

PNAD Contínua

Questionário do tema

Atenção Primária a Saúde

2º trimestre de 2022

MÓDULO 12 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

(ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL PELOS CUIDADOS DE SAÚDE DE CRIANÇA COM MENOS DE 13 ANOS)

ATENÇÃO: o respondente deste módulo deve ser responsável pelos cuidados de saúde (Por exemplo: cuidados recebidos no serviço de saúde, condições de saúde etc.) da criança com menos de 13 anos. Este respondente deve ter idade mínima de 12 anos.

Observações:

- Todas as perguntas são de preenchimento obrigatório.
- Se houver mais de um morador com menos de 13 anos, realizar **SELEÇÃO ALEATÓRIA** via DMC, sendo a entrevista deste módulo relativa à criança sorteada.
- Em todo este módulo, onde diz “nome da criança” substituir pelo nome da criança selecionada, conforme cadastro moradores.
- Em todo este módulo, onde diz “nome do(a) médico(a)” substituir pelo nome do médico coletado na pergunta 10 deste módulo.

1. Neste momento, tem alguém no domicílio que seja responsável pelos cuidados de saúde do(a) __ (“nome da criança”) (exemplo: visitas ao médico e cuidados recebidos no serviço de saúde)? S12001

1. Sim (Siga para 1.A) 2. Não (Siga para 1.B e impute 1.A=3)
(Se ignorado, passe ao 51 e impute 1.A=4)

1. A Tipo de entrevista: S12001a

1. Realizada (siga 1.B)
2. Recusa (passe ao 51)
3. Responsável não encontrado (siga 1.B)
4. Não realizada por outro motivo (passe ao 51)

1.B Preenchimento do entrevistador:

1. Nome do responsável pelos cuidados de saúde do(a) ____ (“nome da criança”):
_____ **S12001b1**
2. Telefone do responsável pelos cuidados de saúde do(a) ____ (“nome da criança”):
_____ **S12001b2**

(Se 1A=3, passe ao 51)

(Se 1A≠3, siga 2)

(Se **S12001b1**=ignorado OU **S12001b2**=ignorado E 1A=3, passe ao 51)

(Se **S12001b1**=ignorado OU **S12001b2**=ignorado E 1A≠3, siga 2)

Introdução: A partir de agora, o questionário deve ser respondido pela pessoa responsável pelos cuidados de saúde da criança. Caso a criança tenha 12 anos e seja responsável pelos próprios cuidados de saúde, informar no quesito 2 a opção 6. Outro (Própria pessoa).

2. Qual é a sua relação de parentesco com o(a) __ (“nome da criança”)? S12002

1. Pai/Mãe
2. Padrasto/Madrasta
3. Tio(a)

4. Avô(ó)
5. Irmão(ã)
6. Outro (Especifique____) **S120021**

(Siga 3)

(Se ignorado, siga 3)

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

3. Quando foi a última vez que o(a) ____ (“nome da criança”) utilizou algum tipo de atendimento (médico, dentista, exames, vacinação, nebulização (inalação) etc.) na Unidade Básica de Saúde (posto ou centro de saúde) ou Unidade de Saúde da Família? **S12003**

1. Nos últimos 15 dias
2. Mais de 15 dias até 1 mês
3. Mais de 1 mês até 6 meses
4. Mais de 6 meses até 12 meses
5. Mais de 12 meses
6. Nunca utilizou
7. Não sabe/ não lembra

(Se 3 = 1 ao 4, siga 4. Se 3 = 5 ao 7, passe ao 6)

(Se ignorado, passe ao 6)

4. Em uma escala de 0 a 10, onde “0” é não recomendaria de forma alguma e “10” com certeza recomendaria, o quanto você recomendaria este “serviço de saúde” para um(a) amigo(a) ou familiar? **S12004**

|_|_|

(Se 4 ≠ 7 e 8, siga para 5. Caso contrário, passe ao 6)

(Se ignorado, passe ao 6)

5. Qual foi o principal motivo para dar essa pontuação? **S12005**

1. As instalações físicas (infraestrutura)
2. Organização e limpeza do local
3. A forma como você ou a criança foram recebidos na Unidade de Saúde (acolhimento)
4. A rapidez ou a demora no atendimento da criança (velocidade)
5. A atuação dos profissionais da unidade de saúde na resolução do problema (equipe)
6. Outro motivo (Especifique ____) **S120051**

(Siga 6)

(Se ignorado, siga 6)

6. Quando foi a última vez que o(a) __ (“nome da criança”) se consultou com um(a) médico(a)? **S12006**

1. Nos últimos 15 dias
2. Mais de 15 dias até 1 mês
3. Mais de 1 mês até 6 meses
4. Mais de 6 meses até 12 meses
5. Mais de 12 meses

EXTENSÃO DA AFILIAÇÃO COM MÉDICO(A)/SERVIÇO DE SAÚDE

Entrevistador(a): A partir de agora, TODAS AS PERGUNTAS SERÃO SOBRE O(A) MÉDICO(A) que ATENDEU A CRIANÇA NA ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (posto ou centro de saúde) ou UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

11. Você geralmente procura o(a) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) quando o(a) __ (“nome da criança”) fica doente ou se você precisa de conselhos sobre a saúde dele(a)? S12011

1. Sim
(Siga 12)
(Se ignorado, siga 12)

2. Não

12. O(A) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) é o(a) médico(a) que melhor conhece o(a) __ (“nome da criança”) como pessoa (ex: conhece sua rotina, seus hábitos, seu cotidiano, sua família, amigos, etc.)? S12012

1. Sim
(Siga 13)
(Se ignorado, siga 13)

2. Não

13. O(A) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) é o(a) principal médico(a) (mais responsável) pelo atendimento de saúde do(a) __ (“nome da criança”) ? S12013

1. Sim
(Siga 14)
(Se ignorado, siga 14)

2. Não

ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO DA CRIANÇA - UTILIZAÇÃO

14. Quando o(a) __ (“nome da criança”) necessita de uma consulta de rotina (revisão, check-up, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento), você vai ao(à) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) antes de ir a outro serviço de saúde? S12014

(4) Com certeza sim
(2) Provavelmente não
(5) Não sabe/Não lembra

(3) Provavelmente sim
(1) Com certeza não

(Siga 15)
(Se ignorado, siga 15)

15. Quando o(a) __ (“nome da criança”) tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) antes de ir a outro serviço de saúde? S12015

(4) Com certeza sim
(2) Provavelmente não
(5) Não sabe/Não lembra

(3) Provavelmente sim
(1) Com certeza não

(Siga 16)
(Se ignorado, siga 16)

ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO DA CRIANÇA - ACESSIBILIDADE

Atenção: A expressão “serviço de saúde” indica a Unidade Básica de Saúde (posto ou centro de saúde) ou Unidade de Saúde da Família na qual foi realizada a última consulta da criança com o(a) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”).

16. Quando o “serviço de saúde” está aberto e o(a) __ (“nome da criança”) fica doente, alguém deste local o/a atende no mesmo dia? S12016

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 17)

(Se ignorado, siga 17)

17. É fácil marcar hora para uma consulta de rotina (revisão, check-up, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento) do(a) __ (“nome da criança”) no “serviço de saúde”? S12017

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 18)

(Se ignorado, siga 18)

18. Quando você chega ao “serviço de saúde”, você tem que esperar mais de 30 minutos para que o(a) __ (“nome da criança”) consulte com Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)? S12018

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 19)

(Se ignorado, siga 19)

LONGITUDINALIDADE

19. Quando você vai ao “serviço de saúde”, é sempre Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) que atende o(a) __ (“nome da criança”) todas as vezes? S12019

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 20)

(Se ignorado, siga 20)

20. Se você tiver uma pergunta, consegue telefonar e falar com Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) S12020

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

(5) Não sabe/Não lembra
(Siga 21)
(Se ignorado, siga 21)

21. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas com o(a) __ (“nome da criança”) ao(à) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”)? **S12021**

(4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não
(5) Não sabe/Não lembra
(Siga 22)
(Se ignorado, siga 22)

22. O(A) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) conhece todo o histórico médico (de saúde) do(a) __ (“nome da criança”)? **S12022**

(4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não
(5) Não sabe/Não lembra
(Siga 23)
(Se ignorado, siga 23)

23. Você acha que Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) conhece bem a família do(a) __ (“nome da criança”)? **S12023**

(4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não
(5) Não sabe/Não lembra
(Siga 24)
(Se ignorado, siga 24)

COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Entrevistador(a), para o quesito 24 leia todas as alternativas de resposta ao(à) responsável pelos cuidados de saúde da criança.

24. O(A) __ (“nome da criança”) consultou algum especialista (ou serviço especializado) no período em que estava sendo acompanhado(a) pelo Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) ? **S12024**

[Entrevistador(a), leia todas as alternativas]

1. Sim 2. Não 3. Não sabe/Não lembra

(Se 24=1, siga 25. Se 24=2 ou 3, passe 28.)
(Se ignorado, siga 28)

Os quesitos 25 a 27 referem-se ao conhecimento do(a) Dr.(a) ____ (“nome do(a) médico(a)”) sobre a última consulta da criança com especialista ou último serviço especializado acessado.

25. O(A) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) sabe quais foram os resultados dessa consulta? S12025

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 26)

(Se ignorado, siga 26)

26. Depois que o(a) __ (“nome da criança”) foi ao especialista (ou serviço especializado), o(a) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) conversou com você sobre o que aconteceu durante essa consulta? S12026

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 27)

(Se ignorado, siga 27)

27. O(A) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que o(a) __ (“nome da criança”) recebeu no(a) especialista ou serviço especializado (perguntou se a criança foi bem ou mal atendida)? S12027

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 28)

(Se ignorado, siga 28)

COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO

28. Quando você leva o(a) __ (“nome da criança”) ao(à) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”), o prontuário médico (histórico de saúde, ficha médica) dele(a) está sempre disponível na consulta? S12028

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 29)

(Se ignorado, siga 29)

INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador(a) leia: A seguir, apresentamos uma lista de serviços e orientações que você, a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento. Indique se no “serviço de saúde” essas opções estão disponíveis.

Por favor, indique a melhor opção:

29. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais (pílula, camisinha etc.) S12029

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 30)

(Se ignorado, siga 30)

30. Inclusão em programa de suplementação nutricional (leite, alimentos) S12030

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 31)

(Se ignorado, siga 31)

31. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas como “álcool”, “cocaína”, “remédios para dormir” S12031

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 32)

(Se ignorado, siga 32)

32. Aconselhamento psicológico ou de saúde mental (ansiedade, depressão) S12032

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 33)

(Se ignorado, siga 33)

33. Identificação ou avaliação de problemas visuais (para enxergar) S12033

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 34)

(Se ignorado, siga 34)

INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que a criança e/ou você pode(m) ter recebido em consulta no “serviço de saúde” em que a criança esteve em seu último atendimento médico. Por favor, responda se os seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você.

34. Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, o que você deve esperar de cada idade (ex.: quando a criança irá caminhar, controlar o xixi etc.) S12034

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 35)

(Se ignorado, siga 35)

35. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento da criança S12035

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 36)

(Se ignorado, siga 36)

36. Maneiras para manter a criança segura (Por exemplo: evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão, etc.) S12036

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 37)

(Se ignorado, siga 37)

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador(a) leia:

As perguntas a seguir são sobre a experiência da família da criança com os profissionais da saúde no “serviço de saúde” em que a criança esteve em seu último atendimento médico.

Por favor, indique a melhor opção:

37. O(A) Dr.(a)___ (“nome do(a) médico(a)”) pergunta as suas ideias e opiniões (o que você acha ou pensa) ao planejar o tratamento e cuidado do(a)___ (“nome da criança”)? S12037

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 38)

(Se ignorado, siga 38)

38. O(A) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) já perguntou para você sobre doenças ou problemas que podem ocorrer na família do(a) __ (“nome da criança”) (ex.: câncer, alcoolismo, depressão)? S12038

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 39)

(Se ignorado, siga 39)

39. O(A) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) se reuniria com outros membros da família do(a) __ (“nome da criança”) se você achasse necessário? S12039

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 40)

(Se ignorado, siga 40)

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Entrevistador(a) leia:

A seguir são apresentadas algumas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde.

Portanto, indique se no “serviço de saúde” em que a criança esteve em seu último atendimento médico é (são) realizadas(s):

40. O(A) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança? S12040

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 41)

(Se ignorado, siga 41)

41. O(A) Dr.(a) ____ (“nome do(a) médico(a)”) convida você e a família da criança a participarem do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde? S12041

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não |
| (5) Não sabe/Não lembra | |

(Siga 42)

(Se ignorado, siga 42)

AValiação da Relação Médico-Paciente

Entrevistador(a) leia o texto:

A seguir, apresentamos algumas afirmações sobre a sua relação com o(a) Dr.(a) __
Responda se concorda com essas afirmações, indicando uma das seguintes opções: Não concordo; Concordo um pouco; Concordo; Concordo muito; ou Concordo totalmente.

42. O(A) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) me ajuda (Por exemplo: resolve os problemas de saúde, escuta as queixas do responsável pela criança) S12042

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| (1) Não concordo | (4) Concordo muito |
| (2) Concordo um pouco | (5) Concordo totalmente |
| (3) Concordo | |

(Siga 43)

(Se ignorado, siga 43)

43. O(A) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) tem tempo suficiente para mim S12043

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| (1) Não concordo | (4) Concordo muito |
| (2) Concordo um pouco | (5) Concordo totalmente |
| (3) Concordo | |

(Siga 44)

(Se ignorado, siga 44)

44. Eu confio no(a) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) S12044

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| (1) Não concordo | (4) Concordo muito |
| (2) Concordo um pouco | (5) Concordo totalmente |
| (3) Concordo | |

(Siga 45)

(Se ignorado, siga 45)

45. O(A) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) me entende S12045

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| (1) Não concordo | (4) Concordo muito |
| (2) Concordo um pouco | (5) Concordo totalmente |
| (3) Concordo | |

(Siga 46)

(Se ignorado, siga 46)

46. O(A) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) se dedica a me ajudar S12046

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| (1) Não concordo | (4) Concordo muito |
| (2) Concordo um pouco | (5) Concordo totalmente |
| (3) Concordo | |

(Siga 47)

(Se ignorado, siga 47)

47. O(A) Dr.(a) __ (“nome do(a) médico(a)”) e eu concordamos sobre os sintomas de __ (“nome da criança”) S12047

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| (1) Não concordo | (4) Concordo muito |
| (2) Concordo um pouco | (5) Concordo totalmente |
| (3) Concordo | |

(Siga 48)
(Se ignorado, siga 48)

48. Eu consigo conversar com o(a) Dr.(a)___ (“nome do(a) médico(a)”) S12048

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| (1) Não concordo | (4) Concordo muito |
| (2) Concordo um pouco | (5) Concordo totalmente |
| (3) Concordo | |

(Siga 49)
(Se ignorado, siga 49)

49. Eu me sinto contente com o tratamento que o(a) Dr.(a)___ (“nome do(a) médico(a)”) oferece a___ (“nome da criança”) S12049

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| (1) Não concordo | (4) Concordo muito |
| (2) Concordo um pouco | (5) Concordo totalmente |
| (3) Concordo | |

(Siga 50)
(Se ignorado, siga 50)

50. Eu acho fácil ter acesso ao(à) Dr.(a)___ (“nome do(a) médico(a)”) S12050

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| (1) Não concordo | (4) Concordo muito |
| (2) Concordo um pouco | (5) Concordo totalmente |
| (3) Concordo | |

(Siga 51)
(Se ignorado, siga 51)

51. Quem foi o informante? S12051

1. A própria pessoa
2. Outro morador |_|_| S120511
3. Pessoa não moradora
(encerre módulo)