

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

JÚLIA DE MELO DOTTO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
ACESSADOS POR IDOSOS EM DOIS DISTRITOS DE PORTO ALEGRE,RS.**

Porto Alegre

2012

JÚLIA DE MELO DOTTO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
ACESSADOS POR IDOSOS EM DOIS DISTRITOS DE PORTO ALEGRE,RS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

Porto Alegre

2012

CIP- Catalogação na Publicação

Dotto, Júlia de Melo

Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS / Júlia de Melo Dotto. – 2012.

57 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

Orientador: Fernando Neves Hugo

1. Atenção primária à saúde. 2. Serviços de saúde para idosos. 3. Idoso. 4. Epidemiologia dos serviços de saúde. I. Hugo, Fernando Neves. II. Título.

Elaborada por Ida Rossi - CRB-10/771

*Aos meus pais, que são o espelho da minha vida, o meu suporte,
e que sempre depositaram todo o seu amor, confiança,
dedicação e incentivos na minha formação.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Professor Dr. Fernando Neves Hugo e a Professora. Dra. Juliana Hilgert pelas oportunidades proporcionadas e pelos ensinamentos que me foram passados;

À Doutoranda e amiga Aline Blaya, que incansavelmente me ajudou, e que esteve ao meu lado sempre que precisei, não só para me ensinar, mas também para dividir tarefas e dar apoio;

Aos Professores do curso de Odontologia, que além de mestres, tornaram-se amigos;

À colega e amiga Gabriela Ávila, que trabalhou comigo nesta pesquisa e que me acompanhou e ajudou durante toda a faculdade;

Aos doutorandos, mestrandos e colegas bolsistas do CPOS, especialmente aos “amigos dos idosos”;

À UFRGS, pela concessão da bolsa de Iniciação Científica;

À minha família, especialmente a minha irmã, Mariana Dotto, pela compreensão da minha ausência;

Ao meu namorado, Diogo Possebon, por estar ao meu lado, pela paciência e ajuda de sempre.

RESUMO

DOTTO, Júlia de Melo. **Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS.** 2012. 57 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

Resumo: A Política Nacional de Atenção Básica, 2006, elege como centro da atenção à saúde a Atenção Primária à Saúde (APS), a qual tem a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para reorganizar a APS no Brasil. Ao mesmo tempo a Política Nacional da Pessoa Idosa, 2006, defende que a APS deve ser a porta preferencial de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, a APS deve estar de acordo com as Políticas Nacionais e adequada às necessidades das pessoas idosas. A APS orienta-se pelos atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Objetivo: Avaliar o perfil socioeconômico dos idosos que acessam a APS, a orientação dos serviços de APS e comparar a qualidade da APS entre Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades de Saúde da Família (USFs) em dois distritos de Porto Alegre, RS. Método: Neste estudo de delineamento transversal, foram entrevistados 402 idosos, selecionados através de uma amostra por conglomerados a partir de sorteio de setores censitários da gerência distrital Partenon/Lomba do Pinheiro. Foram realizadas entrevistas por meio de um questionário sociodemográfico, além do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil). Atributos com escores maiores ou iguais a 6,6, em uma escala de 0 a 10, foram considerados orientados para a APS. Foi realizada análise descritiva das variáveis e a diferença entre as variáveis entre UBSs e USFs foi verificada pelo teste qui-quadrado. O valor para rejeição da hipótese nula foi de 5%. A análise estatística foi realizada através do software SPSS 18.0. Resultados: Dos 402 idosos entrevistados, 69,7% era do sexo feminino, a média de idade foi 69,18 anos, a de anos de estudo foi 4,91 e a de renda foi 1433,84 reais. A maioria (77,9%) utilizava os serviços de UBSs e 22,1% utilizavam USFs. Quanto à qualidade dos serviços, 22,9% estavam dentro do preconizado pelo escore essencial da APS. Analisado a orientação de cada atributo individualmente, tiveram orientação à APS: 54% dos serviços em relação à longitudinalidade, 42,3% em relação ao primeiro contato, 44,5% em relação a coordenação e 23,9% em relação a integralidade. Quando comparadas as UBSs e USFs, houve diferença estatisticamente significativa em relação à idade (≤ 70 anos acessavam 71,9% USFs X 58,3% UBSs) e aos seguintes atributos: primeiro contato (39,7% UBSs X 51,7% USFs com orientação à APS) e longitudinalidade (68,5% USFs X 50% UBSs com orientação para APS). Conclusão: Os resultados evidenciam a necessidade de investimentos para a qualificação da APS, pois, embora a Estratégia de SF seja prioridade na reorganização APS e esteja estruturada sobre seus atributos, demonstrou superioridade apenas nos atributos longitudinalidade e primeiro contato.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Serviços de Saúde para Idosos, Idoso, Epidemiologia dos Serviços de Saúde

ABSTRACT

DOTTO, Júlia de Melo. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS. 2012. 57 pages. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

Abstract:The National Policy of Primary Health Care (PHC) (2006) constituted Primary Care, with Family Health as a priority strategy, as the core of Health Attention in Brazil. At the same time, the National Policy of Health Care of the Aged Persons (2006), advocates that PHC works as the preferential access to the Brazilian Health System. Thus, PHC needs to be in accordance with National Policies and adequate to the needs of older persons. PHC is oriented by the following essential attributes: first contact, longitudinality, comprehensiveness and coordination. **Objective:** to evaluate the socioeconomic status of older persons who access PHC services, the orientation towards PHC of health care services and to compare the quality of care provided by PHC services organized following the traditional model, Basic Health Care Services, or the Family Care Strategy, Family Care Services, in two sanitary districts of Porto Alegre, RS. **Methods:** In this cross-sectional study, 402 older persons selected following a conglomerate random sampling strategy from two sanitary districts of Porto Alegre, Partenon and Lomba do Pinheiro, were evaluated. Interviews were carried out using a structured questionnaire assessing socioeconomic information and the Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil). PHC attributes scores ≥ 6.6 (e.g. In a scale that ranged from 0 to 10) indicated services oriented towards PHC. Descriptive analysis was carried out and differences between the type of services in respect to PHC attributes were tested using chi-square tests. The value set to reject the null hypothesis was $p < 0.05$. The statistical analyses were performed using SPSS 18 software. **Results:** Approximately 69% of the participants were women, the mean age was 69.18 and the mean years of formal education was 4.91. The mean income was R\$1433.84. The majority of the participants accessed Basic Health Care Services (77.9%) while 22.1% accessed Family Care Services. In respect to the quality of care provided, only 22.9% of the services were considered adequate in according with the essential score of PHC. In respect to longitudinality, 54% of the services were deemed adequate; in respect to first contact 42.3%, in respect to coordination 44.5% and in respect to comprehensiveness 23.9%. When Basic Health Care Services and Family Care Services were compared, there were significant differences in respect to age (≤ 70 years of age accessing Basic Services 53.8% vs. 71.9% accessing Family Services), orientation towards first contact (Basic Services 39.7% vs. 51.7% Family Services) and longitudinality (Basic Services 50% vs. 68.5% Family Services). **Conclusion:** the results evidenced the need of investments in order to qualify PHC because Family Care, although its role in reorienting PHC, was superior to Basic Services only in terms of first contact and longitudinality.

Keywords: Primary Health Care, Health Services for the Aged, Aged, Health Services Epidemiology

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	7
2 INTRODUÇÃO	8
3 REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1 HISTÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL	9
3.2 ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS ÀS PESSOAS IDOSAS	10
3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA APS	11
4 OBJETIVOS	13
4.1 OBJETIVO GERAL	13
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
5 ARTIGO CIENTÍFICO	14
REFERÊNCIAS	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	39
APÊNDICE B – ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	40
ANEXO A - PRÉ MINI MENTAL	41
ANEXO B - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	42
ANEXO C - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO	44
ANEXO D – PCATOOL BRASIL VERSÃO ADULTO	47

1 APRESENTAÇÃO

Este estudo deriva de um estudo maior, denominado ***Avaliação da Adequação de Processos e Ambientes Físicos da Atenção Básica em Relação às Políticas de Saúde Voltadas às Necessidades das Pessoas Idosas***, o qual teve o projeto aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS no dia 18/06/2009, ata nº 05/09, com o número do processo 15297. O mesmo foi financiado com recurso concedido pelo Edital FAPERGS 002/2009 - PPSUS 2008/2009.

2 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica, 2006, elege como centro da atenção à saúde a Atenção Primária à Saúde (APS), a qual tem a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para reorganizar a APS no Brasil (BRASIL, 2006a). Ao mesmo tempo a Política Nacional da Pessoa Idosa, 2006, defende que a APS deve ser a porta preferencial de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006b). Sendo assim, a APS deve estar de acordo com as Políticas Nacionais e adequada às necessidades das pessoas idosas.

Em Porto Alegre, sobre a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, atualmente apresentam-se dois modelos tecno assistenciais denominados Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBSs) e Unidades de Saúde da Família (USFs), a qual tem como foco a atenção em Saúde da Família. Aos poucos as UBS tradicionais devem ser substituídas pelo modelo elegido como prioritário que segue a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Neste trabalho foi avaliado o grau de orientação para APS desses dois modelos de serviços de saúde, utilizando-se do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool-adulto), de acordo com idosos entrevistados moradores dos distritos Partenon/Lomba do Pinheiro de Porto Alegre, RS.

Este trabalho está apresentado em formato de artigo, de acordo com os padrões da revista ***Ciência e Saúde Coletiva***, para a qual pretende-se submetê-lo posteriormente.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para dar embasamento teórico a este trabalho, dividiu-se o referencial teórico em: História da política pública no Brasil, envelhecimento e políticas de saúde voltadas às pessoas idosas e atenção primária à saúde e instrumento de avaliação da APS.

3.1 HISTÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL

As políticas públicas de saúde no Brasil mudaram significativamente ao longo dos anos. Em 1930 as ações de saúde eram limitadas a campanhas de saneamento e combates das endemias, nessa época o governo prestava assistência somente à saúde dos trabalhadores. Com o passar dos anos, predominou a assistência médica individualizada. Em 1976, com o movimento da reforma sanitária, foi preconizado um novo modelo assistencial que tivesse como base a atenção primária (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Diante de uma realidade excludente e ineficaz, o Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, definiu que era preciso obter um novo conceito de saúde, que fosse mais amplo, ou seja, que abordasse a saúde não só como a ausência de diagnóstico de doença, mas que para garantir saúde era preciso ações de promoção, proteção e recuperação de saúde. Definiu-se também que seria dever do Estado garantir o direito a condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações relativas à saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), após a constituição de 1988, ficou definido, portanto, como responsabilidade do Estado, o direito universal e integral à saúde.

A Atenção Primária à Saúde é uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (MATTA; MOROSINI, 2009). No Brasil, a APS foi escolhida como foco na reorientação do sistema de saúde. Os modelos tecno assistenciais de atenção básica à saúde no Brasil dividem-se em UBS e ESF. O Programa de Saúde da Família surgiu em 1994, e nos últimos anos passou a ser considerado a principal estratégia para organizar a

atenção primária no país, denominada atualmente de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (ESCOREL, *et al*, 2007)

3.2 ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS ÀS PESSOAS IDOSAS

No Brasil, depois da virada do século XIX já se podia notar um pequeno declínio nas taxas de fecundidade. A partir de 1940 ocorreu um declínio mais significativo nas taxas de mortalidade, o qual não foi acompanhado pelo aumento dos níveis de natalidade. O Brasil realiza uma das transições mais rápidas do mundo, e estima-se que atingirá um platô em 2050 (IBGE, 2009). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2006, divulgou que o Brasil alcançou 19 milhões de idosos, deixando evidente esse processo acelerado de envelhecimento.

Após a implementação do SUS, o Brasil tenta se organizar para suprir as demandas da população, incluindo-se aqui os idosos, que crescem de forma acelerada. Em 1994, foi promulgada a Política Nacional da Pessoa Idosa, a qual foi regulamentada em 1996. Em 2002, foi implantado Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Em 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso, o qual aumentou as responsabilidades do Estado e da população em relação às necessidades das pessoas idosas. Embora haja atualmente o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), a prática em relação aos cuidados dos idosos ainda é insatisfatória (BRASIL, 2006b).

Em 2006, na publicação do Pacto pela Saúde, onde foi detalhado as Diretrizes Operacionais, está incluído o Pacto pela Vida, o qual representou um avanço importante em relação à saúde das pessoas com 60 anos ou mais, pois nele uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas do governo foi a saúde do idoso, tendo como ação prioritária implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e dessa forma buscar atenção integral (BRASIL, 2006c).

No Pacto pela Vida ficaram definidas as seguintes diretrizes: que o Estado deve promover envelhecimento ativo ao idoso, atenção integral, atendimento domiciliar, atendimento preferencial, recursos que assegurem atendimento qualificado, fortalecimento da participação social e que os profissionais da saúde devem ser atualizados em relação à PNSPI, bem como ter formação e educação permanente na área da saúde da pessoa idosa. Também foram estabelecidas ações

estratégicas, tais como atendimento domiciliar, caderneta de saúde da pessoa idosa e atenção diferenciada na internação (BRASIL,2006c).

Desta forma, no mesmo ano, foi promulgada a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa que refere entre as suas diretrizes: atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006b).

3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA APS

A Política Nacional de Saúde do Idoso, no Brasil, aprovada pelo Ministério da Saúde, define que a porta de entrada ao sistema de saúde deve ser a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2006b). A APS define-se pelos atributos essenciais e derivados, caracterizando-se principalmente pela continuidade e integralidade da atenção, coordenação da assistência dentro do próprio sistema, atenção centrada na família, orientação e participação comunitária e competência cultural dos profissionais (HARZHEIM, et al, 2006).

O atributo essencial primeiro contato implica na forma como o usuário consegue acessibilidade ao sistema a cada novo problema de saúde ou novo episódio de um mesmo problema, a longitudinalidade caracteriza-se pela continuidade do atendimento, ou seja, pelo cuidado regular com o passar do tempo, a integralidade está presente quando as unidades de saúde, mesmo que sem a capacidade de resolver determinada situação realizam os arranjos necessários para que o usuário receba a atenção necessária, referindo outros serviços de saúde quando mais adequado e a coordenação da atenção se dá, de alguma forma pela continuidade do cuidado, seja pela comunicação de diferentes profissionais, seja através de prontuários (STARFIELD, 2002). Quando esses atributos estão presentes promoverão maior satisfação, menor custo, maior equidade e melhores indicadores sociais, e é com base neles que vemos se um serviço de saúde é ou não orientado para a APS (BRASIL, 2007).

A qualidade dos serviços de atenção primária pode ser aferida através da aplicação do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool). Esse instrumento foi originalmente criado por *Starfiel & cols*

(STARFIELD et al, 2000; SHI, STARFIELD, JIHAONG, 2001), e validado no Brasil pelo Ministério da saúde (2010), denominando de PCATool-Brasil. O PCATool-Brasil avalia aspectos da estrutura e do processo de atenção. Quando um serviço de saúde apresenta os quatro atributos essenciais pode ser considerado provedor de atenção primária, e apresentando também os atributos derivados, pode-se dizer que o serviço tem maior poder de interação com os usuários e com a comunidade. Quanto mais forte a presença dos atributos, maior o poder de oferecer uma atenção integral aos usuários (BRASIL, 2010; HARZHEIM *et al*, 2006).

De acordo com o Manual do Usuário do PCATool esse instrumento pode ser usado tanto para pesquisas acadêmicas, através de entrevistas domiciliares, como para avaliação e monitoramento da qualidade do serviço da APS nos diversos níveis de gestão do país. Utilizando o PCATool é possível obter os escores de cada atributo e também um Escore Geral da APS, podendo classificar assim o grau de orientação à APS do serviço de saúde (BRASIL, 2007).

4 OBJETIVOS

Os objetivos deste trabalho são os seguintes:

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a orientação à atenção primária dos serviços de saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a orientação de cada um dos atributos específicos da APS dos serviços de atenção básica acessados pelos idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS.
- Comparar a diferença de adequação dos serviços de atenção básica acessados pelos idosos dentre os distintos modelos de organização da Atenção Primária em dois distritos de Porto Alegre, RS.

5 ARTIGO CIENTÍFICO

INTRODUÇÃO

No Brasil, a expectativa de vida vem aumentando significativamente. Concomitantemente, há uma redução das taxas de fertilidade, e assim, a pirâmide etária populacional vem mudando da sua forma triangular de 2002 para, possivelmente, uma mais cilíndrica em 2025. Dessa forma, é preciso criar medidas que possibilitem às pessoas que envelheçam com saúde e que possam ter uma vida mais ativa¹⁸.

No entanto, o aumento da longevidade não ocorre de forma uniforme em todo o mundo. Enquanto os países desenvolvidos passaram por um processo de envelhecimento de forma lenta e organizada, os países em desenvolvimento passam por um processo de envelhecimento acelerado e intenso^{1,18,19}. Para o ano de 2050, estima-se que mais da metade das pessoas com sessenta anos ou mais vivam em países em desenvolvimento, e dentro desse contexto, estima-se que o Brasil terá a sexta maior população de idosos do mundo, possivelmente passando de 30 milhões em 2025¹⁰.

Embora a Constituição Federal de 1988 garanta o direito universal e integral à saúde, o qual foi reafirmado pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso aos serviços de saúde disponibilizados pelo SUS de acordo com as políticas de saúde, preferencialmente, deve ser dado pela Atenção Primária à Saúde (APS). A APS define-se por um conjunto de valores, um conjunto de princípios e um conjunto de elementos estruturantes do sistema de serviços de saúde¹⁷, e dessa forma esse nível de atenção busca atender a maioria dos problemas da população²⁰, incluindo-se aqui o grupo dos idosos, devendo então estar adequado às necessidades das pessoas idosas, que apresentam, em sua maioria, doenças crônicas. A APS, utilizando-se do conceito de Starfield¹⁶, orienta-se pelos atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Em Porto Alegre, sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, coexistem dois modelos de saúde: um direcionado à fragmentação das diferentes áreas, ao modelo biomédico, com foco na cura da doença, denominado Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBSs), e o outro direcionado ao cuidado com foco na Saúde da

família, Unidades de Saúde da Família (USFs). As UBSs abrangem um território maior, não há adscrição da clientela e possuem uma prática bastante limitada no que tange a vigilância à saúde visto que não possuem agentes comunitários de saúde, enquanto que as USFs fundamentam-se na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo equipes multiprofissionais, trabalho multi e interdisciplinar, adscrição da população e possuem como foco da atenção a saúde da família.

Como há necessidade de avaliar a qualidade dos serviços de APS, foi criado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), o qual avalia a orientação à APS dos serviços de saúde. Esse instrumento apresenta três versões: aplicáveis aos usuários, para avaliação da atenção à criança e ao adulto, e outra aplicável aos profissionais de saúde, com objetivo de avaliar a qualidade dos serviços de saúde. A qualidade pode ser aferida, por tanto, através dos escores de cada atributo individualmente, através do escore essencial, onde o serviço é considerado provedor de cuidados de acordo com os atributos que são fundamentais para uma boa prática de atenção primária, e também através do escore geral, onde o serviço será considerado provedor de uma atenção integral à saúde da população caso esteja adequado em todos os atributos que orientam a APS⁵. O PCATool originalmente criado por Starfield & cols^{8,9}, teve as versões criança e adulto, a qual foi utilizada nesse estudo, validadas posteriormente pelo Ministério da Saúde⁸ para o uso no Brasil, passando então a ser denominado PCATool-Brasil.

Em suma, tendo em vista o fenômeno de envelhecimento da população e as políticas que preconizam o cuidado prioritário dessa faixa etária, e visto que muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população brasileira, essa pesquisa se propõe avaliar, através do instrumento PCATool-Brasil, a orientação dos serviços de Atenção Primária à Saúde acessados por idosos, residentes em dois distritos de Porto Alegre, de acordo com os atributos da APS, e também comparar as diferenças de adequação entre UBSs e Unidades de Saúde da Família (USFs).

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de Base Populacional

Coleta de Dados:

Estudo de base populacional, de delineamento transversal, foi realizado a fim de verificar a extensão em que o cuidado é produzido conforme condições referidas pelos idosos moradores de dois distritos sanitários de Porto Alegre/Brasil.

- Procedimento amostral:

Foram convidados a participar do estudo, idosos que vivem na comunidade de forma independente, com 60 anos de idade ou mais, moradores dos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon, em Porto Alegre, RS. Tais distritos são vinculados à rede pública municipal de saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Segundo o Censo IBGE 2010, Porto Alegre tinha uma população de 1.409.939 habitantes, sendo 211.986 pessoas com 60 anos ou mais. Na referida gerência, a população estimada com 60 anos ou mais é de 12.871 indivíduos¹⁵.

Critério de inclusão: Ter 60 anos ou mais, ser morador dos distritos sanitários Lomba do Pinheiro e Partenon em Porto Alegre e não possuir déficit cognitivo segundo o teste de rastreamento Mini Exame do Estado Mental (MEEM)^{10,16}. A fim de rastrear possíveis danos cognitivos que comprometessem a qualidade dos dados, diferentes pontos de corte foram utilizados como critério de inclusão. A saber, ao realizar-se a soma das respostas dos 30 itens que compõem o MEEM (contando 1 ponto por acerto), o número mínimo de acertos para inclusão na amostra foi de: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade média (1 a 8 anos de estudo) e 26 para alta escolaridade (9 anos de estudo ou mais)¹⁰.

- Cálculo do Tamanho da Amostra

Este estudo faz parte de uma pesquisa que teve como desfecho a autopercepção

de saúde dos idosos. O cálculo amostral, portanto, usou os parâmetros de prevalência de boa percepção de saúde bucal.

Para estimação do tamanho amostral foi realizado um estudo piloto com 50 idosos moradores dos mesmos distritos foi realizado. O cálculo amostral foi realizado considerando a prevalência de autopercepção de saúde bucal boa, muito boa ou excelente que foi igual a 59%. Estimou-se que a razão de prevalência dos idosos que dispunham de uma atenção primária adequada era de 1,32. Assim, selecionado um alfa bidirecional de 0,05 e um beta de 0,20, foi estimada uma amostra total de 454 idosos. Foram acrescentados 10% para possíveis perdas ou recusas e 15% para controle de fatores de confusão. Na falta de uma estimativa precisa para minimizar o efeito do delineamento, que ocorre no processo amostral por conglomerados, a amostra foi ampliada 1,5 vez para realizar as análises ajustadas. Chegou-se, assim, ao número de 883 indivíduos. O tamanho amostral também foi estimado a partir da prevalência de autopercepção de saúde geral boa, muito boa ou excelente na mesma amostra, mas devido a uma estimativa menor, optou-se pela amostra obtida a partir da estimativa com dados referentes à percepção de saúde bucal.

- Amostragem

A amostragem foi realizada através da metodologia proposta por Barros e Victora¹¹ para avaliação de conglomerados (setores censitários). O número de entrevistas que deveriam ser realizadas em cada setor foi estimado a partir do número de moradores em cada domicílio e da proporção de idosos/setor censitário na cidade de Porto Alegre em 2000. Tais informações eram de uso institucional e foram gentilmente cedidas pela Coordenação Geral de Vigilância em Saúde do Município de Porto Alegre (CGVS). A partir destes dados obteve-se um número de

30 entrevistas. Dessa forma, foram excluídos os setores que tinham menos de 30 idosos (75 setores). Dentro de cada distrito, os setores foram amostrados utilizando uma amostragem sistemática. Inicialmente, foi realizado um sorteio de, 35 setores dentre os 240 que compõem a área de abrangência dos dois distritos gerência distrital Lomba do Pinheiro – Partenon. O número de setores censitários sorteados foi proporcional ao número total de setores que compõem cada um dos distritos nos quais o estudo foi realizado e buscou-se, também, distribuir os setores sorteados proporcionalmente de acordo com o número de setores que compunham o território adscrito de cada unidade de atenção primária, tais informações também foram adquiridas através da CGVS.

Devido a mudanças no perfil de moradores dos distritos, foi necessário sortear mais 30 setores para chegar ao N necessário para compor a amostra.

A definição do quarteirão elencado como ponto de partida para a coleta de dados foi baseada em um fluxograma elaborado a partir dos mapas dos setores. Os quarteirões foram numerados e o primeiro foi sorteado seguindo-se uma sequência a partir deste. Em cada quarteirão, também foi sorteada aleatoriamente uma esquina que representou o ponto inicial.

A partir da esquina inicial, as visitas seguiram a seguinte ordem: partindo da primeira casa, os pesquisadores seguiram sempre para a esquerda de frente para as casas. Após a realização da entrevista, um domicílio foi pulado e a próxima casa foi visitada, até que trinta entrevistas referentes àquele setor censitário tivessem sido realizadas ou que os domicílios do setor tivessem sido todos visitados de acordo com os padrões estabelecidos.

- Logística

Um treinamento com a equipe de entrevistadores, graduando e pós-graduandos,

foi realizado previamente a coleta de dados. O treinamento foi realizado durante 40 horas divididas entre: i) estudo das bases teóricas que compõem o marco referencial; ii) estudo dos instrumentos que utilizados; iii) discussão sobre o processo de amostragem; iv) apropriação da tecnologia Personal Digital Assistant (PDA) e do software desenvolvido para a pesquisa; v) aula sobre o padrão de normalidade em relação as possíveis condições de saúde bucal dos idosos para a execução do exame bucal; vi) discussão de casos complexos que poderiam via a acontecer na coleta; vi) simulação de entrevistas e exames entre os entrevistadores. Posteriormente, um estudo piloto e encontros para a discussão de possíveis dúvidas caso a caso foram realizadas. O estudo piloto contou com a participação 50 idosos moradores de setores censitários localizados nos mesmos distritos sanitários avaliados e que posteriormente foram excluídos do processo de amostragem. O acompanhamento do processo de coleta de dados se deu semanalmente através dos encontros de discussão que visavam dirimir dúvidas e assegurar a qualidade dos dados.

Após o treinamento da equipe, que totalizava 15 membros, deu-se inicio a coleta de dados executada nos domicílios. Inicialmente, foi feito um convite aos potenciais participantes e esclarecimento quanto aos objetivos do estudo. Aqueles que cumpriram os critérios de inclusão, aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento informado, responderam a um questionário padronizado concebido para este estudo e foram submetidos a um breve exame de Saúde Bucal.

Medidas

- Variáveis sociodemográficas: Questionário individual- Foram coletadas informações a respeito de sexo, idade, renda, número de dependentes da renda, percepção de que a renda era suficiente para a família e escolaridade. A idade,

escolaridade (número de anos completados de educação formal) e número de dependentes da renda familiar foram coletados como variáveis contínuas e expressas em forma de média e desvio padrão. A renda também foi coletada de forma contínua, no entanto, considerando a distribuição não paramétrica, foi categorizada considerando um valor próximo da mediana que pudesse ser expresso em número de salários mínimos, sendo as categorias estabelecidas: “R\$ 0 a 1090,00 - até dois salários mínimos” ou “R\$ 1091,00 ou mais- mais de dois salários mínimos”. A percepção de que a renda é suficiente para as despesas familiares foi coletada com respostas dicotômicas de “sim” ou “não”.

- Condições de saúde: Mini Exame do Estado Mental (MEEM)/Escolaridade; Condições referidas de saúde (Diabete, hipertensão, Dor nas costas).

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Trata-se um instrumento de rastreamento de possíveis déficits cognitivos, desenvolvido por Folstein, Folstein & McHugh em 1975¹⁶ e validado para o português brasileiro por Bertolucci em 1994¹⁰.

Dentre os indivíduos que foram incluídos na amostra, para a análise da função cognitiva, maiores escores foram considerados como melhor desempenho cognitivo. Para tanto as médias dos escores do MEEM de cada nível de escolaridade foram obtidas e uma variável foi criada estabelecendo a média, de acordo com escolaridade baixa, média ou alta, como ponto de corte. Foram então definidas as seguintes categorias: acima da média do MEEM – Capacidade cognitiva alta- e abaixo da média do MEEM – Capacidade cognitiva baixa.

Condições referidas de saúde

Diabetes, hipertensão e dor nas costas foram coletadas a partir da condição referida através da seguinte pergunta: “Das doenças que vou lhe perguntar a seguir, responda sim caso algum médico já tenha lhe dito que o(a) senhor(a) tem”.

PCATool Brasil - Usuário.

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária foi criado por Starfield & cols^{8,9}, e validado para o idioma português brasileiro e proposto pelo Ministério de Saúde⁵ como instrumento de avaliação da qualidade de serviços de saúde de atenção primária no Brasil.

O instrumento é composto por 55 itens divididos em 10 componentes (subescalas) relacionados da seguinte forma: 1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). (3 itens); 2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (3 itens); 3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (6 itens); 4. Longitudinalidade (11 itens); 5. Coordenação – Integração de Cuidados (5 itens); 6. Coordenação – Sistema de Informações (3 itens); 7. Integralidade – Serviços Disponíveis (9 itens); 8. Integralidade – Serviços Prestados (5 itens); 9. Orientação Familiar (6 itens); 10. Orientação Comunitária (4 itens). As respostas são do tipo Likert variando de 1 (com certeza não) a 4 (com certeza sim). O instrumento atribui, através das subescalas, escores para cada atributo essencial, a saber: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. E para os atributos derivados: orientação familiar e orientação comunitária.

O cálculo dos escores seguiu as orientações do manual de uso do instrumento⁵. Tais escores são capazes de avaliar o grau de orientação do serviço para a atenção primária em relação a cada um dos atributos. Além disso, um escore essencial pode ser gerado através da análise de todas as questões que compõem

os escores dos atributos essenciais. E um escore geral é estabelecido a partir dos escores dos atributos essenciais e derivados. Escores altos automaticamente denotam efetividade da atenção primária em relação aos atributos. O escore de cada atributo foi categorizado de acordo com o ponto de corte preconizado pelo manual do instrumento⁵: i) Serviços com orientação para a APS- com escores maiores ou iguais que 6,6 (num intervalo de 0 a 10). ii) Serviços sem orientação para APS- com escores menores que 6,6.

- Uso dos serviços: Questionário com informações sobre os serviços acessados, incluindo: tipo do serviço utilizado em relação saúde geral e satisfação com o mesmo. Dentre os tipos de serviços de saúde que costumavam ser acessados estavam: Unidade Básica de Saúde (UBS)- que costumam operar segundo o modelo tradicional biomédico, Unidade de Saúde da Família (USF)- que seguem o modelo baseado nos atributos da APS, ambulatórios de convênio, médicos ou serviços particulares, hospitais e outros. Para fins de análise estatística os tipos de serviços utilizados neste estudo foram somente unidades de saúde de APS: UBS e USF.

Análise dos dados do Estudo de Base Populacional:

Ao final da coleta, os dados foram tabulados e analisados no software SPSS 18.0 software para análises estatísticas (SPSS Inc., USA). As variáveis contínuas e discretas foram descritas na forma de média e respectivos desvios-padrão enquanto as variáveis categóricas foram descritas na forma de porcentagens absoluta e relativa.

A confiabilidade das escalas Mini Exame do Estado Mental e Subescalas que compõem o PCATool Brasil foi testada por meio do Coeficiente Alpha de Cronbach.

RESULTADOS

Foram convidados a participar deste estudo durante os meses de agosto de 2010 a fevereiro de 2011, 890 idosos residentes na Gerência Lomba-Partenon, destes, 53 não foram encontrados nos domicílios no dia do exame e não conseguiram ser agendados após 3 tentativas, 10 se recusaram a participar e 23 não atingiram os pontos de corte do MEEM. A amostra do estudo, por tanto, foi composta por 862 pessoas que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceitaram participar do estudo e estavam aptos a compor esta amostra.

Do total de participantes do estudo, 401 idosos utilizavam os serviços de APS, razão esta para que fossem incluídos nesta análise.

A amostra estudada foi composta por 122 (30%) homens, a média de idade dos participantes foi de 69 anos ($\pm 6,84$) e a escolaridade média foi de aproximadamente 5 anos de estudos completados ($\pm 3,39$). A renda familiar média foi de R\$ 1433,84 (\pm R\$ 1048,00), tendo sido a mediana igual a R\$1100,00 sendo que, em metade das famílias, no mínimo três pessoas, incluindo o idoso participante da pesquisa, dependiam desta renda para sua subsistência e 49,4% dos idosos referiram que achavam que a renda familiar não era suficiente para suprir as necessidades das suas famílias (Tabela 1).

As condições de saúde geral dos idosos que fizeram parte desta amostra foram: 39,3% apresentaram capacidade cognitiva abaixo da média considerando o escore do MEEM e os anos de escolaridade, 60% referiram ser hipertensos, 22% referiram ser diabéticos, 44,6% referiram sentir dor nas costas, 34,5% apresentaram sintomas depressivos segundo a escala GDS e 74,3% perceberam a sua saúde como ruim. Em relação ao uso dos serviços, 22,2% dos idosos habitualmente acessam unidades de saúde da família (USF) e 77,8% são usuários de unidades básicas de saúde (UBS). No que tange a satisfação com os serviços acessados,

22% dos idosos não recomendariam o serviço de saúde que costumam acessar para uma pessoa de sua família.

Quanto à qualidade de tais serviços, o valor médio de escore dos atributos foi: (i) Primeiro Contato: 6,27, (ii) Coordenação: 5,20, (iii) Integralidade: 4,46, (iv) Longitudinalidade: 6,42, e (v) Escore essencial: 5,64. Quanto à qualidade dos serviços, 23% estavam dentro do preconizado pelo escore essencial da APS. Analisando a orientação de cada atributo individualmente, tiveram orientação para a APS: 54% dos serviços em relação à longitudinalidade, 42,3% em relação ao primeiro contato, 44,5% em relação à coordenação do cuidado, 24% em relação em relação à integralidade (Tabela 1).

Quando comparados os serviços de UBSs e USFs, em relação aos dados sócio demográficos não tiveram diferença significativa, com exceção da variável idade (≤ 70 anos, 71,9% USFs X 58,5% UBSs, $p=0,020$). Foram associados estatisticamente de acordo com os modelos de atenção os escores dos seguintes atributos: primeiro contato (com orientação à APS, 51,7% USFs X 39,7% UBSs, $p=0,044$) e longitudinalidade (com orientação para APS, 68,5% USFs X 50% UBSs, $p=0,002$) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Há poucos estudos comparativos em relação à qualidade da APS que analisem os modelos assistenciais de acordo com a percepção dos usuários. Em Porto Alegre foi encontrado apenas um estudo feito com adultos¹⁴, dessa forma este estudo é pioneiro em relação a abordagem com idosos. Sendo assim, torna-se difícil mensurar o grau de êxito dos diferentes tipos de serviços de saúde, bem como, definir qual está mais próximo do ideal de acordo com os princípios da APS, e

principalmente com as necessidades das pessoas idosas. Não obstante, a ESF tem princípios orientados à APS, e assim espera-se que esse tipo de serviço esteja mais próximo do preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica. O resultado encontrado neste estudo demonstrou maior orientação da estratégia de saúde da família para APS no que tange os seguintes atributos: Longitudinalidade e Primeiro Contato. De fato, foi observado que as USFs apresentaram maior orientação à APS quando comparadas com as UBSs tradicionais.

Em relação a variável sociodemográfica idade, os resultados deste estudo mostraram que houve diferença significativa no acesso a diferentes modelos de atenção em saúde, quando foram comparadas pessoas com 70 anos ou menos de idade ou 71 anos ou mais. Sendo que, aqueles que tinham 70 anos ou menos procuram mais USFs do que as UBS. Embora não haja embasamento na literatura, tais achados podem ser justificados pelo fato de que USF devem ser prioritariamente instaladas em áreas de maior vulnerabilidade social, nas quais normalmente estão presentes pessoas mais jovens.

Os atributos da APS são reconhecidos internacionalmente como eixo estruturante do processo de trabalho na atenção básica^{17,18}, e para isso seguem algumas características organizacionais, tais como: acesso facilitado dos usuários, continuidade e integralidade do cuidado, responsabilização das equipes frente às comunidades atendidas, formação de vínculo entre profissionais e usuários, e fluxo dos usuários entre os diferentes níveis de atenção²⁰. Neste estudo, nenhum dos valores médios dos escores atributos atingiram o mínimo necessário (6,6) para considerar que estavam orientados para APS, sendo que o atributo primeiro contato foi o que chegou mais próximo, atingindo a média de 6,27. Embora não se tenha encontrado estudos que aplicaram PCATool em idosos, esse resultado está de

acordo do que foi observado por Oliveira¹⁴, ao aplicar o PCATool em uma população de adultos, maiores de 18 anos de idade, de Porto Alegre, onde os valores médios dos atributos essenciais também ficaram abaixo de 6,6 quando comparadas UBS e ESF, com exceção do atributo primeiro contato que estava orientado para APS tanto em UBS (8,2), quanto em ESF (8,9).

Em relação ao atributo primeiro contato, foi encontrado resultados que evidenciam que ainda há muito a melhorar em relação ao acesso universal das pessoas idosas à APS, pelo menos no que se refere aos idosos que participaram deste estudo, uma vez que menos da metade dos serviços atingiu o escore mínimo de orientação para a APS. Quando comparamos os distintos modelos de APS, encontramos resultados mais favoráveis no modelo voltado para a saúde da família. O atributo primeiro contato, implica acessibilidade e utilização dos serviços pelos usuários para cada novo problema de saúde ou para cada novo episódio de problema de saúde. O serviço só oferece atenção ao primeiro contato quando os seus usuários o perceberem como acessível⁷. Sendo assim, ao encontrar 51,7% dos estabelecimentos de Saúde da Família com orientação à APS, contra 39,7% das UBSs, percebe-se que ainda será necessário ampliar bastante o acesso afim de que a atenção básica realmente possa ser apontada como a porta preferencial de entrada ao serviço de saúde²⁰. Observando essa diferença, entretanto, ao comparar os modelos, observa-se uma diferença significativa em relação a esse atributo, onde as USFs mostraram melhor orientação que as UBSs. Credita-se tal diferença ao fato de que as Equipes de Saúde da Família possuem uma lógica de atenção à saúde voltada a um número limitado de pessoas e processos de trabalho, onde agentes comunitários e os demais profissionais de saúde procuraram estabelecer uma constante busca ativa e não atender apenas a demanda espontânea, ou seja, a

equipe empenha-se em ampliar a atenção à saúde, através de dispositivos, como as visitas e atendimentos domiciliares realizados pela equipe, e assim, cria-se uma forma de proporcionar a utilização do serviço por parte de usuários idosos que encontram-se acamados ou com outras limitações físicas ou cognitivas. De acordo com Gomes et al.²¹, os agentes comunitários de saúde, através da busca ativa e visitas domiciliares, são importantes para proporcionar maior acesso dos usuários às USFs o que vai ao encontro com o defendido por este estudo.

Tendo Starfield⁷ como referência conceitual, a longitudinalidade, de acordo com o conceito na APS, refere-se a uma relação pessoal de longa duração entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, podendo haver interrupções no processo, mas não nessa relação. O atributo longitudinalidade reflete o quanto o serviço está abordando uma atenção continuada, demonstrando essa identificação mútua entre profissionais de saúde e usuários. Os resultados desse estudo, no que se refere a este atributo, também demonstraram maior orientação para APS nas USFs quando comparadas com as UBSs. É possível que tal resultado seja consequência de diferentes abordagens em relação à continuidade do cuidado, visto que a ESF se propõe a trabalhar com prevenção e educação à saúde perpassando todo o ciclo de vida dos indivíduos², obtendo assim maior probabilidade de amenizar futuros problemas de saúde, e também maior conhecimento, proximidade e envolvimento com as famílias²². O vínculo longitudinal auxilia na obtenção de diagnósticos e tratamentos mais precisos, maior satisfação do indivíduo²³ e diminuição de internações por condições crônicas, visto que o tratamento pode ser feito no nível ambulatorial. Também proporciona melhor aceitação de cuidados preventivos, já que ao criarem vínculo com os profissionais costumam seguir mais suas recomendações, bem como auxilia para obtenção de menores custos^{2,24}. Quando se

pensa em saúde do idoso é indispensável que se tenha a continuidade do cuidado, ou seja, longitudinalidade da atenção, já que entre as principais causas de morte nesse grupo estão as doenças do aparelho circulatório, os tumores e as doenças respiratórias²⁵. E também, de acordo com a OMS, os gigantes da geriatria (depressão, perda cognitiva, incontinência urinária e fratura por quedas) são condições rastreáveis na APS e que devem ser prevenidas, tratadas ou controladas na mesma afim de evitar morbidades com piores consequências²⁶. Dessa forma, é indispensável que se tenha acompanhamento ao longo dos ciclos de vida e também boas relações entre os profissionais e os usuários.

Ao se analisar a orientação à APS dos atributos Coordenação e Integralidade observou-se que 44,5% tiveram orientação em relação à Coordenação e apenas 24% em relação a Integralidade. Quando analisados em relação aos diferentes tipos de serviços de saúde, não foram encontradas diferenças significativas. Utilizando-se novamente dos conceitos de Starfield⁷, tem-se que a Integralidade implica em Unidades de APS que façam arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde necessários, mesmo que estes não sejam feitos dentro da própria unidade, inclui-se aqui então os encaminhamentos a outros níveis de atenção ou a suportes fundamentais. Já o atributo coordenação é a integração do serviço, ou seja, a forma como será dada a continuidade do paciente, seja pelos profissionais, seja pelo prontuário ou através do reconhecimento do problema.

Os resultados relacionados a Integralidade podem ser justificados pela transição tardia em Porto Alegre das Unidades Básicas de Saúde tradicionais para a Estratégia de Saúde da Família, já que na ESF o trabalho em equipe funciona dentro dos princípios da saúde da família, o que conseqüentemente pode proporcionar uma

atenção diferenciada para a sua população adscrita. Apesar de o Programa saúde da Família ter sido lançado em 1994, Porto Alegre só aderiu ao programa em 1996, atuando atualmente com 71 unidades de ESF, 101 equipes, que atendem a uma população de 290 mil moradores²⁷, de um total de 1.416.714 habitantes²⁸. Além disso, ao que se saiba, durante o desenvolvimento desta pesquisa, ainda não haviam sido implementados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Porto Alegre, o que dificulta que o serviço possa proporcionar a atenção completa aos seus usuários, visto que o NASF tem entre suas atribuições atuar e reforçar as diretrizes da atenção à saúde²⁹.

Em relação à coordenação da atenção é preciso que o sistema funcione através das redes de atenção à saúde, pois para que o atributo coordenação esteja orientado à APS não depende somente do correto encaminhamento, mas de todo o funcionamento e integração da rede de atenção. Não só os profissionais, como também os próprios usuários, precisam entender como a rede funciona, para que não trabalhem com foco na agudização das doenças e agindo como um sistema fragmentado, é preciso que se tenha continuidade do cuidado e também reconhecimento de problemas de saúde⁷. De acordo com Mendes³⁰, os sistemas de saúde devem ser pensados de acordo com a saúde da população, sendo o mais conveniente separar as doenças em agudas e de curso rápido e em crônicas e de curso longo, sendo as crônicas responsáveis por 75% das doenças. O resultado encontrado nesse estudo em relação ao atributo Coordenação demonstra dificuldades que o sistema atual apresenta, onde não há prontuários eletrônicos comuns a toda a rede, o sistema de referência e contra-referência nem sempre é eficaz, número limitados de consultas na APS, e os próprios usuários que, muitas vezes, focados na agudização da doença acabam procurando diretamente as

emergências ou os profissionais especialistas, e não a porta de entrada ao Sistema de Saúde, o que dificulta que a APS possa efetivamente realizar o seu papel de coordenadora do cuidado.

Embora tenhamos apontado para algumas direções em relação à avaliação da qualidade da APS, estudos longitudinais podem ser úteis para o aprofundamento destas questões. Da mesma forma, uma pesquisa com amostra composta por idosos moradores de toda a cidade de Porto Alegre, também poderia nos proporcionar uma representatividade maior. Além disso, o instrumento PCATool usado neste estudo é voltado para adultos de uma forma geral, e limita-se em algumas perguntas em relação aos problemas de saúde mais prevalentes em idosos, tais como, incontinência urinária e déficit de memória. Também apontamos como limitação, possíveis vieses de memória, visto que a amostra estudada foi composta por idosos.

CONCLUSÃO

Esse estudo foi pioneiro no que se refere a avaliação da qualidade dos serviços de APS, considerando os diferentes modelos tecnoassistenciais, de acordo com idosos entrevistados. Os resultados apresentados nesse estudo possuem implicações importantes para as políticas públicas de saúde, visto que as USFs mostraram melhor orientação à APS, com exceção do atributo Integralidade, onde ambos apresentaram a mesma orientação, e que a maior parte da população residente em Porto Alegre é assistida por Unidades Básicas de Saúde tradicionais. Fica evidente a necessidade de ampliar a cobertura da ESF, de estruturar a rede de atenção, bem como a de qualificar a atenção à saúde dos idosos que utilizam os serviços de APS na gerência Lomba-Partenon.

REFERÊNCIAS

1. WHO/World Health Organization. **Active Ageing: A Policy Framework**. Geneva, 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília DF, 2006.
3. Côrte B, Oliveira B de, Medeiros S. Brasil: O que dizem os números sobre a pessoa idosa? In: **XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. ABEP, Caxambu. Minas Gerais: ABEP, 2006.
4. IBGE. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios**. 2002. Acesso em: 27 de junho de 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtml>>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool** - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
6. Villela WV, Araújo EC, Ribeiro AS, Cuginotti AP, Hayana ET, Brito FC, Ramos LR. Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência da Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cad Saude Pública** 2009; 25:1316-24.
7. Starfield B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, UNESCO, MS, 2002.
8. Starfield B, et al. **Measuring consumer experiences with primary care**. Pediatrics, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, Apr. 2000.
9. Shi L, Starfield B, Jihaong X. **Validating of the adult primary care assessment tool**. J Family Practice, v.50, p.161-175, 2001.
10. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. **O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade**. Arq Neuropsiquiatr. 1994; 52:1-7.
11. Barros FC, Victora CG. **Epidemiologia da Saúde Infantil: um manual para diagnósticos comunitários**. 3 Edição, HUCITEC – UNICEF; 1998.
12. Harzhein E, Starfield B, Rajmil L, Alvarez-Dardet C, Stein AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cad Saude Publica**. 2006; 22(8): 1649-59.
13. Donabedian A. **Evaluating the quality of medical care**. Milbank Quaterly, 44:166-203. 1966.

14. Oliveira M. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de Atenção Primária em Porto Alegre: Uma análise agregada** [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2007.
15. Brasil. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 8 mar. 2012.
16. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. **“Mini-mental state”**. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975 Nov;12(3):189-98.
17. Pinto MEB. **Promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre** [Tese de Doutorado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2012.
18. Chomatas EDRV. **Avaliação da Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária na Rede Básica de Saúde do Município de Curitiba, no ano de 2008** [Dissertação de Mestrado Profissional]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2009.
19. Harzheim E. **Ciclo de debates sobre redes regionalizadas de atenção à saúde: Desafios do SUS**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/ciclo_debates_redes_regionalizadas_sus.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2012.
20. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2012.
21. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. (2009). A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saude Soc.** 18(4), 744-755. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400017&lng=en&tlng=pt>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000400017>>. Acesso em 08 nov. 2012.
22. Ditterich RG, Gabardo MCL, Moyses SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. **Saude Soc.** São Paulo, v. 18, n. 3, Sept. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300015>.

23. Cunha EMD. **Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS**. [Tese de Doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, 2009.
24. Hartung P, Tozi A, Silva FJDD, Dantas A, Silva LCOD. **Diretrizes de Saúde da Pessoa Idosa**. Vitória, 2008. Disponível em:<http://www.saude.es.gov.br/download/34703_DIRETRIZES_PRIMARIAS_SAUDE_MIOLO.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2012.
25. Vasconcelos AMN. Causas de morte em idosos no Brasil. **XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Caxambu, 11p, set. 2004.
26. WHO/World Health Organization. **Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit**. Geneva, 2008.
27. Prefeitura de Porto Alegre. **Programa de Saúde da Família**. Disponível em:<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=858>. Acesso em: 8 nov. 2012.
28. IBGE. **Estimativas Populacionais dos Municípios em 2012**. 2012. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2204&id_pagina=1>. Acesso em: 8 nov. 2012.
29. DAB. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**. 2012. Disponível em:<<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>>. Acesso em: 8 nov. 2012.
30. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien saud colet*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010 . Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2012.

TABELAS

Tabela 1. Frequências das variáveis sociodemográficas

Variáveis		n(%) / m(dp)
Idade		69,18 (5,85)
Renda Familiar		1433,84 (1048,00)
Anos de estudo		4,91 (3,39)
Sexo	Masculino	122 (30,3)
	Feminino	280 (69,7)
Renda Suficiente	Sim	123 (30,6)
	Não	279 (69,4)
Situação Conjugal	Casado	179 (44,9)
	Não casado	220 (55,1)
Participação em grupo de idosos	Sim	48 (12)
	Não	353 (88)
Religião	Católica	226 (56,4)
	Outras	175 (43,6)

Tabela 2. Frequências das variáveis relacionadas com a orientação para APS dos serviços acessados

Variáveis		n(%) / m(dp)
Uso APS	USF	89 (22,2)
	UBS	312 (77,8)
Escore 1º Contato		6,27 (1,25)
Escore Coordenação		5,20 (1,92)
Escore Integralidade		4,46 (1,63)
Escore Longitudinalidade		6,42 (1,43)
Escore Essencial		5,64 (1,13)

Tabela 3. Distribuição das frequências das variáveis preditoras em relação ao uso de diferentes modelos de APS.

	Variáveis	USF n(%)	UBS n(%)	P-Value
Idade	≤70 anos	64 (71,9)	183 (58,3)	0,020
	≥71 anos	25 (28,1)	130 (41,7)	
Renda Familiar	≤2 salários (\$1090,00)	49 (55,1)	155 (49,5)	0,357
	>2 salários (\$1091,00)	40 (44,9)	158 (50,5)	
Anos de estudo	≤6 anos	66 (74,2)	236 (75,6)	0,775
	≥7 anos	23 (25,8)	76 (24,4)	
Sexo	Masculino	25 (28,1)	97 (31,1)	0,587
	Feminino	64 (71,9)	215 (68,9)	
Renda Suficiente	Sim	31 (34,8)	92 (29,5)	0,335
	Não	58 (65,2)	220 (70,5)	
Situação Conjugal	Casado	45 (50,6)	134 (43,2)	0,220
	Não Casado	44 (49,4)	176 (56,8)	
Participação em grupo de idosos	Sim	10 (11,2)	38 (12,2)	0,809
	Não	79 (88,8)	274 (87,8)	
Religião	Católico	46 (51,7)	180 (57,7)	0,313
	Outras Crenças	43 (48,3)	132 (42,3)	
Escore 1º Contato	Sem orientação APS	43 (48,3)	188 (60,3)	0,044
	Com orientação APS	46 (51,7)	124 (39,7)	
Escore Coordenação	Sem orientação APS	43 (49,4)	176 (56,6)	0,235
	Com orientação APS	44 (50,6)	135 (43,4)	
Escore Integralidade	Sem orientação APS	68 (76,4)	237 (76)	0,931
	Com orientação APS	21 (23,6)	75 (24)	
Escore Longitudinalidade	Sem orientação APS	28 (31,5)	156 (50)	0,002
	Com orientação APS	61 (68,5)	156 (50)	
Escore Essencial	Sem orientação APS	62 (69,7)	247 (79,2)	0,060
	Com orientação APS	27 (30,3)	65 (20,8)	

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho foram demonstrados pontos positivos da Estratégia de Saúde da Família em relação às Unidades Básicas tradicionais. No entanto, percebe-se limitações em ambos os serviços de saúde no que tange a qualidade dos serviços de acordo com sua orientação à APS, principalmente no que refere-se às redes de atenção à saúde e ao atendimento integral, o que dificulta que a Atenção Primária à Saúde possa exercer seu papel de Coordenadora do cuidado e também agir com Integralidade.

Mesmo assim, este estudo sugere que as Unidades Básicas tradicionais devem vir a ser substituídas pelo modelo de Estratégia de Saúde da Família, já que esse modelo mostrou-se superior quanto a orientação à APS nos atributos Primeiro Contato e Longitudinalidade de acordo com idosos moradores dos distritos Lomba do Pinheiro e Partenon.

Estudos que abranjam idosos de toda cidade de Porto Alegre são necessários para que estes resultados possam ser expandidos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 8 mar. 2012.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 8 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília DF, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília DF, 2006a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abca19.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.528 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília DF, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Diretrizes do Pacto pela Saúde de 2006 – Consolidação do SUS**. Brasília, 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

BRASIL. **Política Nacional do Idoso**.1994. Disponível em:
<<http://www.pucpr.br/arquivosUpload/1237436911311194586.pdf>>. Acesso em: 5 mai. 2012.
ESCOREL, Sarah et al . O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2-3, Mar. 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2012.

HARZHEIN, Erno. *et al*. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cad Saude Pública**. Rio de Janeiro, v22, n.8, Aug. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000800013&script=sci_arttext >. Acesso em: 8 nov. 2012.

IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. 2009. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf >. Acesso em: 27 jun. 2012.

IBGE. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios**. 2002. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: 27 jun. 2012.

MATTA, GC; MOROSINI, MVG. Atenção Primária á Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em:
<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf >. Acesso em: 15 jun. 2012.

PAULUS JÚNIOR, A; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Rev Espaço para Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006. Disponível em:
<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_3.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2012.

STARFIELD, B. *et al*. **Measuring consumer experiences with primary care**. Pediatrics, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, Apr. 2000.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO, MS, 2002.

SHI, L; STARFIELD, B; JIHAONG, X. **Validating of the adult primary care assessment tool**. J Family Practice, v.50, p.161-175, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa de “Avaliação da adequação de processos e ambientes físicos da atenção básica e das percepções em relação às políticas de saúde voltadas às necessidades das pessoas idosas” realizada por um grupo de pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Esse estudo pretende ouvir a opinião dos idosos sobre os postos de saúde, por isso serão entrevistados idosos do seu bairro, escolhidos por sorteio. A entrevista será feita na própria residência. Não existem respostas certas ou erradas, sinta-se a vontade para responder às questões, pois a entrevista será confidencial e os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será orientado a procurar uma Unidade de Saúde.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o Prof. Dr. Fernando Neves Hugo, ou para os pesquisadores Aline Blaya Martins ou Matheus Neves, na Faculdade de Odontologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2154; pelo Tel: 33085204. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2154, no Tel: 33083629.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ declaro ter lido e discutido o conteúdo do presente Termo de Consentimento e concordo em **participar desse estudo de forma livre e esclarecida**. Também declaro ter **recebido cópia** deste termo.

Assinatura do participante

Nome do entrevistador

Assinatura do entrevistador

____/____/____
Data

Impressão
dactiloscópica

APÊNCICE B – Aceite do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**PARECER FINAL**

O Comitê de Ética em Pesquisa e a Comissão de Pesquisas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisaram o Projeto:

Número: 15297

Título:

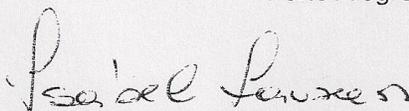
AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DE PROCESSOS E AMBIENTES FÍSICOS DA ATENÇÃO BÁSICA E DAS PERCEPÇÕES EM RELAÇÃO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS ÀS NECESSIDADES DAS PESSOAS IDOSAS

Pesquisador Responsável: **Prof. FERNANDO NEVES HUGO**

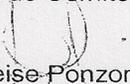
Outros pesquisadores: **Aline Blaya Martins; Juliana Balbinot Hilgert, Profa. Dalva Maria Pereira Padilha.**

O Projeto foi aprovado na reunião do dia 18 de junho., Ata nº05/09 , do Comitê de Ética em Pesquisa e da Comissão de Pesquisa, da UFRGS, por estar adequado ética e metodologicamente de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 18 de junho de 2009.



Isabel da Silva Lauxen
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa


Profª. Deise Ponzoni
Coordenadora da Comissão de Pesquisa

ANEXOS

ANEXO A - Pré Mini Mental

Pergunta	Resposta	
Entrevistador: olhe no mapa e marque com um círculo o setor censitário.	380,385,389,,391,402,406,408,423,428,431,432,433,434,435,438,444,447,468,473,476,487,497,500,506,509,519,523,529,530,535,537,549,553,560,566,571,572,586,591,902,907,910,923,925,928,931,932	
Entrevistador: Circule o seu código.		
1- Aline 2- Creta 3- Édina 4- Matheus Neves 5- Matheus Scholten	6- Michele P. Sales 7- Michelle Meireles 8- Otávio 9- Rafael 10- Raíssa	11- Renyelle 12 – Julia 13 – Andreas 14- Sílvia 15- Camila
Data e hora da entrevista.	___/___/____ : ____	
Qual o seu nome?	_____	
Qual o seu endereço?	_____ _____	
O Sr(a) têm telefone?	() Sim () Não	
Se sim, qual o número do seu telefone?	_____	
O (a) sr(a) possui algum outro telefone de contato, ou de algum parente ou vizinho?	() Sim () Não	
A quem pertence este telefone? (Nome da pessoa)	_____	
Qual a sua relação com esta pessoa?	() familiar () amigo () vizinho () outro () o(a) próprio(a)	
Qual o número deste outro telefone?	_____	
Qual a sua data de nascimento?	___/___/____	
Qual a sua idade?	_____anos	
Até que série o(a) sr(a) estudou*? * Nota: Deve-se fazer a pergunta: “Até que série o sr (a) estudou?”. Em seguida fazer a conversão, colocando o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação), considerando desde o primeiro ano do ensino fundamental.	0 analfabeto 1ano 2 anos 3 anos 4 anos 5 anos 6 anos 7 anos 8 anos 9 anos 10 anos 11 anos 12 anos ou mais 13 Não sabe/Não respondeu	
Responder: O idoso encontra-se entre os critérios iniciais de inclusão?	() sim () não	
Caso o idoso não se encontre nos critérios de inclusão, relate o motivo.	_____ _____	
Responder: O idoso aceitou participar?	() Sim () Não	
Caso ele tenha recusado, qual o motivo da recusa?	_____	
O termo de consentimento foi assinado?	() Sim () Não	

ANEXO B - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Anos de Estudo: _____

Explicação	Questão	Resposta	
Agora vou lhe fazer algumas questões sobre a data de hoje:	Diga em que dia da semana estamos.	0- N	1-S
	Em que dia do mês estamos.	0- N	1-S
	Em que mês do ano estamos?	0- N	1-S
	Em que semestre do ano estamos?	0- N	1-S
	Diga em que ano estamos?	0- N	1-S
Agora vou lhe fazer algumas questões sobre o local que estamos:	Que local é este?	0- N	1-S
	Em que rua estamos?	0- N	1-S
	Em que bairro estamos?	0- N	1-S
	Em que cidade estamos?	0- N	1-S
	Em que estado estamos?	0- N	1-S
Entrevistador, agora peça ao idoso para repetir as palavras depois de você dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (caneca, tijolo e tapete).	Entrevistador, o idoso repetiu “caneca”?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso repetiu “ tijolo”?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso repetiu “tapete”?	0- N	1-S
Pergunta	O(a) sr(a) faz cálculos? (Não pontuar)		
Se a resposta da pergunta anterior for SIM, faça as questões de cálculo ao lado, se for NÃO, pule para as questões de soletrar.	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$7,00, quanto restaria? (93?).	0- N	1-S
	E se tirássemos mais 7 reais? (86 ou - 7?).	0- N	1-S
	E se tirássemos mais 7 reais? (79 ou - 7?).	0- N	1-S
	E se tirássemos mais 7 reais? (72 ou -7?).	0- N	1-S
	E se tirássemos mais 7 reais? (65 ou -7?).	0- N	1-S
Soletre a palavra MUNDO de trás para frente.	Entrevistador, o idoso soletrou a letra O?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra D?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra N?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra U?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso soletrou a letra M?	0- N	1-S
Por favor, agora repita aquelas palavras que eu disse há pouco.	Entrevistador, lembrou da “caneca”?	0- N	1-S
	Entrevistador, lembrou do “tijolo”?	0- N	1-S
	Entrevistador, lembrou do “tapete”?	0- N	1-S
Entrevistador, mostre os cartões com as imagens do relógio e da caneta e peça para que o idoso diga que objetos são.	Ele respondeu relógio?	0- N	1-S
	Entrevistador, o idoso respondeu caneta?	0- N	1-S
Por favor, agora repita a seguinte frase:	Nem aqui, nem ali, nem lá. (Entrevistador, o idoso repetiu adequadamente?)	0- N	1-S
Entrevistador, com uma folha de papel em mãos, explique ao idoso que a seguir ele deverá executar três ações simples que serão descritas por o (a) sr(a) a seguir. Marque “sim” se ele a executar as ações:	Pegue o papel com a mão direita.	0- N	1-S
	Dobre-o ao meio.	0- N	1-S
	Ponha-o no chão.	0- N	1-S
Entrevistador, entregue ao idoso o Cartão 2 Mini-mental que contém a frase: “Feche os olhos”.	Logo, peça gentilmente que ele leia a afirmação e execute, se possível. Se ele executar, marque “sim”. Se não souber ler, ou não executar, marque “não”.	0- N	1-S
Entrevistador, com o bloco de desenho em mãos, peça ao idoso para escrever uma frase completa	Ele conseguiu escrever? *Mínimo- Frase c/ um substantivo e um verbo.	0- N	1-S
Entrevistador, entregue ao idoso a Cartão 2 do Mini-Mental que contém o desenho e gentilmente solicite que ele o copie a figura em seu bloco de desenho.	Ele conseguiu copiar?	0- N	1-S
Escore	Siga os pontos de corte que estão no cartão.		

Avaliações dos resultados:

Pontuação total: 30 pontos.

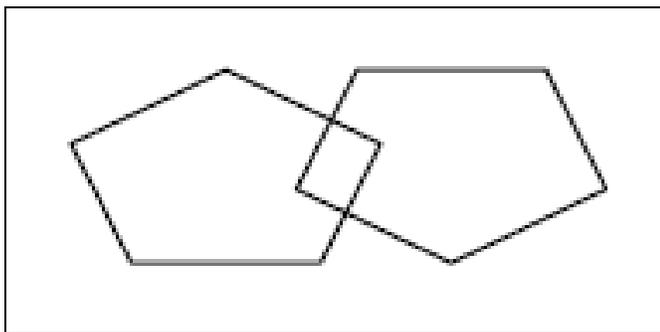
As notas de corte são:

* Analfabetos: 13 pontos ou mais.

* Escolaridade baixa/média (até ensino médio incompleto): 18 pontos ou mais.

* Escolaridade alta (ensino médio completo em diante): 26 pontos ou mais.

Desenho do MEEM



ANEXO C - Questionário Sócio-Demográfico

Explique para o idoso: A partir deste momento daremos início a uma série de perguntas sobre quem você é, sobre seus hábitos e sobre a sua família; caso não entenda alguma questão, pergunte e procure responder da forma mais fiel possível.

1. Qual o seu sexo?

- 1) Masculino
- 2) Feminino

2. Qual a sua raça? (estimulada e única)

- 1) Branca
- 2) Negra
- 3) Amarela
- 4) Parda
- 5) Indígena
- 6) Recusou-se a responder
- 9) Não sabe/Não respondeu

3. Qual a sua situação conjugal?

- 1) Solteiro
- 2) Casado/Morando junto
- 3) Separado/Divorciado
- 4) Viúvo
- 9) Não sabe/Não respondeu

4. Você fuma cigarros atualmente?

- 1) Sim
- 2) Não
- 9) Não sabe/Não respondeu

5. Quantos cigarros você fuma por dia*? _____

- 1) Não se aplica

* 1 carteira/maço= 20 cigarros. 1 palheiro= 8 cigarros.

6. Há quanto tempo você fuma? _____ anos

- 1) Não se aplica

7. Com que freqüência você consome bebidas alcoólicas? Marcar de acordo com a resposta espontânea.

- 1) Nunca
- 2) Uma vez por mês ou menos
- 3) 2 a 4 vezes por mês
- 4) 2 a 3 vezes por semana
- 5) 4 ou mais vezes por semana

8. Quantas doses* você consome no dia em que você bebe bebidas alcoólicas?

- 1) 1 ou 2
- 2) 3 ou 4
- 3) 5 ou 6

- 4) 7, 8 ou 9
- 5) 10 ou mais
- 6) NSA

*1 dose de bebidas alcoólicas = 14 g de álcool.

BEBIDA	ml	DOSE
Vinho tinto (cálice)	150	1
Cerveja (lata)	350	1
Destilada	40	1

9. Com que frequência você ingere 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião? Marcar de acordo com a resposta espontânea.

- 1) Nunca
- 2) Menos do que uma vez ao mês
- 3) Mensalmente
- 4) Semanalmente
- 5) Diariamente ou quase diariamente
- 6) NSA

10. Quantas pessoas, incluindo o Sr (a), residem nesta casa:

Número de pessoas que residem na casa: _____

Nota: Refere-se ao número de pessoas que compõem a unidade familiar. Excluem-se deste item os empregados domésticos, visitas, indivíduos que moram de aluguel e não fazem parte da família e os inquilinos que residem naquele domicílio. Marcar 99 para “não sabe / não respondeu”.

11. O Sr.(a) é aposentado?

- 1) sim
- 2) não

12. Qual a sua ocupação? _____

13. No mês passado, quanto receberam em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa, incluindo salários, bolsa-família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?

Nota: Ao receber a resposta com o valor em salários mínimos ou bolsa família, transforme o referido valor para o valor numérico em reais. Caso o idoso não queira responder, preencha com o nº “9”.

Salário mínimo: R\$ 510,00

Bolsa família: R\$ 68,00 + R\$22,00 por criança e/ou R\$33,00 por adolescente (16/17 anos)

14. Quantas pessoas dependem desta renda para o seu sustento? _____

15. O Sr (a). considera esta renda suficiente para suprir as necessidades da família?

- 1) Sim
- 2) Não

16. Você participa de algum grupo de terceira idade de sua comunidade, ou dos encontros de convivência de idosos de sua ou de outra comunidade?

- 1) Sim
- 2) Não
- 9) Não sabe/Não respondeu

17. Com que frequência o Sr (a) está envolvido com estas atividades? ? Marcar de acordo com a

resposta espontânea.

- 1) Menos do que uma vez ao mês
- 2) Mensalmente
- 3) Semanalmente
- 4) Diariamente ou quase diariamente
- 8) Não se aplica
- 9) Não sabe/Não respondeu

18. Atualmente, qual a religião ou culto que você frequenta? Se a pessoa tiver mais do que uma religião, marcar o item 7. A resposta é única.

- 1) Católica
- 2) Protestante
- 3) Pentecostal
- 4) Espírita
- 5) Umbanda, candomblé, batuque
- 6) Judaica
- 7) Evangélica
- 8) Mais de uma
- 9) Nenhuma
- 10) Outra
- 11) Não sabe/Não respondeu

ANEXO D – PCATool Brasil Versão Adulto

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto A - GRAU DE AFILIAÇÃO	
A1 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Por favor, dê o nome e endereço)	
Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____	
A2 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a <u>conhece melhor</u> como pessoa?	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima <input type="checkbox"/> Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)	
Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____	
A3 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, mesmo que A1 & A2 acima. <input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A1 somente. <input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A2 somente. <input type="checkbox"/> Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).	
Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____	
<u>Para o entrevistador:</u> IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO	
AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:	
– Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).	
– Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).	
– Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).	
– Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).	
– Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5).	
– Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).	
A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____ _____	
Esclareça ao entrevistado que: A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a): A5 - _____ (“nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde”). (Vá para a Seção B)	

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto					
B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 - Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Quando você tem que consultar um especialista, o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

C5 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8 - É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up") neste "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C9 - Quando você chega no seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C10 - Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico do seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" quando pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C12 - Quando você tem que ir ao "nome do médico / enfermeira / local", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

D - LONGITUDINALIDADE					
<i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 – Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 – Você acha que o seu “médico/enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5 – O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D11 - O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12 - O seu "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13 - O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14 - Você mudaria do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 - Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?

- Sim
- Não (Passe para a questão F1)
- Não sei / não lembro (Passe para a questão F1)

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

E4 - O seu "médico/enfermeiro" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - O seu "médico / enfermeiro" ou alguém que trabalha no / com "nome do serviço de saúde" ajudou-o / a a marcar esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - O seu "médico/enfermeiro" escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E8 - Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu "médico/enfermeiro" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES					
<i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1. Quando você vai no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registro": fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Quando você vai ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro")

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4 - Vacinas (imunizações).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5 - Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro")

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G14 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22 - Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro".

Em consultas ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
H1- Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7 - Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9 - Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10 - Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12 - Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13 - Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” com sua família.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 - O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 - O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3 - O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 - Alguém no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 - O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3 - O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas?

J4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J6 - Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>