



MARCELO ANTUNES DE OLIVEIRA

**PERFIL DA AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS RESIDENTES EM
CAMPINAS - SÃO PAULO**

*SELF-MEDICATION PROFILE IN THE ELDERLY POPULATION OF
CAMPINAS - SÃO PAULO*

CAMPINAS

2012



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

MARCELO ANTUNES DE OLIVEIRA

**PERFIL DA AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS RESIDENTES EM
CAMPINAS - SÃO PAULO**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco

*SELF-MEDICATION PROFILE IN THE ELDERLY POPULATION OF
CAMPINAS - SÃO PAULO*

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Epidemiologia.

Master's dissertation presented to the Public Health Postgraduation Programme of the School of Medical Sciences of the University of Campinas to obtain the MSc grade in Epidemiology concentration area.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO MARCELO ANTUNES DE OLIVEIRA E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. PRISCILA MARIA STOLSES BERGAMO FRANCISCO.
Assinatura do orientador _____

CAMPINAS, 2012

Unidade BECK
T/UNICAMP

Cutter OL4p

V. _____ Ed. 97460

Tombo BC 16-100-22

Proc. 16-100-22

C _____ D 1

Preço 8611,09

Data 30/10/12

Cód. tit. 863 876637

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

OL4p Oliveira, Marcelo Antunes, 1978 -
 Perfil da automedicação em idosos residentes em
 Campinas – São Paulo / Marcelo Antunes Oliveira. -
 -Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Priscila Maria Stolses Bergamo
 Francisco.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual
 de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Automedicação. 2. Uso de medicamentos.
 3. Farmacoepidemiologia. 4. Saúde do idoso. I.
 Francisco, Priscila Maria Stolses Bergamo. II.
 Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
 Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Self medication profile in the elderly living in Campinas – São Paulo.

Palavra-chave em inglês:

Self medication

Drug utilization

Pharmacoepidemiology

Health of the elderly

Área de Concentração: Epidemiologia

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco [Orientador]

Luana Carandina

Leticia Marín-León

Data da defesa: 31-07-2012

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

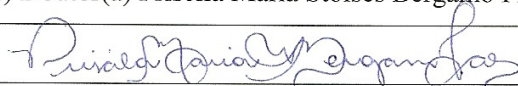
Banca Examinadora de Dissertação de Mestrado

MARCELO ANTUNES DE OLIVEIRA

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). PRISCILA MARIA STOLSES BERGAMO FRANCISCO

Membros:

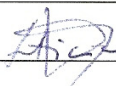
Professor(a) Doutor(a) Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco



Professor(a) Doutor(a) Luana Carandina



Professor(a) Doutor(a) Leticia de las Mercedes Marín Leon



Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 31 de Julho de 2012

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Vicente** (†1928 - 1988) e **Terezinha**, ofereço com muito amor estas páginas. Minha imensa gratidão pela dedicação de vocês.

À minha querida **Lara**, fonte de encantamento constante em minha vida.

AGRADECIMENTOS

À **Profa. Dra. Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco**, minha orientadora, agradeço especialmente pela concretização deste trabalho. Obrigado pelo respeito, apoio em muitos momentos importantes e pelos ensinamentos nessa etapa da minha vida.

À **Profa. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros** pelo apoio, atenção e pela oportunidade de trabalhar com o ISACAMP.

À “**Sol**”, por participar de um jeito especial na realização de um projeto.

Aos **irmãos e familiares** que carinhosamente compartilharam esse tempo vivido.

À **Júlia**, pela escuta especial e reflexões compartilhadas que se transformaram em partes do texto.

Aos amigos de Santana de Parnaíba - SP, **Dr. Tales Garcia Santos** (Secretário de Saúde), **Miriam Mitiko Kazama** (Coordenadora da Assistência Farmacêutica), **Vanderlei Camargo Freitas** e **Luciana Novaes dos Santos** (Diretores CAPS Alvorecer) pelo apoio e incentivo constantes.

Aos amigos **Vinícius, Jane e “Bel”** pela divertida e agradável convivência na Unicamp.

Ao “irmão” **Maurílio** por despertar o interesse pela Saúde Coletiva.

Aos **professores e todos os funcionários do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP**, que constroem um espaço que transformou minha vida.

*“A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer
A barba vai descendo e os cabelos vão caindo pra cabeça aparecer
Os filhos vão crescendo e o tempo vai dizendo que agora é pra valer
Os outros vão morrendo e a gente aprendendo a esquecer
Não quero morrer pois quero ver
Como será que deve ser envelhecer
Eu quero é viver pra ver qual é
E dizer venha pra o que vai acontecer...
Pois ser eternamente adolescente nada é mais demodé
Com uns ralos fios de cabelo sobre a testa que não para de crescer
Não sei por que essa gente vira a cara pro presente e esquece de aprender
Que felizmente ou infelizmente sempre o tempo vai correr...”*

Arnaldo Antunes - Envelhecer

O padrão de utilização de medicamentos, bem como a automedicação, têm sido amplamente investigados em estudos epidemiológicos nacionais e internacionais. Considerando-se o acelerado envelhecimento populacional e a demanda por informações locais para o planejamento e a gestão em saúde, o objetivo do presente estudo foi contribuir para a investigação de fatores associados à automedicação em idosos, identificando os principais fármacos consumidos por esta população sem a prescrição de um profissional habilitado. Trata-se de um estudo transversal de base populacional realizado a partir de registros de indivíduos com 60 anos ou mais, disponíveis na amostra do Inquérito de Saúde no município de Campinas (ISACamp) realizado em 2008-2009. Dos 1.515 idosos que responderam questões sobre medicamentos, 80,4% referiram uso de ao menos um medicamento nos três dias anteriores à pesquisa. Desses, 91,1% relataram consumo exclusivo de medicamentos prescritos e o restante (8,9%), uso simultâneo de prescritos e não prescritos. Após ajuste, idade \geq 80 anos, hipertensão arterial, presença de doenças crônicas, procura por serviços de saúde, realização de consultas odontológicas e filiação a plano médico de saúde estiveram associadas negativamente, e renda familiar *per capita*, positivamente à automedicação. Os fármacos sem prescrição mais consumidos foram dipirona, ácido acetilsalicílico (AAS), diclofenaco, *Ginkgo biloba*, paracetamol e medicamentos homeopáticos. Principalmente entre idosos, a assistência farmacêutica deve ser priorizada para evitar o uso incorreto de medicamentos e garantir o acesso aos fármacos necessários para a prevenção de agravos, tratamento e cura das doenças.

ABSTRACT

The pattern of drug use and self-medication, have been widely investigated in national and international epidemiological studies. Considering the rapid population aging and the demand for local information for planning and management in health, the objective of this study was to contribute to the investigation of factors associated with self-medication in older adults, identifying the main drugs consumed by this population without a prescription a qualified professional. A cross-sectional population-based study with clustered two-stage sampling was conducted from records of individuals aged 60 years or more, available in the sample of Health Survey in Campinas (ISACamp - 2008/2009). Of the 1,515 elderly studied, 80.4% reported using at least one drug during the three days preceding the survey. Of these, 91.1% reported the use of prescription drugs only and the remainder (8.9%) reported simultaneous use of prescribed and non prescribed drugs. After adjustment, a negative association between age ≥ 80 years, hypertension, chronic diseases, use of health services, dental consultations and adherence to a medical plan, and self-medication was found, whereas a positive association was found with per capita income. Dipyron, acetylsalicylic acid, diclofenac, *Ginkgo biloba*, paracetamol and homeopathic medicines were among the most used non-prescribed drugs. Pharmaceutical assistance should be provided as a priority to the elderly, to avoid the misuse of medicines and ensure access to the correct drugs for prevention, treatment and cure of diseases.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido acetilsalicílico
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical Code</i>
AVC	Acidente vascular cerebral
CCAS	Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEF	Dicionário de Especialidades Farmacêuticas
DSC	Departamento de Saúde Coletiva
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISACamp	Inquérito de Saúde no Município de Campinas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
RP	Razão de prevalência
SRQ-20	<i>Self-Report Questionnaire</i>
Stata	<i>Stata Statistical Software</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtorno Mental Comum
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Prevalência do consumo de ao menos um medicamento sem prescrição, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas em pessoas com 60 anos ou mais. ISACamp, 2008-2009.

Tabela 2. Prevalência do consumo de ao menos um medicamento sem prescrição, segundo indicadores de condição de saúde e uso de serviços de saúde em pessoas com 60 anos ou mais. ISACamp, 2008-2009.

Tabela 3. Modelo de regressão multivariada de Poisson para automedicação em pessoas com 60 anos ou mais. ISACamp, 2008-2009.

SUMÁRIO

RESUMO	xi
ABSTRACT	xiii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xv
LISTA DE TABELAS	xvii
1. INTRODUÇÃO	23
1.1. Envelhecimento: aspectos demográficos e epidemiológicos	25
1.2. Uso de medicamento	28
1.3. Automedicação	32
1.4. Justificativa	34
2. OBJETIVOS	35
2.1. Objetivo Geral	37
2.2. Objetivos Específicos	37
3. MATERIAL E MÉTODOS	39
3.1. Desenho do estudo	42
3.2. População de estudo	42
3.3. Plano de amostragem	42
3.4. Variáveis de estudo	43
3.5. Análise estatística	45
3.6. Aspectos éticos	46
4. RESULTADOS	47
4.1. Automedicação em idosos residentes em Campinas: prevalência e fatores associados	49
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
7. ANEXOS	97

1. INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento: aspectos demográficos e epidemiológicos

O envelhecimento populacional é um fenômeno contemporâneo da humanidade e essa nova realidade social que a população brasileira também vive é resultado de transformações epidemiológicas e demográficas (Veras, 2009; Brasil, 2010).

Nos últimos 100 anos houve uma revolução no perfil demográfico do Brasil, resultado do efeito combinado da diminuição dos níveis de fecundidade e da mortalidade. No início do século XX essa modificação populacional ocorreu lentamente, porém a partir da década de 1960 esse processo se acentuou, principalmente pelas quedas expressivas de fecundidade (IBGE, 2009).

Essa conjuntura trouxe alterações na estrutura etária da população brasileira caracterizada pelo crescimento mais lento do número de crianças e adolescentes e, ao mesmo tempo, aumento da população ativa e de pessoas idosas. Iniciou-se um processo contínuo de estreitamento da base da pirâmide etária que identifica o envelhecimento da nossa sociedade (IBGE, 2009).

Uma informação relevante para as análises populacionais é a esperança de vida ao nascer, definida como o número médio de anos que um grupo de indivíduos nascidos no mesmo ano pode esperar viver, se mantidas as condições de vida e de saúde em relação àquele ano considerado (Laurenti et al., 1987). Este indicador demográfico aponta o processo de envelhecimento de uma sociedade. O Brasil, relativamente em poucas décadas, dobrou o nível desse indicador. Dados do IBGE mostram que, no início do século XX a esperança de vida ao nascer era de 33,5 anos, em 1950 era de 43 anos e de 65 e 73,5 anos em 1990 e 2010, respectivamente. Essa ampliação nos anos médios vividos indica uma

projeção importante para a sociedade brasileira, ou seja, que grande parte da população atual irá alcançar a velhice (IBGE, 2009).

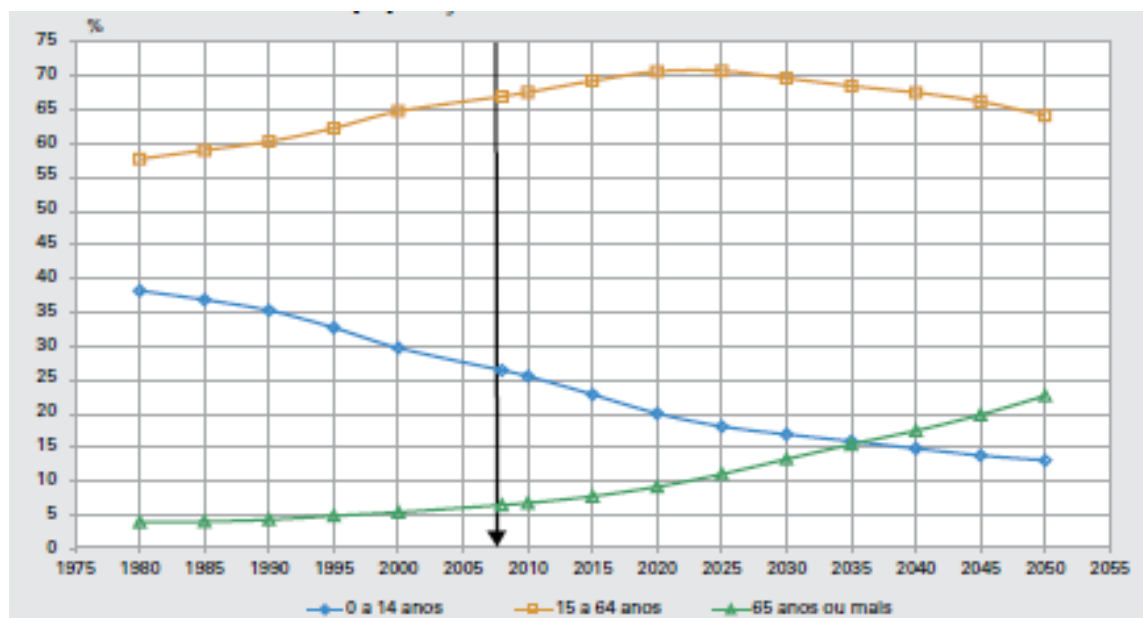
O Brasil vem atravessando uma das transformações do padrão demográfico mais rápidas do mundo. Essa transição ocorreu lentamente nos países desenvolvidos, estendendo-se ao longo de mais de cem anos. Na França essas transformações ocorreram durante quase dois séculos e na Inglaterra, o declínio da fecundidade, que é um indicador determinante no processo de envelhecimento de uma população, teve início no século XIX (Omran, 1971; IBGE, 2009).

É necessário ressaltar que a transição populacional ocorrida nos países desenvolvidos foi acompanhada da elevação da qualidade de vida das populações urbanas e rurais, resultante da adequada inserção das pessoas no mercado de trabalho, das oportunidades educacionais mais favoráveis, das melhores condições sanitárias, alimentares, ambientais e de moradia (Carvalho e Garcia, 2003; IBGE, 2009).

Por outro lado, mesmo apresentando um perfil demográfico semelhante ao dos países desenvolvidos, os grandes centros urbanos do país ainda não dispõem de infraestrutura e condições que consigam atender as demandas provocadas pelas transformações demográficas atuais (IBGE, 2009).

Com base nas projeções da população brasileira realizadas pelo IBGE, estima-se que em 2050 a população idosa atingirá 22,7% da população total. Em 2008, esse contingente com 65 anos ou mais de idade representava 6,5%. O mesmo estudo mostra que, em 2008 o grupo etário de 0 a 14 anos de idade correspondia a 26,5% e, em 2050, esse grupo representará 13,2% da população brasileira (gráfico 1).

Figura 1. Participação relativa da população dos grandes grupos de idade na população total. Brasil - 1980/2050



Fonte: Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980 - 2050. IBGE/Revisão 2008.

Além das mudanças demográficas, o Brasil tem experimentado uma transformação epidemiológica, com alterações importantes no quadro de morbi-mortalidade da população. Em 1950 as doenças infecto-contagiosas representavam 40% das mortes registradas no país e, na década de 1980, eram responsáveis por menos de 10%. Inversamente ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950 eram causa de 12% das mortes e, no mesmo período, representavam mais de 40%. Em cerca de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades crônicas (Gordilho et al., 2000; IBGE, 2009).

Essa modificação do perfil epidemiológico, sob o aspecto econômico, causa grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, além de ser um desafio para os

formuladores de políticas públicas, autoridades sanitárias e toda a sociedade no que se refere à implantação de modelos e métodos para o enfrentamento do problema (Gordilho et al., 2000; Veras, 2009).

Neste sentido, ao mesmo tempo em que envelhecer e prolongar a vida é uma conquista da humanidade, a questão que se coloca é como os diferentes atores sociais estão elaborando e continuarão programando e promovendo ações, tanto no âmbito social quanto na área da saúde, que acrescentem qualidade aos anos adicionais de vida dessas pessoas.

1.2 Uso de medicamentos

Não há como negar os ganhos reais na qualidade de vida proporcionados pela ciência e tecnologia, mesmo considerando que muitos não desfrutam dessas conquistas. O aumento da esperança de vida alcançado na atualidade em muitos países e, como citado anteriormente, no Brasil, tem relação estreita com os avanços científico-tecnológicos da modernidade (Barros, 2008).

O controle das doenças infecciosas, que devastaram populações por um longo período da história, está relacionado com melhorias das condições socioeconômicas e do advento de uma ferramenta tecnológica notável: a terapêutica medicamentosa. O surgimento dos primeiros anti-infecciosos nas décadas de 1930 e 1940, bem como o progresso da terapêutica medicamentosa, influenciaram fortemente a redução da mortalidade ao longo do século XX (Barros et al., 2008; Leite et al., 2008).

Além disso, observaram-se mudanças no comportamento reprodutivo da mulher, decorrentes de transformações sociais e econômicas (inserção da mulher no mercado de

trabalho, processo de urbanização do país entre outros aspectos), e o uso de medicamentos contraceptivos e sua aceitação por um grande contingente de mulheres teve papel destacado (IBGE, 2009). Essas conquistas alcançadas fazem parte de um complexo fenômeno social que envolveu o uso dessa ferramenta tecnológica.

A biomedicina tornou o uso de medicamentos legítimo, oficial e o profissionalizou no tratamento e cuidado à saúde (Tesser e Barros, 2008). No entanto, o medicamento deixou de ser, exclusivamente, um insumo terapêutico e é, também, apresentado como bem de consumo, exercendo um valor simbólico na sociedade contemporânea. Essa representação simbólica do medicamento o torna uma mercadoria validada pela ciência capaz de obter um valor altamente desejado: a saúde (Naves et al., 2010).

O conceito de saúde é descrito pela OMS na Carta de Ottawa (1986) como um estado completo de bem estar físico, mental e social e que, para atingí-lo, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (OPAS, 1986). Isso permite uma reflexão sobre o valor simbólico que, muitas vezes, o medicamento possui. O medicamento é uma intervenção terapêutica e o seu uso é um ato que, se realizado racionalmente, é saudável.

Neste sentido, Tesser e Barros (2008) ressaltam também a importância de uma reflexão sobre as formas de interpretação e de ações biomédicas que podem reduzir os adoecimentos a problemas da máquina humana, não considerando os determinantes sociais, comportamentais, culturais e psicológicos no complexo processo saúde-doença e, assim, reforçando a tendência do uso de medicamentos.

Dentro do contexto socioeconômico dominante atual, e mesmo sendo validado cientificamente, o “medicamento-mercadoria” agrega os valores de uso e de troca, como

qualquer outra mercadoria. Conhecendo e explorando o valor simbólico que o medicamento possui, a indústria farmacêutica o usa como estratégia de mercado, garantindo a acumulação de um dos segmentos mais lucrativos do capital industrial (Naves et al, 2010).

Como qualquer outro setor empresarial, o setor farmacêutico estimula incessantemente o consumo. A concepção estritamente biomédica quanto ao processo saúde-doença se encaixa perfeitamente nas estratégias mercadológicas desse poderoso e influente ramo industrial. Interessa aos setores de produção e comercialização de medicamentos a ocorrência de um máximo de doenças acompanhadas de um máximo de tratamentos, ou seja, da medicalização (Barros, 1983).

Além disso, o uso indiscriminado dos medicamentos seguindo apenas a lógica do mercado pode acarretar sérias complicações à saúde dos usuários, bem como o aumento dos custos sanitários individuais e governamentais (Melo et al., 2006; Barros, 2008).

Fazendo um recorte do uso de medicamento na sociedade para o contexto do uso na velhice, surgem questões específicas. Da mesma forma que a população idosa vem aumentando, o uso de medicamentos por este grupo etário acompanha esta tendência.

A morbidade apresentada pela população idosa caracteriza-se pela preponderância de doenças crônicas e múltiplas de longa duração e, com isso, as internações hospitalares são mais frequentes, há maior necessidade de acompanhamento contínuo com exames periódicos, além do aumento do consumo de medicamentos (Lima-Costa e Veras, 2003), que constituem um dos itens mais importantes da atenção à saúde do idoso (Ramos e Garcia, 2003; Coelho Filho et al., 2004; Flores e Benvegnú, 2008; Ribeiro et al., 2008), demandando, cada vez mais, a racionalidade da terapia medicamentosa (Mosegui et al., 1999; Rozenfeld, 2003; Coelho Filho et al., 2004).

Estudos apontam que a média de medicamentos utilizados por esta população é de dois a cinco medicamentos (Bortolon et al, 2008). De acordo com Sá et al.(2007), outros estudos realizados em diferentes países apontam para o uso de três a sete medicamentos por idoso.

O “envelhecer biológico” é um processo dinâmico e progressivo e, conseqüentemente, traz alterações das funções orgânicas do indivíduo. A capacidade cognitiva, o metabolismo hepático, os mecanismos homeostáticos, a função renal, podem ficar comprometidos (Arking, 2008). Tais modificações levam a respostas diferentes quanto à eficácia e segurança no uso dos medicamentos, sejam estas provocadas pela dificuldade de adesão, por intoxicações, reações adversas ou aumento da sensibilidade aos fármacos (Grahame-Smith e Aronson, 2004; Rocha et al, 2008).

O uso de medicamentos tem como princípio a racionalidade. Entendendo racionalidade no uso “*quando o paciente/usuário recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade*” (WHO, 1998). Segundo Mosegui et al. (1999), alguns estudos descrevem prescrições, destinadas a idosos, com dosagens e indicações inadequadas, com uso de fármacos pertencentes à mesma classe terapêutica e outros ainda, sem qualquer valor terapêutico. Neste sentido, questiona-se: Qual(is) seria(m) o(s) resultado(s) dessa terapêutica para os idosos, cujos mecanismos biológicos já apresentam disfunções? O aumento dos riscos de reações adversas, interações medicamentosas e de intoxicações, além da baixa aderência ao tratamento e o agravamento do quadro, estão entre possíveis resultados (Mosegui et al., 1999; Rosenfeld, 2003; Rocha et al., 2008).

1.3 Automedicação

Quando o próprio indivíduo ou responsável utiliza um medicamento que acredita que lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas, sem a prescrição ou supervisão de um médico ou dentista (profissionais habilitados técnica e legalmente para prescrever um medicamento), pode haver implicações sanitárias, sociais, econômicas nesse ato de autoadministração de um medicamento (Bortolon et al., 1999; Marin et al., 2008).

Pode-se pensar que a automedicação é uma ação (usar um medicamento) dirigida a si mesmo, que o indivíduo realiza de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. A concepção de autocuidado se dá desta forma, no entanto abrangendo várias ações promovidas pelo indivíduo e dirigidas a si mesmo. Portanto, pode-se refletir que a automedicação, além de ser uma forma de uso do medicamento, é um elemento de autocuidado. E o autocuidado é uma das formas que um indivíduo percebe sua existência, seu processo de vir a ser (WHO, 1998; Bub et al., 2006).

O conceito de automedicação responsável e critérios para realizá-la foi estabelecido em 1998 por um grupo de especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS). Assim, foi definida como *“a prática dos cidadãos em tratar seus próprios sintomas e males menores com medicamentos aprovados pelas autoridades sanitárias, disponíveis sem a prescrição ou receita médica e seguros e eficazes quando usados segundo as instruções”* (WHO, 1998). A automedicação responsável *“requer que os medicamentos utilizados sejam de comprovada qualidade, segurança e eficácia; que sejam indicados para as condições que são auto-identificáveis e para algumas condições crônicas ou recorrentes (após diagnóstico médico inicial). Em todos os casos, estes medicamentos devem ser*

especificamente projetados para a finalidade, e exigirá dose e formas farmacêuticas adequadas” (WHO, 1998).

Ainda, segundo a Organização Mundial da Saúde, o uso destes medicamentos deve ser apoiado por informações como: possíveis efeitos adversos, como tomar ou utilizar os medicamentos, como os efeitos do medicamento devem ser monitorados, possíveis interações medicamentos, precauções e advertências no uso, duração do tratamento e quando procurar ajuda profissional (WHO, 1998).

A automedicação é uma prática cada vez mais frequente nas sociedades, independentemente dos diferentes contextos socioeconômicos e culturais que os indivíduos estejam inseridos (Loyola Filho et al., 2005; Arrais, 2009).

A OMS considera, em países pobres, a automedicação necessária como função complementar aos sistemas de saúde. Por outro lado, entre as desvantagens da automedicação destacam-se o atraso no diagnóstico e na terapêutica adequados, potenciais riscos de interações com os medicamentos prescritos, reações adversas e intoxicações, ressaltando os gastos desnecessários provocados por essa forma de uso (Vilarino et al., 1998; Sá et al., 2007).

A ação do indivíduo em se automedicar pode estar relacionada com alguns fatores apontados em diversos estudos, entre eles: o simbolismo do medicamento na sociedade, o grande número de produtos farmacêuticos lançados no mercado e a publicidade que os cerca, a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde, as experiências anteriores com o uso de medicamentos, os diferentes contextos sociais e culturais que influenciam as práticas do autocuidado (Arrais, 1997; Vilarino et al, 1998, Loyola Filho et al, 2002; Naves et al, 2008).

1.4 Justificativa

O Inquérito de Saúde no Município de Campinas (ISACamp), realizado pelo Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP), coletou grande volume de informações e sua análise vem possibilitando conhecer várias dimensões da saúde da população de Campinas.

Na área da saúde, o reflexo do envelhecimento é observado na modificação do padrão de morbidade e mortalidade. Assim, a abordagem e avaliação de informações dos idosos sobre o uso de medicamentos e a automedicação se justificam, tanto pelo acréscimo relativo desse segmento populacional, quanto pelo aumento do uso da terapia medicamentosa.

Neste sentido, a importância deste estudo reside no fato de prover o conhecimento sobre a automedicação na população investigada, contribuindo para a busca de adequada assistência farmacêutica que, segundo a Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004 do Conselho Nacional de Saúde, é *“o conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção, e à recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, que visa promover o acesso e o seu uso racional; esse conjunto que envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população”*.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Contribuir para a investigação de fatores associados à automedicação em idosos, a partir de estudo de base populacional em Campinas, SP.

2.2. Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência e fatores associados à automedicação entre idosos residentes no município de Campinas.
- Identificar os principais fármacos consumidos sem prescrição por esta população.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Para analisar os perfis do estado de saúde, estilo de vida (fatores de risco de doenças crônicas) e uso de serviços de saúde de diferentes segmentos sociais da população, avaliando o grau de equidade/desigualdade social, a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde realizou em 2008, o Inquérito de Saúde no município de Campinas (ISACamp 2008), tendo como objetivos específicos o monitoramento dos indicadores de saúde e das desigualdades sociais em saúde. A coleta de dados, cujo instrumento é apresentado em Anexo, foi realizada no período de janeiro de 2008 a abril de 2009 e contemplou a população de 10 anos ou mais, não institucionalizada, residente em área urbana de Campinas.

O município de Campinas localiza-se a noroeste e a cerca de 100 km da capital do Estado de São Paulo, possui uma área de 795 km² e constitui um pólo industrial e tecnológico. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2008, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* era de R\$ 27.731,98 e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de renda era de 0,845 (IBGE, 2012).

No ano de 2009, o município possuía 373 estabelecimentos de saúde entre hospitais, pronto-socorros, postos de saúde e serviços odontológicos, sendo 103 deles públicos e 270 privados. A cidade possuía 3 mil leitos para internação, sendo 817 e 2.183 nos estabelecimentos públicos e privados respectivamente (IBGE, 2012). Na cidade existem 19 hospitais gerais, sendo três públicos, onze privados e cinco filantrópicos (DATASUS, 2012).

Segundo dados do último Censo Demográfico realizado em 2010, a população de Campinas era de 1.080.113 habitantes com cerca de 12% constituída por pessoas com 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2012), portanto, o município conta atualmente com cerca de

130 mil idosos. A esperança de vida ao nascer em Campinas atingiu 74,7 em 2005 e, para a população idosa (60 anos e mais) foi de 18,2 e 22,1 para homens e mulheres respectivamente (CCAS, 2012).

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, descritivo e analítico.

3.2 População de estudo

A população de estudo refere-se a 1.519 indivíduos pertencentes ao domínio de 60 anos ou mais, disponíveis na amostra do inquérito ISACamp.

3.3 Plano de amostragem e estimativa do tamanho da amostra

A amostra do inquérito foi obtida por procedimentos de amostragem probabilística, por conglomerados em dois estágios: sorteio dos setores censitários e sorteio dos domicílios. Dos 835 setores censitários urbanos do município foram sorteados 50 setores. Como objetivo da pesquisa, fixou-se o estudo de aspectos referentes a três subgrupos dessa população: adolescentes, adultos e idosos. Dessa forma, a população foi dividida em três estratos, que constituíram domínios de estudo e para os quais foram sorteadas amostras independentes.

Procedeu-se o sorteio de 1000 pessoas em cada domínio de idade pré-estabelecido, a saber: adolescente (10 a 19 anos), adulto (20 a 59 anos) e idoso (60 anos ou mais). Esperava-se que com esse número de entrevistas, o erro de amostragem estivesse entre 4 e

5 pontos percentuais em intervalos de confiança de 95%, para proporções de 0,50 e efeitos de delineamento de 2.

Esperando-se uma taxa de 80% de resposta, o tamanho da amostra foi corrigido para 1.250. Para atingir esse tamanho de amostra em cada domínio, após atualização em campo dos mapas dos setores sorteados e elaboração da listagem de endereços, foram selecionados, de forma independente, 2.150, 700 e 3.900 domicílios para adolescentes, adultos e idosos respectivamente. Em cada domicílio, entrevistadores treinados e supervisionados obtiveram as informações de todos os moradores da faixa etária selecionada para aquele domicílio^a.

O questionário aplicado, previamente testado em um estudo piloto, foi estruturado com a maioria das questões fechadas, com alternativas pré-definidas e organizado em blocos, segundo áreas temáticas: estado de saúde (morbidade, acidentes e violências, saúde emocional e qualidade de vida em saúde), uso de serviços de saúde (consultas médicas e odontológicas, hospitalizações e cirurgias, planos de saúde, práticas preventivas, imunização e uso de medicamentos), comportamentos relacionados à saúde (atividade física, tabagismo, consumo de bebidas, hábito alimentar, peso e recordatório 24 horas) e condições socioeconômicas (do entrevistado, do domicílio e da família).

3.4 Variáveis de estudo

Variável dependente

A variável dependente foi o uso de ao menos um medicamento segundo prescrição. As informações sobre o uso de medicamentos foram obtidas por meio das seguintes

^a ISA-CAMPINAS 2008/2009. Plano de Amostragem. Disponível em: <
http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/plano_de_amostragem.pdf>

perguntas: (1) *Você utilizou algum medicamento nos últimos três dias?* (2) *Quantos medicamentos? Quais?* Para cada medicamento utilizado foi perguntado: (3) *Quem indicou esse medicamento para você?*

Na identificação dos medicamentos, quando possível, foi solicitado que o idoso apresentasse a embalagem do medicamento e/ou a prescrição médica para minimizar eventuais erros na anotação dos dados pelo entrevistador. Os medicamentos foram classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical Code (ATC-2009)*. Nesta classificação, eles são divididos de acordo com o grupo anatômico ou sistema em que atuam e suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas. Para identificar a composição dos medicamentos foi utilizado o *Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF 2008/2009)*. Para os medicamentos cujos nomes o entrevistado não soube referir, foi atribuído um código de não identificado; para os produtos que não constavam na ATC, foram criados códigos para identificá-los e para aqueles que não apresentavam um código específico na ATC, utilizou-se o código até o limite que possibilitou identificar o grupo, a classe ou a ação terapêutica.

Considerou-se automedicação o consumo, referido pelo idoso, de medicamentos sem prescrição por profissional habilitado (médico ou dentista), indicados por farmacêutico/balconista de farmácia, leigos (parente, amigo ou vizinho), por conta própria ou reaproveitados de terapias anteriores. Com base nas respostas obtidas, os participantes foram alocados em dois grupos, a saber: aqueles que relataram o consumo somente de medicamentos prescritos por médico ou dentista e aqueles que consumiram, simultaneamente, medicamentos prescritos e sem prescrição.

Variáveis independentes

- *Demográficas e socioeconômicas*: sexo, idade, situação conjugal, cor da pele/raça, escolaridade, número de residentes no domicílio, renda familiar *per capita* (em salários mínimos) e atividade ocupacional.
- *Indicadores de condições de saúde e características relacionadas ao uso de serviços de saúde*: percepção da própria saúde, morbidade referida nos 15 dias anteriores à pesquisa, relato de hipertensão arterial, doença cardiovascular, diabetes, reumatismo/artrite/artrose, problemas de circulação (varizes, AVC), presença de transtorno mental comum (TMC), avaliada por meio do SRQ-20 (*Self-Report Questionnaire*), procura por serviço ou profissional de saúde para problemas relacionados à saúde nos últimos 15 dias, consulta ao dentista nos últimos 12 meses, internação hospitalar no último ano e filiação a plano médico de saúde.

3.5 Análise estatística

Para verificar a associação entre as diversas variáveis e o uso de medicamentos sem prescrição, inicialmente foi realizada análise bivariada pelo teste qui-quadrado com nível de significância de 5%. Foram também estimadas as razões de prevalência (RP) ajustadas por sexo e idade e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Em seguida, foi realizada análise múltipla por meio de regressão de Poisson com variância robusta (Barros e Hirakata, 2003). No modelo múltiplo, o critério para inclusão foi a associação com o consumo de ao menos um medicamento sem prescrição, em nível inferior a 0,20 na análise bivariada e permaneceram no modelo apenas aquelas variáveis com $p < 0,05$.

Os dados da pesquisa foram digitados em banco de dados com o uso do *software* EpiData 3.1, o qual também foi utilizado para avaliar a consistência das informações obtidas. Em seguida foi utilizado o programa Stata 9.2 para o cálculo dos pesos amostrais. As análises dos dados referentes aos idosos, que fizeram parte deste estudo, também foram executadas utilizando-se o programa Stata 11.0, cujos procedimentos para análise de inquéritos populacionais incorporam os aspectos da amostragem complexa. As tabelas apresentadas nos resultados foram elaboradas no Excel (Versão 7 para Windows 98).

3.6 Aspectos éticos

Os objetivos da pesquisa *Inquérito de Saúde no Município de Campinas* (ISA-Camp) foram apresentados aos indivíduos sorteados solicitando-se, após conhecimento do tipo de informação que seria requerida, o consentimento assinado de participação. Assegurou-se a confidencialidade das informações obtidas, sendo que apenas dados consolidados foram analisados e divulgados, impossibilitando a identificação dos indivíduos pesquisados.

O presente estudo, que utilizou dados de idosos entrevistados pelo ISACamp, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas em adendo ao parecer nº 079/2007 (Anexo).

4. RESULTADO

**4.1 Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil:
prevalência e fatores associados**

*Self-medication in the elderly population of Campinas, São Paulo State, Brazil:
prevalence and associated factors*

Marcelo Antunes de Oliveira^I; Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco^I; Karen
Sarmiento Costa^{I,II}; Marilisa Berti de Azevedo Barros^I

^IFaculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil

^{II}Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde, Brasília,
Brasil

Cad Saúde Pública 2012;28(2):335-45

O projeto foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq Processo no 409747/2006-8)

Resumo

O objetivo foi avaliar a prevalência e fatores associados à automedicação em idosos e identificar os principais fármacos consumidos sem prescrição. Estudo transversal de base populacional, com amostra por conglomerados e em dois estágios realizado em Campinas, São Paulo, Brasil, em 2008-2009. Dos 1.515 idosos, 80,4% referiram uso de ao menos um medicamento nos três dias anteriores à pesquisa. Desses, 91,1% relataram consumo exclusivo de medicamentos prescritos e o restante (8,9%), uso simultâneo de prescritos e não prescritos. Após ajuste, idade \geq 80 anos, hipertensão arterial, presença de doenças crônicas, uso de serviços de saúde, realização de consultas odontológicas e filiação a plano médico de saúde estiveram associadas negativamente, e renda *per capita*, positivamente à automedicação. Os fármacos sem prescrição mais consumidos foram dipirona, AAS, diclofenaco, *Ginkgo biloba*, paracetamol e homeopáticos. Sobretudo entre idosos, a assistência farmacêutica deve ser priorizada para evitar o uso incorreto de medicamentos e garantir o acesso aos fármacos necessários ao tratamento.

Palavras-chave: Automedicação; Uso de Medicamentos; Farmacoepidemiologia; Saúde do Idoso.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the prevalence and causative factors associated with self-medication in the elderly and identify the main drugs consumed without prescription. A cross-sectional population-based study with clustered two-stage sampling was performed in Campinas, São Paulo, Brazil in 2008 and 2009. Of the 1,515 elderly studied, 80.4% reported using at least one drug during the three days preceding the survey. Of these, 91.1% reported the use of prescription drugs only and the remainder (8.9%) reported simultaneous use of prescribed and non prescribed drugs. After adjustment, a negative association between age \geq 80 years, hypertension, chronic diseases, use of health services, dental consultations and adherence to a medical plan, and self-medication was found, whereas a positive association was found with per capita income. Dipyron, acetylsalicylic acid, diclofenac, *Ginkgo biloba*, paracetamol and homeopathic medicines were among the most used non-prescribed drugs. Pharmaceutical assistance should be provided as a priority to the elderly, to avoid the misuse of medicines and ensure access to the correct drugs.

Key words: Self-medication; Drug Utilization; Pharmacoepidemiology; Health of the Elderly.

Introdução

O envelhecimento populacional tem gerado novas demandas sociais, econômicas, sanitárias e, diante da importância crescente deste segmento, estudos envolvendo a população idosa constituem um tema emergente nas diversas áreas de conhecimento ^{1,2,3}.

A morbidade apresentada pela população idosa caracteriza-se pela preponderância de doenças crônicas e múltiplas de longa duração, exigindo acompanhamento, cuidados permanentes e exames periódicos. O idoso utiliza mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes do que entre adultos e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias ^{3,4}. Ainda, o aumento da prevalência de doenças crônicas com a idade, demanda um maior consumo dos medicamentos, que constituem um dos itens mais importantes da atenção à saúde do idoso ^{4,5,6,7}, e requer, cada vez mais, a racionalidade da terapia medicamentosa ^{5,8,9}.

São inegáveis os benefícios terapêuticos conseguidos com o uso correto dos medicamentos, no entanto, seu elevado consumo entre os idosos pode acarretar riscos à saúde. Os idosos fazem uso, em média, de dois a cinco medicamentos diariamente ^{10,11} e são particularmente mais sensíveis aos efeitos adversos, interações medicamentosas e toxicidade ^{9,12,13}. Na população idosa, estudos apontam a predominância do uso de medicamentos prescritos ^{5,6,8,9,14,15,16}, mas neste segmento etário é comum encontrar prescrições de doses e indicações inadequadas, redundâncias e o uso de medicamentos sem valor terapêutico ^{8,9,17}. Além disso, o consumo de medicamentos sem prescrição de um profissional de saúde habilitado (automedicação) torna-se um dos problemas derivados desse uso pela população idosa ^{15,17}.

A automedicação é uma forma de autocuidado à saúde, entendida como a seleção e uso de medicamentos para manutenção da saúde, prevenção de enfermidades, tratamento de doenças ou sintomas percebidos pelas pessoas, sem a prescrição, orientação ou o acompanhamento do médico ou dentista ¹⁸ e é uma prática comum na população brasileira ^{14,19,20,21,22,23}. Fatores como a familiaridade com o medicamento, experiências positivas anteriores, a função simbólica que os medicamentos exercem sobre a população, e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, contribuem para a automedicação ^{14,16,20,24}.

A prevalência e os fatores associados à automedicação em idosos vêm sendo investigada por meio de estudos epidemiológicos de base populacional, e os resultados apontam que tal prática varia entre os idosos residentes em diferentes localidades ^{5,15,19,25,26}. Nos Estados Unidos, estudo com amostra representativa da população verificou que 42% usavam, no mínimo, um medicamento sem receita ²⁶. No sul da Austrália, Goh et al. ²⁵ encontraram prevalência de 17% em 2000-2001 e de 35,5% em 2003-2004. No Brasil, estudo realizado em Bambuí (Minas Gerais) verificou prevalência de 17% ¹⁵ e, no Município de Salgueiro (Pernambuco), 60% dos idosos entrevistados praticavam a automedicação ¹⁹.

No que se refere aos fatores associados à automedicação em idosos, estudos têm apontado maior consumo de medicamentos sem prescrição entre as mulheres ^{15,19,25,26,27}. Em relação à idade, tanto a redução ^{12,25} quanto o aumento ¹⁵ da automedicação entre os mais longevos, foram verificados. Ainda, melhor nível socioeconômico ^{5,15}, filiação a plano de saúde ^{15,26}, maior número de consultas médicas ¹⁵ e presença de doenças/condições crônicas ^{15,19} apresentam associação inversa à automedicação.

Particularmente entre os idosos, as desvantagens da automedicação devem ser consideradas e, entre elas, destacam-se os gastos desnecessários, atraso no diagnóstico e na terapêutica adequados, potenciais riscos de interações com os medicamentos prescritos, resistência bacteriana, reações adversas e intoxicação^{19,23,24}.

Considerando-se o exposto, o objetivo deste estudo foi estimar a prevalência e fatores associados à automedicação entre idosos residentes no Município de Campinas, bem como identificar os principais fármacos consumidos sem prescrição para essa população.

Métodos

Estudo transversal de base populacional que incluiu 1.515 idosos (60 anos e mais) não institucionalizados, residentes em área urbana no Município de Campinas no período de 2008 e 2009. Os dados utilizados neste estudo são provenientes do *Inquérito de Saúde no Município de Campinas* (ISACamp), realizado pelo Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP).

A amostra do inquérito foi obtida por intermédio de amostragem probabilística, por conglomerados e em dois estágios: setor censitário e domicílio. No primeiro estágio, 50 setores censitários foram sorteados com probabilidade proporcional ao tamanho (número de domicílios). O sorteio foi sistemático, ordenando-se os setores pelo percentual de chefes que possuíam nível universitário, produzindo uma estratificação implícita por escolaridade do chefe de família.

O número de pessoas para compor a amostra foi obtido tendo em conta a situação correspondente à máxima variabilidade para a frequência dos eventos estudados ($p = 0,50$), nível de 95% de confiança na determinação dos intervalos de confiança ($z = 1,96$), erro de amostragem entre 4 e 5 pontos percentuais e efeito de delineamento igual a 2, totalizando mil indivíduos em cada domínio de idade, a saber: adolescentes (10-19 anos), adultos (20-59 anos) e idosos (60 anos e mais). Esperando-se uma taxa de 80% de resposta, o tamanho da amostra foi corrigido para 1.250. Para alcançar esse tamanho de amostra em cada domínio, após atualização em campo dos mapas dos setores sorteados e elaboração da listagem de endereços, foram selecionados, de forma independente, 2.150, 700 e 3.900 domicílios para adolescentes, adultos e idosos, respectivamente. Nesta pesquisa, em cada domicílio, foram entrevistados todos os moradores da faixa etária selecionada para aquele domicílio²⁸.

As informações foram obtidas por questionário estruturado previamente testado em estudo piloto e aplicado em entrevistas domiciliares, realizadas por entrevistadores treinados e supervisionados. A integridade das entrevistas foi verificada em amostra aleatória de 5% dos participantes por meio de reentrevista domiciliar ou telefônica, e não mostrou discrepância com os dados originais.

Neste estudo foram utilizados os dados do inquérito referentes às pessoas com 60 anos ou mais, e a variável dependente foi o uso de ao menos um medicamento segundo prescrição. As informações sobre o uso de medicamentos foram obtidas mediante as seguintes perguntas: (1) "*Você utilizou algum medicamento nos últimos três dias?*" (2) "*Quantos medicamentos? Quais?*". Para cada medicamento utilizado foi perguntado: (3) "*Quem indicou esse medicamento para você?*".

Na identificação dos medicamentos, quando possível, foi solicitado que o idoso apresentasse a embalagem do medicamento e/ou a prescrição médica para minimizar eventuais erros na anotação dos dados pelo entrevistador. Os medicamentos foram classificados de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical Code* (ATC-2009) ²⁹. Nessa classificação, eles são divididos de acordo com o grupo anatômico ou sistema em que atuam e suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas. Para identificar a composição dos medicamentos foi utilizado o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF 2008/2009) ³⁰.

Para os medicamentos cujos nomes o entrevistado não soube referir, foi atribuído um código de não identificado; para os produtos que não constavam na ATC, foram criados códigos para identificá-los e para aqueles que não apresentavam um código específico na ATC, utilizou-se o código até o limite que possibilitou identificar o grupo, a classe ou a ação terapêutica.

Considerou-se automedicação o consumo, referido pelo idoso, de medicamentos sem prescrição por profissional habilitado (médico ou dentista), indicados por farmacêutico/balconista de farmácia, leigos (parente, amigo ou vizinho), por conta própria ou reaproveitados de terapias anteriores. Com base nas respostas obtidas, os participantes foram alocados em dois grupos, a saber: aqueles que relataram o consumo somente de medicamentos prescritos por médico ou dentista e aqueles que consumiram, simultaneamente, medicamentos prescritos e sem prescrição.

Para a análise dos fatores associados à automedicação, os seguintes conjuntos de variáveis independentes foram selecionados:

- Demográficas e socioeconômicas: sexo, idade, situação conjugal, cor da pele, escolaridade, número de residentes no domicílio, renda familiar *per capita* (em salários mínimos) e atividade ocupacional;

- Indicadores de condições de saúde e características relacionadas ao uso de serviços de saúde: percepção da própria saúde, morbidade referida nos 15 dias anteriores à pesquisa, relato de hipertensão, doença cardiovascular, diabetes, reumatismo/artrite/artrose, problemas de circulação (varizes, AVC), presença de transtorno mental comum (TMC), avaliada por meio do *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20), procura por serviço ou profissional de saúde para problemas relacionados à saúde nos últimos 15 dias, consulta ao dentista nos últimos 12 meses, internação hospitalar no último ano e filiação a plano médico de saúde.

A análise de dados foi desenvolvida em duas etapas: inicialmente foi realizada análise bivariada pelo teste qui-quadrado com nível de 5% de significância para verificar a associação entre as diversas variáveis e o uso de medicamentos sem prescrição. Também foram calculadas razões de prevalência (RP) ajustadas por sexo e idade e intervalos de 95% de confiança (IC95%). Nessa análise, as diferenças de gênero no consumo de medicamentos foram controladas, e a idade foi considerada variável preditora da terapia medicamentosa, já que a chance de usar algum tipo de fármaco aumenta desde a quarta década de vida ¹³. Em seguida, foi realizada análise múltipla pela regressão de Poisson com variância robusta ³¹.

No modelo múltiplo, o critério para inclusão foi a associação com o consumo de ao menos um medicamento sem prescrição, em nível inferior a 0,20 na análise bivariada e permaneceram no modelo apenas aquelas variáveis com $p < 0,05$. As entrevistas foram

digitadas em banco de dados desenvolvido com o uso do Epidata 3.1 (Epidata Assoc., Odense, Dinamarca) e as análises dos dados foram realizadas pela utilização do programa Stata 11.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), cujos procedimentos para análise de inquéritos populacionais incorporam os aspectos da amostragem complexa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da FCM/UNICAMP em adendo ao parecer nº. 079/2007.

Resultados

Dos 1.515 idosos com respostas válidas para o uso de medicamento nos três dias que antecederam a pesquisa, 94,2% responderam pessoalmente à entrevista. As demais entrevistas foram respondidas por cuidadores, parentes ou responsáveis, diante da impossibilidade do idoso responder, exceto questões subjetivas, como a percepção da saúde. Em relação à população estudada, 57,2% eram mulheres, e a idade média foi de 69,9 anos (IC95%: 69,3-70,6).

A prevalência do uso de medicamentos na população idosa nos três dias anteriores à pesquisa foi de 80,4% (IC95%: 77,6-83,2) e, entre os que referiram o uso (1.222), o consumo médio por idoso foi de 3,1 (IC95%: 2,9-3,2) e, dentre esses, 24,8% referiram uso de ao menos cinco medicamentos. Entre os idosos que consumiram medicamentos, 1.116 (91,1%) relataram ter consumido fármacos exclusivamente prescritos por médicos ou dentistas e 106 (8,9%; IC95%: 6,7-11,5) referiram consumo simultâneo de medicamentos prescritos e não prescritos. Não houve registro de idoso que tenha consumido exclusivamente medicamentos não prescritos nos três dias que antecederam a pesquisa.

Em relação aos medicamentos consumidos sem prescrição pelos idosos, os mais utilizados foram os medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central (dipirona - 25,7%, *Ginkgo biloba* - 9,6%, paracetamol - 8,8% e AAS - 15,9%), sistema musculoesquelético (diclofenaco - 13%), homeopáticos (6%), aparelho digestivo e metabolismo (vitaminas e sais minerais - 4,1% e hioscina - 3,7%) e fitoterápicos (3,4%). O *Ginkgo biloba* foi avaliado separadamente dos demais fitoterápicos por apresentar um consumo diferenciado em estudo anterior realizado em Campinas³².

A Tabela 1 apresenta a prevalência da automedicação, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas dos idosos. Faixa etária, escolaridade e renda mensal *per capita* apresentaram-se associadas ao consumo de medicamentos não prescritos na análise simples ($p < 0,05$). Após ajuste por sexo, observou-se redução significativa da automedicação com o aumento da idade. Também foi possível verificar aumento significativo do consumo sem prescrição com a ampliação da renda (RP ajustada por sexo e idade).

Em relação aos indicadores de condição de saúde e uso de serviços de saúde, hipertensão arterial, doença cardiovascular, diabetes, presença de doença crônica e procura por serviço nos 15 dias que antecederam a pesquisa, estiveram associadas à automedicação nos idosos na análise simples ($p < 0,05$). Após ajuste por idade e sexo, as prevalências de automedicação apresentaram-se significativamente menores entre os hipertensos, diabéticos, naqueles que referiram presença de doença crônica e nos que procuraram serviço ou profissional de saúde nos 15 dias prévios. Entre portadores de doença cardiovascular, a menor prevalência esteve no limite da significância estatística (RP = 0,64; IC95%: 0,40-1,00) (Tabela 2).

Os resultados da análise múltipla da regressão de Poisson são apresentados na Tabela 3. Foi possível verificar associação independente negativa entre a automedicação e a idade (80 anos e mais), hipertensão arterial referida, presença de uma ou mais doenças crônicas, uso de serviços de saúde nos 15 dias que antecederam a pesquisa, realização de consultas odontológicas no último ano e filiação a plano médico de saúde. Já a renda familiar *per capita* esteve positivamente associada à automedicação entre os idosos, ou seja, quanto maior a renda, maior o consumo de medicamentos não prescritos.

Discussão

A prevalência do uso de ao menos um medicamento não prescrito nos três dias que antecederam a pesquisa foi de 8,9% entre os idosos residentes em Campinas. Na investigação do uso de medicamentos, um dos mais importantes aspectos metodológicos refere-se ao período recordatório. Sabe-se que a prevalência do uso de medicamentos depende do período considerado ³³. Van der Geest & Hardon ³⁴ destacam que medicamentos autoprescritos são particularmente mais sensíveis à dificuldade de recordar. Flores & Mengue ³⁵ também apontam o viés de memória em relação a medicamentos de uso esporádico, em geral não prescritos. Para Bertoldi et al. ³³, não há um período recordatório ideal para se investigar o uso medicamentos, uma vez que a seleção desse período depende do que está sendo recordado e da capacidade da população respondente relembrar. Ainda, os autores destacam a tendência observada na literatura de que estudos sobre enfermidades agudas utilizam períodos recordatórios mais curtos, em comparação àqueles sobre enfermidades crônicas. Van den Brandt et al. ³⁶ verificaram que a acurácia do recordatório do uso de medicamentos diminui com o aumento da idade e do número de medicamentos prescritos para uso crônico, e varia com o tipo de droga utilizada. Nesse

sentido, o período recordatório utilizado neste estudo, considerando-se a população investigada e a autoprescrição dos medicamentos, parece adequado para descrever o evento estudado.

Diante do exposto, as prevalências encontradas foram comparadas apenas com trabalhos que consideraram um período recordatório igual ou inferior a uma semana. Flores & Benvegnú⁶ encontraram prevalência de 4% em Santa Rosa, no Rio Grande do Sul, variando de 3,8% nas mulheres a 4,3% em homens, inferiores àquelas observadas neste estudo, sem, contudo, verificar diferença estatisticamente significativa segundo gênero, corroborando os achados deste trabalho. Já estudo realizado em área urbana no Nordeste do Brasil verificou que 37,4% dos idosos usavam pelo menos um medicamento não prescrito⁵. Ambos os estudos sobre o perfil de utilização de medicamentos entre idosos também avaliaram o uso segundo prescrição e consideraram período recordatório de sete dias. Marin et al.¹⁷ verificou, em estudo realizado entre idosos residentes em área de abrangência de uma unidade de saúde da família em cidade do interior paulista, que 36,9% faziam uso de algum tipo de fármaco sem indicação médica no dia da entrevista. Pelicioni & César¹², utilizando um período recordatório de três dias verificaram, com base em dados de inquérito domiciliar de saúde realizado em quatro áreas do Estado de São Paulo (ISA-SP), prevalências de 13% e 16% para a população masculina e feminina de 60-69 anos, respectivamente, e de 9% nos homens e 10% nas mulheres na faixa etária de 70 anos ou mais, percentual semelhante ao verificado neste estudo que contou com uma população cuja idade média esteve próxima aos 70 anos de idade. Quando comparados os gêneros, o consumo de medicamentos sem indicação médica ou odontológica não apresentou diferença estatística em relação ao sexos. No Município de Campinas, Perrone et al.²⁷ com

dados de inquérito realizado em 2001-2002, encontraram prevalência de automedicação de 5,2% entre os homens e 10,2% em mulheres de 60 anos ou mais, com associação estatística significativa entre os sexos. Comparando as proporções de autoprescrição verificadas para os diferentes grupos de idade, os autores destacam provável racionalidade na prática de automedicação nas faixas etárias em que as pessoas são mais vulneráveis e os problemas de saúde mais frequentes (crianças e idosos).

Situação conjugal, cor da pele, número de residentes no domicílio e realização de atividade ocupacional referidas pelo entrevistado, não estiveram associadas à automedicação. Nos estudos com período recordatório semelhante consultados, tais variáveis não foram avaliadas.

Em relação ao consumo de medicamentos sem prescrição, segundo indicadores de condição de saúde e uso de serviços de saúde, na análise ajustada por idade e sexo, hipertensão, diabetes e a procura de serviço ou profissional de saúde para atendimento nos últimos 15 dias estiveram inversamente associadas à automedicação. O Município de Campinas possui uma rede de atenção básica organizada para atender as necessidades da população nesse nível de atenção. Cerca de 52% (IC95%: 44,2-60,2) dos idosos do município não possuem plano privado de saúde sendo, portanto, exclusivamente dependentes do sistema público de saúde³⁷. Os medicamentos para tratamento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes são oferecidos gratuitamente na rede básica garantindo o acesso ao idoso portador de tais enfermidades. Ainda foi possível verificar associação independente negativa entre a automedicação e a idade de 80 anos e mais. A proporção de automedicação também foi significativamente menor entre os idosos que referiram filiação a plano médico de saúde. Em relação à renda, encontrou-se associação

independente com um gradiente positivo, ou seja, quanto maior a renda, maior a prevalência de automedicação.

Estudo de Coelho Filho et al.⁵ verificou maior chance de utilização de medicamentos exclusivamente prescritos entre idosos que referiram visita a serviços de saúde, presença de doença crônica, melhor nível socioeconômico e idade acima de 75 anos. Considerando-se o nível socioeconômico menos favorecido, os autores verificaram ainda que a proporção de idosos usando medicamentos prescritos foi menor, diferentemente do que foi verificado no presente estudo.

Neste estudo, não houve registro de idosos que fizeram uso apenas de medicamentos não prescritos e sim uso simultâneo de medicamentos prescritos e não prescritos. Assim, é possível que para os idosos residentes em Campinas, o uso de fármacos que dispensam a receita seja entendido como uma prática corriqueira, sem prejuízos à saúde. Todavia, o uso concomitante de tais medicamentos com outras drogas prescritas, associado a fatores inerentes a cada indivíduo e considerando-se seu estado de saúde particular, requer avaliação dos riscos à saúde, especialmente no que tange às intoxicações e interações medicamentosas. A automedicação é um elemento do autocuidado²², mas para que não traga complicações ao indivíduo e à saúde pública, é fundamental que seu manejo seja subsidiado por informações suficientes, que garantam a automedicação responsável, definida como *"a prática dos cidadãos em tratar seus próprios sintomas e males menores com medicamentos aprovados pelas autoridades sanitárias, disponíveis sem a prescrição ou receita médica e seguros e eficazes quando usados segundo as instruções"*²² (p. 3). Nesse contexto, entre os idosos, a orientação do farmacêutico, enquanto profissional com competência para realizar aconselhamento sobre

os medicamentos que fornece, é fundamental e pode contribuir significativamente para o uso racional de medicamentos.

Foi possível verificar que o acesso a serviços de saúde, bem como a presença de ao menos uma doença crônica reduzem a prática de automedicação. Particularmente em relação à hipertensão arterial, a associação independente permite sugerir algumas hipóteses: por se tratar de doença crônica com alta prevalência entre os idosos e diante da disponibilidade de atendimento e da oferta de medicamentos na rede pública, essa enfermidade leva o indivíduo ao serviço de saúde com maior frequência para controle dos níveis pressóricos, busca de medicação e exames periódicos. Nesse sentido, o idoso hipertenso tem mais acesso às informações de saúde pelo maior contato com profissionais de saúde. Além disso, pessoas portadoras de enfermidades crônicas em geral, como o diabetes, contam com acompanhamento médico e são usuárias mais assíduas dos serviços de saúde.

O número médio de medicamentos consumidos pelos idosos residentes em Campinas está de acordo com o que vem sendo apontado pela literatura^{5,6,9,17,35}. O fato de cerca de 25% dos idosos entrevistados nos três dias anteriores à entrevista estarem usando cinco ou mais medicamentos diferentes, confirma que o uso simultâneo de diversas especialidades farmacêuticas é uma prática comum entre eles. Na Itália, Pizzuti et al.³⁸ verificaram que 45,3% dos idosos utilizavam quatro ou mais medicamentos diferentes por dia. No estudo de Flores & Benvegnú⁶, mais de 30% dos entrevistados referiram uso diário de pelo menos três medicamentos. Marin et al.¹⁷ verificaram em estudo realizado no Município de Marília (São Paulo) que 29,5% dos idosos estavam fazendo uso de três ou quatro medicamentos na ocasião da entrevista e que 4% utilizavam oito ou mais.

Entre os medicamentos sem prescrição mais utilizados, destacaram-se os analgésicos antipiréticos, e a dipirona apresentou a maior proporção de consumo. Segundo Arrais ³⁹, tal achado tem sido destacado desde a década de 80 no Brasil e em estudos internacionais como uma das classes farmacológicas de maior consumo na população. O diclofenaco foi o anti-inflamatório não prescrito mais utilizado pelos idosos; a proporção de uso de *Ginkgo biloba* sem indicação médica foi de 9,6%. A ação combinada dos diferentes princípios ativos presentes no extrato promove o aumento do suprimento sanguíneo cerebral pela vasodilatação e redução da viscosidade do sangue, além de diminuir a densidade de radicais livres de oxigênio nos tecidos nervosos. No entanto, seus benefícios à saúde humana, em particular sobre a demência e deficiência cognitiva, não foram totalmente estabelecidos ⁴⁰. Estudo recente verificou melhora de cognição entre pacientes com Alzheimer e demência vascular ou mista associada do uso do *Ginkgo biloba* ⁴¹. Puppo & Silva ⁴² alertam para os riscos das possíveis interações entre o *Ginkgo biloba* e o AAS, comumente utilizado pelos idosos, porque essa associação, por aumentar a inibição da agregação plaquetária, pode causar hemorragias, representando riscos para a saúde do idoso. Cascaes et al. ⁴³ destacam que os principais medicamentos sem a orientação de profissionais de saúde consumidos por esse grupo etário são plantas medicinais e medicamentos de venda livre no manejo dos problemas de saúde que consideram simples. Neste estudo, na avaliação da distribuição das especialidades farmacêuticas utilizadas sem prescrição pelos idosos, frente ao motivo de uso de tais medicamentos (cefaléia, resfriado comum ou gripe, dor muscular e deficiências vitamínicas entre outros), observou-se que na maioria dos casos tratava-se de fármacos de valor intrínseco não elevado.

De acordo com Coelho Filho et al.⁵, diferentes definições para medicamentos não prescritos dificultam a comparação com estudos realizados em países desenvolvidos. Na língua inglesa a terminologia *non-prescription medication* ou *over-the-counter medication* se refere ao uso de medicamento que não requer receita médica. Já nos trabalhos nacionais é usual considerar medicamento não prescrito todo aquele não prescrito por médico ou profissional de saúde habilitado, independentemente da inclusão de fármacos para os quais o uso necessite ou não de receita médica. Essa questão deve ser levada em conta, pois traz implicações nos resultados dos estudos e reflexões importantes para as ações de saúde pública.

Diferenças no padrão de uso de medicamentos e na prevalência de automedicação podem ser parcialmente atribuídas a especificidades das populações, ao estado de saúde, à utilização de serviços e modelo de atenção à saúde, bem como a características demográficas, sociais e culturais ligadas ao consumo de medicamentos. Além disso, o período recordatório, as definições utilizadas quanto ao evento estudado (consumo exclusivo de qualquer medicamento não prescrito ou uso simultâneo de prescritos e não prescritos; automedicação esperada ou não esperada) entre outros aspectos, devem ser considerados, sugerindo cautela nas comparações. O menor consumo de medicamentos sem prescrição entre idosos no Município de Campinas pode ser atribuído a alguns desses fatores.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o fato de que o período recordatório de três dias pode reduzir a prevalência de automedicação, visto que quanto mais passa o tempo (15 ou 30 dias), maior a probabilidade de uso eventual de algum fármaco. Os medicamentos de uso contínuo são igualmente contados em qualquer período de tempo.

Porém, deve-se considerar que um espaço de tempo maior também poderia gerar um viés de memória em relação aos medicamentos de uso esporádico utilizados, promovendo subdeclaração, especialmente de fármacos usados para enfermidades de menor gravidade^{32,33}. Deve-se considerar, ainda, que este estudo utilizou dados de um amplo inquérito de saúde, o que pode levar a resultados diferentes daqueles obtidos num inquérito específico sobre o tema, entretanto, verifica-se coerência dos achados do presente estudo com resultados anteriores, tanto em relação ao perfil sociodemográfico, quanto às especialidades farmacêuticas sem prescrição mais consumidas pela população estudada.

O uso de medicamentos, induzido por campanhas publicitárias que os apresentam como bem de consumo e não como um insumo essencial às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, sem o esclarecimento sobre os riscos associados ao seu uso, e atendendo à lógica de mercado, também favorece a prática da automedicação. A automedicação é uma prática generalizada, aceita em muitos países, que pode não provocar danos à saúde se realizada de forma responsável e assistida, no entanto, pode mascarar doenças evolutivas e provocar reações adversas²¹. Vale ressaltar que a prevalência de reação adversa à droga é três vezes maior em idosos do que em jovens, apresentando incidência anual de 26 por mil leitos de pacientes hospitalizados⁴⁴.

Sobretudo entre os idosos, a automedicação precisa ser auxiliada por profissionais de saúde, permitindo a identificação de problemas que necessitem de avaliação de profissional qualificado e a conscientização acerca de uma farmacoterapia racional, já que os riscos de tal prática estão associados ao grau de informação sobre os medicamentos.

Conclusão

Os resultados do estudo mostram baixa prevalência de automedicação entre os idosos e apontam que as apresentações não prescritas mais utilizadas neste segmento são medicamentos de venda livre, sugerindo uma possível observância de critérios técnicos no cuidado, bem como a qualidade da assistência farmacêutica oferecida aos idosos pelo município. O estudo revelou ainda que, em Campinas, a utilização de serviços de saúde, a realização de consultas odontológicas e a filiação a plano médico de saúde restringiram a prática da automedicação entre os idosos. Diante da importância que se reveste o tema e da necessidade de sua melhor compreensão, estudos como este podem ser utilizados como ferramenta em diferentes localidades, para subsidiar a promoção do uso racional de medicamentos neste segmento populacional.

Referências Bibliográficas

1. Lloyd-Sherlock P. Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy. *Soc Sci Med* 2000; 51:887-95.
2. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8:127-41.
3. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:548-54.
4. Ramos LR, Garcia JT. Terapêutica medicamentosa no idoso. In: Prado FC, Ramos J, Valle JR, organizadores. *Atualização terapêutica*. 21ª Ed. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2003. p.555-8.]
5. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:557-64.
6. Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1439-46.
7. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acúrcio FA. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:724-32.
8. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:717-24.
9. Mosegui GBG, Rozenfeld S, Veras RPV, Vianna CMM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev Saúde Pública* 1999; 33:437-44.

10. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol* 2002; 55:809-17.
11. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2657-67.
12. Pelicioni AF, César CLG. Consumo de medicamentos. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M, organizadores. Saúde e condição de vida em São Paulo: Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo - ISA-SP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Faculdade de São Paulo; 2005. p. 199-212.
13. Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza ACA, et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13 Suppl:703-10.
14. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:55-62.
15. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:545-53.
16. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:924-9.

17. Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Gonçalves Filho JR, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1545-55.
18. Brasil. Portaria nº. 3916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Aprovar a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União* 1998; 10 nov.
19. Sá MB, Barros JAC, Sá MPBO. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10:75-85.
20. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saúde Pública* 1997; 31:71-7.
21. Bortolon PC, Medeiros EFF, Naves JOS, Karnikowski MGO, Nóbrega OT. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1219-26.
22. World Health Organization. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4th WHO Consultive Group on the role of the pharmacist. Geneva: World Health Organization; 1998.
23. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rödel APP, Bortoli R, Lemos RR.. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1998; 32:43-9.
24. Naves JOS, Castro LLC, Carvalho CMS, Merchan-Hamann E. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15 Suppl 1:1751-62.

25. Goh LY, Vitry AI, Semple SJ, Esterman A, Luszcz M. Self-medication with over-the-counter drugs and complementary medications in South Australia's elderly population. *BMC Complement Altern Med* 2009; 9:42.
26. Qato DM, Alexander GC, Conti RM, Johnson M, Schumm P, Lindau ST. Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. *JAMA* 2008; 300:2867-78.
27. Perrone AMF, Molina MC, Bertanha MEAM, Nativio J, Barros MBA. Uso de medicamentos. In: Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, organizadores. *As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas, SP*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 218-29.
28. Alves MCGP. ISA-Campinas 2008/09: plano de amostragem. http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/plano_de_amostragem.pdf (acessado em 16/Abr/2011).
29. World Health Organization. ATC/DDD index 2009. <http://www.whooc.no/atcddd/indexdatabase/> (acessado em 18/Mai/2009).
30. Dicionário de especialidades farmacêuticas 2008/09. 37ª Ed. 2008/09. Editora: Epub; 2009.
31. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21.

32. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César CLG, Goldbaum M, Carandina L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:649-58.
33. Bertoldi AD, Barros AJD, Wagner A, Dennis RD, Hallal PC. A descriptive review of the methodologies used in household surveys on medicine utilization. *BMC Med Res Methodol* 2008; 8:222.
34. Van der Geest S, Hardon A. Drugs use: methodological suggestions for field research in developing countries. *Health Policy Plan* 1988; 3:152-8.
35. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:924-9.
36. Van den Brandt PA, Petri H, Dorant E, Goldbohm RA, Van de Crommert S. Comparison of questionnaire information and pharmacy data on drug use. *Pharm Weekbl Sci* 1991; 13:91-6.
37. Barros MBA, Francisco PMSB, Lima MG, César CLG. Social inequalities in health among elderly. *Cad Saúde Pública* 2011; 27 Suppl 2:S198-208.
38. Pizzuti R, Caffari B, Binkin N, Gruppo ARGENTO. La prescrizione di farmaci nell'anziano: risultati dello Studio Argento. *Ig Sanita Pubbl* 2006; 62:11-26.
39. Arrais PSP. Medicamentos: consumo e reações adversas: um estudo de base populacional. Fortaleza: Edições UFC; 2009.
40. Birks J, Grimley Evans J. Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (1):CD003120.

41. Weinmann S, Roll S, Schwarzbach C, Vauth C, Willich SN. Effects of Ginkgo biloba in dementia: systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 2010; 10:14.
42. Puppo E, Silva CP. Levantamento do perfil medicamentoso e frequência de associações entre o Ginkgo (Ginkgo biloba L.) e ácido acetilsalicílico, em usuários atendidos pela FarmaUSCS de São Caetano do Sul. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2008; 29:53-8.
43. Cascaes EA, Falchetti ML, Galato D. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. *ACM Arq Catarin Med* 2008; 37:63-9.
44. Garcia JT. Uso de medicamentos. In: Ramos LR, Cendoroglo MS, organizadores. *Geriatria e gerontologia*. Barueri: Editora Manole; 2005. p. 27-36.

Tabela 1. Prevalência do consumo de ao menos um medicamento sem prescrição, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas em pessoas com 60 anos ou mais. ISACamp, 2008-2009.

Variáveis e categorias	n	% (IC95%)	Valor de p*	RP _{ajustada} (IC95%)
Sexo			0,1735	
Masculino	443	10,9 (6,8 - 17,0)		1
Feminino	779	7,6 (5,7 - 9,9)		0,72 (0,43 - 1,20)
Faixa etária			0,0025**	
60 a 69	622	11,4 (8,2 - 15,7)		1
70 a 79	428	6,8 (4,8 - 9,6)		0,60 (0,40 - 0,89)
80 e mais	172	4,8 (2,7 - 8,4)		0,43 (0,23 - 0,79)
Situação conjugal			0,8175	
Casado/União estável	633	8,7 (6,0 - 12,6)		1
Solteiro	171	7,8 (4,5 - 13,2)		1,02 (0,58 - 1,79)
Viúvo	388	9,6 (6,6 - 13,6)		1,86 (1,14 - 3,06)
Cor			0,4471	
Branca	945	8,5 (6,7 - 10,6)		1
Não branca	276	10,2 (5,7 - 17,5)		1,11 (0,70 - 1,76)
Escolaridade			0,0195	
0 a 4 anos	812	7,2 (5,5 - 9,4)		1
5 a 8 anos	123	12,4 (7,5 - 19,9)		1,55 (0,98 - 2,45)
9 anos e mais	286	11,7 (7,6 - 17,7)		1,44 (0,95 - 2,18)
Nº de residentes no domicílio			0,4471	
1 - 2	674	9,8 (7,5 - 12,7)		1
3 - 4	377	7,1 (3,8 - 12,8)		0,69 (0,40 - 1,20)
5 ou mais	171	8,9 (5,3 - 14,6)		0,90 (0,50 - 1,63)
Renda mensal per capita (SM)***			0,0034**	
≤ 1 SM	508	5,1 (3,4 - 7,8)		1
>1 e ≤ 3 SM	484	10,4 (7,5 - 14,1)		2,00 (1,18 - 3,38)
> 3 SM	230	13,4 (8,2 - 21,0)		2,38 (1,37 - 4,14)
Atividade Ocupacional			0,0829	
Sim	221	11,9 (7,6 - 18,1)		1
Não	1.000	8,2 (6,1 - 10,8)		0,93 (0,59 - 1,48)

IC95%: intervalo de 95% de confiança; n: número de indivíduos na amostra não ponderada; RP_{ajustada}: Razão de prevalência ajustada por sexo e idade; SM: salários mínimos.

*Valor de p do teste qui-quadrado.

**Teste de tendência linear.

***Salário mínimo vigente à época da pesquisa: janeiro a abril/2008 = R\$ 415,00; maio/2008 a abril/2009 = R\$ 450,00.

Tabela 2. Prevalência do consumo de ao menos um medicamento sem prescrição, segundo indicadores de condição de saúde e uso de serviços de saúde em pessoas com 60 anos ou mais. ISACamp, 2008-2009.

Variáveis e categorias	n	% (IC95%)	Valor de p*	RP _{ajustada} (IC95%)
Percepção da própria saúde			0,420	
Excelente/muito boa/boa	240	9,2 (7,2 - 11,8)		1
Ruim/muito ruim	176	6,6 (2,6 - 15,8)		0,72 (0,31 - 1,70)
Morbidade nos últimos 15 dias			0,816	
Não	867	9,0 (7,0 - 11,4)		1
Sim	354	8,5 (5,0 - 14,1)		0,96 (0,60 - 1,53)
Relato das seguintes doenças/condições crônicas**				
Hipertensão	800	5,9 (4,1 - 11,5)	< 0,001	0,44 (0,30 - 0,64)
Doença cardiovascular	260	5,6 (3,5 - 8,9)	0,016	0,64 (0,40 - 1,00)
Diabetes	322	4,9 (2,8 - 8,6)	0,003	0,49 (0,30 - 0,80)
Artrite/reumatismo/artrose	369	10,0 (6,9 - 14,3)	0,299	1,36 (0,96 - 1,92)
Problemas de circulação	370	6,6 (4,4 - 9,9)	0,061	0,76 (0,51 - 1,13)
Número de doenças crônicas			< 0,001	
Nenhuma	97	27,2 (16,6 - 41,2)		1
Uma ou mais	1.105	7,2 (5,6 - 9,2)		0,30 (0,20 - 0,44)
SQR-20			0,229	
Negativo	994	9,4 (7,3 - 12,1)		1
Positivo	226	6,4 (3,1 - 12,7)		0,78 (0,39 - 1,59)
Procura de serviço ou profissional de saúde para atendimento nos últimos 15 dias			0,004	
Não	873	10,2 (8,0 - 12,9)		1
Sim	349	5,4 (3,1 - 9,3)		0,54 (0,34 - 0,85)
Internação hospitalar no último ano			0,114	
Não	1.027	9,4 (7,1 - 12,3)		1
Sim	195	5,8 (3,2 - 10,6)		0,66 (0,34 - 1,21)
Consulta odontológica nos últimos 12 meses			0,197	
Não	797	9,6 (6,9 - 13,2)		1
Sim	425	7,5 (5,4 - 10,3)		0,68 (0,46 - 1,01)
Plano odontológico			0,267	
Não	1.143	8,6 (6,5 - 11,3)		1
Sim	79	11,7 (6,6 - 20,0)		1,22 (0,72 - 2,07)
Plano médico de saúde			0,140	
Não	611	10,0 (7,1 - 13,9)		1
Sim	610	7,7 (5,7 - 10,3)		0,83 (0,59 - 1,19)

IC95%: intervalo de 95% de confiança; n: número de indivíduos na amostra não ponderada; RP_{ajustada}: Razão de prevalência ajustada por sexo e idade.

*Valor de p do teste qui-quadrado.

**Percentual dos que disseram sim (classe de referência: resposta negativa).

Tabela 3. Modelo de regressão multivariada de Poisson para automedicação em pessoas com 60 anos ou mais. ISACamp, 2008-2009.

Variáveis	RP _{ajustada} (IC95%)	Valores p	Erro-padrão
Faixa etária			
70 a 79 anos	0,70 (0,47 - 1,05)	0,083	0,14
80 anos e mais	0,38 (0,21 - 0,70)	0,003	0,12
Renda familiar <i>per capita</i> (SM)*			
>1 e ≤ 3	2,08 (1,26 - 3,44)	0,005	0,52
> 3	3,04 (1,73 - 5,33)	0,000	0,85
Hipertensão arterial	0,59 (0,36 - 0,96)	0,033	0,14
Presença de doença crônica	0,47 (0,29 - 0,75)	0,002	0,11
Uso de serviços de saúde nos 15 dias que antecederam a pesquisa			
Consulta odontológica no último ano	0,60 (0,40 - 0,88)	0,011	0,12
Filiação a plano médico de saúde	0,63 (0,43 - 0,91)	0,014	0,11

IC95%: intervalo de 95% de confiança; n: número de indivíduos na amostra não ponderada; RP_{ajustada}: razão de prevalência ajustada por meio de regressão múltipla de Poisson (1.201 indivíduos foram incluídos no modelo final). SM: salários mínimos.

*Salário mínimo vigente à época da pesquisa: janeiro a abril/2008 = R\$ 415,00; maio/2008 a abril/2009 = R\$ 450,00.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do presente estudo mostraram baixa prevalência de automedicação (8,9%) entre os idosos, que referiram uso de ao menos um medicamento nos três dias que antecederam a pesquisa, residentes no município de Campinas. Não foram observadas diferenças em relação ao gênero, mas entre aqueles com 80 anos ou mais, a prevalência foi significativamente menor. Destaca-se que o município de Campinas possui uma rede de atenção básica organizada para atender as necessidades da população nesse nível de atenção. Cerca de 52% (IC_{95%}: 44,2 - 60,2) dos idosos do município são exclusivamente dependentes do sistema público de saúde (Barros et al., 2011) e, para o tratamento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, os medicamentos são oferecidos gratuitamente na rede básica seguindo exigências na dispensação, como a apresentação da receita médica.

A associação positiva e independente da renda *per capita* com a automedicação entre os idosos revela a importância das características sociais e culturais (as práticas, os valores materiais, espirituais e simbólicos) ligadas ao uso de medicamentos. Neste estudo, não houve registro de idosos que fizeram uso apenas de medicamentos não prescritos e sim uso simultâneo de medicamentos prescritos e não prescritos, sugerindo que, para os idosos residentes em Campinas, o uso de fármacos que dispensam a receita seja entendido entre aqueles com maior poder aquisitivo, como uma prática corriqueira, sem prejuízos à saúde. Todavia, o uso simultâneo de tais medicamentos com outros medicamentos prescritos, associado a fatores inerentes ao indivíduo e considerando-se seu estado de saúde particular, requer avaliação dos riscos à saúde, especialmente em relação às intoxicações e interações medicamentosas.

O número médio de medicamentos usados pelos idosos residentes em Campinas está de acordo com o que vem sendo apontado pela literatura. Cerca de 25% dos idosos entrevistados nos três dias anteriores à entrevista referiram uso de cinco ou mais medicamentos diferentes, confirmando que o uso simultâneo de diversas especialidades farmacêuticas é uma prática comum nesta população. Neste sentido, entre os idosos, a orientação e o seguimento farmacoterapêutico realizado pelo farmacêutico, enquanto profissional com competência para realizar a Atenção Farmacêutica, é fundamental e pode contribuir significativamente para o uso racional de medicamentos.

Entre os medicamentos sem prescrição mais utilizados, destacaram-se os analgésicos antipiréticos, e a dipirona apresentou a maior proporção de uso. Neste estudo, a avaliação da distribuição das especialidades farmacêuticas utilizadas sem prescrição pelos idosos frente ao motivo do uso (cefaleia, resfriado comum ou gripe, dor muscular e deficiências vitamínicas entre outros) revelou que, na maioria dos casos tratava-se de fármacos de valor intrínseco não elevado.

O acesso aos serviços de saúde, bem como a presença de ao menos uma doença crônica reduz a prática da automedicação. Dos idosos que referiram procura de algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua saúde nos últimos 15 dias, 97,7% (IC_{95%}: 95,9 - 99,5) receberam atendimento (dados não apresentados). Portanto, neste estudo, para a população investigada, a variável “procura por serviço ou profissional de saúde” avaliou a utilização efetiva dos serviços de saúde.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o fato de que o período recordatório de três dias pode reduzir a prevalência de automedicação. No entanto, um período recordatório maior também poderia gerar um viés de memória em relação aos

medicamentos de uso esporádico, especialmente de fármacos usados para enfermidades de menor gravidade. Ainda, este estudo utilizou dados de um amplo inquérito de saúde, o que pode levar a resultados diferentes daqueles que seriam obtidos num inquérito específico sobre o tema, entretanto, verifica-se coerência dos achados do presente estudo com resultados anteriores, tanto em relação ao perfil sociodemográfico, quanto às especialidades farmacêuticas sem prescrição mais consumidas pela população estudada.

Diante da complexidade do ato de se automedicar, torna-se importante considerar que diferenças na prevalência de automedicação podem ser parcialmente atribuídas a especificidades das populações, ao estado de saúde, à utilização de serviços e ao modelo de atenção à saúde, bem como a características demográficas, sociais e culturais ligadas ao uso de medicamentos.

A automedicação pode não provocar danos à saúde se realizada de forma responsável e assistida, já que os riscos estão associados ao grau de informação sobre os medicamentos. Os resultados do estudo mostraram, além da baixa prevalência de automedicação entre os idosos, que as apresentações não prescritas mais utilizadas por esta população são os medicamentos de venda livre, sugerindo uma boa qualidade da Assistência Farmacêutica prestada aos idosos no município de Campinas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves MCGP. ISA-Campinas 2008/09: plano de amostragem.

http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/plano_de_amostragem.pdf (acessado em 16/Abr/2011).

Arking R. Biologia do envelhecimento: observações e princípios. Tradução Iulo Feliciano Afonso; revisão Francisco A. Moura Duarte. 2ª ed. Ribeirão Preto-SP: FUNPEC Editora, 2008.

Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. Rev Saúde Pública 1997; 31:71-7.

Arrais PSP. Medicamentos: consumo e reações adversas: um estudo de base populacional. Fortaleza: Edições UFC; 2009.

Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol 2003; 3:21.

Barros JAC. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. Rev. Saúde Pública 1983; 17(5):377-86.

Barros JAC. Os Fármacos na Atualidade: Antigos e Novos Desafios. Brasília: ANVISA, 2008. 318p.

Barros MBA, Francisco PMSB, Lima MG, César CLG. Social inequalities in health among elderly. Cad Saúde Pública 2011; 27 Suppl 2:S198-208.

Bertoldi AD, Barros AJD, Wagner A, Dennis RD, Hallal PC. A descriptive review of the methodologies used in household surveys on medicine utilization. BMC Med Res Methodol 2008; 8:222.

Birks J, Grimley Evans J. Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia. Cochrane Database Syst Rev 2009; (1):CD003120.

Bortolon PC, Medeiros EFF, Naves JOS, Karnikowski MGO, Nóbrega OT. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. Ciênc Saúde Coletiva 2008; 13:1219-26.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12. Brasília - DF, 2010

Brasil. Portaria nº. 3916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Aprovar a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União 1998; 10 nov.

Bub MBC et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. Texto Contexto Enferm 2006. 15(Esp): 152-7.

Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública 2003; 19(3):725-33.

Cascaes EA, Falchetti ML, Galato D. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. ACM Arq Catarin Med 2008; 37:63-9.

CCAS. Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde. Boletim de Mortalidade em Campinas: Esperança de vida no município de Campinas, 2007. Disponível em:<http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/bo40.pdf>. Acesso em 29/02/2012.

Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. Rev Saúde Pública 2004; 38:557-64.

Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César CLG, Goldbaum M, Carandina L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:649-58.

DATASUS. Caderno de Informações de Saúde - Informações Gerais. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sp.htm>

Dicionário de especialidades farmacêuticas 2008/09. 37ª Ed. 2008/09. Editora: Epub; 2009.

Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:924-9.

Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1439-46.

Garcia JT. Uso de medicamentos. In: Ramos LR, Cendoroglo MS, organizadores. *Geriatria e gerontologia*. Barueri: Editora Manole; 2005. p. 27-36.

Goh LY, Vitry AI, Semple SJ, Esterman A, Luszcz M. Self-medication with over-the-counter drugs and complementary medications in South Australia's elderly population. *BMC Complement Altern Med* 2009; 9:42.

Gordilho, A. et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral do idoso. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Aberta da Terceira Idade, 2000. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati1.pdf. Acesso em: 15/02/2012.

Grahame-Smith DG, Aronson JK. *Tratado de Farmacologia Clínica e Farmacoterapia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 06/03/2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil: 2009. Rio de Janeiro; IBGE; 2009. 154 p. (Estudos e pesquisas.

Informação demográfica e socioeconômica, 25).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980 - 2050. Revisão - 2008. Estudos e pesquisas Informação demográfica e socioeconômica n° 25.

Laurenti R, Mello Jorge MHP, Lebrão ML, Gotlieb SLD. Estatísticas de Saúde. São Paulo: EPU, 1987. p.165.

Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol 2005; 8:127-41.

Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. Ciênc. Saúde Coletiva 2008; 13:793-802.

Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. Cad. Saúde Pública 2003; 19(3):700-701.

Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. J Clin Epidemiol 2002; 55:809-17.

Lloyd-Sherlock P. Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy. Soc Sci Med 2000; 51:887-95.

Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:545-53.

Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do Projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública* 2002; 21: 545-53.

Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2657-67.

Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Gonçalves Filho JR, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1545-55.

Melo DO, Ribeiro E, Storpirtis S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. *Rev Bras Cienc Farm* 2006; 42(4):475-85.

Mosegui GBG, Rozenfeld S, Veras RPV, Vianna CMM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev Saúde Pública* 1999; 33:437-44.

Naves JOS, Castro LLC, Carvalho CMS, Merchan-Hamann E. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(Supl 1):1751-62.

Omran AR. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q.* 1971 Oct;49(4):509-38.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em:

<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 06/03/2012

Pelicioni AF, César CLG. Consumo de medicamentos. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M, organizadores. Saúde e condição de vida em São Paulo: Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo - ISA-SP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Faculdade de São Paulo; 2005. p. 199-212.

Perrone AMF, Molina MC, Bertonha MEAM, Nativio J, Barros MBA. Uso de medicamentos. In: Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, organizadores. As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas, SP. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 218-29.

Pizzuti R, Caffari B, Binkin N, Gruppo ARGENTO. La prescrizione di farmaci nell'anziano: risultati dello Studio Argento. Ig Sanita Pubbl 2006; 62:11-26.

Puppo E, Silva CP. Levantamento do perfil medicamentoso e frequência de associações entre o Ginkgo (Ginkgo biloba L.) e ácido acetilsalicílico, em usuários atendidos pela FarmaUSCS de São Caetano do Sul. Rev Ciênc Farm Básica Apl 2008; 29:53-8.

Qato DM, Alexander GC, Conti RM, Johnson M, Schumm P, Lindau ST. Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. JAMA 2008; 300:2867-78.

Ramos LR, Garcia JT. Terapêutica medicamentosa no idoso. In: Prado FC, Ramos J, Valle JR, organizadores. Atualização terapêutica. 21ª Ed. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2003. p.555-8.

Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acúrcio FA. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. Rev Saúde Pública 2008; 42:724-32.

Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza ACA, et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. Ciênc Saúde Coletiva 2008; 13 Suppl:703-10.

Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. Cad Saúde Pública 2003; 19:717-24.

Sá MB, Barros JAC, Sá MPBO. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. Rev Bras Epidemiol 2007; 10:75-85.

Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública 2008; 42(5): 914-20.

Van den Brandt PA, Petri H, Dorant E, Goldbohm RA, Van de Crommert S. Comparison of questionnaire information and pharmacy data on drug use. Pharm Weekbl Sci 1991; 13:91-6.

Van der Geest S, Hardon A. Drugs use: methodological suggestions for field research in developing countries. Health Policy Plan 1988; 3:152-8.

Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública 2009; 43:548-54.

Vilarino JF. et al. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. Rev Saúde Pública 1998, 32(1): 43-9.

Weinmann S, Roll S, Schwarzbach C, Vauth C, Willich SN. Effects of Ginkgo biloba in dementia: systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr 2010; 10:14.

World Health Organization. ATC/DDD index 2009.

<http://www.whooc.no/atcddd/indexdatabase/> (acessado em 18/Mai/2009).

World Health Organization. The role of the pharmacist in self-care and self-medication.

Report of the 4th WHO Consultive Group on the role of the pharmacist. Geneva: World Health Organization; 1998.

7. ANEXOS



CEP, 28/06/11.
(PARECER CEP: N° 079/2007)

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

PARECER

I – IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “DETERMINANTES SOCIAIS DO PADRÃO DE MORBIDADE, USO DE SERVIÇOS E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marilisa Berti de Azevedo Barros

II – PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou o adendo “AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS: PESQUISA DE BASE POPULACIONAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS, SP”, sob responsabilidade de Marcelo Antunes de Oliveira, com finalidade de dissertação de mestrado, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III – DATA DA REUNIÃO

Homologado na VI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 28 de junho de 2011.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP



UNICAMP

**Inquérito de Saúde do
Município de Campinas**

ISACAMP 2008



Relação dos moradores do domicílio sorteado

Bloco A

A 01. Número do domicílio: |_|_|_|_|_|_|

A02. Setor: |_|_|_|_|_|

A 03. Endereço:

A 04. Telefone do domicílio:

Observação: Obter e-mail e celular para contato posterior com a(s) pessoa(s) sorteada(s).

visita	data	hora	nome do entrevistador	observações	resultado da visita	
1ª	/					1. arrolamento realizado. Tem domínio
2ª	/					2. arrolamento realizado. Não tem domínio
3ª	/					3. número inexistente
4ª	/					4. domicílio fechado/vago
						5. não conseguiu localizar um morador
						6. morador recusou fazer o arrolamento
						7. outro: _____

A 05. N°. de visitas realizadas para obter ou tentar obter o arrolamento : |_|

A 06. Resultado da visita: |_|

A 07. Código do entrevistador: |_|_|

A 08. Data da realização do arrolamento (ou recusa/desistência): |_|_|/|_|_| (dia e mês)

Observações:

	conferido	digitado
nome		

A 09. Tipo de domicílio: 1. particular 2. coletivo

A 10. Número de famílias no domicílio: |__|

A 11. Quadro de moradores no domicílio:

	Nº	Nome	Relação com o responsável pela família	Sexo (F, M)	Idade (anos)	Sorteio (X)	nº de ordem dos sorteados	Trabalha (S, N)
A 11a	1		Responsável 1					
A 11b	2							
A 11c	3							
A 11d	4							
A 11e	5							
A 11f	6							
A 11g	7							
A 11h	8							
A 11i	9							
A 11j	10							
A 11k	11							
A 11l	12							
A 11m	13							
A 11n	14							
A 11o	15							

Relação com o responsável pela família:

2. cônjuge
3. filho ou enteado
4. outro parente
5. agregado
6. pensionista
7. empregado doméstico
9. outro

Observação: Quando houver mais de uma família no domicílio, comece arrolando no mesmo quadro com **Responsável 2**.



UNICAMP

**Inquérito de Saúde do
Município de Campinas**

ISACAMP 2008



Centro Colaborador em Análise
de Situação de Saúde

FOLHA DE CONTROLE

Bloco B

B 01. Número do questionário: |_|_|_|_|_|_|_|_|

B 02. Setor: |_|_|_|_|_|

End.:		Nº:	Compl.:
Tel.:	Cel.:	e-mail:	
Nome do selecionado:			

B 03. Número do domicílio: |_|_|_|_|_|_|

B 04. Número da Família: |_|_|

B 05. Número de ordem do entrevistado: |_|_|/|_|_|

B 06. Data de nascimento: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

B 07. Sexo: 1. masculino 2. feminino

visita	data	hora	nome do entrevistador	observações	resultado da visita
1ª	/				
2ª	/				
3ª	/				
4ª	/				

1. Realizada 2. Adiada 3. Morador ausente 4. Recusa total 5. Recusa parcial 6. Outro: _____

B 08. Nº. de visitas realizadas: |_|_|

B 09. Resultado final das visitas: |_|_|

B 10. Horário da entrevista: Início: |_|_|:|_|_| Término: |_|_|:|_|_|

B 11. Duração da entrevista: |_|_|_| minutos

B 12. Código do entrevistador: |_|_|_|

B 13. Data da realização da entrevista: |_|_|/|_|_| (dia e mês)

B 14. Quem respondeu o questionário: 1. o próprio 2. outro

Observações:

	conferido	codificado	digitado
nome			
data			

MORBIDADE BLOCO C

C 01. Você teve algum problema de saúde nas últimas 2 semanas?

1. sim 2. não → **passa para C 07**

9. NS/NR

C 02. Qual foi o principal problema de saúde que você teve nas últimas 2 semanas?

 | | | | |

C 03. Nas últimas 2 semanas, você deixou de realizar alguma de suas atividades habituais (afazeres domésticos, trabalhar, ir à escola etc.) por problema de saúde?

1. sim → **C 04.** Quantos dias? | | | dias

2. não → **passa para C 07**

9. NS/NR

C 05. Nas últimas 2 semanas você esteve acamado?

1. sim → **C 06.** Quantos dias? | | | dias

2. não 9. NS/NR

Algum médico ou outro profissional de saúde já disse que você tem alguma das seguintes doenças? (Se sim) Esta doença limita ou não limita as suas atividades do dia-a-dia?

	a. Diagnóstico			b. Limita		
	Sim	Não	NS	Sim	Não	NS
C 07. Hipertensão (pressão alta) → se sim, preencha o bloco C1	1	2	9	1	2	9
C 08. Diabetes → se sim, preencha o bloco C2	1	2	9	1	2	9
C 09. Doença do coração:	1	2	9	1	2	9
C 10. Tumor / câncer:	1	2	9	1	2	9
C 11. Reumatismo / artrite / artrose	1	2	9	1	2	9
C 12. Osteoporose	1	2	9	1	2	9
C 13. Asma / bronquite / enfisema	1	2	9	1	2	9
C 14. Tendinite / LER / DORT	1	2	9	1	2	9
C 15. Problemas de circulação (varizes, AVC):	1	2	9	1	2	9
C 16. Outro:	1	2	9	1	2	9

Você tem algum dos seguintes problemas de saúde e/ou deficiência? (Se sim) Este problema limita ou não limita as suas atividades do dia-a-dia?

	a. Problema		b. Limita	
	Sim	Não	Sim	Não
C 17. Dor de cabeça freqüente / enxaqueca	1	2	1	2
C 18. Dor nas costas / problema na coluna	1	2	1	2
C 19. Alergia:	1	2	1	2
C 20. Problema emocional (ansiedade / tristeza) → se sim, preencha o bloco C3	1	2	1	2
C 21. Tontura / vertigem	1	2	1	2
C 22. Insônia	1	2	1	2
C 23. Problema urinário:	1	2	1	2
C 24. Defic. física: c. tipo: 1.paralisia_____ 2.perda_____	1	2	1	2
C 25. Defic. auditiva c. tipo: 1.deficiência 2.surdez um 3.surdez dois ouvidos	1	2	1	2
C 26. Deficiência visual c. tipo: 1.deficiência 2.cegoira um 3. cegueira dois olhos	1	2	1	2
C 27. Outros:	1	2	1	2

VOCÊ UTILIZA ALGUM DESSES APARELHOS?

	Sim	Não	NS/NR
C28. Óculos e/ou lentes de contato	1	2	9
C29. Aparelho auditivo	1	2	9
C30. Prótese dentária (dentadura)	1	2	9
C31. Bengala, muleta ou andador (só perguntar se houver dúvida)	1	2	9
C32. Cadeira de rodas (só perguntar se houver dúvida)	1	2	9

HIPERTENSÃO

bloco C1

C1 01. Há quanto tempo foi feito o diagnóstico de hipertensão/pressão alta?

|_|_| anos

99. NS/NR

C1 02. O que você faz para “controlar” a hipertensão? (+1)

1. dieta sem sal
2. regime para perder/manter peso
3. atividade física
4. toma medicação de rotina
5. toma medicação quando tem “problema” com a pressão
6. não faz nada
7. outro: _____
9. NS/NR

C1 03. Você visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão?

1. não
2. não, só quando tem problema
3. sim → **passa para C1 05**
9. NS/NR

C1 04. Por que você não visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão? (+1)

1. dificuldades financeiras
2. dificuldades de acesso ao serviço
3. não acha necessário
4. não tem tempo
5. não sabe quem procurar/onde ir
6. outros: _____
9. NS/NR

C1 05. Quando foi a última vez que você foi ao médico/serviço de saúde por causa da hipertensão?

1. no último mês
2. de 1 mês a 6 meses
3. mais de 6 meses a 1 ano
4. mais de 1 ano a 5 anos
5. mais de 5 anos
9. NS/NR

C1 06. Você participa ou já participou no serviço de saúde de algum grupo sobre controle de hipertensão/pressão arterial?

1. não
2. sim
9. NS/NR

C1 07. Você tem recebido orientações do serviço de saúde ou de seu médico de como cuidar da hipertensão?

1. não
2. sim
9. NS/NR

C1 08. Na sua opinião, o que deve ser feito para “controlar” a hipertensão? (+1)

1. dieta sem sal
2. regime para perder/ manter peso
3. atividade física
4. tomar medicação de rotina
5. tomar medicação quando tem “problema” com a pressão
6. não fazer nada
7. outro: _____
9. NS/NR

Se o entrevistado referiu:

diabetes → **bloco C2**

problema emocional → **bloco C3**

demais → **bloco D**

DIABETES

bloco C2

C2 01. Há quanto tempo foi feito o diagnóstico de diabetes?

|_|_| anos

99. NS/NR

C2 02. O que você faz para “controlar” o diabetes? +1

01. dieta alimentar

02. regime para perder/manter peso

03. atividade física

04. toma insulina de rotina

05. toma insulina quando tem problema

06. toma medicamento oral de rotina

07. toma medicamento oral quando tem problema

08. não faz nada

09. outro: _____

99. NS/NR

C2 03. Você visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes?

1. não

2. não, só quando tem problema

3. sim → **passa para C2 05**

9. NS/NR

C2 04. Por que você não visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes? +1

1. dificuldades financeiras

2. dificuldades de acesso ao serviço de saúde

3. não acha necessário

4. não tem tempo

5. não sabe quem procurar/onde ir

6. outro: _____

9. NS/NR

C2 05. Quando foi a última vez que você foi ao médico/serviço de saúde por causa do diabetes?

1. no último mês

2. de 1 mês a 6 meses

3. mais de 6 meses a 1 ano

4. mais de 1 ano a 5 anos

5. mais de 5 anos

9. NS/NR

C2 06. Você participa ou já participou de algum grupo de diabetes?

1. não

2. sim

9. NS/NR

C2 07. Algum médico já lhe disse que você tem alguma “complicação” por causa do diabetes? Qual? +1

1. não

2. sim, problema de vista

3. sim, problema nos rins

4. sim, problema circulatório

5. outra: _____

9. NS/NR

C2 08. Você tem recebido orientações do serviço de saúde ou de seu médico de como cuidar do diabetes?

1. não

2. sim

9. NS/NR

C2 09. Na sua opinião, o que deve ser feito para “controlar” o diabetes? +1

01. dieta alimentar

02. regime para perder/ manter peso

03. atividade física

04. tomar insulina de rotina

05. tomar insulina quando tiver problema

06. tomar medicamento oral de rotina

07. tomar medicamento oral quando tiver problema

08. não fazer nada

09. outro: _____

99. NS/NR

problema emocional → **bloco C3**

demais → **bloco D**

PROBLEMA EMOCIONAL

bloco C3

C3 01. Que tipo de problema emocional/saúde mental você tem?

_____ | | | | |

C3 02. Há quanto tempo você tem esse problema?

| | | | anos 99. NS/NR

C3 03. Você procurou atendimento de saúde para este problema nos últimos 12 meses?

1. sim → **passa para C3 05**
2. não
9. NS/NR

C3 04. Por que não procurou?

1. dificuldades financeiras (+1)
2. preconceito/vergonha
3. não achou necessário
4. não tem tempo
5. não sabe quem procurar/ onde ir
6. outro: _____
9. NS/NR

→ **passa para C3 12**

C3 05. Você recebeu atendimento?

1. sim → **passa para C3 07**
2. não
9. NS/NR

C3 06. Por que não foi atendido? (+1)

1. não tinha médico ou o profissional necessário no serviço
2. não tive mais tempo
3. não tinha vaga
4. outro: _____
9. NS/NR

C3 07. Quais os serviços de saúde que você utilizou nos últimos 12 meses para o atendimento desse problema? (+1)

1. unidade básica de saúde
2. CAPS: _____
3. consultório médico
4. pronto socorro/emergência
5. hospital
6. outro: _____
9. NS/NR

C3 08. Que tipo de tratamento você tem feito? (+1)

1. psicoterapia
2. toma medicação de rotina
3. toma medicação quando tem “problema”
4. não faz nada
5. outro: _____
9. NS/NR

C3 09. Você paga diretamente pelo atendimento recebido?

1. sim, integralmente → **passa para C3 11**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

C3 10. Quem cobre os gastos deste atendimento?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual de saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

C3 11. Você está satisfeito com o atendimento recebido?

1. muito insatisfeito
2. insatisfeito
3. regular
4. satisfeito
5. muito satisfeito
9. NS/NR

C3 12. O que você acha que os serviços de saúde poderiam oferecer para auxiliar no tratamento/controle desse tipo de problema? (+1)

1. fornecer psicoterapia
2. fornecer tratamentos alternativos
3. fornecer a medicação necessária
4. facilitar consultas com profissional especializado
5. outro: _____
9. NS/NR

ACIDENTES

Vamos agora falar sobre acidentes que você pode ter sofrido. Podem ser acidentes de trânsito, quedas, queimaduras acontecidas em casa, no trabalho, etc.

D 01. Você sofreu algum tipo de acidente nos últimos 12 meses?

1. não → **passa para D 11**
2. sim → **D 02.** Quantos acidentes? |_|_|
9. NS/NR

D 03. Como aconteceu o principal acidente que você sofreu nos últimos 12 meses?

_____ |_|_|_|

D 04. Quais as principais lesões ou conseqüências físicas/emocionais que esse acidente provocou?

_____ |_|_|_|_|
 _____ |_|_|_|_|
 _____ |_|_|_|_|

D 05. Em que local o acidente ocorreu?

1. no domicílio
2. no trabalho
3. na rua
4. na escola
5. no clube, em praça de esporte, academia
6. outros: _____
9. NS/NR

D 06. Esse acidente limitou as suas atividades habituais?

1. não → **passa para D 10**
2. sim → **D 07.** Durante quantos dias? |_|_|

D 08. Precisou ficar acamado?

1. não
2. sim → **D 09.** Por quantos dias? |_|_|

D 10. Você recebeu assistência médica por causa do acidente?

1. não
2. sim

VIOLÊNCIAS

Vamos agora falar sobre algum tipo de violência ou de agressão que você possa ter sofrido.

D 11. Você foi vítima de algum tipo de violência como assalto, agressão física ou outra forma de violência nos últimos 12 meses?

1. não → **passa para bloco E**
2. sim → **D 12.** Quantos eventos? |_|_|
9. NS/NR

D 13. Como aconteceu a principal violência que você sofreu nos últimos 12 meses?

_____ |_|_|_|_|

D 14. Quais as principais lesões ou conseqüências físicas/emocionais que essa violência provocou?

_____ |_|_|_|_|
 _____ |_|_|_|_|
 _____ |_|_|_|_|

D 15. Em que local a violência ocorreu?

1. no domicílio
2. no trabalho
3. na rua
4. na escola
5. no clube, em praça de esporte, academia
6. outro: _____
9. NS/NR

D 16. Essa violência limitou as suas atividades habituais?

1. não → **passa para D 20**
2. sim → **D 17.** Durante quantos dias? |_|_|

D 18. Precisou ficar acamado?

1. não
2. sim → **D 19.** Por quantos dias? |_|_|

D 20. Você recebeu alguma assistência médica por causa dessa violência?

1. não
2. sim

SAÚDE EMOCIONAL

(Para pessoas com 15 anos ou mais)

Bloco E

Agora vamos falar sobre como você vem se sentindo nos últimos 30 dias, se tem sentido tristeza, nervosismo e outros sentimentos...

Farei uma série de perguntas sobre problemas e dores que podem ter incomodado você nestes 30 dias. Você responderá apenas sim ou não, dando a resposta que mais se aproximar da sua realidade. Caso tenha algum comentário, por favor aguarde e faça-o no final após eu concluir. Volto a lembrar que todos esses dados são confidenciais.

Você teve algum destes problemas, nos últimos 30 dias?	Não	Sim
E 01. Tem dores de cabeça freqüentes?	1	2
E 02. Tem falta de apetite?	1	2
E 03. Dorme mal?	1	2
E 04. Assusta-se com facilidade?	1	2
E 05. Tem tremores nas mãos?	1	2
E 06. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1	2
E 07. Tem má digestão?	1	2
E 08. Tem dificuldade de pensar com clareza?	1	2
E 09. Tem se sentido triste ultimamente?	1	2
E 10. Tem chorado mais do que de costume?	1	2
E 11. Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1	2
E 12. Tem dificuldades para tomar decisões?	1	2
E 13. Tem dificuldades no serviço, seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento? (estudante → escola; dona de casa, aposentado → tarefas diárias)	1	2
E 14. Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?	1	2
E 15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	1	2
E 16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1	2
E 17. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	1	2
E 18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1	2
E 19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	1	2
E 20. Você se cansa com facilidade?	1	2

Algumas vezes as pessoas passam por muitos problemas e sofrimentos e pensam em por fim às suas vidas.

Vou repetir as mesmas perguntas, agora em relação aos últimos 12 meses:

E 21. Alguma vez você já pensou seriamente em por fim sua vida?

1. não → **passe para o próximo bloco**
 2. sim 9. NS/NR

E 24. O pensamento de por fim a sua vida, lhe ocorreu alguma vez nos últimos 12 meses?

1. não → **passe para o próximo bloco**
 2. sim 9. NS/NR

E 22. Alguma vez na vida, você já traçou um plano para cometer suicídio?

1. não 2. sim 9. NS/NR

E 25. Você fez algum plano sobre isso nos últimos 12 meses?

1. não 2. sim 9. NS/NR

E 23. Alguma vez na vida você tentou suicídio?

1. não 2. sim 9. NS/NR

E 26. Nos últimos 12 meses você tentou suicídio?

1. não 2. sim 9. NS/NR

F 01. Em geral, você diria que sua saúde é:

1. excelente 2. muito boa 3. boa 4. ruim 5. muito ruim

PARA TODAS AS PESSOAS COM 18 ANOS OU MAIS

F 02. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral agora?

1. muito melhor 2. um pouco melhor 3. quase a mesma 4. um pouco pior 5. muito pior

F 03. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

	Sim dificulta		Não dificulta de modo algum
	muito	um pouco	
F 03a. Atividades vigorosas que exigem muito esforço, tais como: correr, levantar objetos pesados, esportes árduos.	1	2	3 → passe para F04
F 03b. Atividades moderadas, tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, varrer a casa	1	2	3
F 03c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
F 03d. Subir vários lances de escada	1	2	3 → passe para F03f
F 03e. Subir um lance de escada	1	2	3
F 03f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
F 03g. Andar mais que um quilômetro	1	2	3 → passe para F04
F 03h. Andar vários quarteirões (vários 100 metros)	1	2	3
F 03i. Andar um quarteirão (100 metros)	1	2	3
F 03j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

F 04. Por quanto tempo, durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de **sua saúde física**?

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pequena parte do tempo	Nunca
F 04a. Diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	3	4	5
F 04b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	3	4	5
F 04c. Esteve limitado no tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2	3	4	5
F 04d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, necessitou de um esforço extra)?	1	2	3	4	5

F 05. Por quanto tempo, durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum **problema emocional** (como sentir-se deprimido ou ansioso)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pequena parte do tempo	Nunca
F 05a. Diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	3	4	5
F 05b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	3	4	5
F 05c. Fez seu trabalho ou qualquer das atividades com menos cuidado do que geralmente faz?	1	2	3	4	5

F 06. Durante as últimas 4 semanas, **de que maneira** sua **saúde física** ou **problemas emocionais** interferiram nas suas **atividades sociais** normais, em relação à família, vizinhos amigos ou em grupo?

1. de forma nenhuma 2. ligeiramente 3. moderadamente 4. bastante 5. extremamente

F 07. Quanta dor no corpo você teve durante as **últimas 4 semanas**?

1. nenhuma 2. muito leve 3. leve 4. moderada 5. grave 6. muito grave

F 08. Durante as últimas 4 semanas, **quanto a dor interferiu** com o seu trabalho normal (incluindo o trabalho fora e dentro de casa)?

1. de maneira nenhuma 2. um pouco 3. moderadamente 4. bastante 5. extremamente

F 09. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Por quanto tempo, durante as **últimas 4 semanas**:

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pequena parte do tempo	Nunca
F 09a. Você tem se sentido cheio de vida?	1	2	4	5	6
F 09b. Você tem se sentido muito nervoso?	1	2	4	5	6
F 09c. (Você tem se sentido) tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	4	5	6
F 09d. (Você tem se sentido) calmo ou tranquilo?	1	2	4	5	6
F 09e. (Você tem se sentido) com muita energia?	1	2	4	5	6
F 09f. (Você tem se sentido) desanimado e deprimido?	1	2	4	5	6
F 09g. (Você tem se sentido) esgotado?	1	2	4	5	6
F 09h. (Você tem se sentido) feliz?	1	2	4	5	6
F 09i. (Você tem se sentido) cansado?	1	2	4	5	6

F 10. Durante as últimas 4 semanas, **quanto do seu tempo** a saúde **física** ou seus **problemas emocionais** interferiram com as suas **atividades sociais** (como visitar amigos, parentes etc)?

1. todo o tempo 2. a maior parte do tempo 3. alguma parte do tempo 4. uma pequena parte do tempo 5. nenhuma parte do tempo

F 11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações a o(a) sr(a)?

	Totalmente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Totalmente falso
F 11a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
F 11b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
F 11c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
F 11d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

USO DE SERVIÇOS BLOCO G

G 01. Nas duas últimas semanas, você procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua saúde?

1. sim
2. não → **passa para G 10**
- 9.NS/NR

G 02. Qual foi o motivo principal pelo qual você procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?

- 1.doença: _____
|_|_|_|_|
2. lesão
a.Tipo de lesão: _____
|_|_|_|_|
b. Causa da lesão: _____
|_|_|_|_|
3. problema odontológico
4. outro motivo: _____

G 03. Onde você procurou o primeiro atendimento de saúde para esse problema nas duas últimas semanas?

- 1.unidade básica de saúde: _____
2. consultório
3. ambulatório
4. pronto socorro/emergência: _____
5. hospital: _____
6. atendimento domiciliar: _____
7. outro: _____
9. NS/NR

G 04. Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, você foi atendido (a)?

1. sim
2. não → **passa para G 09**

G 05. Você pagou diretamente pelo atendimento recebido?

1. sim, integralmente → **passa para G 07**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

G 06. Quem cobriu os gastos deste atendimento?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual de saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

G 07. Neste atendimento foi pedido ou realizado:

	Sim	Não	NS/NR
07a. Exame laboratorial	1	2	9
07b. Exame radiológico (tomografia, ultra-som)	1	2	9
07c. Exame gráfico (eletro-cardiograma, eletroencefalograma)	1	2	9
07d. Encaminhamento para outro serviço ou especialista	1	2	9
07e. Outro procedimento:	1	2	9

G 08. O que você achou do atendimento recebido?

1. muito bom
2. bom
3. regular
4. ruim
5. muito ruim
9. NS/NR

→ **passa para G 10**

G 09. Por que você não foi atendido no serviço que procurou?

1. não conseguiu vaga/senha
2. não tinha médico atendendo
3. não tinha o profissional/serviço que precisava
4. o equipamento/serviço não estava funcionando
5. não podia pagar
6. esperou muito e desistiu
7. outro: _____
9. NS/NR

HOSPITALIZAÇÕES E CIRURGIAS

G 10. Você foi internado(a)/hospitalizado(a) nos últimos 12 meses?

1. sim
2. não → **passo para G 15**
9. NS/NR

G 11. Quantas vezes?

____ hospitalizações 99. NS/NR

G 12. Qual foi o principal motivo da última hospitalização?

_____ | | | | |

G 13. Você pagou diretamente por esta hospitalização?

1. sim, integralmente → **passo para G 15**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

G 14. Quem cobriu os gastos com essa hospitalização?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual de saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

G 15. Você passou por alguma cirurgia na sua vida?

1. sim
2. não → **passo para G 22**
9. NS/NR

G 16. Por quantas cirurgias você passou na vida (incluindo cesáreas, plásticas, etc)?

____ cirurgias 99. NS/NR

G 17. Quais foram as principais cirurgias pelas quais você passou na sua vida ?

_____ | | | | |

G 18. Você passou por alguma cirurgia nos últimos 12 meses ?

1. sim **G 18a.** Quantas? | | | | |
2. não → **passo para G 22**
9. NS/NR

G 19. Qual foi a última cirurgia pela qual você passou nos últimos 12 meses?

_____ | | | | |

G 20. Você pagou diretamente por essa cirurgia?

1. sim, integralmente → **passo para G 22**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

G 21. Quem cobriu os gastos dessa cirurgia?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual de saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

CONSULTAS ODONTOLÓGICAS

G 22. Você consultou o dentista nos últimos 12 meses?

1. sim
2. não → **passo para G 26**
9. NS/NR

G 23. Qual o motivo da procura? +1

1. problemas dentários
2. problemas com gengivas
3. problemas com próteses
4. exame odontológico periódico ou prevenção
5. visita ortodôntica (aparelho)
6. outro: _____
9. NS/NR

G 24. Você pagou diretamente pelo atendimento recebido?

1. sim, integralmente → **passo para G 27**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

G 25. Quem cobriu os gastos?

1. SUS
 2. convênio empresa: _____
 3. plano individual de saúde: _____
 4. outro: _____
 9. NS/NR
- **passo para G 27**

G 26. Por que você não consultou um dentista nos últimos 12 meses?

1. dificuldade financeira
2. dificuldade de ser atendido
3. não achou necessário
4. não teve tempo
5. outro: _____
9. NR

PLANOS DE SAÚDE

G 27. Você tem direito a algum plano odontológico? Se sim, qual?

1. sim: _____
2. não
- 9.NS/NR

G 28. Você tem direito a algum plano médico de saúde? Se sim, qual?

1. sim: _____
2. não → **passe para G 31**
- 9.NS/NR

G 29. Você já precisou de algum atendimento que o seu plano médico não cobriu?

1. sim
2. não
- 9.NS/NR

G 30. Você está satisfeito com o serviço prestado pelo seu plano médico? Quanto?

1. muito satisfeito
2. satisfeito
3. nem satisfeito, nem insatisfeito
4. insatisfeito
5. muito insatisfeito
9. NS/NR

CONHECIMENTO E USO: SUS/ PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

G 31. Você tem algum conhecimento sobre o que é o SUS, o Sistema Único de Saúde do Brasil?

1. sim
2. não → **passe para G 34**
9. NS/NR

G 32. Você já usou algum serviço do SUS?

1. sim
2. não → **passe para G 34**
9. NS/NR

G 33. Qual foi o último serviço que você utilizou no SUS?

1. consulta
2. hospitalização
3. vacina
4. medicamento
5. outro: _____

G 34. Qual a avaliação que você faz do Serviço Público de Saúde do município de Campinas? Você o considera:

1. ótimo/muito bom
2. bom
3. regular
4. ruim
5. muito ruim
9. NS/NR

G 35. Você sabe (já ouviu falar sobre) o que é o PSF, o Programa de Saúde da Família?

1. sim
2. não → **encerre o bloco**
9. NS/NR

G 36. Você já recebeu alguma visita do agente comunitário de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF)?

1. sim
2. não
9. NS/NR

G 37. Você utiliza o Programa de Saúde da Família (PSF)?

1. sim
2. não
9. NS/NR

G 38. O que você acha do Programa de Saúde da Família (PSF)?

1. ótimo/muito bom
2. bom
3. regular
4. ruim
5. muito ruim
9. NS/NR

G 39. Você concorda com a afirmativa: “O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma iniciativa que ajudará a resolver os problemas de saúde da população”. (L)

1. concordo plenamente
2. concordo parcialmente
3. não concordo e nem discordo
4. discordo parcialmente
5. discordo plenamente
9. NS/NR

PRÁTICAS PREVENTIVAS BLOCO H

Este bloco é aplicado
em mulheres com → 20 anos ou mais
em homens com → 40 anos ou mais

Vamos conversar agora sobre alguns exames de
prevenção para o câncer

PARA TODAS AS MULHERES COM 20 ANOS OU MAIS

H 01. O exame de Papanicolaou é usado nos programas de prevenção de câncer de colo de útero. Quando foi que você fez o último exame de papanicolaou?

1. nunca fez
 2. há menos de 1 ano
 3. de 1 a 1,99 anos
 4. de 2 a 3 anos
 5. mais de 3 anos
 9. NS/NR
- passe para H 03

H 02. Qual o principal motivo para que você nunca tenha feito este exame ou que o tenha feito há mais de 3 anos?

01. não era necessário/sou saudável
02. não conhecia o exame/não sabia de sua finalidade ou importância
03. não fui orientada para fazer o exame/o médico não pediu
04. tive dificuldade para marcar consulta
05. problemas com a distância/transporte/dificuldades financeiras
06. é muito embaraçoso/desconfortável/vergonhoso
07. nunca tive relações sexuais
08. nunca fui ao ginecologista
09. não precisei ir ao ginecologista nos últimos 3 anos
10. outro motivo: _____
99. NS/NR

→ Quem nunca fez passe para H08

H 03. Qual o principal motivo que levou você a procurar o serviço de saúde/ginecologista e fazer esse último exame da Papanicolaou?

1. como exame de rotina, sem queixas ou sintomas
2. para checar/examinar algum problema de saúde
3. fui incentivada por campanha de saúde/matéria veiculada na mídia
4. por orientação de algum outro profissional de saúde
5. outro motivo: _____
9. NS/NR

H 04. O resultado deste exame foi:

1. normal
2. anormal/com alteração
3. não sabe
9. NR

H 05. Em que serviço de saúde fez o exame?

1. unidade básica de saúde: _____
2. consultório
3. ambulatório: _____
4. hospital _____
5. outro: _____
9. NS/NR

H 06. Você pagou diretamente pelo serviço?

1. sim, integralmente → passe para H 08
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

H 07. Quem cobriu os gastos deste exame?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual da saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

H 08. O exame clínico das mamas é um exame feito por médico ou enfermeira para detectar a presença de nódulos/caroços nos seios. Quando você fez o último exame clínico das mamas?

1. nunca fez → passe para H 12
2. há menos de 1 ano
3. de 1 a 1,99 anos
4. de 2 a 3 anos
5. mais de 3 anos
9. NS/NR

H 09. Em que serviço de saúde fez o exame?

1. unidade básica de saúde: _____
2. consultório
3. ambulatório: _____
4. hospital _____
5. outro: _____
9. NS/NR

H 10. Você pagou diretamente pelo atendimento recebido?

1. sim, integralmente → passe para H 12
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

H 11. Quem cobriu os gastos deste exame?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual da saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

H 12. Você faz palpação de seus seios procurando nódulos/caroços? Com que frequência?

1. não faz
2. faz mensalmente
3. faz de forma esporádica
9. NR

H 13. Você recebeu orientação de algum médico ou profissional de saúde sobre a necessidade de palpação das mamas?

1. não 2. sim 9. NS/NR

H 14. Quem ensinou você a fazer o auto exame das mamas?

1. ninguém
2. médico
3. enfermeira
4. outro: _____
9. NS/NR

→ Mulheres com menos de 40 anos encerre o bloco

PARA TODAS AS MULHERES COM 40 ANOS OU MAIS

H 15. A mamografia é um raio X dos seios, que é utilizada nos programas de prevenção de câncer de mama. Quando foi a última vez que você fez este exame?

1. nunca fez
2. há menos de 1 ano
3. de 1 a 1,99 anos
4. de 2 a 3 anos
5. mais de 3 anos
9. NS/NR
- } → passe para H 17

H 16. Qual o principal motivo para que você nunca tenha feito a mamografia ou para não ter realizado nos últimos 2 anos?

1. não era necessário/ sou saudável
2. não conhecia o exame/ não sabia de sua finalidade ou importância
3. tive dificuldade para marcar consulta
4. o convênio médico não cobre esse exame
5. é desconfortável
6. nenhum médico indicou/pediu a realização
7. outro: _____
9. NS/NR

→ Quem nunca fez, encerre o bloco

H 17. Qual o principal motivo que levou você a procurar o ginecologista e fazer o último exame de mamografia?

1. como exame de rotina, sem queixas ou sintomas
2. para checar/examinar algum problema de saúde nas mamas
3. fui incentivada por campanha de saúde/matéria veiculada na mídia
4. por orientação de algum outro profissional de saúde
5. outro motivo: _____
9. NS/NR

H 18. O resultado desse exame foi:

1. normal
2. anormal
3. não sabe
9. NR

H 19. Em que serviço de saúde o exame foi solicitado?

1. unidade básica de saúde: _____
2. consultório
3. ambulatório: _____
4. hospital _____
5. outro: _____
9. NS/NR

H 20. Você pagou diretamente pela mamografia?

1. sim, integralmente → encerre o bloco
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

H 21. Quem cobriu os gastos desse exame?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual da saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

PARA TODOS OS HOMENS COM 40 ANOS OU MAIS

Existem alguns exames que são utilizados nos programas de prevenção de câncer de próstata, como PSA (exame de sangue) e toque retal.

H 22. Quando você fez o último PSA?

1. nunca fiz esse exame
2. há menos de 1 ano → passe para H 24
3. de 1 a 1,99 anos
4. de 2 a 3 anos
5. mais de 3 anos
9. NS/NR

H 23. Qual o principal motivo para você nunca ter feito um exame de PSA ou para que não o tenha feito no último ano?

1. não era necessário/ sou saudável
2. não conhecia o exame/ não sabia de sua finalidade ou importância
3. teve dificuldade para marcar consulta
4. problemas com a distância/ transporte/ dificuldades financeiras
5. o convênio médico não cobre este exame
6. nenhum médico indicou/pediu a realização
7. outro: _____
9. NS/NR

→ Quem nunca fez passe para H29

H 24. Qual o principal motivo que levou você a fazer esse último exame de PSA?

1. como exame de rotina, sem queixas ou sintomas
2. para checar/examinar algum problema de saúde
3. fui incentivado por campanha de saúde/matéria veiculada na mídia
4. por orientação de profissional de saúde
5. outro: _____
9. NS/NR

H 25. O resultado desse exame foi:

1. normal
2. anormal
3. não sabe
9. NR

H 26. Em que serviço de saúde fez o exame?

1. unidade básica de saúde: _____
2. consultório
3. ambulatório: _____
4. hospital _____
5. outro: _____
9. NS/NR

H 27. Você pagou diretamente pelo exame?

1. sim, integralmente → **passe para H 29**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

H 28. Quem cobriu os gastos desse exame?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual da saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

H 29. Um outro exame utilizado para prevenção do câncer de próstata é o toque retal. Quando foi a última vez que fez esse exame?

1. nunca fiz esse exame
2. há menos de 1 ano → **passe para H 31**
3. de 1 a 1,99 anos
4. de 2 a 3 anos
5. mais de 3 anos
9. NS/NR

H 30. Qual o principal motivo para você nunca ter feito um exame de toque retal ou para que não o tenha feito no último ano?

1. não era necessário/ sou saudável
2. não conhecia o exame/ não sabia de sua finalidade ou importância
3. tive dificuldade para marcar consulta
4. problemas com a distância/ transporte/ dificuldades financeiras
5. o convênio médico não cobre este exame
6. é um exame desconfortável/embaraçoso
7. nenhum médico indicou a realização
8. outro: _____
9. NS/NR

→ **Quem nunca fez encerre o bloco**

H 31. Qual o principal motivo que levou você a fazer o último exame de toque retal?

1. como exame de rotina, sem queixas ou sintomas
2. para checar/examinar algum problema de saúde
3. fui incentivado por campanha de saúde/matéria veiculada na mídia
4. por orientação de algum profissional de saúde
5. outro: _____
9. NS/NR

H 32. O resultado deste exame foi:

1. normal
2. anormal
3. não sabe
9. NR

H 33. Em que serviço de saúde fez o exame?

1. unidade básica de saúde: _____
2. consultório
3. ambulatório: _____
4. hospital _____
5. outro: _____
9. NS/NR

H 34. Você pagou diretamente pelo atendimento recebido?

1. sim, integralmente → **encerre o bloco**
2. sim, parcialmente
3. não
9. NS/NR

H 35. Quem cobriu os gastos desse exame?

1. SUS
2. convênio empresa: _____
3. plano individual da saúde: _____
4. outro: _____
9. NS/NR

IMUNIZAÇÃO

BLOCO I

Este bloco é aplicado em pessoas com:
Todos → 10 a 19 anos
Todos → 60 anos ou mais
Mulheres → 10- 49 anos

Vamos conversar agora sobre algumas vacinas que você pode ter tomado. Se você tiver o seu cartão de vacinas, seria bom que pudesse pegá-lo.

PARA TODAS AS PESSOAS DE 10 A 19 ANOS

I 01. Você tomou alguma vez vacina contra hepatite B?

1. não
2. sim → **passar para I 03**
9. NS → **passar para I 07**

I 02. Por que não tomou vacina contra hepatite B?

1. não acho necessário
 2. pode causar reação
 3. não recebi orientação
 4. dificuldade em conseguir a vacina
 5. outro: _____
 9. NS/NR
- **passar para I 07**

I 03. Quantas doses você tomou?

1. três doses → **passar para I 05**
2. menos de três doses
9. NS/NR

I 04. Por que não completou o esquema de três doses?

1. não achei necessário
2. esqueci de retornar
3. por causa da reação da dose anterior
4. não fui orientado/não sabia sobre a necessidade de 3 doses
5. outro: _____
9. NS/NR

I 05. O serviço onde você foi vacinado(a) era público ou privado?

1. público → **passar para I 07**
2. privado
9. NS/NR

I 06. Por que utilizou serviço privado?

1. falta de vacina no posto de saúde
2. prefiro serviço particular
3. tem horário de atendimento mais flexível
4. outro: _____
9. NS/NR

I 07. Você foi orientado(a) por algum profissional de saúde sobre a importância de tomar a vacina contra hepatite B?

1. não
2. sim
9. não me lembro/NS

(para o entrevistador marcar a resposta)

I 08. A informação foi obtida do cartão de vacina?

1. não
2. sim

→ **se homem adolescente encerre o bloco**

PARA TODAS AS MULHERES DE 10 A 49 ANOS

I 09. Você tomou vacina contra rubéola em algum momento da sua vida?

1. não
2. sim → **passar para I 11**
9. NS → **passar para I 13**

I 10. Por que não tomou vacina contra rubéola?

1. não acho necessário
 2. pode causar reação
 3. não recebi orientação
 4. dificuldade de conseguir a vacina
 5. outro: _____
 9. NS/NR
- **passar para I 13**

I 11. O serviço onde você foi vacinada era público ou privado?

1. público → **passar para I 13**
2. privado
9. NS/NR

I 12. Por que utilizou serviço privado?

1. falta de vacina no posto de saúde
2. prefiro serviço particular
3. tem horário de atendimento mais flexível
4. outro: _____
9. NS/NR

I 13. Você foi orientada por algum profissional de saúde sobre a importância de tomar a vacina contra rubéola?

1. não
2. sim
3. não lembro/NS

(para o entrevistador marcar a resposta)

I 14. A informação foi obtida do cartão de vacina?

1. não
2. sim

PARA TODAS AS PESSOAS COM 60 ANOS OU MAIS

I 15. Você recebeu vacina contra gripe nos últimos 12 meses?

1. não
2. sim → **passa para I 17**
9. NS → **passa para I 19**

I 16. Por que não tomou vacina contra gripe?

1. não acho necessário
 2. pode causar reação
 3. não recebi orientação
 4. dificuldade de acesso ao serviço de saúde
 5. outro: _____
 9. NS/NR
- **passa para I 19**

I 17. O serviço onde você foi vacinado(a) era público ou privado?

1. público → **passa para I 19**
2. privado
9. NS/NR

I 18. Por que utilizou serviço privado?

1. falta de vacina no posto de saúde
2. prefiro serviço particular
3. tem horário de atendimento mais flexível
4. outro: _____
9. NS/NR

I 19. Você foi orientado(a) por algum profissional de saúde sobre a importância de tomar a vacina contra gripe/influenza?

1. não
2. sim
9. não lembro/NS

I 20. Você recebeu vacina contra pneumonia nos últimos 5 anos?

1. não
2. sim → **passa para I 22**
9. NS/NR → **passa para I 24**

I 21. Por que não recebeu vacina contra pneumonia?

1. não acho necessário
 2. pode causar reação
 3. não recebi orientação
 4. dificuldade de conseguir a vacina
 5. outro: _____
 9. NS/NR
- **passa para I 24**

I 22. O serviço onde você foi vacinado(a) era público ou privado?

1. público → **passa para I 24**
2. privado
9. NS/NR

I 23. Por que utilizou serviço privado?

1. falta de vacina no posto de saúde
2. prefiro serviço particular
3. tem horário de atendimento mais flexível
4. outro: _____
9. NS/NR

I 24. Você foi orientado(a) por algum profissional de saúde sobre a importância de tomar a vacina contra pneumonia?

1. não
2. sim
9. não lembro/NS

I 25. Quando foi a última vez que você tomou vacina contra o tétano?

1. há menos de 5 anos
2. entre 5 e 10 anos
3. há mais de 10 anos
4. nunca tomei essa vacina
9. NS/não lembro

I 26. Você foi orientado(a) por algum profissional de saúde sobre a importância de tomar a vacina contra o tétano?

1. não
2. sim
9. não lembro/NS

(para o entrevistador marcar a resposta)

I 27. A informação foi obtida do cartão de vacina?

	sim	não
a. para gripe	1	2
b. para pneumonia	1	2
c. para tétano	1	2

J 05c. Você pagou pelo remédio?

1. não
2. sim, parcialmente
3. sim, integralmente → **passa para J06 ou J09**
9. NS/NR

J 05d. Quem cobriu os gastos?

1. SUS – centro de saúde
2. SUS – outro local: _____
3. programa farmácia popular
4. convênio empresa: _____
5. plano individual de saúde: _____
6. já tinha o medicamento
7. outro: _____
9. NS/NR

MEDICAMENTO 4

J 06. Nome do medicamento:

|_|_|_|_|_|_|_| 9. NS/NR

J 06a. Qual foi o principal problema de saúde que o levou a tomar esse medicamento?

|_|_|_|_| 8. NS 9. NR

J 06b. Para este problema de saúde, quem indicou esse medicamento para você?

1. médico ou dentista
2. farmacêutico/ balconista de farmácia
3. por conta própria
4. parente, amigo ou vizinho
5. outro: _____
9. NS/NR

J 06c. Você pagou pelo remédio?

1. não
2. sim, parcialmente
3. sim, integralmente → **passa para J 07 ou J 09**
9. NS/NR

J 06d. Quem cobriu os gastos?

1. SUS – centro de saúde
2. SUS – outro local: _____
3. programa farmácia popular
4. convênio empresa: _____
5. plano individual de saúde: _____
6. já tinha o medicamento
7. outro: _____
9. NS/NR

MEDICAMENTO 5

J 07. Nome do medicamento:

|_|_|_|_|_|_|_| 9. NS/NR

J 07a. Qual foi o principal problema de saúde que o levou a tomar esse medicamento?

|_|_|_|_| 8. NS 9. NR

J 07b. Para este problema de saúde, quem indicou esse medicamento para você?

1. médico ou dentista
2. farmacêutico/ balconista de farmácia
3. por conta própria
4. parente, amigo ou vizinho
5. outro: _____
9. NS/NR

J 07c. Você pagou pelo remédio?

1. não
2. sim, parcialmente
3. sim, integralmente → **passa para J 08 ou J 09**
9. NS/NR

J 07d. Quem cobriu os gastos?

1. SUS – centro de saúde
2. SUS – outro local: _____
3. programa farmácia popular
4. convênio empresa: _____
5. plano individual de saúde: _____
6. já tinha o medicamento
7. outro: _____
9. NS/NR

MEDICAMENTO 6

J 08. Nome do medicamento:

|_|_|_|_|_|_|_| 9. NS/NR

J 08a. Qual foi o principal problema de saúde que o levou a tomar esse medicamento?

|_|_|_|_| 8. NS 9. NR

J 08b. Para este problema de saúde, quem indicou esse medicamento para você?

1. médico ou dentista
2. farmacêutico/ balconista de farmácia
3. por conta própria
4. parente, amigo ou vizinho
5. outro: _____
9. NS/NR

J 08c. Você pagou pelo remédio?

- 1. não
- 2. sim, parcialmente
- 3. sim, integralmente → passe para J 09 ou J 09
- 9. NS/NR

J 08d. Quem cobriu os gastos?

- 1. SUS – centro de saúde
- 2. SUS – outro local: _____
- 3. programa farmácia popular
- 4. convênio empresa: _____
- 5. plano individual de saúde: _____
- 6. já tinha o medicamento
- 7. outro: _____
- 9. NS/NR

J 09. Quando você precisa utilizar medicamento, você utiliza medicamentos genéricos?

- 1. sim
- 2. não
- 9. NS/NR

J 10. Em sua opinião, existem vantagens em utilizar medicamentos genéricos? Quais? (+1)

- 1. não existem vantagens
- 2. sim, porque são mais baratos
- 3. sim, porque o número de opções aumenta
- 4. sim, porque é mais fácil de encontrar
- 5. outros, especif.: _____
- 9. NS/NR

J 11. Em sua opinião, existem desvantagens em utilizar medicamentos genéricos? Quais? (+1)

- 1. não existem desvantagens
- 2. sim, porque são difíceis de encontrar
- 3. sim, porque não são bons como os de marca
- 4. outros, especif.: _____

9. NS/NR

J 12. Você conhece o Programa Farmácia Popular?

- 1. não → passe para J 16
- 2. sim
- 9. NS/NR

J 13. Qual Programa da Farmácia Popular você conhece?

- 1. Programa Farmácia Popular nas drogaria e farmácias privadas
- 2. Farmácia Popular do Brasil do Governo Federal
- 3. não sabia que havia mais de um
- 9. NS/NR

J 14 . Você utiliza os medicamentos desse Programa?

- 1. não
- 2. sim
- 9. NS/NR

J 15. O que você acha dos medicamentos do Programa Farmácia Popular? (+1)

- 1. não existem vantagens
- 2. não são bons como os de marca
- 3. são mais baratos
- 4. número de opções aumenta
- 5. outros, especif.: _____
- 9. NS/NR

J 16. Teve algum medicamento que você deveria ter utilizado por indicação médica em algum dos últimos 15 dias e que você não utilizou porque não pode comprar/obter?

- 1. sim → J 17 . Quantos? | _ |
- 2. não → encerre o bloco
- 9. NS/NR

J 18. Quais foram os medicamentos e por que não obteve?

	Nome do medicamento	Código	Motivo
1		_ _ _ _ _ _ _	
2		_ _ _ _ _ _ _	
3		_ _ _ _ _ _ _	
4		_ _ _ _ _ _ _	

Código do motivo: 1. não tinha no sistema público, 2. não tinha recurso , 3. o plano não cobria, 4. não encontrei nas farmácias, 5. outro, especificar 9. NS/NR

ATIVIDADE FÍSICA

As questões que se seguem estão relacionadas ao tempo que você utiliza fazendo atividade física em uma semana NORMAL, USUAL ou HABITUAL. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim.

Para responder as questões, lembre-se que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

K 01a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

1. não → passe para seção 2
2. sim
9. NS/NR

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você faz em uma semana USUAL ou NORMAL como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**:

K 01b. Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**:

dias/SEMANA
 nenhum → passe para K 01d

K 01c. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho**?

horas minutos

K 01d. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**?

dias/SEMANA
 nenhum → passe para K 01f

K 01e. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho**?

horas minutos

K 01f. Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, **como parte do seu trabalho**? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

dias/SEMANA
 nenhum → passe para seção 2

K 01g. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho**?

horas minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

K 02a. Em quantos dias de uma semana normal você anda de carro, ônibus, metrô ou trem?

dias/SEMANA
 nenhum → passe para K 02c

K 02b. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA andando de carro, ônibus, metrô ou trem**?

horas minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

K 02c. Em quantos dias de uma semana normal você anda de bicicleta por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? **NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício.

dias/SEMANA
 nenhum → passe para K 02e

K 02d. Nos dias que você pedala, quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

horas minutos

K 02e. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? **NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício.

dias/SEMANA
 nenhum → passe para seção 3

K 02f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? **NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício.

__|__| horas __|__| minutos

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA

Esta parte inclui as atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL** na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente, pense **somente** naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

K 03a. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão?

__|__ dias/SEMANA
__|__ nenhum → passe para K 03c

K 03b. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

__|__| horas __|__| minutos

K 03c. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **o jardim ou quintal**?

__|__ dias/SEMANA
__|__ nenhum → passe para K 03e

K 03d. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?

__|__| horas __|__| minutos

K 03e. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**?

__|__ dias/SEMANA
__|__ nenhum → passe para seção 4

K 03f. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

__|__| horas __|__| minutos

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Esta seção se refere às atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente, pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

K 04a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias de uma semana normal, você caminha **por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre**?

__|__ dias/SEMANA
__|__ nenhum → passe para K 04c

K 04b. Nos dias em que você caminha **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

__|__| horas __|__| minutos

K 04c. Em quantos dias de uma semana normal, você faz atividades **vigorosas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer exercícios aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer jogging:

__|__ dias/SEMANA
__|__ nenhum → passe para K 04e

K 04d. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

__|__| horas __|__| minutos

K 04e. Em quantos dias de uma semana normal, você faz atividades **moderadas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis:

__|__ dias/SEMANA
__|__ nenhum → passe para seção 5

K 04f. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

__|__| horas __|__| minutos

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

K 05a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

__|__| horas __|__| minutos

K 05b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

__|__| horas __|__| minutos

K 06. Quanto tempo, em média, você passa nessas atividades em dia de semana e em dia de final de semana?

	Dia de semana	NS/NR	Final de semana	NS/NR
K 06a. Dormindo	___ _ h ___ _ min	99	___ _ h ___ _ min	99
K 06b. Assistindo TV	___ _ h ___ _ min	99	___ _ h ___ _ min	99
K 06c. Trabalhando	___ _ h ___ _ min	99	___ _ h ___ _ min	99
K 06d. Estudando	___ _ h ___ _ min	99	___ _ h ___ _ min	99
K 06e. No transporte	___ _ h ___ _ min	99	___ _ h ___ _ min	99
K 06f. Fazendo serviço em casa	___ _ h ___ _ min	99	___ _ h ___ _ min	99
K 06g. Em lazer	___ _ h ___ _ min	99	___ _ h ___ _ min	99
K 06h. No computador	___ _ h ___ _ min	99	___ _ h ___ _ min	99

Se referiu usar computador

K 07. Você utiliza o computador para: (+1)

1. trabalho
2. estudo
3. jogos/música
4. relacionamento
5. outro: _____

K 08. Você pratica regularmente, pelo menos uma vez por semana algum tipo de exercício físico ou esporte?

1. não → **passa para K 10**
2. sim
9. NS/NR

K 09. Qual(is)? Em quantos dias da semana? E durante quantos minutos por dia?

	Tipo de exercício	a. nº de dias	b. Duração
K 09a.	Caminhada (não vale deslocamento para o trabalho)		___ _ h ___ _ min
K 09b.	Corrida/corrida em esteira		___ _ h ___ _ min
K 09c.	Musculação		___ _ h ___ _ min
K 09d.	Hidroginástica		___ _ h ___ _ min
K 09e.	Ginástica em geral		___ _ h ___ _ min
K 09f.	Natação		___ _ h ___ _ min
K 09g.	Artes marciais e lutas		___ _ h ___ _ min
K 09h.	Bicicleta/bicicleta ergométrica		___ _ h ___ _ min
K 09i.	Futebol		___ _ h ___ _ min
K 09j.	Basquetebol		___ _ h ___ _ min
K 09l.	Voleibol		___ _ h ___ _ min
K 09m.	Tênis		___ _ h ___ _ min
K 09n.	Dança		___ _ h ___ _ min
K 09o.	Outros:		___ _ h ___ _ min

→ **passa para K 11**

K 10. Por que não faz? (+1)

1. não tenho tempo
2. não gosto
3. sinto-me muito cansado
4. não tenho condições financeiras para pagar
5. não tem espaço/ambiente adequado para praticar
6. outro: _____
9. NS/NR

K 11. O que você acha que o município poderia oferecer para incentivar a prática de exercício físico ou esportes? (+1)

1. construção de novas áreas desportivas/lazer
2. melhoria de áreas desportivas/lazer existentes
3. oferecer atividades em escolas, serviços de saúde, praças esportivas e outros locais
4. contratar profissionais capacitados para ensinar/acompanhar as práticas de exercício ou esporte
5. cuidar da segurança e iluminação dos locais de atividades físicas
6. outros: _____
9. NS/NR

CONSUMO DE BEBIDAS

K 12. Qual é a bebida de sua preferência? _____

Se referir bebida alcoólica → **passe para K 15**

9. NS/NR

K 13. Qual é a bebida alcoólica de sua preferência? _____

Se referir bebida alcoólica → **passe para K 15**

2. Não bebe álcool

9. NS/NR

K 14. Há quanto tempo você não ingere bebida alcoólica?

1. nunca bebeu

2. não bebe há mais de um ano

3. parou de beber há menos de um ano

9. NS/NR

PARA PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS

Agora, iremos perguntar sobre o consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses.

Entrevistador: lembre-se que 1 dose corresponde a 1 taça de vinho ou 1 dose de destilado (uísque, vodca, cachaça) ou 1 lata de cerveja.

K 15. Com que frequência você consome (consumia) bebidas alcoólicas?

	Uma vez por mês	2-4 vezes por seman a	2-3 vezes por seman a	4 ou mais vezes por semana
Nunca	1	2	3	4

K 16. Quantas doses de álcool você consome (consumia) num dia normal?

0 ou 1	2 ou 3	4 ou 5	6 ou 7	8 ou mais
0	1	2	3	4

K 17. Com que frequência você consome (consumia) cinco ou mais doses em uma única ocasião?

	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por seman a	Quase todos os dias
Nunca	1	2	3	4

K 18. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por seman a	Quase todos os dias
Nunca	1	2	3	4

K 19. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?

	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por seman a	Quase todos os dias
Nunca	1	2	3	4

K 20. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por seman a	Quase todos os dias
Nunca	1	2	3	4

K 21. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por seman a	Quase todos os dias
Nunca	1	2	3	4

K 22. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

	Menos que uma vez por mês	Uma vez por mês	Uma vez por seman a	Quase todos os dias
Nunca	1	2	3	4

K 23. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

Não	Sim, mas não no último ano	Sim, durante o último ano
0	2	4

K 24. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

Não	Sim, mas não no último ano	Sim, durante o último ano
0	2	4

K 25. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

1. não → **passe para K 27**

2. sim

9. NS/NR

K 26. Você procurou o serviço de saúde para ajudá-lo a diminuir a quantidade de bebida ou a parar de beber?

1. não

2. sim

9. NS/NR

TABAGISMO

K 27. Você fuma ou já fumou (pelo menos 100 cigarros ou 5 maços) ?

1. não → **passa para K 47**
2. sim 99. NS/NR

K 28. Com que idade começou a fumar regularmente (pelo menos um cigarro/semana)?

____ anos 99. NS/NR

K 29. Você fuma atualmente?

1. não
 2. sim, diariamente
 3. sim, mas não diariamente
- passa para K 34**

K 30. Há quanto tempo você parou de fumar?

____ anos ____ meses 99. NS/NR

K 31. Por que você parou de fumar? (+1)

1. acha que faz mal para saúde
 2. teve problema de saúde: _____
 3. restrição no trabalho/locais públicos
 4. restrição em casa
 5. orientação de médico/profissional de saúde
 6. outro: _____
9. NS/NR

K 32. Contou com algum apoio para deixar de fumar?

1. não → **passa para K34**
 2. sim
9. NS/NR

K 33. Qual o tipo de apoio com que contou? (+1)

1. grupo de apoio em serviço de saúde
 2. parentes ou amigos
 3. acupuntura
 4. tratamento com medicamento, adesivo ou chiclete
 5. outro: _____
9. NS/NR

K 34. Quantos cigarros fuma (fumava) por dia?

____ cigarros *Se ex-fumante* → **passa para K 47**

K 35. Quanto tempo depois de se levantar você fuma o 1º cigarro?

1. primeiros 5 minutos
 2. 6-30 minutos
 3. 31 – 60 minutos
 4. mais de 60 minutos
9. NS/NR

K 36. Tem dificuldade em não fumar nos locais em que é proibido?

1. não
 2. sim
9. NS/NR

K 37. Qual é o cigarro que mais o satisfaz?

1. o 1º da manhã
 2. qualquer um
9. NS/NR

K 38. Fuma mais no começo do dia?

1. não
 2. sim
9. NS/NR

K 39. Fuma mesmo quando está doente?

1. não
 2. sim
9. NS/NR

K 40. Você já tentou parar de fumar?

1. não → **passa para K 46**
2. sim → **K 41.** Quantas vezes? ____ 9. NS/NR

K 42. Por que você tentou parar de fumar? (+1)

1. acha que faz mal para saúde
2. teve problema de saúde: _____
3. restrição no trabalho/locais públicos
4. restrição em casa
5. orientação de médico/profissional de saúde
6. outro: _____ 9. NS/NR

K 43. Contou com algum apoio quando tentou parar de fumar?

1. não → **passa para K45**
2. sim 9. NS/NR

K 44. Qual tipo de apoio? (+1)

1. grupo de apoio em serviço de saúde
2. parentes ou amigos
3. acupuntura
4. tratamento com medicamento, adesivo ou chiclete
5. outro: _____ 9. NS/NR

K 45. O que você acha que fez você voltar a fumar? (+1)

1. irritação, ansiedade e/ou nervoso
2. medo de ganhar peso
3. “fissura” (vontade excessiva)
4. dor de cabeça, insônia e/ou tontura
5. outro: _____ 9. NS/NR

K 46. Em relação à intenção de parar de fumar, você diria que:

1. não está pensando em parar de fumar
2. está pensando em parar algum dia na vida
3. está pensando, mas ainda não tem data definida
4. quer parar nas próximas 4 semanas 9. NS/NR

K 47. O que você acha que os serviços de saúde poderiam oferecer às pessoas que querem deixar de fumar? (+1)

1. tratamento medicamentoso
2. tratamento com adesivo/chicletes
3. tratamento com acupuntura
5. outro: _____ 9. NS/NR

K 48. Na sua casa: (L)

1. não é permitido fumar em nenhum lugar
2. é permitido fumar em alguns lugares ou horários
3. é permitido fumar em qualquer lugar
4. não existem regras sobre isso 9. NS/NR

K 49. No seu trabalho ou escola: (L)

1. não é permitido fumar em nenhum lugar
2. é permitido fumar em alguns lugares ou horários
3. é permitido fumar em qualquer lugar
4. não existem regras sobre isso
8. não se aplica 9. NS/NR

K 50. Das pessoas com quem convive, quem fuma? (+1)

1. pai
2. mãe
3. Irmão
4. parente que mora junto
5. cônjuge, namorado
6. amigos
7. outro: _____
8. ninguém 9. NS/NR

Para quem não é fumante

K 51. Quantas horas por dia você fica exposto à fumaça do cigarro ou fica próximo de alguém fumando?

____ horas/dia 99. NS/NR

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre seu peso e sua alimentação

L 01. Se mulher, é gestante?

- 1. não
- 2. sim
- 9. NS/NR

L 02. Qual a sua altura?

__| m __|__| cent. 9. NS/NR

L 03. Qual o seu peso?

__|__| Kg __|__| gr. 9. NS/NR

L 04. Você gostaria de ganhar ou perder peso?

- 1 não → **passar para L 09**
- 2. sim, de ganhar peso
- 3. sim, de perder peso
- 9. NS/NR

L 05. Quanto você gostaria de pesar?

__|__| Kg __|__| grs. 9 __| NS/NR

→ Se desejar aumentar o peso passe para **L 09**

L 06. Você faz alguma coisa para emagrecer?

- 1. não → **passar para L 09**
- 2. sim

L 07. O que você faz para emagrecer?

- 1. nada
- 2. tem cuidado com o que vai comer
- 3. faz dieta
- 4. pratica exercício, esporte, caminhada
- 5. usa medicamento: _____
- 6. deixa de fazer alguma refeição
- 7. outro: _____

L 08. O que você fez para emagrecer nos últimos 12 meses?

- 1. nada
- 2. tem cuidado com o que comeu
- 3. faz dieta
- 4. pratica exercício, esporte, caminhada
- 5. usa medicamento: _____
- 6. deixa de fazer alguma refeição
- 7. outro: _____

L 09. Agora eu vou perguntar com que frequência você normalmente come ou bebe estes alimentos:	Todo dia	4 a 6 dias/sem	1 a 3 dias/sem	< 1 x semana	< 1x por mes
L 10. Frutas	1	2	3	4	5
L 11. Verduras – hortaliças (saladas cruas)	1	2	3	4	5
L 12. Verduras e legumes cozidos	1	2	3	4	5
L 13. Feijão	1	2	3	4	5
L 14. Refrigerante	1	2	3	4	5
L 15. Leite	1	2	3	4	5

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS**BLOCO M****M 01.** A sua cor ou raça é:

1. branca
2. preta
3. amarela
4. parda
5. indígena
6. outra: _____
9. NS/NR

M 02. Qual é a sua religião ou culto?

_____ |__|__|

→ se referir não ter religião passe para M 05

M 03. Com que frequência você vai à igreja (ou outro lugar de culto)?

1. não freqüenta ou menos que 1 vez/mês
2. pelo menos 1 vez/mês e menos que 1 vez/semana
3. 1 vez/semana
4. mais de 1 vez/semana
9. NR

M 04. Há quanto tempo você é desta religião?

|__|__| anos

M 05. Onde você nasceu?

1. em Campinas
2. outro município do estado de São Paulo
3. outro estado ou país: _____
9. NS/NR

M 06. Há quanto tempo você mora em Campinas?

|__|__| anos

99. NS/NR

M 07. Há quanto tempo você mora neste domicílio?

|__|__| anos

99. NS/NR

M 08. Qual é o seu estado conjugal?

1. casado no civil
2. vive junto/amasiado
3. desquitado/separado/divorciado
4. viúvo
5. solteiro
9. NS/NR

M 09. Você tem filhos? Quantos?

|__|__| filhos

M 10. Freqüenta escola? *Se sim: pública ou privada?*

1. sim, rede pública
2. sim, rede particular
3. não

M 11. Até que ano da escola você completou?

01. nunca freqüentou, não sabe ler e escrever
02. nunca freqüentou, sabe ler e escrever
- 1__. 1º grau (Primário ou Ensino Fundamental) (11-14)
- 1__. 1º grau (Ginásio ou Ensino Fundamental) (15-18)
- 2__. 2º grau (Colegial ou Ensino Médio) (21-23)
25. cursos técnicos de nível médio incompletos
26. cursos técnicos de nível médio completos
30. curso superior incompleto
31. curso superior completo
32. pós graduação senso estrito
99. NS/NR

M 12. Atualmente, você freqüenta algum tipo de curso como informática, idiomas, dança, artes etc.?

1. sim
2. não → passe para M 14

M 13. Que tipo de curso?

1. idiomas
2. informática
3. dança
4. música
5. profissionalizante: _____
6. outros: _____

M 14. Atualmente, você exerce alguma atividade de trabalho remunerada ou não?

1. sim, em atividade
2. sim, mas afastado por motivo de doença
3. sim, e também aposentado
4. não, desempregado → **passa para M 16**
5. não, aposentado ou pensionista
6. não, dona de casa → **passa para M 22**
7. não, só estudante
8. outros
9. NS/NR

} → **passa para M 16**

} → **passa para N 01**

M 15. O senhor foi aposentado por:

1. doença/invalidez
2. tempo de trabalho/idade

M 16. Qual é (era) a sua ocupação em seu trabalho principal? → *se aposentado, especificar qual era a sua ocupação anterior.*

_____ | | | | |
999. NS/NR

M 17. No seu trabalho principal, você é (era):

1. empregado assalariado estatutário ou com carteira profissional assinada
2. empregado assalariado sem carteira profissional assinada
3. empregado familiar não remunerado
4. conta própria ou autônomo com estabelecimento
5. conta própria ou autônomo sem estabelecimento
6. empregador com até 4 funcionários fixos
7. empregador com 5 ou mais funcionários fixos
8. outro: _____
9. NS/NR

SOMENTE PARA A PESSOA QUE TRABALHOU NO ÚLTIMO MÊS

M 18. Quantas horas por semana, em média, você se dedicou a esse trabalho no último mês?

|_|_| horas
99. NS/NR

M 19. Nos demais trabalhos?

|_|_| horas
88. não tem outros trabalhos
99. NS/NR

Qual foi o seu rendimento líquido com salário, rendas ou pensão no mês passado?

		Valor em reais	NS/NR
M 20.	No trabalho principal?	R\$ _ _ _ _ _ , 00	99999
M 21.	Nos demais trabalhos?	R\$ _ _ _ _ _ , 00	99999
M 22.	Com aposentadoria ou pensão?	R\$ _ _ _ _ _ , 00	99999
M 23.	Outros:	R\$ _ _ _ _ _ , 00	99999

CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA E DO DOMICÍLIO

BLOCO N

PREENCHER UM BLOCO PARA CADA FAMÍLIA

As perguntas N 02 a N 11 devem ser respondidas pelo entrevistador. (Apenas em caso de dúvida, pergunte ao entrevistado).

N 02. Caracterização do domicílio:

1. casa
2. apartamento
3. barraco
4. casa de cômodos (cabeça de porco/cortiço)
5. outro: _____
9. NS/NR

Na rua do domicílio, existe:

	sim	não
N 03. Pavimentação?	1	2
N 04. Guias e sarjetas?	1	2
N 05. Iluminação pública?	1	2

No domicílio:

	sim	não
N 06. Tem água da rede geral/canalizada?	1	2
N 07. Tem água canalizada interna no domicílio?		
N 08. Tem iluminação elétrica?	1	2
N 09. É ligado à rede de esgoto?	1	2
N 10. Tem coleta pública do lixo?	1	2
N 11. Tem sanitário?	1	2

N 12. Este domicílio em que você mora é próprio ou alugado?

1. próprio, quitado
2. próprio, pagando
3. alugado
4. cedido
5. outra condição: _____
9. NS/NR

N 13. Quantos cômodos existem neste domicílio?

|__|__| 99. NS/NR

N 14. Quantos banheiros existem neste domicílio? (*considere apenas os que contêm chuveiro ou banheira e vaso sanitário*)

|__|

Os moradores deste domicílio contam com os seguintes equipamentos? Com quantos?

N 15. |__| rádio

N 16. |__| MP3/MP4/MP5

N 17. |__| televisão em cores

N 18. |__| geladeira

N 19. |__| freezer

N 20. |__| máquina de lavar roupa → *não considerar tanquinho*

N 21. |__| forno de microondas

N 22. |__| videocassete/DVD

N 23. |__| máquina de lavar louça

N 24. |__| aparelho de ar condicionado

N 25. |__| aspirador de pó

N 26. |__| telefone fixo

N 27. |__| telefone celular

N 28. |__| câmera digital

N 29. |__| computador → *se não tiver, passe para N 31*

N 30. Em seu domicílio, tem acesso à internet?

1. sim
2. não
9. NS/NR

Os moradores deste domicílio têm:

N 31. Automóvel? 1. sim 2. não

N 32. Moto? 1. sim 2. não

N 33. Outro imóvel que não a residência atual?

1. sim
2. não

