

PNAD Contínua

Questionário do tema

**Atenção Primária a Saúde -
APS Criança**

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.

1. A Tipo de entrevista: **S12001a**

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

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

(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)

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)

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

(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
6. Nunca consultou
7. Não sabe/ não lembra

(Se 6 = 1 ao 4, siga 7. Se 6 = 5 ao 7, passe ao 51)

7. Qual foi o principal motivo de __ (“nome da criança”) ter se consultado com esse(a) médico(a)? S12007

1. Consulta de rotina (revisão, check-up, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento)
2. Problemas respiratórios ou de garganta (gripe, sinusite, amigdalite, faringite, asma, bronquite, etc.)
3. Febre
4. Diarreia, vômito ou outros problemas gastrointestinais
5. Acidentes (fratura, lesão, machucado)
6. Alergias
7. Outro

(Siga 8)

8. Onde foi esse atendimento médico? S12008

1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde) ou Unidade de Saúde da Família
2. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público
3. UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas) ou Pronto-socorro/emergência de hospital público ou ligado as forças armadas
4. Ambulatório de hospital público ou ligado as forças armadas
5. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado
6. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
7. No domicílio
8. Outro local

(Siga 9)

9. Foi o primeiro atendimento do(a) __ (“nome da criança”) com esse(a) médico(a)? S12009

1. Sim
2. Não

(Se 8 = 1 e 9 = 2, siga 10. Caso contrário, passe ao 51)

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

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 2. Não

(Siga 12)

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 2. Não

(Siga 13)

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 2. Não

(Siga 14)

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

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

(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)

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)

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)

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)

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)

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)

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)

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)

COORDENAÇÃO DO CUIDADO

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

- | | | |
|--------|--------|------------------------|
| 1. Sim | 2. Não | 3. Não sabe/Não lembra |
|--------|--------|------------------------|

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

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)

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)

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)

INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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)

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)

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)

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)

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)

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)

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)

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)

ORIENTAÇÃO FAMILIAR

*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)

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)

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)

ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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)

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)

AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

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)

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)

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)

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)

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)

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)

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)

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)

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)

51. Quem foi o informante? S12051

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