitas domiciliares e limitando o horário de funcionamento das unidades; baixa cobertura da ESF no meio urbano, sendo mais disponibilizado as UBS.

Campos et al. (2014) destacam que, nas grandes cidades também ocorrem as dificuldades de acesso ao serviço da APS, sendo considerado como algo burocrático e demorado, desde o tempo de espera do agendamento até o dia da consulta, tal como, o próprio processo de atendimento no serviço. Marques e Lima (2007) também apontam a burocratização das ações e procedimentos na atenção primária. Ainda segundo Campos et al. (2014) essas dificuldades se dão pela falta de médicos e da alta rotatividade dos mesmos nas UBS, pois a mesma é bastante utilizada por esses indivíduos que consideram o atendimento e acesso melhores do que em outros locais.

Com esse estudo, através da baixa prevalência do gênero masculino e de adultos, não podemos afirmar que os mesmos não fazem uso do serviço primário de saúde. Porém, segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007) a utilização de serviços para prevenção e promoção é comumente associada ao gênero feminino do que ao masculino. Já que, por motivos históricos e sociais, esse gênero tende a cuidar-se mais. Assim como, Travassos e Viacava (2007) mostram que, idosos geralmente apresentam maiores prevalências de patologias e incapacidades, por esse motivo, é uma fase da vida que há um aumento da utilização de serviços de saúde.

Travassos e Viacava (2007) mostram que, idosos residentes em interiores obtinham um serviço de saúde que utilizavam regularmente, sendo as UBS e Unidade de Saúde da Família (USF) as principais. Todavia, os idosos com 80 anos ou mais, dessa mesma área enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde, por fatores associados à distância e às dificuldades de deslocamento, já que há uma restrição de mobilidade física. Siqueira et al.

(2009) também evidenciam essas limitações aos idosos e incluem problemas estruturais. Dessa forma, percebe-se que mesmo com toda a evolução e melhorias, a APS ainda não está preparada para prestar atendimento a certas populações.

5. CONCLUSÃO

A satisfação/insatisfação costuma ser mediada pelo modo como os usuários são tratados pelas equipes. A valorização da gentileza, da escuta e da acolhida feita pelos profissionais revela a importância de cultivar o vínculo e de adotar as tecnologias necessárias para sanar os problemas da comunidade, sendo assim, a literatura reconhece as desigualdades nas condições de saúde e de utilização dos serviços entre as regiões rurais e urbanas.

A partir de variados estudos citados no presente trabalho, fica concluído que mesmo com os avanços ainda são detectados déficits na qualidade da Atenção Primária à Saúde. Diante dos resultados da pesquisa, fica claro que a insatisfação da sociedade com a forma que é oferecido esse serviço é maior do que a satisfação e que a população residente nos interiores do estado é mais afetada do que as que residem na capital.

O trabalho apresentou limitações quanto à quantidade de pessoas avaliadas e de estudos sobre a qualidade da Atenção Primária à Saúde, principalmente os que comparam os municípios (capital e interior). Fazendo-se necessário, para maiores conclusões e considerações mais estudos e amostras.

Sobre os autores:

- 1- Graduandas do curso de Fisioterapia, Universidade Tiradentes.
- 2- Professora do curso de Fisioterapia, Universidade Tiradentes.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, S.P.; ELIZEU, T.S.; PENNA, C.M.M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. The perspective of health professionals on access to Primary Health Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000800019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2020.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde: Strategies of assessment and continuous quality improvement in the context of Primary Health Care. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 5, ed. supl 1, p. S63-S69, dezembro 2005. DOI 10.1590/S1519-38292005000500007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292005000500007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 abr. 2021.

CAMPOS, R.T.O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 252-264, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000600252&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2020.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142013000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.

CORONEL, Ana Lúcia Couto et al. Sistema Único de Saúde (SUS): quando vai começar?. Unified Health System (UHS): when will it start?. **Interdisciplinary Journal of Health Education**, Amazônia, v. 1, n. 2, 2016 ago - 2017 dez. Artigos Originais, p. 83-90. Disponível em: <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/viewFile/107/14>. Acesso em: 12 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.4322/ijhe.2016.016>.

FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas: Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, ed. número especial 1, p. 208-223, setembro 2018. DOI 10.1590/0103-11042018S114. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500208. Acesso em: 18 abr. 2021.

FIGUEIREDO, Daniela Cristina Moreira Marculino de et al. Qualidade do cuidado na Atenção Básica no Brasil: a visão dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2713-2719, 2018.

FURLANETTO, Denise de Lima Costa et al. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1851-1863, 2020.

GARNELO, Luiza et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 81-99, 2018.

LEÃO, C.D.A.; CALDEIRA, A.P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção: Assessment of the association between the qualification of physicians and nurses in primary healthcare and the quality of care. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, ed. 11, p. 4445-4423, 2011. DOI 10.1590/S1413-81232011001200014. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2011.v16n11/4415-4423/>. Acesso em: 18 abr. 2021.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto. vol. 15, n. 1 (jan./fev. 2007), p. 13-19, 2007.

MARTINS, Liliani Travezani. Saúde pública como precursor de uma nova era para a população brasileira. **Revista Sustinere**, v. 5, n. 2, p. 235-244, 2017. ISSN 23590424. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/28282>. Acesso em: 12 out. 2020. <https://doi.org/10.12957/sustinere.2017.28282>.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. Atenção primária à saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, p. 44-50, 2009.

OLIVEIRA, C.M.; CRUZ, M.M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000100255&lng=en&nm=iso. Acesso em: 12 out. 2020.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família: Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, ed. especial, p. 158-164, setembro 2013. DOI 10.1590/S0034-71672013000700020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020. Acesso em: 18 abr. 2021.

PADOIN, S. M. de M.; DE PAULA, C. C.; SILVA, C. B. da; TASSINARI, T. T. Factors that affect first contact access in the primary health care: integrative review. **RPCFO**, v. 8, n. 1, p. 4056-4078, 2016. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i1.4056-4078. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/3918>. Acesso em: 26 maio. 2021.

RODRIGUES, L.B.B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 343-352, 2014.

SANTOS, J.C.; MELO, W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, p. 79-98, 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198382202018000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 12 out. 2020.

SHIMAZAKI, Maria Emi. A atenção Primária à Saúde. **MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficina**, v. 2, p. 10-16, 2009.

SIQUEIRA, Fernando Vinholes et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 203-213, 2009.

SOUSA, M.F. A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 11-16, 27 mar. 2014. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1448>. Acesso em: 12 out. 2020.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: **UNESCO; Ministério da Saúde**, 2002.

STARFIELD, B. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos: Validation of the Primary Care Assessment Tool: PCATool-Brazil for adults. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, ed. 29, p. 274-284, Out-Dezembro 2013. DOI 10.5712/rbmfc8(29)829. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/829>. Acesso em: 18 abr. 2021.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

YOUNGER, D.S. et al. Health Care in Brazil: Implications for Public Health and Epidemiology. **Neurol Clin**, Estados Unidos, v. 34, n. 4, p. 1072-1083, 30 nov. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S073386191630024X?via%3Dihub>. Acesso em: 12 out. 2020.

ZILS, Aline et al. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 4, n. 16, p. 270-276, 2009.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

MODELO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
autorizo a (*Universidade Tiradentes*), por intermédio do(a)s aluno(a)s, Daniela Nunes Oliveira, Sara Emmylle Gonzaga Santos Correia devidamente assistido(as) pelo seu orientador(a) Dra. Daniela Teles de Oliveira, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título da pesquisa:

Avaliação da qualidade nos serviços da Atenção Primária à Saúde prestados à população do estado de Sergipe

2-Objetivos Primários: Avaliar e comparar a qualidade nos serviços da Atenção Primária à Saúde prestadas à população da capital e interiores do estado de Sergipe.

3-Descrição de procedimentos: Os materiais de coleta foram transcritos por meio da ferramenta Google Forms e adaptados de forma que a sua aplicação se tornasse a mais simples e objetiva possível. O link gerado para o compartilhamento dos questionários, foi distribuído de forma digital por meio de aplicativos e redes sociais, possibilitando uma maior adesão à atividade proposta. Como forma de proteção e cuidado tanto para amostra quanto para os pesquisadores.

4-Justificativa para a realização da pesquisa: A pesquisa foi elaborada por existir uma escassez de estudos que avaliem o nível de qualidade dos serviços prestados da APS do estado de Sergipe.

5-Desconfortos e riscos esperados: Possibilidade de constrangimento ao responder o questionário, desconforto, medo, vergonha, estresse, quebra de sigilo, cansaço ao responder às perguntas, quebra de anonimato, fui devidamente informados dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

6-Benefícios esperados: Verificar se há ou não qualidade nos serviços prestados da Atenção Primária à Saúde a população do estado de Sergipe.

7-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

8-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

10-Confiabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12-Os participantes receberão uma via deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

13-Dados do pesquisador responsável:

1- Nome: Daniela Teles de Oliveira

Tel: (79) 98156-5516

RG: 1457117 SSP/SE

CREFITO 83956-F

2- Nome: Daniela Nunes Oliveira

Tel: (79) 99905-5925

RG:31961169 SSP/SE

E-mail: daniela.nunes@souunit.com.br

3- Nome: Sara Emmylle Gonzaga Santos Correia

Tel: (79) 99108-7449

RG: 34109781 SSP/SE

E-mail: Sara.Emmylle@souunit.com.br

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes.

CEP/Unit - DPE

Av. Murilo Dantas, nº 300, bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE.

Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br.

Aracaju, 04 de março de 2021

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

Daniela Nunes Oliveira

Sara Zmylle Gonzaga Santos Correia

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

APÊNDICE 2
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Nome:

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade:

Quais destes serviços você utiliza mais? () SUS () Serviço Privado () Serviços por plano de saúde.

Faz uso dos serviços de saúde no estado de Sergipe? () Sim () Não

ANEXO 1

Instrumento- PCATool-Brasil-2020 - Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde.

Afiliação com um(a) Serviço de Saúde ou Médico(a) ou Enfermeiro(a)

A1. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) onde você geralmente vai quando adoecer ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

Não (Passe para A2)

Sim (Siga para A1.1)

A1.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A1.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A2. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) que melhor conhece você como pessoa?

Não (Passe para A3)

Sim, o(a) mesmo serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido no item A1 (Passe para A3)

Sim, um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) diferente do(a) referido(a) no item A1 (Siga para A2.1)

A2.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A2.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A3. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Não (Passe para Passe para B2)

Sim, o(a) mesmo(a) referido(a) nos itens A1 e A2 (Passe para Passe para B2)

Sim, somente o(a) mesmo(a) referido(a) no item A1 (Passe para Passe para B2)

Sim, somente o(a) mesmo(a) referido(a) no item A2 (Passe para Passe para B2)

Sim, diferente do(s) referido(s) nos itens A1 e A2 (Siga para A3.1)

A3.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A3.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

Acesso de Primeiro Contato – Utilização

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistado(a):
Por favor, indique a melhor opção.

B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistado(a):
Por favor, indique a melhor opção.

C4. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se precisar?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

C11. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

Longitudinalidade

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistado(a):
Por favor, indique a melhor opção.

D1. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende você todas às vezes?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) “médico(a)/enfermeiro(a)”?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

D9. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você e a sua família?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

D14. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não

(9) Não sei/Não lembro

Coordenação - Integração de Cuidados

Instrução: Para todos os próximos itens utilize o cartão resposta.
Entrevistado(a):por favor indique a melhor opção.

E1. Você foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

- (1) Sim
- (2) Não (Passe para F1)
- (3) Não sei/Não lembro (Passe para F1)

E2. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou no serviço especializado?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

E6. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” enviou alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta (com o(a) especialista ou no serviço especializado)?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

E7. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais foram os resultados da consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim

- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

E9. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido)?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

Coordenação – Sistemas de Informações

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistado(a): Por favor, indique a melhor opção.

F3. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

Integralidade - Serviços Disponíveis

Entrevistado(a): A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido durante alguma consulta no(a)/ com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”. Por favor, responda se os seguintes assuntos já foram ou são

discutidos (conversados) com você?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistado(a): Por favor, indique a melhor opção.

G9. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

G17. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

Integralidade - Serviços Prestados

Entrevistado(a): A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido durante alguma consulta no(a)/ com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”. Por favor, responda se os seguintes assuntos já foram ou são

discutidos (conversados) com você?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistado(a): Por favor, indique a melhor opção.

H1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

H5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

H7. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

H11. Como prevenir quedas?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

Orientação Familiar

Entrevistado(a): As perguntas a seguir são sobre a sua experiência e também da sua família com os profissionais da saúde no(a) “serviço de saúde”.

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.
Entrevistado(a): Por favor, indique a melhor opção.

11. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para alguém da sua família?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

13. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

Orientação Comunitária

Entrevistado(a): A seguir é apresentada uma forma de avaliar a qualidade de serviços de saúde. Por favor, indique se no(a)” serviço de saúde” é realizada essa iniciativa?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.
Entrevistado(a): Por favor, indique a melhor opção.

J4. Pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro