

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LEIDIANE SOARES DA SILVA

**A QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM RIO BRILHANTE-MS
SOB A PERSPECTIVA DA PESSOA IDOSA**

CAMPO GRANDE
2022

LEIDIANE SOARES DA SILVA

**A QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM RIO BRILHANTE-MS
SOB A PERSPECTIVA DA PESSOA IDOSA**

Dissertação apresentada para fins de conclusão do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, sob orientação da Professora Doutora Sonia Maria Oliveira de Andrade e coorientação da Professora Doutora Adriane Pires Batiston.

CAMPO GRANDE
2022

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é preferencialmente o primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, a atenção à saúde da pessoa idosa é parte das atribuições da APS e estabelece como objetivo de toda e qualquer ação de saúde a de promover o envelhecimento saudável e ativo dessa população que vêm aumentando a cada ano, em nosso país. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal modelo na reorganização da APS, é necessária a presença dos quatro atributos essenciais e a extensão dos três atributos derivados, que orientam, caracterizam e medem a qualidade da APS. Diante disso, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar a qualidade da APS na perspectiva dos usuários idosos dos serviços da APS em Rio Brillhante-MS. Para isto, foram realizadas entrevistas com uma amostra da população de 345 idosos, que utilizam os serviços dentre as oito unidades localizadas na região urbana do município, utilizando o questionário PCATool-Brasil (Primary Care Assesment Tool), instrumento de avaliação, validado nacionalmente pelo Ministério da Saúde, para pacientes adultos na versão reduzida composto por 26 itens distribuídos em 10 componentes relacionados ao tema. Para a caracterização sociodemográfica dos participantes foi utilizado um instrumento de coleta de dados composto por perguntas estruturadas, como idade, sexo, escolaridade, profissão e com quem compartilha a residência. Os participantes foram selecionados mediante técnica de amostragem aleatória simples, a partir do cadastro de usuários idosos na unidade, e as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora na residência dos participantes que aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Foi realizada análise descritiva com apresentação dos resultados por meio das frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e através das medidas de centro e variabilidade para as variáveis contínuas. A análise inferencial foi realizada por meio do teste de regressão logística com apresentação da *Odds Ratio* e o respectivo intervalo de confiança de 95%, considerando significância estatística de 5%. Os resultados apontam que a média de idade dos participantes é de 69,6 anos, e os que trabalham fora têm mais chance de atribuir pontuação baixa de avaliação da atenção primária à saúde. Constatou-se maior utilização dos serviços oferecidos pelos usuários do sexo feminino de 69,7%. Quanto à avaliação da assistência oferecida no nível primário, o escore essencial da APS no município com média 6,94, ficou acima da nota de corte

de 6,6, classificado como qualidade alta. O atributo essencial Acesso de Primeiro Contato – Utilização foi o mais bem avaliado com escore 9,19. O escore geral foi avaliado em 6,27, próximo à nota de corte, porém considerado baixo pelo instrumento. Conclui-se que a qualidade da APS segundo o escore geral é baixa, estando próximo ao ponto de corte. O escore essencial é alto, indicando que os serviços de saúde da APS do município são orientados por seus atributos promovendo maior satisfação dos usuários e com impacto positivo no estado de saúde da população. Os usuários conhecem os serviços de referência de seu bairro e estes são os primeiros a serem procurados pelos pacientes. Ações de melhoria podem ser tomadas no sentido de informar aos pacientes sobre o acesso que os mesmos possuem para consultar seu prontuário e informar/disponibilizar para a população a lista de serviços e orientações que são disponíveis caso possam precisar em algum momento como, por exemplo: saúde mental, tabagismo e aconselhamento sobre mudanças que acontece com o envelhecimento. Reorganizar as ações de saúde já existentes e implantando novos fluxos assistenciais que possibilitem a assistência de qualidade torna-se necessário e oportuno.

Descritores em Saúde: Assistência à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Serviços de Saúde para Idosos, Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde, Sistema Único de Saúde, Saúde da Família.

ABSTRACT

Primary Health Care (APS) is preferably the user's first contact with the Unified Health System (SUS). In Brazil, health care for the elderly is part of the APS attributions and establishes the objective of any and all health actions to promote healthy and active aging in this population, which has been increasing every year in our country. The Family Health Strategy (ESF) is the main model in the reorganization of APS, it is necessary to have the presence of the four essential attributes and the extension of the three derived attributes, which guide, characterize and measure the quality of APS. Therefore, the present research aimed to evaluate the quality of APS from the perspective of elderly users of APS services in Rio Brilhante-MS. For this, interviews were conducted with a sample of the population of 345 elderly people, who use the services among the eight units located in the urban region of the municipality, using the PCATool-Brasil questionnaire (Primary Care Assessment Tool), an evaluation instrument, validated nationally by the Ministry of Health, for adult patients in the reduced version consisting of 26 items distributed in 10 components related to the theme. For the sociodemographic characterization of the participants, a data collection instrument was used, composed of structured questions, such as age, sex, education, profession and with whom they share the residence. Participants were selected using a simple random sampling technique, based on the registration of elderly users at the unit, and the interviews were carried out by the researcher at the participants's homes who accepted and signed the Informed Consent Form (ICF). Descriptive analysis was performed with presentation of results through absolute and relative frequencies for categorical variables, and through measures of center and variability for continuous variables. The inferential analysis was performed using the logistic regression test with the presentation of the Odds Ratio and the respective 95% confidence interval, considering a statistical significance of 5%. The results show that the average age of the participants is 69.6 years, and those who work outside the home are more likely to assign a low score in the evaluation of primary health care. There was a greater use of services offered by female users of 69.7%. As for the evaluation of the assistance offered at the primary level, the APS essential score in the municipality, with an average of 6.94, was above the cut-off score of 6.6, classified as high quality. The essential attribute First Contact Access – Use was the best evaluated with a score of 9.19. The overall score was

evaluated at 6.27, close to the cutoff score, but considered low by the instrument. It is concluded that the quality of APS according to the general score is low, being close to the cut-off point. The essential score is high, indicating that the APS health services in the municipality are guided by their attributes, promoting greater user satisfaction and having a positive impact on the population's health status. Users know the referral services in their neighborhood and these are the first to be sought by patients. Improvement actions can be taken in order to inform patients about the access they have to consult their medical records and inform / make available to the population the list of services and guidelines that are available if they may need it at any time, such as: mental health, smoking and counseling about the changes that come with aging. Reorganizing existing health actions and implementing new care flows that enable quality care becomes necessary and timely.

Health Descriptors: Health Care, Primary Health Care, Health Services
Health for the Elderly, Quality Indicators in Health Care, Unified Health System,
Family Health.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Senhor de todas as coisas, por me abençoar e por estar sempre ao meu lado iluminando meu caminho;

Ao meu irmão Diener por ser a minha força, meu grande amigo, meu porto seguro, incentivando-me sempre ao crescimento pessoal e profissional e por estar ao meu lado em todos os momentos;

Ao meu namorado Pablo, por me incentivar e me apoiar durante todo o processo deste trabalho. Por acreditar nos meus sonhos e por estar ao meu lado em todos os momentos;

À Professora Doutora Sonia Maria Oliveira de Andrade, por ter abraçado meu projeto, pela paciência e por todos os ensinamentos dedicados a mim;

Aos meus amigos, por todo incentivo e torcida. Em especial às minhas amigas Helen e Gizely que, com carinho me apoiaram;

A todos os professores, pelos preciosos conhecimentos transmitidos durante o curso de mestrado, os quais fizeram toda a diferença nesse processo de crescimento pessoal e profissional

A todos que, direta e indiretamente, me ajudaram a concretizar esse trabalho.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS/MEC/BRASIL.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1	Sistema Único de Saúde (SUS)	10
2.2	Orientação do SUS para a Atenção Primária à Saúde (APS)	11
2.3	Os Atributos da Atenção Primária à Saúde	12
2.4	Estratégia Saúde da Família	14
2.5	Saúde do Idoso no contexto da APS em Rio Brilhante – MS	16
3	OBJETIVOS	20
3.1	Objetivo geral	20
3.2	Objetivos específicos	20
4	METODOLOGIA	21
4.1	Tipo e abrangência da pesquisa	21
4.2	Participantes da pesquisa	21
4.3	Coleta de dados	22
4.3.1	Procedimento	22
4.3.2	Instrumentos	23
4.4	Organização e análise dos dados	24
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
6	CONCLUSÕES	40
	REFERÊNCIAS	41
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	45
	APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados - Bloco 1, 2 e 3	49
	ANEXO A –Cartão resposta	56

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel essencial na promoção do envelhecimento saudável, uma vez que está ativamente envolvida na gestão da saúde da pessoa idosa, no diagnóstico e na prevenção de fatores de risco para doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Brasil tem mais de 28 milhões de idosos, sendo que se considera idoso pessoas com 60 anos ou mais e, esse número representava 13% da população do país no ano de 2010. Este percentual tende a crescer nas próximas décadas, como aponta a projeção populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) atualizada em 2018. O índice de envelhecimento, a relação entre a porcentagem de idosos e de jovens, deve aumentar devido ao menor número de nascimentos a cada ano e ao aumento da expectativa de vida do brasileiro (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018). O envelhecimento da população brasileira ocorre simultaneamente com mudanças no perfil epidemiológico, e os idosos representam uma proporção cada vez maior da população geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

O município de Rio Brilhante está emancipado há 92 anos e está localizado no interior do estado do Mato Grosso do Sul, distando 160 km da capital Campo Grande e, segundo estimativa do IBGE no ano de 2020, possui ,38.186 habitantes. A população idosa corresponde a 7,15% da população total e a taxa de mortalidade causada por doenças em geral, durante os últimos três anos de pesquisa, é maior em pessoas acima de 60 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017a).

Considerando a estimativa de crescimento da população idosa, naturalmente mais vulnerável do que os demais grupos etários em decorrência do envelhecimento, além da inexistência de programas específicos de atenção ao idoso no município, justifica-se a relevância desta pesquisa, no que tange à avaliação da qualidade relativa à atenção à saúde da pessoa idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

São poucos os estudos que avaliam a qualidade das ações na APS e o impacto desta na saúde do idoso tendo em mente o desafio gerado pelo envelhecimento populacional. Frente a isso, o objetivo da pesquisa foi avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos usuários idosos dos

serviços da APS em Rio Brilhante-MS. Os resultados poderão subsidiar propostas de ações que visem à melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS), é formado pelo conjunto de todas ações e serviços da saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. À iniciativa privada é permitido participar desse sistema de maneira complementar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

No Brasil, o SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas por meio da Constituição de 1988 e reafirmada com a publicação da Lei Nº 8.080 em 19 de setembro de 1990 e da Lei Nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990a, 1990b). Seus serviços apontam para democratização nas ações e nos serviços de saúde, que deixam de ser restritos e passam a ser universais, assim como deixam de ser centralizadas e passam a nortear-se pela descentralização. Inclui o acesso universal e satisfatório a serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, considerando as diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O SUS representa o marco de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país. Anteriormente, a saúde era compreendida como o estado de ausência de doença, o que significava na prática apenas remediar os efeitos com o objetivo da cura de agravos da saúde com menos ênfase em suas causas. Após a sua criação, passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de fatores biológicos, sociais, ambientais e psicológicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Com a criação do SUS a saúde torna-se um direito fundamental do ser brasileiro, sendo dever do estado a disponibilização de recursos e ações a fim de promover condições básicas de saúde, tendo como principal objetivo o de reduzir riscos de doenças, assegurar acesso universal e igualitário visando a promoção a proteção e a recuperação (BRASIL, 1990a).

2.2 Orientação do SUS para a Atenção Primária à Saúde (APS)

No SUS a Atenção Primária à Saúde (APS) representava um marco referencial na organização do sistema (GIL, 2006). Embora em documentos oficiais brasileiros identifique-se a utilização do termo Atenção Primária à Saúde, a expressão Atenção Básica foi oficializada pelo Governo Federal Brasileiro e os dois termos podem ser utilizados como sinônimos, porém Atenção Primária à Saúde é o termo mundialmente utilizado e reconhecido (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

A Conferência de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978, considerada um marco no processo de busca de um novo modelo de assistência à saúde, aprovou por unanimidade, como meta de seus países membros, a saúde para todos os povos até o ano 2000. No documento, a APS é a base para o alcance desses objetivos, sendo a atenção à saúde essencial. Ela deve ser baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportá-la em todas as etapas de seu desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em outubro de 2018 os líderes mundiais, daquele ano, participaram da Conferência Global sobre APS em Astana, Cazaquistão, a fim de renovar o compromisso com a APS para todas as nações. Na ocasião, os países do mundo inteiro assinaram a Declaração de Astana, prometendo fortalecer seus sistemas de atenção primária como um passo essencial para alcançar a cobertura universal de saúde. O documento reafirma a histórica declaração de Alma-Ata de 1978 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, a APS tem sido destaque no SUS. Nela foi aprovado o conceito da saúde como um direito do cidadão e, não obstante, foram delineados os fundamentos do SUS, sendo a descentralização o princípio que motivou o importante papel da APS na Rede de Atenção à Saúde. Objetiva oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir para níveis mais complexos de cuidado e implementar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM *et al.*, 2011).

A APS é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o SUS pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham e, desta forma, constitui o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. Integra tanto o SUS, do qual se constitui como função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. A APS prioriza os principais problemas da população nos níveis: preventivo, curativo, de reabilitação e da promoção à saúde, integrada com outros níveis de saúde e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde (CAMPOS *et al.*, 2006). A APS é a porta de entrada preferencial do SUS. Ela cumpre o papel de ordenadora da atenção e coordenadora do cuidado, e faz parte da Rede de Atendimento à Saúde (RAS), da qual é composta: pelo ponto de atenção primária, pela atenção especializada ambulatorial, pela atenção especializada hospitalar e pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Para compreender o papel da APS no SUS é preciso entender sucintamente como a RAS funciona, pois ela passa por um modelo de atenção à saúde que organiza o funcionamento e articula a relação entre a população ao ser separadas por risco e com foco nas intervenções do sistema de atenção à saúde, de acordo com as informações epidemiológicas e determinantes sociais de um território. Esse modelo é essencial para a organização da atenção, definição de como a atenção é realizada e como a APS interage com os outros pontos de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A Atenção Primária à Saúde possui uma posição estratégica dentro do SUS, por ser o ponto de maior potencial para identificação das necessidades de saúde da população, oferecendo subsídios para o cuidado ofertado, sendo possível realizar ações de promoção e de prevenção da saúde além do tratamento dentro deste nível de complexidade (BRASIL, 2017).

2.3 Os atributos da Atenção Primária à Saúde

O processo de atenção é descrito como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais, mediadas pela estrutura do serviço de saúde. A APS é o nível de sistema de saúde que fornece entrada para todas as novas necessidades e problemas, é àquela que presta atenção à pessoa não orientada na doença ao longo

do tempo às suas condições, exceto as enfermidades muito incomuns ou raras, e coordena e integra o seu cuidado. Com base nisso, são descritos quatro atributos essenciais para as ações e serviços da APS. São eles: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Além dos atributos essenciais são estabelecidas outras três dimensões, denominadas “derivadas”, que qualificam as ações dos serviços da APS, são elas: atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária, e competência cultural. Um serviço projetado para atender as necessidades da população em geral pode ser considerado como prestador de cuidados primários quando possuem os quatro atributos primários, como também o de aumentar seu poder de interação com a comunidade quando apresenta também os atributos derivados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Os atributos essenciais e os derivados foram propostos por Starfield (2002). A autora afirma que, para avaliação da Atenção Primária à Saúde, é necessário identificar se os serviços são orientados por seus atributos, uma vez que a sua presença promove melhores indicadores de saúde, maior satisfação do usuário, menores custos e maior equidade, e isso impacta positivamente o estado de saúde de pessoas e populações.

Segundo Ministério da Saúde (2020), desde a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, a definição operacional da APS sistematizada por Starfield vem sendo muito utilizada na saúde pública. Assim podemos conceituar os quatro “atributos essenciais” e os três “atributos derivados”.

O primeiro atributo essencial, definido como acesso de primeiro contato, refere-se à acessibilidade e à utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada nova enfermidade, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas, ou seja, a facilidade com que as pessoas utilizam os serviços de saúde. Longitudinalidade é o segundo atributo essencial da APS, trata-se da existência de uma fonte continuada da atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e a sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa capaz de expressar a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A integralidade como terceiro atributo essencial, refere-se ao leque de serviços disponíveis e prestados pela APS. Ações que o serviço de saúde deve

oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista biopsicossocial do processo saúde-doença como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequada ao contexto da APS. Aqui são inclusos os encaminhamentos para os níveis de atenção especializada hospitalar, ambulatorial e para os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, um trabalho intersectorial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

E como quarto atributo essencial está a coordenação da atenção, que pressupõe alguma forma de continuidade, por parte do atendimento do mesmo profissional, por meio de prontuários médios ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado na atenção global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe por meio da coordenação entre os serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Para qualificar as ações dos serviços da APS, são usados os chamados “atributos derivados”. O primeiro é a atenção à saúde centrada na família, onde o contexto familiar e seu potencial de cuidado é considerado no processo de avaliação das necessidades individuais para atenção integral. A orientação comunitária é o segundo atributo derivado sendo definido como o reconhecimento por parte do serviço de saúde e das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços. Como terceiro e último atributo derivado está a competência cultural, sendo a adaptação da equipe e de profissionais de saúde às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Só haverá uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, uma vez que a presença de cada um deles é importante para a garantia de uma APS eficiente, efetiva e com resultados que apontem a qualidade da atenção (MENDES, 2015).

2.4 Estratégia Saúde da Família

O caminho até a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) iniciou com o Programa Saúde da Família (PSF) adotado em 1994 pelo Ministério da Saúde como prioridade para a organização da APS e estruturação do SUS. Sua ênfase está nas

práticas interdisciplinares aplicadas por equipes que se corresponsabilizam pela saúde da população adscrita, com foco na atenção sem deixar de considerar a realidade local, bem como as diferentes necessidades dos grupos populacionais. Em 1998, começou a se expandir, avançando na proposta de regionalização da assistência como estratégia para hierarquização e fortalecimento do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

O PSF se apresentou como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Foi em 2006 através do Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas institucionais no SUS, que o PSF deixou de ser programa e passa a ser uma estratégia permanente na APS, justamente porque o projeto possui tempo determinado e a estratégia é permanente e contínua. A Estratégia Saúde da Família, assim chamada atualmente, foi definida como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da APS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

A ESF é o ponto de partida inicial onde as ações abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É considerada pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia para reorganização da APS, buscando a integração e a territorialização das atividades em uma área. Tem como ponto central do seu trabalho a saúde da família ao priorizar a construção de vínculos entre a família e a equipe de saúde no desenvolver das ações de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

A ESF se tornou o melhor formato de organização de equipes profissionais e de reorientação das práticas assistenciais da APS no país. É a equipe dentro do território e próximo da vida dos usuários que contribui para a qualidade de vida das pessoas e proporciona acesso à rede de saúde. Esse cenário é favorável para práticas integrativas com a população, pois insere no processo saúde-doença o acolhimento aos usuários, levando em consideração aspectos psicológicos e sociais, sendo esse o melhor modo de compreender a doença e o sofrimento (BARBOSA *et al.*, 2020).

2.5 Saúde do Idoso e o contexto da Atenção Primária à Saúde em Rio Brilhante – MS

A preocupação com a saúde da pessoa idosa se intensificou na década de 1980 em decorrência de análises demográficas acerca do envelhecimento populacional. Em 1982 as Nações Unidas, através de sua Assembleia Geral, convocou a primeira Assembleia Mundial sobre o envelhecimento. Tal encontro resultou no Plano de Ação Internacional de Viena para o envelhecimento, documento este considerado a base das políticas públicas em nível internacional e utilizado para criação de leis e políticas em diversos países.

Em 2002 foi realizada em Madri a segunda Assembleia Mundial sobre o envelhecimento e aprovado o PIAE – Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, documento que representa um compromisso internacional em resposta ao rápido envelhecimento da população mundial. Na ocasião a OMS formulou recomendações específicas do PIAE, e lançou o documento *Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas*, que contempla e amplia o PIAE (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) tem o objetivo de servir como base para a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, o máximo de capacidade funcional, a recuperação e a reabilitação de idosos. Possui como diretrizes a promoção da atenção à saúde da pessoa idosa estimulando ações intersetoriais, provimento de recursos, para a qualidade na atenção, capazes de estimular a participação e o fortalecimento do controle social, além da formação continuada permanente para os profissionais de saúde e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estabelece como meta, de toda e qualquer ação de saúde, a de promover o envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia. A promoção à saúde não é privilégio apenas de jovens, ela não acaba quando se faz sessenta anos, sendo assim as ações de atenção devem ser incorporadas em todas as fases da vida (BRASIL, 2006).

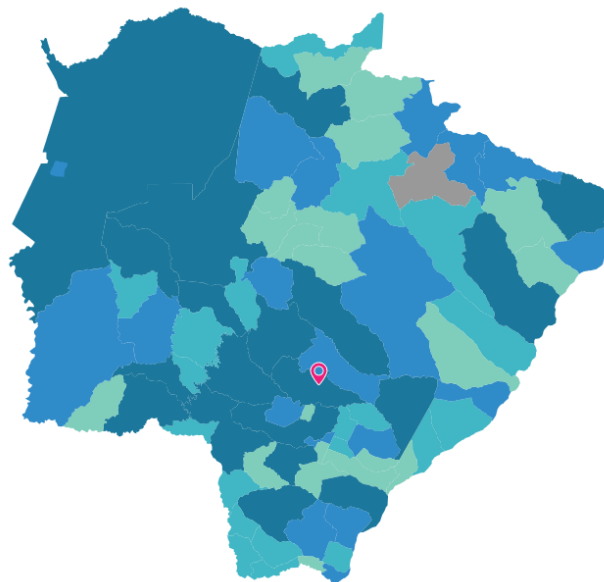
A PNSPI busca também proporcionar e garantir a saúde da pessoa idosa no meio em que ele vive, assim como a de conviver de forma que seja independente para realizar suas atividades e as suas funções em sociedade. Com toda limitação

que o idoso possa apresentar é possível que eles redescubram possibilidades de viver suas próprias vidas com a máxima qualidade possível (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas, e sim na interação entre a saúde física, mental, independência financeira, capacidade funcional e o suporte social (BRASIL, 2006).

Rio Brilhante é um dos 79 municípios que compõem o estado de Mato Grosso do Sul e está localizado no interior do estado a 160 km da capital Campo Grande.

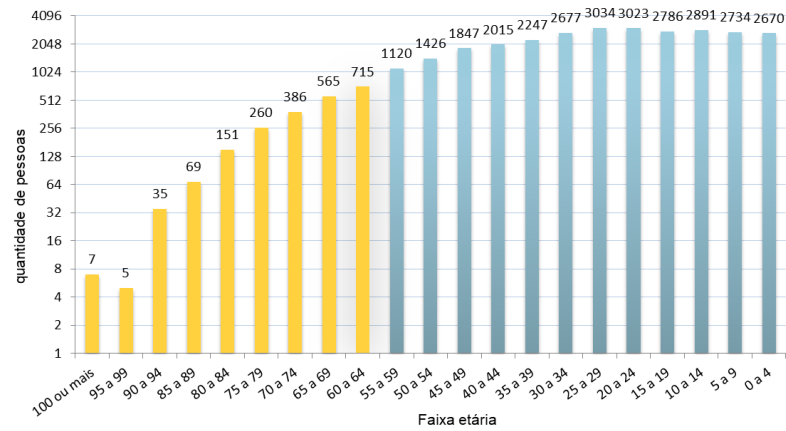
Figura 1 – Localização geográfica do município de Rio Brilhante



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017b)

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017a), a cidade possuía, em 2010, 30.663 habitantes, com uma área territorial de 3.983,562 km² e com nova estimativa de 38.186 habitantes, no ano de 2020. A cidade de Rio Brilhante foi fundada em setembro de 1929 e, em 2022, completou, 93 anos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017a), a população idosa de deste município totaliza 2.193 pessoas, considerando as faixas etárias de sessenta anos e mais, correspondendo a 7,15% do total da população da localidade.

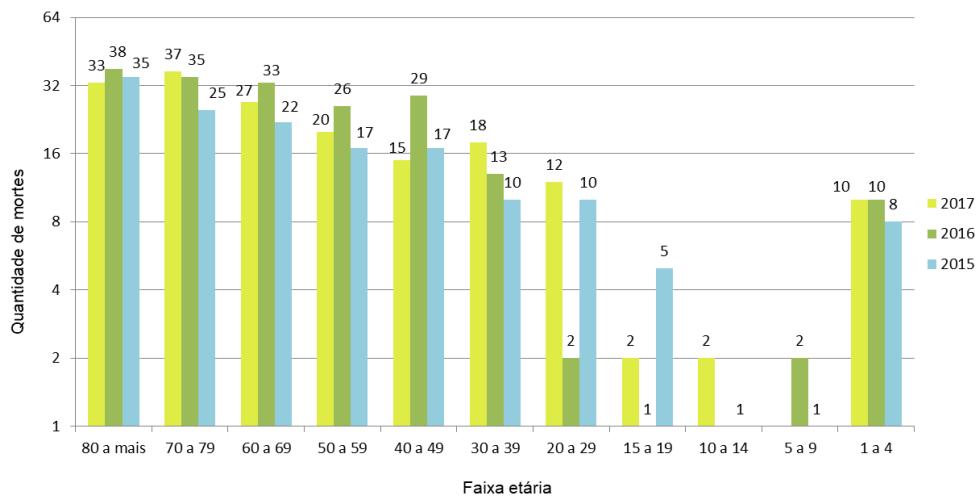
Figura 2 – População de Rio Brilhante por faixa etária



Fonte: Adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017a).

De acordo com os dados do IBGE (2017c) a taxa de mortalidade nos anos de 2015, 2016 e 2017 é alta, destacando-se, dentre as causas, as doenças do aparelho circulatório, neoplasmas (tumores), doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho digestivo.

Figura 3 – Taxa de mortalidade em Rio Brilhante segundo faixa etária



Fonte: Adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017c).

A Atenção à Saúde de Rio Brilhante é composta por um Centro de Saúde, 10 unidades de Estratégia Saúde da Família (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, 2020).

Figura 4 - Composição da Atenção Primária à Saúde do município de Rio Brilhante MS, em 2020

Ponto de atenção \ Tipo	
Atenção Primária a Saúde	Estratégia Saúde da Família Antônio Aparecido Bitencourt
	Estratégia Saúde da Família Brilhante
	Estratégia Saúde da Família Carlos Eduardo Volpe
	Estratégia Saúde da Família Fauzer Saliba
	Estratégia Saúde da Família Francisco Augusto Guerreiro de Mello
	Estratégia Saúde da Família Jaime Medeiros
	Estratégia Saúde da Família Rural
	Estratégia Saúde da Família Vila Fátima
	Estratégia Saúde da Família Celina Martins Jalad XIV
	Posto Agrovila José Cazuza

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos usuários idosos de Rio Brillhante-MS.

3.2 Objetivos específicos

Para o alcance do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) proceder à caracterização sociodemográfica dos participantes;
- b) aferir os atributos e o escore essencial e geral da atenção primária à saúde;
- c) analisar a associação entre a classificação do escore essencial em relação as características sociodemográficas dos participantes

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e abrangência da pesquisa

O presente estudo se caracteriza como um estudo de delineamento transversal, de abordagem quantitativa com base em dados primários, realizado nas unidades de Atenção Primária à Saúde no município de Rio Brilhante-MS.

4.2 Participantes da pesquisa

A população do estudo foi composta por idosos, pessoas acima de sessenta anos, que possuíam cadastrado no SUS com situação ativa nas unidades urbanas de APS do município de Rio Brilhante, totalizando uma população de 3.409 pessoas.

A partir da população, foi calculada a amostra representativa, totalizando 345 idosos distribuídos por meio de amostragem estratificada segundo população da Unidade de Saúde (Tabela 1). O tamanho da amostra foi calculado através da fórmula $n = [DEFF * Np (1-p)] / [(d^2 / Z^2 1- \alpha / 2 * (N-1) + p * (1-p))]$, por intermédio da plataforma Open Epi, considerando uma população de 3.409 idosos, margem de erro absoluta de 5% e intervalo de confiança de 95%.

Foram excluídos da pesquisa participantes idosos que possuíam qualquer limitação que inviabilizasse a realização da entrevista, como déficits cognitivos, alterações de memória, comprometimento na fala, entre outros.

A seleção dos participantes da pesquisa foi feita a partir da amostra representativa de 345 idosos, dentre as oito unidades de Atenção Primária à Saúde situada na região urbana do município. Os usuários convidados para participarem da pesquisa foram selecionados mediante a técnica de amostragem aleatória simples, a partir do cadastro de usuários idosos nas unidades da APS. Atribuiu-se um número a cada usuário cadastrado inseridos em uma caixa e sorteados aleatoriamente, de acordo com a quantidade da amostra de cada unidade (tabela 1).

Identificado o endereço dos selecionados a pesquisadora foi até a residência dos mesmos e realizou o convite para participação da pesquisa com a apresentação do objetivo, riscos, benefícios e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE; mediante o aceite, foi realizada as entrevistas de coleta de dados, com duração média de vinte minutos. Três dos selecionados no primeiro sorteio não

foram localizados e um não aceitou participar da pesquisa, por este motivo, foi realizado outro sorteio substituindo-os por outros usuários que participaram do levantamento. Ademais, todos os selecionados atenderam aos critérios de inclusão alcançando o tamanho amostral pretendido.

Tendo em vista que o público da pesquisa eram pessoas idosas, e a coleta de dados aconteceu durante o período da pandemia da Covid-19, foi utilizado o protocolo de biossegurança recomendado pela Organização Mundial da Saúde com medidas de proteção e prevenção à Covid-19 (BRASIL, 2020).

Tabela 1 - Pessoas idosas do município de Rio Brillhante-MS por unidade da Atenção Primária à Saúde urbana cadastrados e ativos no SUS

Unidade	População	Representatividade da População (%)	Amostra
ESF Antônio Aparecido			
Bitencourt	378	11,09	38
ESF Brillhante	369	10,83	37
ESF Carlos Eduardo Volpe	624	18,30	63
ESF Fauzer Saliba	307	9,00	31
ESF Francisco Augusto			
Guerreiro de Mello	472	13,84	48
ESF Jaime Medeiros	481	14,11	49
ESF Vila Fátima	435	12,77	44
ESF Celina Martins Jalad	343	10,07	35
Total	3.409	100,00	345

Fonte: Adaptado de Sistema Municipal de Saúde betha fly (2020)

4.3 Coleta de dados

4.3.1 Procedimentos

Foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde e permitido acesso da pesquisadora às Unidades de Saúde para a realização da pesquisa (Apêndice B). Em seguida, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e analisado

pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e aprovado (Parecer nº 4.702.978). Os dados foram coletados entre os meses de julho e outubro de 2021.

Após a aprovação, foi realizado um teste piloto com cinco idosos para avaliar a compreensão quanto a clareza das perguntas e as modalidades das respostas. Não houve dificuldade no uso e compreensão do instrumento, não sendo necessários outros ajustes. Após a verificação sobre a viabilidade do instrumento, foi iniciada a coleta de dados, respeitando todos os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Os participantes foram identificados e convidados a participar da pesquisa. Na ocasião, apresentaram-se os objetivos do trabalho, os riscos e os benefícios que envolviam a contribuição, bem como a coleta da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), ficando uma via para o participante e outra com a pesquisadora. Os integrantes foram informados de que a qualquer momento da entrevista, poderiam desistir da participação.

4.3.2 Instrumentos

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento (Apêndice A) que contém dois blocos:

Bloco I – Caracterização do participante.

Bloco II – Instrumento para pacientes adultos versão reduzida do PCATool-Brasil.

O bloco I, do instrumento de coleta de dados, compôs um conjunto de perguntas estruturadas para caracterização dos participantes do estudo, como idade, sexo, escolaridade, profissão e se residia com algum familiar. A pesquisadora realizou a leitura das perguntas do questionário e escreveu as informações de acordo com as respostas dos participantes.

O bloco II foi composto pelo questionário para avaliação da APS do PCATool-Brasil, para pacientes adultos versão reduzida, cujas medidas de validade e fidedignidade são conhecidas no Brasil, composto por vinte e seis itens distribuídos em dez componentes relacionados ao tema. O instrumento é iniciado com perguntas relacionadas à “afiliação” onde é identificado qual o serviço de saúde, médico(a) ou enfermeiro(a) de referência para as respostas dos próximos itens do instrumento

que avaliam quatro atributos essenciais à APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; e os três atributos derivados, qualificadores das ações e serviços da APS, sendo eles: atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária, e competência cultural. Os componentes relacionados aos atributos são: afiliação, utilização, acessibilidade, longitudinalidade, integração dos cuidados, sistema de informações, serviços disponíveis, serviços prestados, orientação familiar e comunitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Para o bloco II o participante recebeu um cartão resposta impresso com as alternativas de respostas: “com certeza sim”; “provavelmente sim”; “provavelmente não”; “com certeza não” e “não sei/não lembro,” o qual usou para responder todos os itens do instrumento. A pesquisadora fez a leitura de cada item do questionário em voz alta e o participante respondeu às perguntas indicando apenas uma das alternativas do cartão resposta, sendo a resposta registrada no questionário pela pesquisadora.

4.4 Organização e análise dos dados

O *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) é um instrumento utilizado e validado em vários países. No Brasil o PCATool, ou Ferramenta de Avaliação da Atenção primária, é validado pelo Ministério da Saúde como um instrumento capaz de avaliar a qualidade dos serviços da APS e é fundamentado na mensuração de aspectos de estrutura processo e resultados dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

O questionário para avaliação da APS do PCATool-Brasil para pacientes adultos versão reduzida, que foi utilizado na pesquisa, é de domínio público e disponibilizado no manual do instrumento. É recomendando para realização de pesquisas com maior rigor e qualidade, pode ser utilizado em investigações acadêmicas, para o monitoramento da qualidade de APS no âmbito rotineiro das equipes de APS, assim como pelos diversos níveis de gestão pública da APS no Brasil e nos serviços privados. Permite, por meio de pesquisas em serviços de saúde, em entrevistas domiciliares aplicadas por entrevistadores, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou

reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento quanto para a execução das ações da APS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

O PCATool-Brasil mede a presença de quatro atributos essenciais e a extensão de três atributos derivados da APS, sendo atribuída uma nota de zero a dez (escore) para cada atributo individual e de pontuação geral para o valor da média dos atributos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Considerando o processo de atenção como o conjunto de interações entre usuários e profissionais, mediadas pela estrutura do serviço, o PCATool-Brasil promove medidas de base individual sobre a estrutura e, principalmente, sobre o processo de atenção que possibilita medir essas interações no contexto da APS em nosso país. Cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Quadro 1 – Atributos e respectivas questões do PCATool Brasil, questionário adulto versão reduzida

Atributos	Questões
Acesso de Primeiro Contato – Utilização	B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “serviço de saúde/ médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	C4. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se precisar? C11. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário?
Longitudinalidade	D1. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende você todas às vezes? D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) “médico(a)/ enfermeiro(a)”? D9. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você e a sua família? D14. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?
Coordenação - Integração de Cuidados	E1. Você foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/ enfermeiro(a)”? E2. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou no serviço especializado? E6. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” enviou alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta (com o(a) especialista ou no serviço especializado)? E7. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais foram os resultados da

	consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado? E9. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido)?
Coordenação – Sistemas de Informações	F3. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”
Integralidade - Serviços Disponíveis	A seguir, apresentamos uma lista de serviços e orientações que você, a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem precisar em algum momento. Indique se no(a) “serviço de saúde” essas opções estão disponíveis (podem ser encontradas/obtidas): G9. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão) G17. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar) G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)
Integralidade - Serviços Prestados	A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido durante alguma consulta no(a)/ com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”. Por favor, responda se os seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? H1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente) H5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você H7. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando H11. Como prevenir quedas
Orientação Familiar	As perguntas a seguir são sobre a sua experiência e também da sua família com os profissionais da saúde no(a) “serviço de saúde”. I1. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para alguém da sua família? I3. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?
Orientação Comunitária	A seguir é apresentada uma forma de avaliar a qualidade de serviços de saúde. Por favor, indique se no(a) “serviço de saúde” é realizada essa iniciativa? J4. Pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas

Os valores de um a quatro de cada resposta são utilizados para calcular o escore geral da Atenção Primária à Saúde, que é obtido pela média das respostas, sendo as seguintes opções “com certeza sim” (4); “provavelmente sim” (3); “provavelmente não” (2) e “com certeza não” (1). A escala Likert foi transformada em uma escala que varia entre zero e dez conforme orientações do instrumento original utilizando a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Escore obtido} - 1}{4 - 1} \times 100$$

O escore geral é a média dos atributos, que varia de zero a dez, tem como ponto de corte o escore 6,6, que corresponde ao mínimo de respostas “provavelmente sim” que um serviço de saúde precisa ter para que seja reconhecida a presença dos atributos da Atenção Primária à Saúde. Assim, a classificação em alto (escore $\geq 6,6$) identifica serviços mais orientados por tais atributos, ao passo que a classificação baixa (escore $< 6,6$) revela serviços com baixa presença dos referidos atributos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

O escore essencial foi obtido mediante o cálculo das médias dos atributos essenciais (afiliação, acesso, longitudinalidade coordenação do cuidado e integralidade). O escore geral foi estabelecido utilizando a soma dos valores dos itens do questionário dividido por vinte e três, que abrange os atributos essenciais e derivados. Os três primeiros itens do questionário não são considerados no cálculo porque estabelece a unidade/profissional de referência para as demais questões.

Os valores dos itens C11 e C14 foram invertidos (4 = 1; 3 = 2; 2 = 3; 1 = 4) na escala para refletirem a presença das características nos serviços, uma vez que foram formulados de modo que os maiores valores da escala sugerem ausência. O item E1 indica se os pacientes estiveram em alguma consulta com especialista ou no serviço especializado (Sim, Não, Não sabe/Não lembra), portanto o item E1 não foi incluído no cálculo do escore.

Inicialmente foram realizadas análises descritivas dos dados com frequências, porcentagens, médias, desvios padrão, quartis e intervalo de 95% de confiança. Um voluntário apresentou 57,0% de dados ausentes e então foi excluído das análises, de acordo com o manual do instrumento. Nos demais casos, foram atribuídos escores dois nos valores ausentes, também de acordo com o manual. Os escores dos atributos, essencial e geral foram classificados em pontuação baixa ou alta, usando o ponto de corte de 6,6, seguindo a orientação do manual. Foram então calculadas as porcentagens de baixa e alta pontuação em cada atributo, no escore essencial e geral.

Para análise das características sociodemográficas foi realizado categorização das variáveis. A idade foi agrupada em 60-69, 70-79 e 80-92. Os itens do estado civil (casado(a)/tem companheiro(a), solteiro(a), viúvo(a) e separado(a)/divorciado(a)) foram agrupados em “sem companheiro” e “com companheiro”. Os itens da profissão foram categorizados em “aposentado/pensionista”, “do lar” e “trabalha fora” sendo o último o agrupamento de

todas as profissões citadas. A escolaridade foi agrupada em dois, os que estudaram “até o fundamental completo” e os que fizeram o “ensino médio ou superior”. E a variável reside com quem foi agrupada em “sozinho”, “com o cônjuge” e “com a família”.

Modelos de regressão logística foram estimados entre cada variável independente (sexo, idade, estado civil, profissão, escolaridade e com quem mora) e o desfecho do escore geral (dicotomizado de acordo com o manual do instrumento). As variáveis que tiveram $p < 0,20$ nas análises brutas foram estudadas em um modelo de regressão logística múltiplo, sendo que o modelo final foi composto pela variável que permaneceu significativa quando estudada em conjunto com as demais variáveis. O ajuste do modelo foi avaliado pelo Critério de Informação de Akaike (AIC). A partir dos modelos de regressão foram estimados os odds ratio com os respectivos intervalos de 95% de confiança. Todas as análises foram realizadas com auxílio do programa R e com nível de significância de 5% (R CORE TEAM, 2022).

Para verificar a proporção de participantes do sexo feminino e masculino na amostra foi utilizado o teste binomial (teste binomial, $p < 0,001$).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização dos participantes possibilita a contextualização do grupo de idosos segundo as variáveis sociodemográficas (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização dos participantes segundo variáveis sociodemográficas, Rio Brilhante, MS, 2022 (n= 345)

Variáveis	Nº	%
Unidade de vinculação		
ESF Carlos Eduardo Volpe	63	18,3
ESF Jaime Medeiros	49	14,2
ESF Francisco Augusto Guerreiro de Mello	48	13,9
ESF Vila Fátima	44	12,8
ESF Antônio Aparecido Bitencourt	38	11,0
ESF Brilhante	37	10,7
ESF Celina Martins Jalad	35	10,1
ESF Fauzer Saliba	31	9,0
Sexo		
Feminino	231	67,0
Masculino	114	33,0
Idade (anos)		
60-69	198	57,4
70-79	122	35,4
80-92	25	7,2
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	227	65,8
Ensino fundamental completo	56	16,2
Ensino médio incompleto	11	3,2
Ensino médio completo	38	11,0
Ensino superior incompleto	0	0,0
Ensino superior completo	13	3,8
Profissão		
Aposentado/pensionista	214	62,0
Do lar	63	18,3
Autônomo	20	5,8
Auxiliar de serviços gerais	16	4,6
Comerciante	13	3,8
Zelador	8	2,3
Motorista	4	1,2
Cozinheira	3	0,9
Professor	2	0,6
Coordenador	1	0,3
Merendeira	1	0,3
Com quem reside		
Espos(a)/companheiro(a)	180	52,2
Filhos	72	20,9
Sozinho	68	19,7
Espos(a)/companheiro(a) e netos	11	3,2
Filhos e netos	7	2,0
Netos	4	1,2
Irmã(o)	3	0,9

Neste estudo o percentual de idosos do sexo feminino (67,0% - n=231) foi significativamente maior do que aquele de idosos do sexo masculino (33,0% - n=114) (teste binomial, $p < 0,001$).

As unidades com maior número de idosos cadastrados foi a ESF Carlos Volpe (18,3%), a ESF Jaime Medeiros (14,2%) e a ESF Francisco Augusto Guerreiro de Mello (13,9%). A faixa etária com maior número de idosos foi entre sessenta e sessenta e nove anos (57,4%). O maior número de idosos são aposentados/pensionistas (62,0%) e do lar (18,3%). A maior parte dos idosos residem com esposo (a)/companheiro(a) (52,2%), com os filhos (20,9%) e sozinho (19,7%).

Estudos realizados em Macaíba/RN e Porto Alegre/RS, que buscaram avaliar a qualidade da APS, identificaram que mais de 60% dos usuários das unidades de saúde foram do sexo feminino, o que reforça os achados dessa presente pesquisa (ARAÚJO *et al.*, 2014; DOTTO *et al.*, 2016; MARTINS *et al.*, 2013).

O estudo de Levorato *et al.* (2014), mostra que, em relação à população brasileira, em geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. O autor afirma que historicamente, na visão do senso comum, o homem é um ser forte, que dificilmente adocece, razão pela qual a procura pelos serviços de saúde apresenta predominância feminina.

Em relação à média de idade, os achados deste estudo assemelham-se aos dos autores acima mencionados, que obtiveram resultados variando entre setenta e um anos de idade, média de sessenta e nove anos e média de idade de setenta anos, respectivamente. A média do presente estudo é de 69,6 anos, corroborada pelos estudos referidos (ARAÚJO, *et al.*, 2014; DOTTO *et al.*, 2016; MARTINS *et al.*, 2013).

O maior número de participantes segundo amostra (18,3%) é do ESF Carlos Volpe que abrange a população residente nos bairros do centro da cidade. Com relação à escolaridade, 65,8 % dos participantes possuem o ensino fundamental incompleto. No aspecto profissão, a maior parte com 62%, informou que são aposentados ou pensionistas. E do total da amostra 52,2% residem com esposo (a) ou companheiro (o).

Um dos objetivos da pesquisa consistiu na medida dos escores. Os resultados dos escores de cada atributo, do escore essencial e geral, encontram-se na tabela 3.

Tabela 3 - Análise descritiva dos escores dos atributos de avaliação da atenção primária à saúde (instrumento PCATool), por idosos, Rio Brilhante, MS, 2022 (n=344)

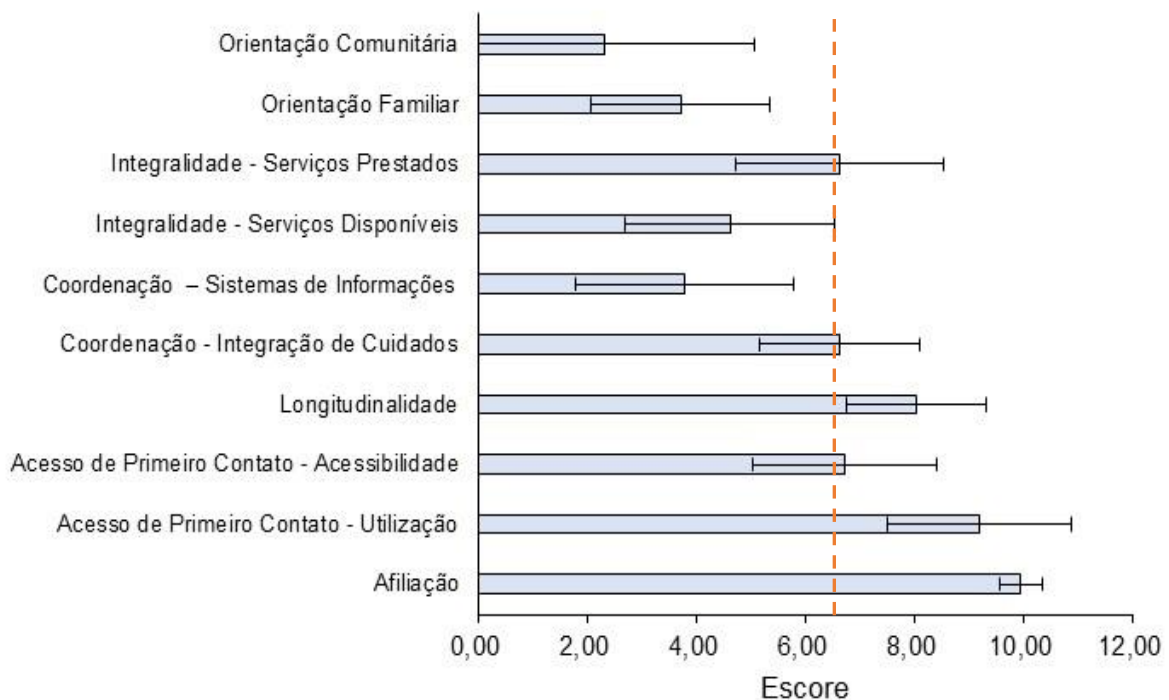
Variável	Média	Desvio padrão	IC95%
Afiliação	9,95	0,40	9,91-9,99
Acesso de Primeiro Contato – Utilização	9,19	1,68	9,01-9,37
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	6,72	1,69	6,54-6,89
Longitudinalidade	8,03	1,29	7,89-8,17
Coordenação - Integração de Cuidados	6,63	1,46	6,47-6,78
Coordenação – Sistemas de Informações	3,78	1,99	3,57-3,99
Integralidade - Serviços Disponíveis	4,62	1,92	4,42-4,83
Integralidade - Serviços Prestados	6,63	1,90	6,43-6,83
Orientação Familiar	3,71	1,65	3,53-3,88
Orientação Comunitária	2,31	2,76	2,02-2,61
Escore essencial	6,94	0,75	6,86-7,02
Escore Geral	6,27	0,94	6,17-6,37

Em uma escala que varia de zero a dez, o escore geral médio foi de 6,27 (IC95%: 6,17-6,37). O escore essencial (Afiliação, Acesso de Primeiro Contato – Utilização, Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, Longitudinalidade, Coordenação - Integração de Cuidados, Coordenação – Sistemas de informações, Integralidade - Serviços Disponíveis e Integralidade - Serviços Prestados), teve média de 6,94 (IC95%: 6,86-7,02).

Os atributos Coordenação – Sistemas de Informações (Média=3,78; IC95%: 3,57-3,99), Integralidade – Serviços Disponíveis (Média=4,62; IC95%: 4,42-4,83),

Orientação familiar (Média=3,71; IC95%: 3,53-3,88) e Orientação Comunitária (Média=2,31; IC95%: 2,02-2,61) tiveram médias abaixo de cinco, em uma escala que varia de zero a dez, e abaixo da pontuação considerada como baixa (<6,6) pelo instrumento, Figura 5.

Figura 5 - Média e desvio padrão dos escores dos atributos de avaliação da atenção primária à saúde (instrumento PCATool), por idosos, Rio Brilhante, MS, 2022 (n=344)



Pesquisas que estudaram a qualidade da APS com usuários idosos através do instrumento PCATool, como a de Oliveira *et al.* (2013) e Araújo *et al.* (2014), apontam resultados semelhantes na avaliação dos atributos essenciais (Coordenação – Sistemas de Informações, Integralidade – Serviços Disponíveis, Orientação familiar e Orientação Comunitária) tiveram pontuação considerada como baixa segundo o ponto de corte (6,6), em uma escala de zero a dez. Os resultados dos referidos estudos foram respectivamente: Integralidade – Serviços Disponíveis (médias= 5,50 e 5,40), Orientação familiar (médias=3,90 e 4,10) e Orientação Comunitária (médias: 5,90 e 5,60).

Todavia, no presente estudo, o escore essencial foi avaliado como alto, acima da nota de corte 6,6, diferentemente dos dois estudos citados acima devido o atributo essencial Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade ter sido mais bem

avaliado (média= 6,72). Os estudos de Oliveira *et al.* (2013) e de Araújo *et al.* (2014) apontam média de 3,50 e 3,8, respectivamente. A acessibilidade está incluída no atributo acesso de primeiro contato e diz respeito à facilidade com que as pessoas utilizam os serviços de saúde, o que se destaca positivamente no contexto da APS de Rio Brilhante.

Com referência ao escore geral, estudos de Oliveira *et al.* (2013) e Araújo *et al.* (2014), constataram resultado semelhante a este estudo, a pontuação foi de 5,0 e 5,7 respectivamente, classificados como baixo escore de acordo com o instrumento. O escore geral deste estudo foi de 6,27, chegou mais próximo ao ponto de corte de 6,6 comparado aos outros, também considerado baixo pelo instrumento. Essa proximidade se dá ao fato de que alguns atributos foram mais bem avaliados pelos usuários de Rio Brilhante-MS do que os estudos apontados.

A pontuação desses atributos neste estudo foi de: Acesso de Primeiro Contato– Utilização (média: 9,19); Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (média: 6,72); Longitudinalidade (média: 8,03); Coordenação - Integração de Cuidados (média: 6,63) e Integralidade - Serviços Prestados (média: 6,63). Já nos trabalhos de Oliveira *et al.* (2013) e Araújo *et al.* (2014) as pontuações foram respectivamente: Acesso de Primeiro Contato– Utilização (médias: 9,00 e 6,2); Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (médias: 3,50 e 3,8); Longitudinalidade (médias: 7,10 e 7,3); Coordenação - Integração de Cuidados (médias: 3,20 e 5,50) e Integralidade - Serviços Prestados (médias: 3,50 e 4,0).

O estudo de Dotto *et al.* (2016), realizado em dois distritos de Porto Alegre onde foi utilizado o instrumento PCATool-Brasil para avaliar a qualidade dos serviços da APS acessados pela pessoa idosa, aponta que nenhum dos valores médios dos escores dos atributos atingiu o mínimo necessário seguindo o ponto de corte do instrumento PCATool (6,6) para considerar que estavam orientados pela APS, tendo o atributo Acesso de Primeiro Contato com média mais próxima (escore= 6,27). O atributo Integralidade e Coordenação tiveram escores de 4,46 e 5,20 respectivamente, também consideradas baixas pelo instrumento, conseqüentemente pouco orientadas.

Na tabela 4 é apresentada a distribuição de frequências da classificação da pontuação de cada atributo, essencial e geral, de acordo com o Manual do instrumento. Observa-se que a maioria dos idosos atribuiu pontuação baixa para Coordenação – Sistemas de Informações (77,0% dos idosos), Integralidade -

Serviços Disponíveis (76,4% dos idosos), Orientação Familiar (93,6% dos idosos) e Orientação Comunitária (89,8% dos idosos). A maioria também apresentou pontuação baixa para o escore geral (65,1% dos idosos). Já para escore essencial, 70,6% dos idosos apresentou pontuação alta.

Tabela 4 - Análise descritiva dos escores de atributos de avaliação da atenção primária à saúde (instrumento PCATool), por idosos, Rio Brilhante, MS, 2022, em relação ao ponto de corte do instrumento (6,6) (n=344)

Variável	Pontuação	
	Baixa (<6,6)	Alta (≥6,6)
	Frequência (%)	
Afiliação	0 (0,0)	344 (100,0)
Acesso de Primeiro Contato - Utilização	4 (1,2)	340 (98,8)
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	101 (29,4)	243 (70,6)
Longitudinalidade	32 (9,3)	312 (90,7)
Coordenação - Integração de Cuidados	117 (34,0)	227 (66,0)
Coordenação – Sistemas de Informações	265 (77,0)	79 (23,0)
Integralidade - Serviços Disponíveis	263 (76,4)	81 (23,6)
Integralidade - Serviços Prestados	137 (39,8)	207 (60,2)
Orientação Familiar	322 (93,6)	22 (6,4)
Orientação Comunitária	309 (89,8)	35 (10,2)
Escore essencial	101 (29,4)	243 (70,6)
Escore Geral	224 (65,1)	120 (34,9)

O Acesso de Primeiro Contato teve a dimensão mais bem avaliada entre todas – Utilização – o que pode ter sido influenciado pelo fato de o estudo ter sido realizado com idosos usuários dos serviços de saúde, restringindo-se aos públicos utilizadores do serviço. Araújo *et al.* (2014) em seu estudo obteve maior escore no mesmo atributo e dimensão, também descreveu como um fator influenciador os entrevistados serem usuários dos serviços de saúde e relatou que para minimizar esse viés as entrevistas foram realizadas em seus domicílios, por ser um ambiente menos sujeito a interferências.

A pesquisa de Costa *et al.* (2020), realizada na APS do município de São José Ribamar-MA, apresentou como a pior pontuação dos atributos derivados na avaliação dos usuários, a orientação comunitária. Semelhantemente a este trabalho

o atributo avaliado como frágil foi “Orientação comunitária”, o que sugere que levantamentos sobre as necessidades das pessoas não são realizados, nem os dados epidemiológicos são utilizados para melhorar os serviços oferecidos. Já a melhor pontuação de “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” indica que os usuários conhecem o serviço ou profissional médico/enfermeiro de referência do seu bairro e estes são os primeiros a serem procurados caso o paciente esteja com problemas de saúde.

O segundo melhor resultado foi do atributo “Longitudinalidade” (Média=8,03; IC95%: 7,89-8,17), que aponta haver continuidade do cuidado dos pacientes pelo mesmo médico/enfermeiro no serviço de saúde de referência, cujo os pacientes ficam confortáveis para se expressar nas consultas e nos quais os profissionais buscam informações sobre potenciais problemas considerados mais relevantes no contexto familiar dos pacientes adultos.

O segundo pior escore foi do atributo “Orientação Familiar” (Média=3,71; IC95%: 3,53-3,88) Considerado um atributo derivado, revela que no serviço de atenção à saúde primária de referência, os pacientes não participam das decisões sobre o seu tratamento e cuidado em saúde de seus familiares. e como os profissionais do serviço de referência não discutem com os membros da família sobre algum assunto que seja importante para a saúde dos pacientes.

Na Tabela 5 são apresentadas as análises de associação entre as variáveis demográficas e o escore geral de avaliação.

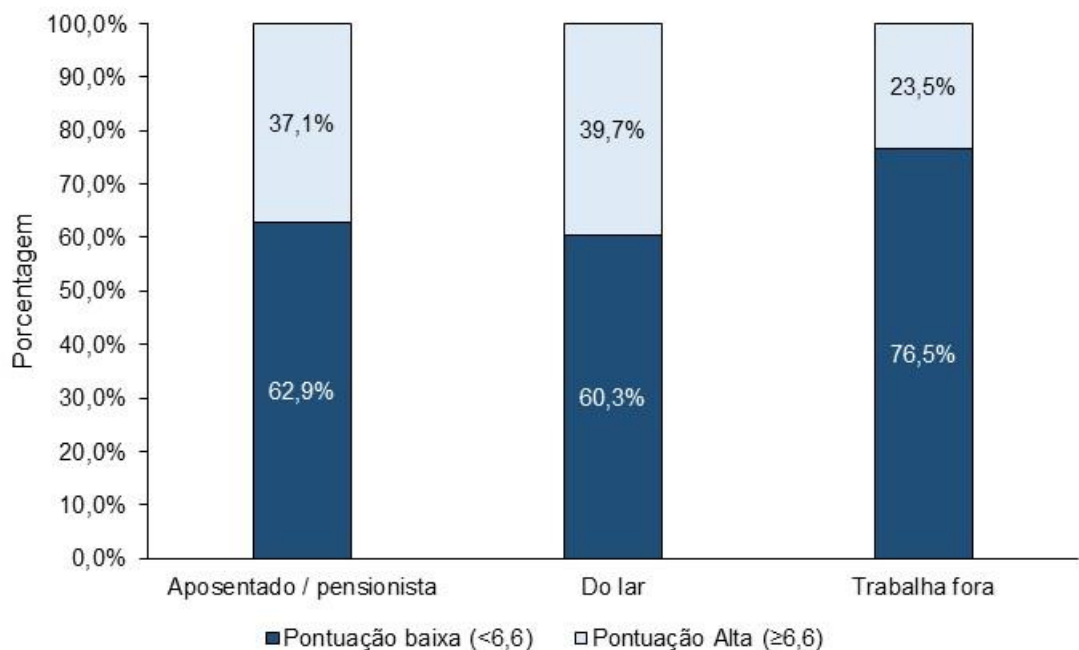
Tabela 5 - Análises das associações com o escore geral de avaliação da atenção primária saúde (instrumento PCATool), por idosos, Rio Brilhante, MS, 2022 (n=344)

Variável	Categoria	n (%)	Escore geral		OR bruto (IC95%)	p-valor	OR modelo final (IC95%)	p-valor
			*Pontuação baixa (<6,6)	Pontuação Alta (≥6,6)				
			n (%)	n (%)				
Sexo	Feminino	230 (66,9)	150 (65,2)	80 (34,8)	1,01 (0,63-1,62)	0,9554	-	-
	Masculino	114 (33,1)	74 (64,9)	40 (35,1)	Ref			
Faixa de Idade (anos)	60-69	198 (57,6)	134 (67,9)	64 (32,3)	2,27 (0,98-5,25)	0,0558	-	-
	70-79	121 (35,2)	78 (64,5)	43 (35,5)	1,96 (0,82-4,68)	0,1274		
	80-92	25 (7,3)	12 (48,0)	13 (52,0)	Ref			
Estado civil	sem companheiro	154 (44,8)	93 (60,4)	61 (39,6)	Ref		-	-
	com companheiro	190 (55,2)	131 (69,0)	59 (31,0)	1,46 (0,93-2,27)	0,0984		
Profissão	Aposentado/pensionista	213 (61,9)	134 (62,9)	79 (37,1)	Ref		Ref	
	Do lar	63 (18,3)	38 (60,3)	25 (39,7)	0,90 (0,50-1,59)	0,7091	0,90 (0,50-1,59)	0,7091
	Trabalha fora	68 (19,8)	52 (76,5)	16 (23,5)	1,92 (1,02-3,58)	0,0416	1,92 (1,02-3,58)	0,0416
Escolaridade	Até o fundamental completo	283 (82,3)	183 (64,7)	100 (35,3)	Ref		-	-
	Ensino médio ou Superior	61 (17,7)	41 (67,2)	20 (32,8)	1,12 (0,62-2,02)	0,7049		
Com quem reside	Sozinho	68 (19,8)	41 (60,3)	27 (39,7)	Ref		-	-
	Com o cônjuge	179 (52,0)	121 (67,6)	58 (32,4)	1,37 (0,77-2,45)	0,2814		
	Com a família	97 (28,2)	62 (63,9)	35 (36,1)	1,17 (0,62-2,21)	0,6363		

*Evento de desfecho. Ref: Categoria de referência para as variáveis independentes. OR: Odds ratio. IC: Intervalo de confiança. AIC (modelo vazio)=446,95; AIC (modelo final)=445,75.

Observa-se que nas análises brutas de associação com a pontuação, as variáveis: faixa de idade, estado civil e profissão apresentaram $p < 0,20$. Então Essas variáveis foram estudadas em um modelo de regressão múltipla, porém apenas o fator profissão permanece significativo quando essas variáveis foram analisadas em conjunto, e, desta forma, o modelo final foi composto pela variável profissão. Observa-se que 62,9%, 60,3% e 76,5% dos idosos aposentados/ pensionistas, do lar e que trabalham fora, respectivamente, atribuíram pontuação baixa na avaliação da atenção primária à saúde. Idosos que trabalham fora têm mais chance de atribuir pontuação baixa de avaliação da atenção primária à saúde (OR=1,92; IC95%: 1,02-3,58), $p < 0,05$, tabela 5.

Figura 6 - Distribuição escore geral de avaliação da atenção primária à saúde (instrumento PCATool), por idosos, segundo ocupação, Rio Brillhante, MS, 2022 (n=344)



Com relação a algumas variáveis, o fator idade não foi significativo provavelmente devido ao tamanho da amostra na faixa de 80-92 anos, pois o número de participantes nessa faixa foi pequeno (n=25).

Há poucos estudos que avaliam a qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do idoso, utilizando uma ferramenta validada e confiável no campo de pesquisa da saúde.

Este estudo colabora com informação original sobre o nível de qualidade da Atenção Primária à Saúde, servindo de parâmetro para gestores, pesquisadores e profissionais envolvidos nos esforços para a melhoria desse ponto de atenção dentro da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a utilização de um questionário relevante internacionalmente e validado no Brasil, destaca-se por ser, provavelmente a primeira avaliação com o PCATool – Brasil realizada exclusivamente com idosos no estado do Mato Grosso do Sul. Diferencial este que está em conformidade com a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa, a qual incentiva pesquisas que visem à avaliação dos serviços voltados para essa população, tendo a APS como porta de entrada à atenção e ao cuidado (BRASIL, 2006).

O escore Geral mensura a qualidade dos serviços de saúde ofertados com base nos aspectos de estrutura, processo e resultados desses serviços. Quanto mais alto o escore geral, maior a presença e a extensão dos tributos da APS, revelando serviços mais bem orientados para a atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Os idosos entrevistados avaliaram de modo geral a Atenção Primária à Saúde do município de Rio Brillhante-MS como baixo, com escore de Geral de 6,27, próximo à pontuação do escore considerado Alto (6,6), havendo margem para sua melhoria, estando distante da nota máxima possível (10,0).

O resultado do escore geral demonstra a fraca inclinação dos serviços da APS do município em relação aos atributos da APS na perspectiva dos usuários. Percebe-se que os principais problemas que levaram aos baixos escores foram: baixa ou nenhuma realização de pesquisas de satisfação com usuários, não levantamento de problemas da comunidade, baixa orientação em relação à integralidade dos serviços com informações sobre alimentação saudável, boa higiene, sono adequado, exercícios físicos apropriados, medicação e como prevenir quedas e falta de planejamento familiar que corresponde à maneira em como reunir membros da família em casos necessários e discutir com o usuário o planejamento do tratamento e cuidado dele ou de alguém da sua família, pontos também levantados no estudo de Costa *et al.* (2021) realizado em Fortaleza-CE.

Campbell, Roland e Boetow (2000) descrevem o processo de atenção como o conjunto das interações entre usuários e profissionais mediadas pela estrutura do serviço de saúde. Cada atributo essencial é formado por componentes relacionados à estrutura e ao processo de atenção, esse escore mensura então essa interação e relação entre os profissionais e os pacientes pertencentes àquela população adscrita durante o processo de saúde-doença. O escore essencial foi avaliado como alto com pontuação de 6,94, que contata bom desempenho dos quatro atributos essenciais (Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da Atenção).

São limitações do estudo o fato de que a pesquisa foi realizada em um município de pequeno porte, podendo ter resultados diferentes se desenvolvida em municípios de grande porte, além da análise da qualidade de APS em Rio Brilhante ter sido realizada apenas na ótica dos usuários participantes.

6 CONCLUSÕES

Conclui-se que as pessoas que compõem o grupo de participantes da pesquisa são em maior parte do sexo feminino, o que coincide com os demais estudos realizados com idosos.

A qualidade da APS, segundo o escore geral é baixa, estando próximo ao ponto de corte, o que sugere que há possibilidades de melhoria no que se refere à qualidade dos serviços da APS. O escore essencial foi avaliado como alto, indicando que os serviços de saúde da APS do município são orientados por seus atributos e isto causa uma maior satisfação dos usuários e impacta positivamente o estado de saúde da população.

Os usuários conhecem os serviços de referência de seu bairro e estes são os primeiros a serem procurados caso o paciente esteja com problemas de saúde, o que se destaca positivamente no contexto da APS de Rio Brilhante.

Há fonte continuada de atenção e uma boa relação dessa fonte com população, de tal forma que reflete uma relação de confiança entre os usuários e os profissionais de saúde. Os usuários conseguem acessar os serviços de forma fácil quando necessita e existe uma boa capacidade de garantir a continuidade da atenção por meio da equipe de saúde.

Ações de melhoria podem ser tomadas, como informar aos pacientes sobre o acesso que os mesmos possuem para consultar seu prontuário; informar/disponibilizar a população a lista de serviços e orientações que são disponíveis caso possam precisar em algum momento como, por exemplo: orientações sobre saúde mental, tabagismo e aconselhamento sobre mudanças que acontecem com o envelhecimento.

Torna-se fundamental, ainda, a utilização frequente e atualizada de informações epidemiológicas da população adscrita para que sejam ofertadas ações cada vez mais próximas das necessidades dos usuários.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L.; GAMA, Z.; NASCIMENTO, F.; OLIVEIRA, H.; AZEVEDO, W.; ALMEIDA JUNIOR, H. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 8, p. 3521-3532, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>. Acesso em: 14 maio 2022.

BARBOSA, F. E. S.; GUIMARÃES, M. B. L.; SANTOS, C. R.; BEZERA, A. F. B.; TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Oferta de práticas integrativas e complementares em saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, e00208818, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2020000105006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 18055, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais e recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 25694, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 20, 19 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 68, 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus Covid-19**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingenciadoronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2022.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953600000575?via%3Dihub>. Acesso em: 21 maio 2022.

CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, M. J.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. **Consulta**, 2020. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consuta.jsp>. Acesso em: 16 jul. 2020.

COSTA, L. MOTA, M. PORTO, M. FERNANDES, C. SANTOS, E. OLIVEIRA, J. MOTA, T. PORTO, A. ALENCAR, M. Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Fortaleza, Brasil, na perspectiva dos usuários adultos no ano de 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2083-2096, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39722020>. Acesso em: 21 set. 2022.

COSTA M. ALVES, M. BRANCO, R. CASTRO, W. RAMOS, C. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. **Interface - Comunicação**, Saúde, Educação, v. 24, suppl 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190628>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/Interface.190628>. Acesso em: 22 set. 2022.

DOTTO, J. ÁVILA, G. MARTINS, A. HUGO, F. D'AVILA, O. HILGERT, J. Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 21, n. 1, p. 23-30, 2016. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122016000100004. Acesso em: 25 maio 2022.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades/Rio Brilhante: panorama**, 2017a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/rio-brilhante/panorama>. Acesso em: 28 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA: **Cidades/Rio Brilhante: história e fotos**, 2017b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/rio-brilhante/historico>. Acesso em: 28 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades/Rio Brilhante: pesquisa**, 2017c. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/rio-brilhante/pesquisa/17/15752>. Acesso em: 28 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População/Pirâmide etária: Brasil, 2018**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 25 set. 2020.

LEVORATO, C. D. MELLO, L. M. SILVA, A. S. NUNES, A.P. **Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero**. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2014, v. 19, n. 04. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>. Acesso em: 18 ago. 2022.

MARTINS, A. D'AVILA, O. HILGERT, J. HUGO, F. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.

8, p. 3403-3416, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.13312013>. Acesso em: 15 maio 2022.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – Origens e Diferenças Conceituais. **Revista Atenção Primária à Saúde**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 10 ago. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção de Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 10 ago. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: Proposta de modelo de atenção integral**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **PCAtool Brasil/2020. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

OLIVEIRA, E.; BOZZETTI, M.; HAUSER, L.; DUNCAN, B.; HARZHEIM, E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 264-273, 2013. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/826>. Acesso em: 20 maio 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conferência Global sobre atenção primária à saúde. **Declaração de Astana**. Astana, Cazaquistão, 2018. Disponível em:

<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/internacionais/alma-ata-e-atencao-primaria-a-saude-de-volta-ao-futuro/37803/>. Acesso em: 11 ago. 2020.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Revista Séries**, v. 1, p. 11-31, 2011.

R CORE TEAM (2022). **R**: a language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. R. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun. 2018.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido N° _____

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “A Qualidade da Atenção Primária à Saúde do Idoso em Rio Brilhante-MS”, desenvolvida pelas pesquisadoras Leidiane Soares da Silva e Sonia Maria Oliveira de Andrade.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos usuários idosos dos serviços da APS em Rio Brilhante-MS, por meio do PACTool-Brasil. A pesquisa buscará identificar em qual o serviço de saúde você vai quando adoecer, se quando você precisou utilizar os serviços de saúde para algum atendimento conseguiu facilmente, possui contato fácil com os profissionais que geralmente te atendem, se o atendimento é rápido ou demorado, recebeu orientações e o cuidados necessários nos momentos que precisou e quais tipos de serviços e orientações você pode encontrar na unidade de saúde que geralmente procura.

A participação consistirá em responder perguntas de um questionário à pesquisadora do projeto. As entrevistas para coleta de dados acontecerão na residência do usuário, onde a pesquisadora Leidiane Soares da Silva realizará uma entrevista com perguntas organizadas em dois blocos: Bloco I – caracterização do usuário e Bloco II – questionário PCATool-Brasil para Pacientes Adultos versão Reduzida, que poderá durar em torno de 25 a 30 minutos.

A pesquisa pode apresentar riscos imediatos mínimos, como desconforto ou constrangimento no momento da entrevista. Se eventualmente se sentir desconfortável com alguma questão da entrevista, esse mero dissabor será mediado pela pesquisadora, a qual adotará as estratégias que forem mais adequadas para a situação singular. Tais estratégias envolvem escuta qualificada, esclarecimento de dúvidas e possível orientação para desistência da referida participação, com devido acompanhamento no período de vigência da pesquisa.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

A sua participação é voluntária, com garantia da confidencialidade de todos os dados, e seu nome não será identificado no momento da coleta de dados. Você não terá nenhuma despesa financeira em razão de sua participação. Todavia, se preciso for, será ressarcido por quaisquer despesas que, porventura, tiver e caso haja algum dano será indenizado. A não participação não acarretará nenhum prejuízo relacionado ao seu atendimento na unidade de saúde.

Fica esclarecido que esta pesquisa foi aprovada via Plataforma Brasil, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, o que garante que serão cumpridas as normas éticas destinadas à pesquisa com seres humanos, que são legítimas as informações doravante apresentadas pela pesquisadora, podendo solicitar que seja excluído da pesquisa em qualquer momento, sem que seus dados sejam utilizados e que isso acarrete qualquer prejuízo moral e/ou financeiro à sua pessoa.

A pesquisa é importante e proverá benefícios que serão obtidos quando os resultados da pesquisa forem usados pelas pessoas responsáveis pela gestão dos serviços de saúde no município. A pesquisa poderá colaborar a melhorar a qualidade do serviço oferecido pela Rede de Atenção à Saúde do idoso de Rio Brilhante-MS. Assim, está sendo informado que o estudo se estenderá por um período de 02 anos, com a previsão de término em 2021.

Os dados coletados serão tratados sob a perspectiva ética, garantindo sua confidencialidade durante e após o término da pesquisa, serão mantidos sob guarda e responsabilidade do pesquisador responsável, estando disponíveis por 05 anos, conforme Resolução CNS nº 466/2012. Sendo descartados adequadamente no final deste período. É garantido o acesso aos resultados da pesquisa que possui intenção de publicação em artigo ou revista.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Caso você tenha dúvidas ou necessite algum esclarecimento (antes, durante ou após a pesquisa), você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, com a orientadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa conforme informações abaixo.

Leidiane Soares da Silva – Pesquisadora

Endereço: R. Hélio Nicolau Martins, nº 1127, Morada do Sol

Rio Brilhante/MS. CEP 79130-000

Telefone: (67) 99677-1468; E-mail: leidy_soares@outlook.com

Sonia Maria Oliveira de Andrade – Pesquisadora

Endereço: Av. Costa e Silva, s.n. Bairro Universitário

Campo Grande/MS.

Telefones: (67) 3345-7768; (67) 99231-6282; E-mail: soniaufms@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP – UFMS

Endereço: Av. Costa e Silva, s/n. Cidade universitária.

Prédios das Pró Reitorias “Hércules Maymone”, 1º andar, Sala do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos-CEP. Campo Grande/MS. CEP 79070-900

Telefone: (67) 3345-7187; atendimento ao público das 07:30 as 11:30 no período matutino e das 13:30 as 17:30 no período vespertino.

E-mail: cepconep.propp@ufms.br

O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Rubrica do participante

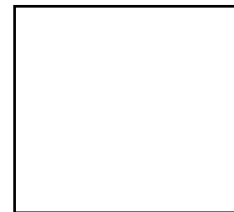
Rubrica do pesquisador

Sua assinatura nas 02 (duas) vias estabelece sua aceitação como participante e contribuinte com a pesquisa, nesses termos, você atesta o recebimento de 01 (uma) via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Rio Brilhante-MS, _____ de _____ de 2021.

Leidiane Soares da Silva - Pesquisadora

Nome e assinatura do participante da pesquisa



Impressão do dedo polegar
caso não saiba assinar

APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados N° _____

Bloco 1 – CARACTERIZAÇÃO DO USUÁRIO

Código de identificação _____

Profissão: _____

Sexo: Masculino Feminino

Data de nascimento: ____/____/____

Você é:

Casado(a)/tem companheiro(a) Solteiro(a)

Viúvo(a) Separado(a)/Divorciado(a)

Idade: _____

Escolaridade: _____

Reside com quem: _____

Nome da unidade de Atenção Primária à Saúde: _____

Bloco 2 – PCATool-Brasil PARA PACIENTES ADULTOS VERSÃO REDUZIDA

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

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

Não (Passe para A2)

Sim (Siga para A1.1)

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

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

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

Não (Passe para A3)

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

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

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

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

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

Não (Passe para 'AFILIAÇÃO')

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

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

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

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

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

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

Para o entrevistador:

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA

- Se o(a) entrevistado(a) indicou o(a) mesmo(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a) nos três itens da afiliação, este(a) deve ser o serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a). Continue a entrevista sobre este(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) (Passe para A5).

- Se o(a) entrevistado(a) respondeu quaisquer dois itens da afiliação iguais, este(a) serviço ou profissional de saúde igualmente identificado(a) em dois itens deve ser a referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a). Continue a entrevista sobre este(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) (Passe para A5).

- Se as respostas para os três itens da afiliação foram todas diferentes, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a)

deve ser aquele(a) indicado(a) no item A1. Continue a entrevista sobre o(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido(a) no item A1 (Passe para A5).

- Se o(a) entrevistado(a) respondeu NÃO para dois itens da afiliação, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência dos cuidados de saúde do(a) adulto(a) deve ser aquele(a) indicado(a) no único item em que a resposta foi SIM. Continue a entrevista sobre o(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido(a) no único item em que a resposta foi SIM (Passe para A5).

- Se o(a) entrevistado(a) respondeu NÃO para o item A1 da afiliação e indicou serviços de saúde ou médicos(as) ou enfermeiros(as) diferentes para os itens A2 e A3 da afiliação, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados em saúde do(a) adulto(a) deve ser aquele(a) indicado(a) no item A3. Continue a entrevista sobre o(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido(a) no item A3 (Passe para A5).

- Se o(a) entrevistado(a) respondeu NÃO para todos os três itens da afiliação, o serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados em saúde do(a) adulto(a) deve ser aquele(a) em que/com o(a) qual do(a) adulto(a) esteve em seu último atendimento médico ou com enfermeiro(a). Continue a entrevista sobre este(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) do último atendimento do(a) adulto(a) (Siga para A4).

A4. Qual o nome do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) procurado(a) no último atendimento médico ou com enfermeiro(a) do(a) adulto(a)?

A4.1 Qual o endereço do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) procurado(a) no último atendimento médico ou com enfermeiro(a) do(a) adulto(a)?

A5. Escreva o nome do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) identificado(a) como a referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a), e esclareça ao(à) entrevistado(a) que a partir de agora, todas as perguntas serão sobre este(a) serviço ou profissional de saúde.

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

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

Acesso de Primeiro Contato – Utilização

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

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade

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

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

C11. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “serviço de saúde” 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"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não Lembro

Longitudinalidade

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

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

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

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

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

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

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

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

Coordenação - Integração de Cuidados

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

SIM NÃO

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

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

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

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

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

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

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

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

Coordenação – Sistemas de Informações

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

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

Integralidade - Serviços Disponíveis

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

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

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

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

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

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"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

Integralidade - Serviços Prestados

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

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

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

H5. Orientações sobre 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"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro
--------------------	----------------------	----------------------	--------------------	---------------------------

H7. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

H11. Como prevenir quedas

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

Orientação Familiar

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

I1. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para alguém da sua família?

4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

I3. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” 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"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não lembro

Orientação Comunitária

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

J4. 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"/>
Com certeza Sim	Provavelmente Sim	Provavelmente Não	Com certeza Não	Não sei/ Não Lembro

ANEXO A - Cartão Resposta para PCATool-Brasil

Com certeza sim

Provavelmente sim

Provavelmente não

Com certeza não

Não sei/não lembro