

## Módulo X. Atendimento médico

Neste módulo, vamos fazer perguntas sobre o atendimento médico, acesso ao atendimento e sua avaliação sobre o atendimento recebido no serviço de saúde.

### X1. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) consultou um médico?

1. Há menos de 2 semanas
2. Entre 15 dias e um mês **X001**
3. Entre um mês e 3 meses atrás
4. Entre três meses e um ano
5. Há mais de um ano

**(Se X1=5, passe ao X25.)**

### X2. Por qual motivo o(a) sr(a) precisou consultar um médico?

1. Acidente ou lesão
2. Continuação de tratamento ou terapia
3. Consulta pré-natal **X002**
4. Exame médico periódico
5. Outro exame médico (admissional, para carteira de motorista, etc.)
6. Problema de saúde mental
7. Doença ou outro problema de saúde **X00201**
8. Outro (Especifique: \_\_\_\_\_) **X00201**    \_\_\_)

**(siga X3)**

### X3. Onde procurou o primeiro atendimento médico por este motivo?

01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
03. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial **X003**
04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
07. Hospital público/ambulatório
08. Consultório particular ou clínica privada
09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
11. No domicílio, com médico particular
12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família **X00301**
13. Outro (Especifique: \_\_\_\_\_) **X00301**    \_\_\_)

**(siga X4)**

### X4. Na primeira vez que procurou atendimento médico por este motivo, o(a) sr(a) conseguiu ser atendido?

**X004**

1. Sim
2. Não

(Se X4 = 2, siga X5.)

(Se X4 = 1 e X3 ≠ 12 ou 13, passe ao X8.)

(Se X4 = 1 e X3 = 12 ou 13, passe ao X15.)

**X5. Quantas vezes voltou a procurar atendimento médico por este motivo?**

**X005**

Vezez

**0.** Nenhuma, desistiu

(Se X5 = 00, passe ao X24. Caso contrário, siga X6.)

**X6. O(A) sr(a) conseguiu o atendimento médico que precisava?**

1. Sim
2. Não, mas continua tentando
3. Não, desistiu

**X006**

(Se X6=1, siga X7. Se X6=2, passe ao X25. Se X6=3, passe ao X24.)

**X7. Onde conseguiu o atendimento médico por este motivo?**

01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
03. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
04. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
07. Hospital público/ambulatório
08. Consultório particular ou clinica privada
09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
11. No domicílio, com médico particular
12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família

**X007**

13. Outro (Especifique: \_\_\_\_\_) **X00701**

(Se X7 = 01 ao 11 ou 14, siga X8. Se X7 = 12 ou 13, passe ao X15.)

**X8. Onde fica o serviço de saúde em que o(a) sr(a) teve a consulta médica?**

1. Na mesma cidade que o(a) sr(a) mora
2. Em outra cidade

**X008**

**(siga X11)**

**X9. Excluir**

**X10. Excluir**

**X11. Como o(a) sr(a) conseguiu a consulta médica?**

**X011**

1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta
2. Agendou a consulta previamente
3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família
4. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por Unidade Básica de Saúde
5. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde
6. Exame periódico pago ou encaminhado pelo empregador
7. Atendimento de emergência
8. Outro (*Especifique:* \_\_\_\_\_ **X01101** \_\_\_\_\_)

**(Se X11=2 ou 8, siga X12. Se X11=1, 3, 4, 5, 6 ou 7, passe ao X14.)**

**X12. Como foi feito o agendamento?**

**X012**

1. Deixou agendado em consulta anterior
2. Por meio de visita à unidade de saúde para marcação de consulta
3. Por telefone
4. Agendamento virtual, pela internet
5. Outra forma (*Especifique:* \_\_\_\_\_ **X01201** \_\_\_\_\_)

**(siga X14)**

**X13. Excluída**

**X14. Qual o tempo total que o(a) sr(a) ficou em fila de espera desde a hora que chegou ao serviço de saúde até conseguir o atendimento com médico?**

**X01401**

**X01402**

**Horas**

**Minutos**

*(Preencher com as horas e/ou minutos que ficou esperando em fila de espera desde a hora que chegou no serviço de saúde até conseguir o atendimento.)*

**(siga X15)**

**X15. Quanto tempo durou a consulta médica?**

**X01501      X01502**

--	--	--	--

**Horas      Minutos**

*(Preencher com as horas e/ou minutos que durou a consulta médica.)*

**(siga X16)**

**X16. Que tipo de médico o/a atendeu?**

1. Médico da família ou generalista
2. Clínico geral **X016**
3. Ginecologista
4. Médico especialista (cardiologista, nefrologista, oftalmologista, dermatologista, urologista, oncologista, otorrinolaringologista, etc.) **X01601**
5. Outro (*Especifique:* \_\_\_\_\_) **X01601**    \_)

**(siga X17)**

**X17. A consulta médica foi coberta por plano de saúde?**

1. Sim **X017**
2. Não

**(siga X18)**

**X18. O(A) sr(a) pagou algum valor pela consulta médica?** (*Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque opção 2*)

1. Sim **X018**
2. Não

**(siga X19)**

**X19. A consulta médica foi feita pelo SUS?**

1. Sim **X019**
2. Não
3. Não sabe

**(Se X7 = 12 ou 13, passe ao X22. Se X7 ≠ 12 ou 13, siga X20.)**

**X20. De um modo geral, como o(a) sr(a) avalia o atendimento recebido quanto:**

**X02001**

**a. À disponibilidade de equipamentos necessários para a consulta médica?**

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (siga X20b)

**b. Ao espaço disponível para a consulta médica?**

X02002

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (siga X20c)

**c. Ao tempo gasto com deslocamento?**

X02003

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (siga X20d)

**d. Ao tempo de espera até ser atendido?**

X02004

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (siga X20e)

**e. À forma como os atendentes o/a receberam?**

X02005

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (siga X20f)

**f. À limpeza das instalações, incluindo os banheiros?**

X02006

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim

(siga X22)

**X21. Excluída**

**X22. De um modo geral, como o(a) sr(a) avalia o atendimento recebido quanto:**

**a. Às habilidades do médico para tratá-lo (a)?**

X02201

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (siga X22b)

**b. Ao respeito do médico na maneira de atendê-lo(a)?**

X02202

1. Muito bom    2. Bom    3. Regular    4. Ruim    5. Muito ruim    (siga X22c)

**c. À clareza nas explicações do médico?                    X02203**

1. Muito bom    2. Bom    3. Regular    4. Ruim    5. Muito ruim    (siga X22d)

**X02204**

**d. À disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema ou tratamento?**

1. Muito bom    2. Bom    3. Regular    4. Ruim    5. Muito ruim    (siga X22e)

**e. À possibilidade de falar em privacidade com o médico?                    X02205**

1. Muito bom    2. Bom    3. Regular    4. Ruim    5. Muito ruim    (siga X22f)

**f. À liberdade em escolher o médico?                    X02206**

1. Muito bom    2. Bom    3. Regular    4. Ruim    5. Muito ruim

(passe ao X25)

**X23. Excluída**

**X24. Qual o principal motivo do(a) sr(a) ter desistido de procurar atendimento médico?**

- 01. Não houve mais necessidade, pois melhorou
  - 02. Procurou diretamente a farmácia
  - 03. Não teve mais tempo ou disponibilidade para procurar atendimento
  - 04. Falta de dinheiro ou dificuldades financeiras
  - 05. Não conseguiu marcar a consulta ou pegar senha                    **X024**
  - 06. Nas vezes que procurou, não tinha médico atendendo
  - 07. Nas vezes que procurou, esperou muito e desistiu
  - 08. Nas vezes que procurou o serviço de saúde não estava funcionando
  - 09. Não podia pagar pela consulta
  - 10. O plano de saúde não cobria a consulta                    **X02401**
  - 11. Outro (Especifique \_\_\_\_\_)
- (siga X25)

**X25. O(A) sr(a) já se sentiu discriminado (a) ou tratado(a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde por um desses motivos?**

**a. Falta de dinheiro                    X02501**

1. Sim  
(**sigla X25b**)

2. Não

**b. Classe social X02502**

1. Sim  
(**sigla X25c**)

2. Não

**c. Raça/cor X02503**

1. Sim  
(**sigla X25d**)

2. Não

**d. Tipo de ocupação X02504**

1. Sim  
(**sigla X25e**)

2. Não

**e. Tipo de doença X02505**

1. Sim  
(**sigla X25f**)

2. Não

**f. Preferência sexual X02506**

1. Sim  
(**sigla X25g**)

2. Não

**g. Religião/crença X02507**

1. Sim  
(**sigla X25h**)

2. Não

**h. Sexo X02508**

1. Sim  
(**sigla X25i**)

2. Não

**i. Idade X02509**

1. Sim  
(**sigla X25j**)

2. Não

**X02511**

**j. Outro (Especifique: \_\_\_\_\_)**

1. Sim

2. Não

**X02510**

**Muito obrigado pela sua participação! As informações que o(a) sr(a) nos forneceu serão valiosas para a formulação de políticas para a melhoria da assistência á saúde no Brasil.**

**(Encerre a entrevista)**