

Danielle Souto de Medeiros

ESTUDO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS PELA POPULAÇÃO DE
COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE VITÓRIA DA CONQUISTA/BA

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte – MG

2013

Danielle Souto de Medeiros

ESTUDO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS PELA POPULAÇÃO DE
COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE VITÓRIA DA CONQUISTA/BA

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de
Concentração em Epidemiologia, da Faculdade
de Medicina da Universidade Federal de Minas
Gerais

Orientador: Prof. Dr. Francisco de Assis Acurcio

Belo Horizonte – MG

2013

Medeiros, Danielle Souto de.
M488e Estudo de utilização de medicamentos pela população de comunidades quilombolas de Vitória da Conquista/BA [manuscrito]. / Danielle Souto de Medeiros. - - Belo Horizonte: 2013.
201f.: il.
Orientador: Francisco de Assis Acurcio.
Área de concentração: Saúde Pública.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Uso de Medicamentos. 2. Automedicação. 3. Farmacoepidemiologia. 4. Estudos Transversais. 5. Inquéritos Epidemiológicos. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Acurcio, Francisco de Assis. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WB 330

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Profa. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima dos Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Subcoordenadora

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Colegiado

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a. Carla Jorge Machado

Prof^a. Cibele Comini César

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Francisco de Assis Acurcio

Prof^a. Maria Fernanda Furtado Lima Costa

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Prof^a. Soraya Almeida Belisário

Maryane Oliveira Campos (Representante discente titular)

Tiago Lopes Coelho (Representante Discente Suplente)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

Estudo de Utilização de Medicamentos pela População de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA

DANIELLE SOUTO DE MEDEIROS

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração EPIDEMIOLOGIA.

Aprovada em 25 de outubro de 2013, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Francisco de Assis Acurcio - Orientador
UFMG

Prof(a). Raquel Souza
UFBA

Prof(a). Andréia Queiroz Ribeiro
UFV

Prof(a). Tatiane da Silva Dal Pizzol
UFRGS

Prof(a). Antônio Ignácio de Loyola Filho
UFMG

Belo Horizonte, 25 de outubro de 2013.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

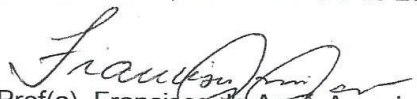
ATA DA DEFESA DE TESE DA ALUNA DANIELLE SOUTO DE MEDEIROS

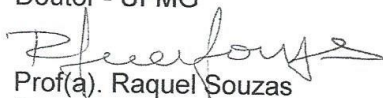
Realizou-se, no dia 25 de outubro de 2013, às 14:00 horas, Faculdade de Medicina - SALA 526 - 5º andar, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada "**Estudo de Utilização de Medicamentos pela População de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA**", apresentada por DANIELLE SOUTO DE MEDEIROS, número de registro 2010718776, graduada no curso de FARMÁCIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Francisco de Assis Acurcio - Orientador (UFMG), Prof(a). Raquel Souza (UFBA), Prof(a). Andréia Queiroz Ribeiro (UFV), Prof(a). Tatiane da Silva Dal Pizzol (UFRGS), Prof(a). Antônio Ignácio de Loyola Filho (UFMG).


A Comissão considerou a tese:

- Aprovada
- Aprovada condicionalmente, sujeita a alterações, conforme folha de modificações, anexa
- Reprovada

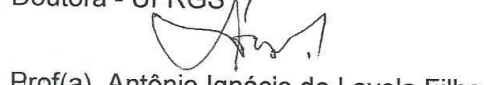
Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 25 de outubro de 2013.


Prof(a). Francisco de Assis Acurcio
Doutor - UFMG


Prof(a). Raquel Souza
Doutora - UFBA


Prof(a). Andréia Queiroz Ribeiro
Doutora - UFV


Prof(a). Tatiane da Silva Dal Pizzol
Doutora - UFRGS


Prof(a). Antônio Ignácio de Loyola Filho
Doutor - UFMG

"Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina."

Cora Coralina

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo, Lívio, por todo o apoio e compreensão, pelo amor e cuidado tão grandes comigo, por estar junto, mesmo quando mais de 800 Km nos separavam, por ter sido pai e mãe nas minhas ausências, enfim, por tornar possível a realização desse momento. Essa conquista é nossa!

Aos meus filhos, Rafael e Victor, por abdicarem da minha presença em tantas vezes, por compreenderem a necessidade das minhas ausências, por terem se comportado e ajudado o pai quando eu estava distante. Vocês são a minha motivação e inspiração!

À minha mãe, Odília, pela torcida, mesmo distante, pela ajuda nos momentos mais difíceis, pelas conversas nos dias mais longos. Eu sou privilegiada por tê-la como mãe!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter feito esse momento surgir de forma tão inesperada e ter sido tão produtivo; por ter me levado a descobrir a área que eu sempre busquei, mas que não sabia que existia. Vale a pena esperar e confiar!

Ao meu orientador, professor Francisco de Assis Acurcio, agradeço por todo o empenho e esforço a mim dedicados. Além de me orientar, ele soube ser paciente e, com muita generosidade, dividiu comigo conhecimento e saber. Agradeço pelo incentivo em todos os momentos. Aprendi muito com você e tenho me espelhado no seu trabalho.

Ao Cristiano, grande amigo e parceiro neste trabalho. Mesmo do outro lado do mundo, esteve sempre disposto a me orientar e a me fazer acreditar que tudo iria dar certo. Cresci muito com as nossas discussões e, hoje, me sinto uma profissional melhor. Espero que possamos continuar trabalhando juntos.

Ao professor Mark, pela orientação, aprendizado e exemplo de profissionalismo. Você me abriu os olhos para o mundo da Epidemiologia e me fez encontrar a minha realização profissional.

Aos meus amigos Cláudio e Cristina, agradeço por toda a ajuda desde o início. As minhas ausências se tornaram menos difíceis por saber que podia contar com vocês. Hoje sei que, mais que amigos, vocês são a minha família em Vitória da Conquista. Obrigada por tudo.

Aos meus colegas do DINTER, agradeço por todos os momentos juntos. Foram muitas batalhas e superamos a maior parte delas. Sem vocês esse momento não seria possível.

Aos professores Orlando e Raquel, do IMS/CAT/UFBA, pela confiança depositada no nosso grupo e por se fazerem presentes durante algumas das etapas mais importantes do DINTER

Aos meus queridos colegas da Saúde Pública e da Farmácia Social da UFMG, pelo carinho, pelo apoio, pela amizade cultivada. Foi muito importante estar junto de vocês durante este período.

A todos os professores que fizeram parte da minha vida acadêmica na UFMG. Agradeço especialmente a Carla, grande incentivadora; a Luana, amiga e sempre disposta a ajudar com excelência; a Cibele Comini (ICEX), mais que professora, preocupada com a nossa vida como um todo; e a Suzane (FACE) que me ensinou a aprender sempre e me trouxe momentos tão agradáveis nas dependências da Faculdade de Medicina.

Aos professores que participaram da minha qualificação, Andréia Ribeiro, Marina Guimarães, Mark e Cibele, pelas contribuições que engrandeceram este trabalho e me fizeram ir além do que havia inicialmente pensado.

Aos indivíduos residentes nas comunidades quilombolas visitadas, por nos receberem com tanto carinho durante a coleta de dados. Espero que os diversos trabalhos gerados possam trazer benefícios a essa população.

À minha família, pelo apoio em todos os momentos.

A CAPES, pelo apoio financeiro ao DINTER UFBA/UFMG.

RESUMO

Este estudo objetivou caracterizar e analisar os determinantes da utilização de medicamentos pela população quilombola de Vitória da Conquista/BA, considerando dois eventos: uso de medicamentos, na população total e nos estratos masculino e feminino, e automedicação. Foi realizado um estudo transversal de base populacional com 797 indivíduos adultos, em 2011. As diferenças entre as proporções foram testadas com a distribuição qui-quadrado. As diferenças entre as médias foram comparadas por análise de variância. Foram estimadas as prevalências, razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança 95% por regressão de Poisson com variância robusta. Regressão de Poisson multivariada com variância robusta foi utilizada para obter estimativas das razões de prevalência para o uso de medicamento e para a automedicação, ajustadas por potenciais fatores de confusão. Os programas R, versão 2.11.1, e Stata, versão 10.0, foram utilizados na análise dos dados. Os medicamentos mais consumidos pela população foram aqueles que atuavam nos sistemas cardiovascular e nervoso. A prevalência de uso de medicamentos foi de 41,9%, significativamente maior nas mulheres (50,3%) do que nos homens (31,9%). Após análise ajustada, o uso de fármacos pela população pesquisada foi associado a sexo feminino, idade de 60 anos e mais, nível econômico mais alto, pior avaliação da saúde, maior número de morbidades autorreferidas e de consultas médicas. As mesmas associações foram observadas para mulheres e homens, entretanto, para os homens a autopercepção de saúde não mostrou influenciar o uso. Na prática da automedicação, os fármacos mais utilizados atuavam nos sistemas nervoso e músculo-esquelético. Após ajuste, mostraram-se associados à automedicação: ter companheiro, maior escolaridade, nível econômico mais alto, ter apresentado incapacidade de realizar atividades habituais por problemas de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, maior grau de dores no corpo e utilização de um maior número de medicamentos. Mulheres e idosos deverão ser os grupos de preferência para o desenvolvimento de estratégias específicas para garantir o uso racional dos medicamentos. O conhecimento do perfil de utilização de medicamentos pela população quilombola é o primeiro passo para compreender o acesso e discutir o seu uso racional. Outros aspectos merecem uma investigação mais detalhada nesta população.

DESCRITORES: Uso de medicamentos, Automedicação, Farmacoepidemiologia, Estudos Transversais, Inquéritos Epidemiológicos, Quilombola.

ABSTRACT

This study aimed to characterize and evaluate the determinants of medication use by the *quilombola* population of Vitória da Conquista/BA, considering two events: drug use by overall population and by male and female strata, and self-medication. We conducted a population-based cross-sectional study with 797 adults in 2011. Differences between proportions were tested with the chi-square distribution. Differences between means were compared by analysis of variance. We estimated the prevalence, prevalence ratios and their 95% confidence intervals using Poisson regression with robust variance. Multivariate Poisson regression with robust variance was used to obtain estimates of prevalence ratios for medication use and self-medication, adjusted for potential confounders. Program R, version 2.11.1, and Stata, version 10.0, were used in data analysis. The most consumed drugs by the population were those that act in Cardiovascular and Nervous systems. The prevalence of drug use was 41.9%, significantly higher in women (50.3%) than in men (31.9%). After adjustment, drug use by the studied population was associated with female gender, age 60 and older, higher economic level, worse perceived health, greater number of self-reported morbidity and medical consultations. The same associations were observed for women and for men, however, for men self-rated health showed no influence on use. The most used drugs as self-medication belonged to Nervous and Musculoskeletal systems. After adjustment, the following factors were associated with self-medication: having a partner, higher education, higher economic level, having shown inability to perform usual activities because of health problems in the 15 days preceding the interview, a higher degree of body aches and using a larger number of medications. Women and the elderly should be the preference groups to develop specific strategies to ensure the rational use of medicines. Knowing the profile of drug use by *quilombola* population is the first step to understand the access and discuss their rational use. Other aspects deserve further investigation in this population.

DESCRIPTORS: Drug Utilization, Self medication, Pharmacoepidemiology, Cross-Sectional Studies, Health Surveys, Quilombola.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 POPULAÇÃO QUILOMBOLA	17
2.2 MEDICAMENTOS	19
2.2.1 Acesso a Medicamentos	20
2.2.2 Estudos de Utilização de Medicamentos	23
2.2.3 Automedicação	24
2.2.4 Medicamentos e Gênero	26
3 OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GERAL.....	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4 MÉTODOS	29
4.1 DESENHO DO ESTUDO, POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	29
4.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	31
4.3 COLETA DE DADOS	32
4.4 VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES.....	32
4.5 ANÁLISES DOS DADOS	34
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	34
5 RESULTADOS	36
5.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA	36
5.2 USO DE MEDICAMENTOS.....	41
5.2.1 Perfil de Utilização de Medicamentos	41
5.2.1.1 População Total	41
5.2.1.2 Homens e Mulheres	43
5.2.2 Fatores Associados ao Uso de Medicamentos	45
5.2.2.1 População Total	45
5.2.2.2 Homens e Mulheres	47
5.2.3 Modelos de Regressão para o Uso de Medicamentos	50
5.2.3.1 População Total	50
5.2.3.2 Homens e Mulheres	50

5.3 AUTOMEDICAÇÃO.....	52
5.3.1 Perfil de Automedicação	52
5.3.2 Fatores Associados à Automedicação	52
5.3.3 Modelo de Regressão para a Automedicação	52
6 DISCUSSÃO	57
6.1 USO DE MEDICAMENTOS.....	57
6.1.1 Prevalência de Uso de Medicamentos.....	57
6.1.2 Perfil de Utilização de Medicamentos.....	59
6.1.3 Fatores Associados ao Uso de Medicamentos	61
6.2 AUTOMEDICAÇÃO.....	64
6.2.1 Perfil de Automedicação	65
6.2.2 Fatores Associados à Automedicação	65
6.3 LIMITAÇÕES.....	67
7 CONCLUSÕES.....	68
REFERÊNCIAS	71
ANEXOS	80
ANEXO A - PARECER COMITÊ DE ÉTICA FASB	80
ANEXO B - PARECER COMITÊ DE ÉTICA UFMG	81
ANEXO C - ARTIGO 1 (REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA).....	82
ANEXO D – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO DO PROJETO COMQUISTA	91

1 INTRODUÇÃO

Nos serviços de saúde, os medicamentos estão entre as intervenções mais utilizadas e são importantes para a capacidade resolutiva dos serviços prestados (GIROTTO; SILVA, 2006). Entretanto, seu emprego inadequado pode desencadear diversos problemas, tais como reações adversas, doenças iatrogênicas, falta de efetividade e interações medicamentosas, contribuindo para elevar os gastos na área da saúde.

Estudos nacionais revelam que a prevalência de utilização de pelo menos um medicamento é superior a 45% (48,5-65,9%), considerando períodos curtos como 3 (COSTA et al., 2011), 14 (CARVALHO et al., 2005), 15 (ARRAIS et al., 2005; BERTOLDI et al., 2004) ou 30 dias (FLEITH et al., 2008) anteriores às entrevistas domiciliares ou realizadas em serviços de saúde. O seu uso é influenciado pela estrutura demográfica, fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais (BERTOLDI et al., 2004; CARVALHO et al., 2005; COELHO FILHO; MARCOPITO; CASTELO, 2004; COSTA et al., 2011; DAL PIZZOL et al., 2012; LOYOLA FILHO et al., 2011; RIBEIRO et al., 2008; ROZENFELD; FONSECA; ACURCIO, 2008). O consumo observado é maior entre mulheres e idosos, e estes utilizam maior quantidade de medicamentos, tornando-se mais vulneráveis aos prejuízos decorrentes do uso irracional (CARVALHO et al., 2005; LOYOLA FILHO et al., 2011; RIBEIRO et al., 2008; ROZENFELD et al., 2008).

O uso de medicamentos não prescritos é uma prática comum em todas as faixas etárias no Brasil (BERTOLDI et al., 2010; GOULART et al., 2012; LOYOLA FILHO et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2012; SANTOS et al., 2013; SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010). Apesar da automedicação ser entendida como um dos elementos do autocuidado (OMS, 1998), a sua prática irracional aumenta o risco de eventos adversos e de mascaramento de doenças, o que pode retardar o correto diagnóstico (SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010). Dentre os fatores associados à automedicação encontram-se: a faixa etária que compreende jovens e adultos (CARRASCO-GARRIDO et al., 2008; JIMENEZ RUBIO; HERNANDEZ QUEVEDO, 2008; LOYOLA FILHO et al., 2002; SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010; VILARINO et al., 1998); o sexo feminino (ARRAIS et al., 1997; CARRASCO-GARRIDO et al., 2008; LOYOLA FILHO et al., 2002; SÁ; BARROS; SÁ, 2007); a condição atual de trabalho (JIMENEZ RUBIO; HERNANDEZ QUEVEDO, 2008; SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010); maiores escolaridade (CARRASCO-GARRIDO et al., 2008; SÁ; BARROS; SÁ, 2007;

SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010) e renda (OLIVEIRA et al., 2012; SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010); presença de condições clínicas leves com características agudas (CARRASCO-GARRIDO et al., 2008; JIMENEZ RUBIO; HERNANDEZ QUEVEDO, 2008; LOYOLA FILHO et al., 2002; OLIVEIRA et al., 2012; SÁ; BARROS; SÁ, 2007; SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010); autopercepção de saúde positiva (CARRASCO-GARRIDO et al., 2008; JIMENEZ RUBIO; HERNANDEZ QUEVEDO, 2008) e menor acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2012; VILARINO et al., 1998).

Grande parte dos estudos de utilização de medicamentos tem sido desenvolvida no Sul e Sudeste do país (COSTA. et al., 2011; DAL PIZZOL et al., 2012; FLEITH et al., 2008; FLORES; BENVENU, 2008; LOYOLA FILHO et al., 2005; RIBEIRO et al., 2008; ROZENFELD et al., 2008) e mais concentrada na faixa etária de idosos (COELHO FILHO et al., 2004; DAL PIZZOL et al., 2012; FLORES; BENVENU, 2008; LOYOLA FILHO et al., 2011; RIBEIRO et al., 2008; ROZENFELD et al., 2008). Além disso, poucos inquéritos investigaram diferenças entre homens e mulheres na frequência de utilização de medicamentos no Brasil (COELHO FILHO et al., 2004; RIBEIRO et al., 2008) ou incluíram dados de populações provenientes de áreas rurais (DAL PIZZOL et al., 2012). A literatura disponível carece, portanto, de estudos farmacoepidemiológicos em populações específicas, rurais e de outras regiões, particularmente do Nordeste do país. Tais estudos são fundamentais para que haja um planejamento adequado da assistência farmacêutica, considerando-se a realidade socioeconômica da população, a garantia de acesso ao medicamento e a consistência entre as características de consumo e o perfil de morbidades presentes (LOYOLA FILHO 2006).

A população quilombola apresenta um contexto caracterizado pela exclusão, pela negação do direito social de pertencimento e, uma vez que se localizam principalmente em áreas rurais, pela dificuldade geográfica (FERREIRA et al., 2011; GUERRERO et al., 2007; SILVA, 2007). Esse contexto determina condições especiais de vulnerabilidade e de iniquidade em saúde e motiva o desenvolvimento e a implementação de políticas afirmativas específicas para comunidades negras e quilombolas (BRASIL, 2009; 2010; SEPIR, 2004). A obtenção de informações sobre a utilização de medicamentos por esta população é importante para a identificação de problemas existentes nesse âmbito, bem como de fatores a ela associados, a fim de possibilitar o seu adequado enfrentamento.

O presente trabalho procura explorar o tema utilização de medicamentos pela população de comunidades quilombolas e fatores a ela associados no sudoeste do Estado da Bahia.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 POPULAÇÃO QUILOMBOLA

As comunidades quilombolas são espaços habitados ao longo dos séculos por descendentes de negros escravizados, ex-escravizados e livres (SILVA, 2007). Os movimentos sociais negros da década de 80 modificaram a forma como essas comunidades eram vistas. Em 1988, elas foram oficialmente reconhecidas pelo Estado brasileiro, com a afirmação de seus direitos territoriais por meio do Artigo 68, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição. A partir deste fato, em 1994 a Fundação Cultural Palmares (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2013) redefiniu os quilombos, que passaram a ser compreendidos como “toda comunidade negra rural que agrupe descendentes de escravos vivendo de uma cultura de subsistência e onde as manifestações culturais têm forte vínculo com o passado” (ARRUTI, 2002).

As áreas remanescentes de quilombos estão presentes em todas as regiões brasileiras. De acordo com a Fundação Cultural Palmares, há atualmente 2.408 comunidades quilombolas reconhecidas no Brasil (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2013), apresentando panoramas regionais bem distintos. A região Nordeste registra 1.504 comunidades e, destas, cerca de 40% estão localizadas no Estado da Bahia. Essa população geralmente reside em áreas rurais e sofre com as adversidades ligadas ao próprio ambiente (seca, aridez da terra, enchentes), o que muitas vezes a impede de utilizar a terra e o que nela produz no seu pleno potencial. Outras dificuldades também são observadas como a falta de acesso às ações governamentais que devem garantir a cidadania e qualidade de vida como educação, saneamento e saúde (SILVA, 2007).

Em relação às desigualdades étnico-raciais, destaca-se o fato de que os quilombolas vivenciaram um processo histórico de expropriação de cultura e de direitos, o que os coloca numa situação de vulnerabilidade social, com impactos nos indicadores de saúde desta população (ANDRADE et al., 2011; FERREIRA et al., 2011; GUERRERO et al., 2007; VOLOCHKO, 2009; SILVA, 2007). A situação das comunidades quilombolas no Brasil mostra-se notoriamente fragilizada por ações externas indiscriminadas, caracterizadas por interferências em âmbitos político-sociais, ambientais, educativos, culturais e de saúde (ANDRADE et al., 2011; FERREIRA et al., 2011; GUERRERO et al., 2007; SEPPIR, 2004).

Em 2004, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial desenvolveu o Programa Brasil Quilombola (SEPPIR, 2004), com a intenção de garantir o bem-estar físico, psicológico e social deste segmento populacional, além da indispensável qualidade do sistema de saúde. A finalidade desse programa era de coordenar as ações governamentais, promovendo articulações transversais, setoriais e interinstitucionais para as comunidades remanescentes de quilombos, com ênfase na participação da sociedade civil.

Em consonância com esta proposta e considerando as condições desfavoráveis de saúde da população negra, foi criada em 2009 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2009) pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo é eliminar as iniquidades e reduzir os fatores de riscos que incidem nas altas e desproporcionais taxas de morbimortalidade neste grupo populacional. Essa política propõe-se a combater o racismo e a discriminação da população negra pelas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como reduzir as desigualdades étnico-raciais, por meio da concentração de esforços das três esferas de governo e da sociedade civil na priorização e oferecimento de ações de promoção da saúde, atenção e cuidado em saúde integral a esta população (BRASIL, 2009).

Outra lei que respalda o direito à saúde da população negra, e em especial da população quilombola, é a Lei 12.888 de julho de 2010 (BRASIL, 2010), que regulamenta que os moradores das comunidades de remanescentes de quilombos serão beneficiários de incentivos específicos para a garantia do direito à saúde, incluindo melhorias nas condições ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar e nutricional e na atenção integral à saúde.

No Estado da Bahia, outras modalidades de políticas públicas também têm sido direcionadas às comunidades quilombolas. O Plano de ação ParticipaSUS (BRASIL, 2005) levou à criação do Programa de Combate ao Racismo Institucional, que visa qualificar profissionais que atuam na área de saúde da rede básica para o reconhecimento dos danos psíquicos e desfechos indesejáveis à saúde provocados pela discriminação, preconceito e desigualdades socioeconômicas à população negra. Em 2007, o Decreto nº 10.572 instituiu, no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), o Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra. Este comitê tinha entre as suas atribuições “formular, sistematizar, apoiar, monitorar e avaliar a implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da

População Negra”, além de “garantir a inclusão da equidade racial nas Políticas, Planos e Programas de atenção à saúde”.

As comunidades quilombolas também têm reivindicado o cumprimento de seus direitos. Em relação à saúde, 22 comunidades quilombolas de São Paulo apresentaram como principais demandas: melhor acesso ao sistema de saúde; aumento da frequência das visitas de Equipes de Saúde da Família às comunidades; maior resolutividade dos serviços de saúde disponíveis, principalmente em relação ao acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde; melhor saneamento básico; melhores condições de moradia; maior aporte para questões de saúde reprodutiva e da mulher (principalmente na prevenção de doenças); menor tempo de espera para construção de unidades básicas de saúde; meios de comunicação rápidos entre a comunidade e os serviços de emergência e a participação de representantes das comunidades nos conselhos municipais de saúde (VOLOCHKO, 2009).

A avaliação efetiva de políticas de melhoria das condições de saúde carece de sistemas de informações que contemplem as características próprias desta população. No entanto, o desenho destes sistemas requer a utilização de indicadores que permitam conhecer as condições de vida das populações e fazer comparações dos níveis de bem-estar nos diferentes grupos sociais.

Desta forma, é necessário enfatizar a preocupação de instituições de saúde locais para que se construam bancos de informações específicas sobre as populações quilombolas, que permitam conhecer a sua real situação, bem como, acompanhar as tendências temporais de indicadores de saúde. Tais informações poderão ser utilizadas como subsídios para a implementação e avaliação de políticas públicas voltadas para a melhoria de suas condições de vida e acesso aos serviços de saúde.

2.2 MEDICAMENTOS

O medicamento ocupa uma posição de destaque no conjunto de ações voltadas para o cuidado à saúde. É a intervenção terapêutica mais utilizada e também a mais custo-efetiva, quando sua prescrição e seu uso são feitos de forma racional (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO DE CASTRO, 2007). Os medicamentos também são utilizados na prevenção de doenças, constituindo-se um recurso importante e necessário na atenção à saúde. A própria população

reconhece o valor terapêutico do medicamento, fato este que resulta, em muitos casos, em ações concretas empreendidas visando garantir o seu acesso, como os inúmeros processos judiciais movidos em desfavor do Estado (OLIVEIRA et al., 2007).

A indústria farmacêutica também realiza pressões por um maior uso do medicamento, transformando-o em mercadoria e, conseqüentemente, submetendo-o a regras mercadológicas para formar um mercado cativo (LOYOLA FILHO, 2006). Para isso, realiza grandes investimentos em publicidade, extrapolando, muitas vezes, o fornecimento de informações técnicas para atender interesses que não propriamente sejam os terapêuticos (BARROS; JOANY, 2002).

2.2.1 Acesso a Medicamentos

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, estabelece no artigo 196 que “a saúde é um é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Dentre estes serviços, o acesso a medicamentos, apesar da complexidade que envolve sua promoção, é um direito fundamental.

Em 1990, a lei n. 8.080, em seu artigo 6º estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a “formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção” (BRASIL, 1990). Essa política voltada aos medicamentos foi elaborada e aprovada depois de oito anos, após um processo de negociação e pactuação que envolveu diversos atores, entre esferas de governo, indústria, sociedade civil e academia (OLIVEIRA et al., 2007).

“A partir da designação de um Grupo de Trabalho pelo Ministério da Saúde, o processo utilizou como fundamento as diretrizes já descritas da OMS, além de utilizar também como referências políticas de medicamentos recentemente adotadas em outros países”.
(OLIVEIRA et al., 2007) (p. 83-84)

Em 30 de outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi oficializada por intermédio da Portaria n. 3.916/98 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), com o propósito

de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. As bases da PNM são os princípios e diretrizes do SUS e, para que seja adequadamente implementada, exige a definição ou redefinição de planos, programas e atividades específicas nas três esferas do governo: federal, estadual e municipal.

Os medicamentos essenciais constituem aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria das doenças prevalentes no país. Após a publicação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) pelo Ministério da Saúde, esta deve ser utilizada como base para a organização das listas estaduais (RESME) e municipais (REMUME), favorecendo o processo de descentralização da gestão.

O acesso a medicamentos, um dos principais objetivos da PNM, pode ser definido como “a relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e informação suficiente para o uso adequado” (BERMUDEZ et al., 1999) (p.13). Assim, é possível afirmar que o acesso somente se realiza com a adequada utilização de medicamentos.

Uma das diretrizes da PNM é a reorientação da assistência farmacêutica no Brasil, que anteriormente se restringia à aquisição e à distribuição de medicamentos. Dessa forma, a assistência farmacêutica no SUS passou a englobar as “atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização – nesta compreendida a prescrição e a dispensação – o que deveria favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos” (BRASIL, 1998). Assim, estudos epidemiológicos tornam-se fundamentais em parcelas da população que são ainda excluídas de algum tipo de atenção à saúde.

O processo de reorientação da assistência farmacêutica na PNM conduziu ao surgimento dos medicamentos genéricos. A Política de Medicamentos Genéricos foi oficializada em fevereiro de 1999, com a Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei n. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999), visando estimular a concorrência e a variedade de oferta no mercado, melhorar a qualidade dos medicamentos, reduzir os preços e facilitar o acesso da população aos tratamentos

(BRASIL, 1999). Outra estratégia adotada visando ampliar o acesso aos medicamentos essenciais foi o Programa Farmácia Popular do Brasil, criado em 13 de abril de 2004, através da Lei n. 10.858, e regulamentado pelo Decreto 5.090, de 20 de maio de 2004 (BRASIL, 2004a; 2004b). Nesse programa há dois eixos de ação: as unidades próprias, operacionalizadas pela Fundação Oswaldo Cruz, que coordena a estruturação das unidades e executa a compra dos medicamentos, o abastecimento das unidades e a capacitação dos profissionais; e o sistema de copagamento, desenvolvido em parceria com farmácias e drogarias privadas, desde março de 2006, no qual o Governo Federal paga uma parte do valor dos medicamentos e o cidadão o restante (FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi aprovada em 2004, com a publicação da Resolução n. 338 pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2004c). Este documento reforça a ideia de que a assistência farmacêutica é parte do cuidado à saúde individual ou coletiva, e tem no medicamento o insumo essencial, cujo acesso deve ser garantido com uso racional (VIEIRA, 2010). A PNAF apresenta um conceito amplo, na perspectiva de integralidade das ações, como uma política norteadora para a formulação de políticas setoriais, cujo propósito é contribuir na melhoria da qualidade de vida da população, integrando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2006).

Apesar dessas políticas públicas, disponibilizar medicamentos de forma contínua e em quantidades adequadas às necessidades da população ainda é um desafio no Brasil e as desigualdades no acesso são percebidas em todo o país. Boing et al. (2013), ao estudar indivíduos que tiveram medicamentos receitados em atendimentos de saúde no SUS, identificaram que pouco menos da metade da população obteve os medicamentos prescritos no próprio sistema público (BOING et al., 2013). Em duas regiões de Minas Gerais, com baixo índice de desenvolvimento humano (IDH < 0,699), foi encontrada baixa disponibilidade e descontinuidade na oferta de medicamentos essenciais no setor público, sendo as farmácias privadas a principal fonte de medicamentos essenciais (GUERRA JR et al., 2004). Observa-se que indivíduos vulneráveis, por apresentarem menor potencial de compra e por estarem mais dependentes dos serviços públicos de saúde, são os mais penalizados nesse processo.

2.2.2 Estudos de Utilização de Medicamentos

Para que haja oferta de assistência farmacêutica com qualidade, esta deve se basear em diversos aspectos populacionais. Essencialmente, a assistência precisa estar adequada à realidade socioeconômica da população e apresentar consistência entre o consumo de medicamentos e o perfil de morbidade presente, a fim de garantir o acesso a esses produtos (LOYOLA FILHO, 2006). Neste aspecto, estudos farmacoepidemiológicos são fundamentais para o seu planejamento e avaliação de sua qualidade. Também são relevantes na identificação de grupos populacionais, situações de risco e eventos adversos à saúde decorrentes do uso irracional de medicamentos, auxiliando assim na farmacovigilância (LOYOLA FILHO, 2006).

Os estudos de utilização de medicamentos são frequentes na literatura científica e podem ser de grande valia na compreensão do acesso, acessibilidade e barreiras à sua utilização, ao nível da comunidade (BERTOLDI et al., 2008). Entretanto, há uma grande heterogeneidade desses estudos, principalmente no que se refere ao período recordatório e à faixa etária pesquisada. Estudos brasileiros de base populacional em adultos revelam prevalências de utilização de pelo menos um medicamento superiores a 45% (48,5-65,9%), considerando períodos curtos como 3 (COSTA et al., 2011), 14 (CARVALHO et al., 2005), 15 (ARRAIS et al., 2005; BERTOLDI et al., 2004) ou 30 dias (FLEITH et al., 2008) anteriores às entrevistas domiciliares ou realizadas em serviços de saúde.

Em populações de idosos, as prevalências superam 85%, considerando períodos de 7 (COELHO FILHO et al., 2004; FLORES; BENVENUTO, 2008) ou 14 dias (RIBEIRO et al., 2008; ROZENFELD. et al., 2008). Quando apenas os dados sobre medicamentos de uso contínuo são coletados, as prevalências variam de 72,3 (DAL PIZZOL. et al., 2012) a 91,0% (FLORES; MENGUE, 2005). Prevalência mais baixa, de 63,5%, foi verificada em idosos residentes na zona rural de Carlos Barbosa/RS (DAL PIZZOL et al., 2012), sugerindo um menor acesso.

O uso dos medicamentos sofre influência de fatores como o sexo, a idade, a raça/etnia, o nível educacional, a renda (ou nível econômico), a autoavaliação de saúde, o perfil de morbidade, o local de residência (rural ou urbana), características do mercado farmacêutico e políticas governamentais (BERTOLDI. et al., 2004; CARVALHO. et al., 2005; COELHO FILHO;

MARCOPITO; CASTELO, 2004; COSTA et al., 2011; DAL PIZZOL et al., 2012; HALL et al., 2010; RIBEIRO et al., 2008; ROZENFELD, 2003; ROZENFELD; FONSECA; ACURCIO, 2008; SANS et al., 2002). Mulheres e idosos consomem mais medicamentos e em maior quantidade, tornando-se mais vulneráveis aos prejuízos decorrentes do uso irracional (CARVALHO et al., 2005; HALL et al., 2010; LOYOLA FILHO et al., 2011; RIBEIRO et al., 2008; ROZENFELD et al., 2008).

A maior parte dos estudos de utilização de medicamentos tem sido desenvolvida no Sul e Sudeste do país (COSTA et al., 2011; DAL PIZZOL et al., 2012; FLEITH et al., 2008; FLORES; BENVENU, 2008; LOYOLA FILHO et al., 2005; RIBEIRO et al., 2008; ROZENFELD et al., 2008) e restrita à faixa etária de idosos (COELHO FILHO et al., 2004; DAL PIZZOL et al., 2012; FLORES; BENVENU, 2008; LOYOLA FILHO et al., 2011; RIBEIRO et al., 2008; ROZENFELD et al., 2008). Observam-se também número reduzido de inquéritos que investiguem diferenças entre homens e mulheres na frequência de utilização de medicamentos no Brasil (COELHO FILHO et al., 2004; RIBEIRO et al., 2008) ou que incluam dados de populações residentes na zona rural (DAL PIZZOL et al., 2012). Os indivíduos quilombolas, além de pertencerem à zona rural, ainda compõem um grupo vulnerável, podendo apresentar um padrão de uso de medicamentos diferente da população urbana, tanto qualitativa quanto quantitativamente. A ausência de serviços de saúde próximos à moradia ou o acesso reduzido a esses serviços disponíveis em outros locais, por dificuldades de transporte, podem constituir fatores importantes para um menor consumo de medicamentos. Outras questões relevantes são as restrições financeiras e o isolamento social do morador da área rural (DAL PIZZOL et al., 2012). Assim, a obtenção de informações sobre a utilização de medicamentos nesta população poderá contribuir para a identificação de problemas existentes nesse âmbito, bem como de fatores associados ao seu uso, fornecendo subsídios para o estabelecimento de prioridades em relação ao acesso e à utilização adequada de medicamentos.

2.2.3 Automedicação

A automedicação pode ser definida como o “uso sem prescrição, orientação e acompanhamento por um profissional de saúde” (BRASIL, 1998), diferentemente do conceito de automedicação responsável, instituído pela OMS em 1998, que se refere ao uso sem prescrição, no entanto, orientada por um profissional farmacêutico (OMS, 1998). Diretrizes

foram estabelecidas para avaliação dos medicamentos eficazes, confiáveis, seguros e de fácil emprego que poderiam ser utilizados nessa prática (OMS, 1998), aplicável para reduzir a sobrecarga na prestação dos serviços de saúde e muito útil em situações específicas.

Entretanto, automedicar-se é um ato que pode proporcionar riscos à saúde, pois todo medicamento apresenta toxicidade, a depender da quantidade ingerida. O uso irracional de fármacos pode acarretar diversas consequências, tais como: reações adversas e de hipersensibilidade, resistência bacteriana (antimicrobianos), estímulo para a produção de anticorpos sem a real necessidade, farmacodependência, hemorragias digestivas, além do mascaramento de doenças de base e seu consequente agravamento ou retardo no diagnóstico (SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010).

O uso de medicamentos não prescritos é uma prática comum em todas as faixas etárias (BERTOLDI et al., 2010; GOULART et al., 2012b; LOYOLA FILHO et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2012; SANTOS et al., 2013; SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010). A literatura mostra diferentes valores de prevalência, de acordo com a população pesquisada e com o período recordatório. Schmid, Bernal e Silva, em 2010, em uma população de baixa renda, no município de São Paulo (SP), verificaram que 19,2% das pessoas recorriam a essa prática (SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010). Em Bambuí (MG), foi observada uma proporção de 46% dentre os indivíduos que consumiram medicamentos nos 90 dias anteriores à entrevista (LOYOLA FILHO et al., 2002). Estudos espanhóis, utilizando recordatórios de 15 dias, mostraram prevalências de 18,1% em indivíduos com 16 anos ou mais (CARRASCO-GARRIDO et al., 2008) e de 14,0% em maiores de 15 anos (JIMENEZ RUBIO; HERNANDEZ QUEVEDO, 2008). Martins et al., em 2002, a partir de uma amostra de usuários de medicamentos em farmácias, em Lisboa e na região do Porto, Portugal, verificaram uma prevalência de 26,2% (MARTINS et al., 2002).

Em populações idosas do Brasil, a proporção de automedicação variou de 8,9% na área urbana de Campinas/SP (OLIVEIRA et al., 2012) a 60% em Salgueiro/PE (SÁ; BARROS; SÁ, 2007). Em Bambuí/MG encontrou-se prevalência de 17,0% (LOYOLA FILHO et al., 2005) Essas diferenças podem ter ocorrido pela utilização de períodos recordatórios diversos, de três dias para os dois primeiros estudos e de noventa dias para o último.

A avaliação dos fatores associados à prática da automedicação revelou que a população adulta e jovem é a maior consumidora de medicamentos não prescritos (CARRASCO-GARRIDO et al., 2008; JIMENEZ RUBIO; HERNANDEZ QUEVEDO, 2008; LOYOLA FILHO et al., 2002; SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010; VILARINO et al., 1998); assim como as mulheres (ARRAIS et al., 1997; CARRASCO-GARRIDO et al., 2008; LOYOLA FILHO et al., 2002; SÁ; BARROS; SÁ, 2007); aqueles que possuem maiores renda (OLIVEIRA et al., 2012; SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010) e escolaridade (CARRASCO-GARRIDO et al., 2008; SÁ; BARROS; SÁ, 2007; SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010); presença de condições clínicas leves com características agudas (CARRASCO-GARRIDO et al., 2008; JIMENEZ RUBIO; HERNANDEZ QUEVEDO, 2008; OLIVEIRA et al., 2012; SÁ; BARROS; SÁ, 2007; SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010); autopercepção de saúde positiva (CARRASCO-GARRIDO et al., 2008; JIMENEZ RUBIO; HERNANDEZ QUEVEDO, 2008) e menor acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2012; VILARINO et al., 1998).

Os analgésicos e antipiréticos estão entre os medicamentos mais utilizados sem prescrição, em todas as faixas etárias (CARRASCO-GARRIDO et al., 2008; GOULART et al., 2012a; LOYOLA FILHO et al., 2005; SANTOS et al., 2013; SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010). Estudos realizados por Loyola-Filho et al. (2002) em Bambuí/MG mostraram que os medicamentos não prescritos mais consumidos pela população pesquisada foram: analgésicos/antipiréticos (47,6%), seguido pelos antiespasmódicos, antiácidos e antidiarréicos (8,5%), antibióticos ou quimioterápicos (6,2%) e vitaminas, tônicos ou antianêmicos (4,7%). Outros estudos também encontraram perfis semelhantes de utilização (CARRASCO-GARRIDO et al., 2008; MARTINS et al., 2002; SÁ; BARROS; SÁ, 2007; SANTOS et al., 2013; SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010).

2.2.4 Medicamentos e Gênero

Nos estudos sobre as diferenças de saúde entre homens e mulheres, os pesquisadores fazem distinção entre sexo e gênero. O sexo é referido como um construto biológico, cujas características permitem a reprodução sexual. O gênero refere-se a um construto social, que diz respeito às convenções ligadas à cultura, papéis e comportamentos (KRIEGER, 2003). Essas definições tratam sexo e gênero como domínios distintos e reforçam o ponto de que algumas das diferenças de saúde entre homens e mulheres refletem riscos que resultam de diferenças biológicas.

As diferenças na saúde, no entanto, nem sempre são facilmente explicadas pela biologia, e podem refletir diferenças sociais, comportamentais e culturais (OBERMEYER et al., 2007; OBERMEYER et al., 2004). Springer, Stellman e Jordan-Young (SPRINGER; MAGER STELLMAN; JORDAN-YOUNG, 2012) sustentam o argumento de que, na grande maioria das pesquisas em saúde, sexo e gênero estão emaranhados e que as análises deveriam assumir que as medidas do sexo não são puras, mas também incluem os efeitos do gênero.

Em relação à utilização de medicamentos, a literatura revela que o maior uso por mulheres não pode simplesmente ser atribuído à maior probabilidade de uso de medicamentos relacionados à sua função reprodutiva ou sexual (OBERMEYER et al., 2004). Vários estudos mostraram que os medicamentos não são apenas compreendidos como uma maneira de solucionar problemas, mas também apresentam valor simbólico; as informações sobre os mesmos são interpretadas à luz do conhecimento local; e a iniciação, adesão e descontinuação do uso são influenciadas pelas formas com as quais os medicamentos são percebidos e como eles se encaixam dentro de sistemas locais de troca (LEIPERT et al., 2008; OBERMEYER et al., 2007; OBERMEYER et al., 2004). Essa dimensão social do uso não pode ser desconsiderada; da mesma forma, ela deve ser analisada sob a perspectiva do comportamento de homens e mulheres. Assim, a investigação dos padrões e dos fatores associados à utilização de medicamentos em homens e mulheres quilombolas pode auxiliar na melhor qualidade do seu uso por esta população, mostrando diferenças importantes entre os dois grupos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o uso de medicamentos e a prática de automedicação pela população adulta de comunidades quilombolas da cidade de Vitória da Conquista/BA.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar as prevalências de uso de medicamentos e automedicação entre os participantes;
- Descrever os medicamentos utilizados segundo o sexo e como automedicação;
- Investigar a associação entre o uso de medicamentos e variáveis demográficas, socioeconômicas, indicadores da condição e da utilização do serviço de saúde;
- Investigar a associação entre o uso de medicamentos e variáveis demográficas, socioeconômicas, indicadores da condição e da utilização do serviço de saúde da população estudada nos estratos populacionais feminino e masculino;
- Investigar a associação entre automedicação e variáveis demográficas, socioeconômicas, indicadores da condição e da utilização do serviço de saúde.

4 MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO, POPULAÇÃO E AMOSTRA

Este trabalho faz parte do Projeto COMQUISTA (Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista: Avaliação de Condicionantes de Saúde) (BEZERRA et al., 2013), desenvolvido em 2011, que teve por objetivo analisar as condições de vida, a situação de saúde, acesso e uso de serviços de saúde da população quilombola, por meio de inquérito de base populacional.

O estudo teve delineamento seccional e utilizou abordagem domiciliar. A população alvo foi composta por indivíduos residentes em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista/BA, certificadas pela Fundação Palmares, com idade igual ou maior que 18 anos e menores de 5 anos. Para o desenvolvimento deste trabalho, foram utilizados apenas os indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos.

A Fundação Palmares registrava, em 2011, 25 comunidades quilombolas certificadas em Vitória da Conquista, sediadas em 05 distritos da região, segundo informações da Secretaria Municipal da Saúde (SMS, 2010a). No estudo foram incluídas apenas as comunidades com pelo menos 50 famílias cadastradas. Assim, a população elegível foi estimada em 2.935 indivíduos adultos, oriundos de 10 comunidades.

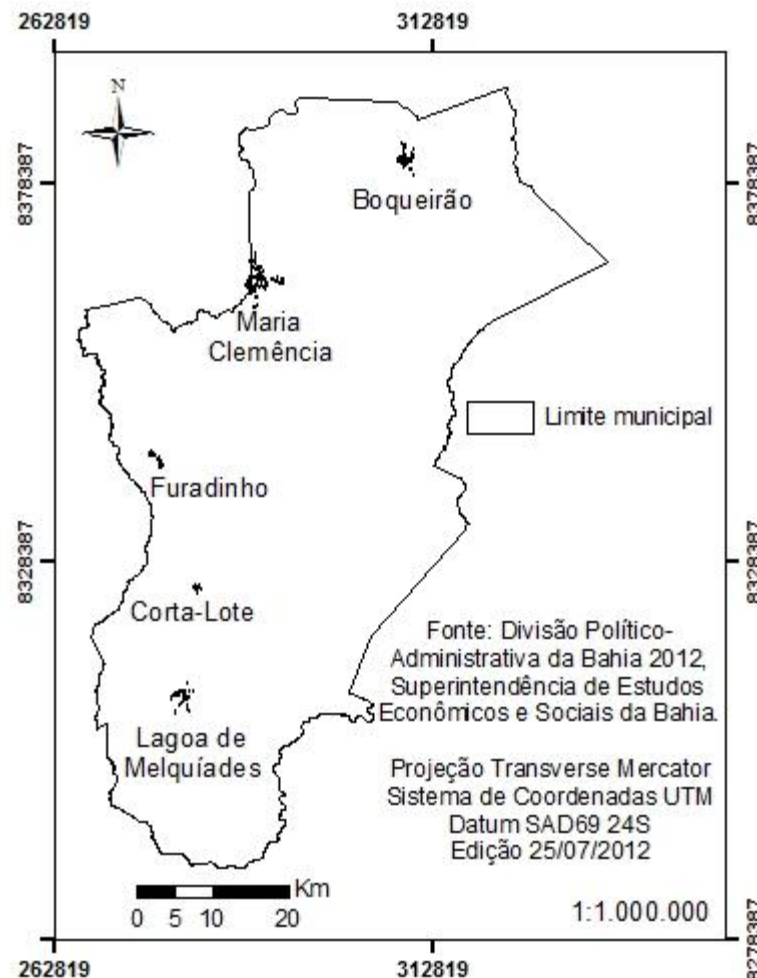
Os seguintes princípios amostrais foram utilizados: a) selecionar as comunidades por distrito, b) selecionar domicílios e c) convidar todos os adultos (18 anos ou mais) e menores de 5 anos residentes no domicílio sorteado.

Para o cálculo amostral, foram considerados os parâmetros: prevalência a priori de 50%, dada a heterogeneidade dos eventos a serem mensurados; precisão de 5%; nível confiança de 95%; efeito de desenho igual a 2; e 30% de perdas, totalizando 884 indivíduos adultos. Não foi realizado cálculo amostral para a população de crianças.

O plano amostral foi realizado em dois estágios: 1) seleção aleatória de comunidades quilombolas em cada distrito, considerando-se o tamanho populacional de cada uma. Para tanto, foi sorteado aleatoriamente um número entre um e a população total de cada distrito; a

comunidade cujo intervalo continha este número era selecionada. Não foi realizado sorteio em distritos com somente uma comunidade. Nesse estágio, foram selecionadas as comunidades de Corta Lote, Maria de Clemência, Furadinho, Lagoa de Melquíades e Boqueirão (Figura 1). 2) Seleção aleatória dos domicílios de acordo com a distribuição proporcional de domicílios por distrito. O sorteio foi realizado após a etapa do mapeamento, em que informações sobre cada domicílio foram geradas: identificação visual (fotográfica), mapas das comunidades com os domicílios sinalizados (gerados por GPS), correspondência do número do domicílio com os pontos do mapa, nome de um dos moradores e o número de elegíveis de cada domicílio. Para a confecção dos mapas, os dados do GPS foram transferidos para o programa *GPS TrackMaker*, versão 13.8, em seguida exportados para o *Quantum GIS*, versão 1.7.0 (SHERMAN et al., 2011).

Figura 1: Comunidades quilombolas participantes da pesquisa.
Projeto COMQUISTA, Vitória da Conquista/BA, 2011.



4.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a realização das entrevistas, foi utilizado o questionário semiestruturado da Pesquisa Nacional de Saúde (Pesquisa Nacional de Saúde - Inquérito Região Integrada do Distrito Federal, 2011), em versão adaptada para a população quilombola (Anexo 4). O questionário contemplou dois níveis de informação: o primeiro nível incluiu dados relativos aos domicílios, contendo 34 questões, e o segundo nível abordou dados sobre os indivíduos residentes com idade menor a 5 anos e igual ou maior a 18 anos, contendo 499 questões.

No nível domiciliar, o questionário apresentava 34 questões acerca de: 1) características gerais do domicílio; 2) bens materiais presentes no domicílio; 3) características contextuais sobre a vizinhança; 4) cobertura e atuação do Programa de Saúde da Família; 5) controle de endemias; 6) gastos com saúde; 7) renda e 8) alimentação.

No nível individual, as questões foram distribuídas em 9 módulos: 1) características demográficas, econômicas e apoio social; 2) autoavaliação do estado de saúde; 3) estilo de vida; 4) morbidade referida para os seguintes problemas de saúde: hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, anemia, asma ou bronquite asmática, artrite, problema crônico na coluna, hepatite, tuberculose, depressão, doença mental, doenças pulmonares e osteoporose; 5) acidentes e violência; 6) saúde da mulher; 7) saúde das crianças menores de cinco anos; 8) saúde do idoso e 9) desempenho do sistema de saúde.

Os questionários foram aplicados por meio de computadores portáteis (HP Pocket Rx5710), desenvolvidos com o programa *Questionnaire Development System* (QDSTM; NOVA Research Company), versão 2.6.1. Este *software*, utilizado na programação, armazenamento e gerenciamento dos dados, é composto por quatro aplicativos: 1) *Questionnaire Design Studio* para a construção do questionário, 2) CAPI e 3) HAPI para a visualização e aplicação dos questionários em computadores e *pockets*, respectivamente, e 4) *Warehouse Manager* para a organização, o armazenamento e o gerenciamento do banco de dados.

Também foram utilizados equipamentos de medidas e de aferição da pressão arterial para adultos. Em crianças foram utilizados apenas equipamentos de medidas antropométricas.

4.3 COLETA DE DADOS

O estudo-piloto foi realizado em julho de 2011, para verificar a dinâmica de recrutamento, testar os instrumentos de coleta de dados e confirmar a viabilidade da investigação. A coleta de dados em campo foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2011. Esta etapa contou com a participação dos docentes pesquisadores envolvidos no projeto e discentes da Universidade Federal da Bahia, divididos em cinco equipes, compostas por entrevistadores, supervisores e um coordenador de campo. Todos os procedimentos adotados foram padronizados utilizando *scripts* e manuais específicos. Em caso de algum impedimento à realização da entrevista por motivos de saúde, tais como surdez ou déficit cognitivo, as informações eram obtidas por *proxy*, parente ou cuidador, que auxiliava nos esclarecimentos.

Foram realizadas re-entrevistas em 5% da amostra, ocorridas no prazo máximo de uma semana após a realização da entrevista inicial, para avaliar a confiabilidade das respostas obtidas (BEZERRA et al., 2013).

4.4 VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES

Questões referentes a características sócio-demográficas, condições de saúde, uso de serviços de saúde e uso de medicamentos foram utilizadas neste trabalho. As variáveis dependentes foram uso de medicamentos e automedicação.

O uso de medicamentos foi obtido a partir da pergunta: “Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) usou medicamentos?” e comprovada por meio de apresentação da embalagem ou prescrição. Para aqueles que responderam sim, foram registrados nome, forma farmacêutica e dose de cada especialidade farmacêutica. Posteriormente, as especialidades foram classificadas de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC, 2000), nos níveis anatômico e terapêutico. Os medicamentos também foram classificados pela presença ou não na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) vigente no período (SMS, 2010b).

Para cada especialidade farmacêutica foi feita a pergunta: “Esse medicamento foi prescrito por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou dentista)?”. Neste trabalho, considerou-se automedicação como a utilização de pelo menos um medicamento não prescrito.

As variáveis independentes para a avaliação do uso de medicamentos foram sexo (masculino e feminino), idade (18 a 34 anos, 35 a 59 anos e 60 anos ou mais), estado conjugal (sem companheiro e com companheiro), escolaridade (nunca estudou, 1 a 4 anos de estudo e 5 anos ou mais), situação de trabalho (não trabalha atualmente e trabalha atualmente), nível econômico (classificação econômica definida pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, níveis C e B2, D e E) (ABEP, 2012), autopercepção do estado de saúde (muito bom/ bom, regular e ruim/ muito ruim), número de morbidades autorreferidas (nenhuma, 1 e 2 ou mais), frequência de visitas domiciliares de agente comunitário ou profissional de saúde (mensal, 1 a 6 vezes no ano e nunca recebeu) e número de consultas médicas nos últimos 12 meses (nenhuma, 1 a 2 e 3 ou mais). O trabalho doméstico foi considerado como “não trabalha atualmente”. O número de morbidades foi definido a partir do somatório das morbidades autorreferidas pelo entrevistado e relacionadas no questionário, a saber: hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, asma ou bronquite asmática, artrite, problema crônico na coluna, tuberculose, depressão, outra doença mental, doença pulmonar e osteoporose. Presença de hipertensão ou diabetes apenas na gravidez não foram consideradas.

Para a avaliação da automedicação foram utilizadas as variáveis sexo (masculino e feminino), idade (18 a 34 anos, 35 a 59 anos e 60 anos ou mais), estado conjugal (sem companheiro e com companheiro), escolaridade (em anos de estudo), situação de trabalho (não trabalha atualmente e trabalha atualmente), nível econômico (níveis C e B2, D e E), autopercepção do estado de saúde (muito bom/ bom, regular e ruim/ muito ruim), incapacidade de realizar atividades por problemas de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista (nenhum dia e 1 ou mais dias), grau de dores no corpo (nenhum, leve e médio/ intenso/ muito intenso), grau de dores de cabeça ou enxaqueca (nenhum, leve e médio/ intenso/ muito intenso), consumo de bebida alcoólica (não bebe ou consome bebida menos de 1 vez por mês e consome bebida 1 vez ou mais por mês), hábito de fumar (não fumante – ex-fumantes e não fumantes – e fumante), número de morbidades autorreferidas (nenhuma, 1 e 2 ou mais), procura por serviços de saúde (consulta médica, odontológica ou com outro profissional de saúde ou qualquer atendimento ambulatorial) nos 15 dias anteriores à entrevista (sim e não), número de consultas médicas nos últimos 12 meses (nenhuma, 1 a 2 e 3 ou mais) e número de medicamentos utilizados. Os serviços de saúde foram definidos como “consulta médica, odontológica ou com outro profissional de saúde ou qualquer atendimento ambulatorial, sem considerar internação hospitalar por 24h ou mais”.

As unidades de análise foram o indivíduo e os medicamentos. O número médio de medicamentos por entrevistado foi usado como indicador de intensidade de uso ou de automedicação em cada grupo (amostra total, homens e mulheres). A razão entre as médias foi utilizada para dimensionar a diferença entre os grupos (homens e mulheres). Cada especialidade foi também desdobrada em seus princípios ativos, com auxílio do Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (**Dicionário de Especialidades Farmacêuticas: DEF 2011/12**, 2011), para o cálculo do número médio de princípios ativos por entrevistado em cada grupo (amostra total, homens e mulheres).

4.5 ANÁLISES DOS DADOS

As diferenças entre as proporções foram testadas com a distribuição qui-quadrado de Pearson ou o qui-quadrado de tendência linear. Para as mulheres, foi conduzida uma análise total e outra excluindo-se o uso de contraceptivos. As diferenças entre as médias foram comparadas por análise de variância. A Razão de Prevalência (RP) foi usada como medida de associação entre o uso de medicamentos ou a automedicação e as variáveis explicativas de interesse. Essa medida e seu intervalo de confiança de 95% (IC95%) foram estimadas por regressão de Poisson com variância robusta. Para o uso de medicamentos, a análise foi conduzida para a população total do estudo e nos estratos de homens e mulheres. Regressão de Poisson multivariada com variância robusta foi utilizada para obter estimativas das razões de prevalência para o uso de medicamento ou para a automedicação, ajustadas por potenciais fatores de confusão. Foram incluídas no modelo inicial todas as variáveis que, na análise univariada, apresentaram associação com uso de medicamentos ou automedicação em nível de significância inferior a 20%. Para todos os testes e para a permanência das variáveis no modelo final, utilizou-se nível de significância de 5%. Os modelos foram comparados pelos critérios de Akaike (AIC) e de informação Bayesiana (BIC). A adequação dos valores preditos pelos modelos aos valores observados foi avaliada pelo qui-quadrado. Os programas R, versão 2.11.1, e Stata, versão 10.0, foram utilizados na análise dos dados.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisas da Faculdade São Francisco de Barreiras (CAAE 0118.0.066.000-10, de 29/10/10) e da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0118.0.066.203-10, de 13/07/11), em consonância com o disposto na

Declaração de Helsinque e na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para a coleta dos dados, os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos e sigilo dos dados através da leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, expressando sua concordância em participar do estudo.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

No total, 797 indivíduos adultos responderam ao inquérito, dos quais 54,3% eram mulheres e a maioria dos participantes tinha entre 35 e 59 anos de idade (41,5%) (Tabela 1). A proporção de perdas (15,5%) foi inferior à prevista inicialmente no estudo, mas significativamente maior no gênero masculino e em indivíduos mais jovens (18 a 34 anos). Os principais motivos para as perdas foram ausência no domicílio e recusas. Aproximadamente 4,5% das entrevistas foram obtidas por *proxy*, parente ou cuidador, que auxiliou nos esclarecimentos.

A maioria dos entrevistados (61,4%) vivia com companheiro e 72,4% tinha até 4 anos completos de estudo (Tabela 1). Mais da metade dos indivíduos informou que não estava trabalhando à época da pesquisa e 85,6% pertencia aos níveis econômicos D ou E.

Houve predominância de autopercepção de saúde boa ou muito boa (44,8%) e 76,4% dos entrevistados informaram não terem apresentado incapacidade de realizar atividades por motivo de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista. Em relação ao grau de sintomatologia dolorosa, 43,2 e 35,5% referiram grau médio, intenso ou muito intenso de dores no corpo e de cabeça, respectivamente. A maioria dos indivíduos não consumia bebida alcoólica (74,8%) e não fumava (80,4%) (Tabela 1).

Dentre as morbidades pesquisadas, 41,2% dos entrevistados relataram não apresentá-las. Em relação à utilização dos serviços de saúde, metade dos participantes não consultou médico e 50,3% dos participantes teve visita mensal de agente comunitário ou profissional de saúde. A prevalência de uso de medicamentos foi de 41,9% (IC95%=38,5-45,4), dos quais 73,9% eram exclusivamente prescritos. A prevalência de automedicação foi de 10,9% (IC95%=8,7-13,1); considerando-se apenas os usuários de medicamentos este valor passou a ser 26,1%. (IC95%=21,3-30,8).

Homens e mulheres diferiram em algumas características, como observado na tabela 2. Havia mais mulheres na faixa etária mais jovem (18 a 34 anos), enquanto que 45,1% dos homens estavam concentrados na faixa etária de 35 a 59 anos. Foi encontrada maior frequência de trabalho entre homens que entre mulheres. Quanto aos serviços de saúde, mulheres

apresentaram maior número de consultas médicas: 56,1% delas tiveram pelo menos 1 consulta médica no ano anterior. A prevalência de utilização de medicamentos foi significativamente maior em mulheres do que em homens.

Tabela 1 – Características da população estudada. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Variáveis	Total	
	n	%
Sexo		
Masculino	364	45,7
Feminino	433	54,3
Idade		
18 a 34 anos	289	36,3
35 a 59 anos	331	41,5
60 anos ou mais	177	22,2
Estado Conjugal		
Sem Companheiro(a)	308	38,6
Com Companheiro(a)	489	61,4
Escolaridade		
Nunca estudou	274	34,6
1 a 4 anos de estudo	299	37,8
5 anos ou mais	219	27,7
Situação de trabalho		
Não trabalha atualmente	408	51,2
Trabalha atualmente	389	48,8
Nível Econômico		
E	275	34,8
D	401	50,8
C e B2	114	14,4
Autopercepção do estado de saúde		
Muito Bom/ Bom	356	44,8
Regular	337	42,4
Ruim/ Muito Ruim	101	12,7
Incapacidade de realizar atividades por problemas de saúde nos últimos 15 dias		
Nenhum dia	594	76,4
1 ou mais dias	184	23,6
Grau de dores no corpo		
Nenhum	235	29,7
Leve	215	27,1
Médio/ Intenso/ Muito Intenso	342	43,2
Grau de dores de cabeça ou enxaqueca		
Nenhum	282	35,6
Leve	229	28,9
Médio/ Intenso/ Muito Intenso	281	35,5
Consumo de bebida alcoólica		
Não bebe ou consome bebida menos de 1 vez por mês	595	74,8
Consome bebida 1 vez ou mais por mês	201	25,2
Hábito de fumar		
Não fumante (ex-fumantes e não fumantes)	641	80,4
Fumante	156	19,6

(continua)

(continuação)

Tabela 1 – Características da população estudada. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Variáveis	Total	
	n	%
Número de morbidades autorreferidas		
Nenhuma	328	41,2
1	280	35,1
2 ou mais	189	23,7
Frequência de visitas ACS*/ profissional de saúde		
Mensal	393	50,3
1 a 6 vezes no ano	193	24,7
Nunca recebeu	195	25,0
Procura por serviços de saúde nos últimos 15 dias		
Não	720	90,9
Sim	72	9,1
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses		
Nenhuma	399	50,1
1 a 2	247	31,0
3 ou mais	151	18,9
Uso de medicamentos nos últimos 15 dias		
Não	463	58,1
Sim	334	41,9
Automedicação		
Não	710	89,1
Sim	87	10,9

*ACS - Agente Comunitário de Saúde

Tabela 2 – Características da população estudada segundo o sexo. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Variáveis	Homens		Mulheres		p-valor
	n	%	n	%	
Idade					0,028*
18 a 34 anos	114	31,3	175	40,4	
35 a 59 anos	164	45,1	167	38,6	
60 anos ou mais	86	23,6	91	21,0	
Estado Conjugal					0,808
Sem Companheiro(a)	139	38,2	169	39,0	
Com Companheiro(a)	225	61,8	264	61,0	
Escolaridade					0,488
Nunca estudou	129	35,5	145	33,8	
1 a 4 anos de estudo	129	35,5	170	39,6	
5 anos ou mais	105	28,9	114	26,6	
Situação de trabalho					0,000*
Não trabalha atualmente	89	24,5	319	78,2	
Trabalha atualmente	275	75,5	114	26,3	
Nível Econômico					0,982
E	125	34,5	150	35,1	
D	184	50,8	217	50,7	
C e B2	53	14,6	61	14,2	
Autopercepção do estado de saúde					0,133
Muito Bom/ Bom	169	46,4	187	43,5	
Regular	142	39,0	195	45,3	
Ruim/ Muito Ruim	53	14,6	48	11,2	
Número de morbidades autorreferidas					0,462
Nenhuma	158	43,4	170	39,3	
1	121	33,2	159	36,7	
2 ou mais	85	23,4	104	24,0	
Frequência de visitas ACS[†]/ profissional de saúde					0,912
Mensal	178	49,7	215	50,8	
1 a 6 vezes no ano	91	25,4	102	24,1	
Nunca recebeu	89	24,9	106	25,1	
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses					0,001*
Nenhuma	209	57,4	190	43,9	
1 a 2	94	25,8	153	35,3	
3 ou mais	61	16,8	90	20,8	
Uso de medicamentos nos últimos 15 dias					0,000*
Não	248	68,1	215	49,7	
Sim	116	31,9	218	50,3	

*Valores significantes ($p < 0,05$) – distribuição qui-quadrado para comparação entre homens e mulheres.

[†]ACS - Agente Comunitário de Saúde

5.2 USO DE MEDICAMENTOS

Os participantes utilizaram um total de 714 medicamentos, correspondendo a 853 princípios ativos (média = 1,07 princípios ativos por indivíduo; desvio padrão = 1,74; amplitude = 0 a 15). A maioria dos medicamentos foi prescrita por médico, dentista ou enfermeiro (83,3%) e 70,0% deles constavam na REMUME.

As médias de princípios ativos utilizados diferiram entre homens e mulheres ($p = 0,006$), sendo de 0,88 (desvio padrão = 1,81) entre os homens e de 1,23 (desvio padrão = 1,67) entre as mulheres. Excluindo-se o uso de contraceptivos, a diferença entre as médias foi menor (média entre as mulheres 1,12; desvio padrão = 1,65), mas ainda estatisticamente significativa ($p = 0,050$).

5.2.1 Perfil de Utilização de Medicamentos

5.2.1.1 População Total

As especialidades farmacêuticas mais utilizadas atuavam sobre os sistemas cardiovascular, nervoso, aparelho digestivo e metabolismo e músculo-esquelético (Tabelas 3 e 4), com médias de consumo superiores também nesses grupos. Os diuréticos foram o subgrupo terapêutico mais consumido (média de 0,15 por indivíduo), seguidos pelos agentes com ação no sistema renina-angiotensina (0,13), analgésicos (0,08) e anti-inflamatórios e antirreumáticos (0,07). No aparelho digestivo e metabolismo, predominaram os fármacos utilizados para diabetes (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das especialidades farmacêuticas por grupos e subgrupos, segundo a classificação anatômica e terapêutica (níveis 1 e 2 da ATC)*, e razão de número de medicamentos por indivíduo. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Grupo anatômico e terapêutico	n	%	med/ind[†]
Aparelho Digestivo e Metabolismo	81	11,3	0,10
Farmacos para desordens ácido gástricas	18	2,5	0,02
Antieméticos e antinauseantes	6	0,8	0,01
Fármacos utilizados para diabetes	33	4,6	0,04
Vitaminas	13	1,8	0,02
Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	27	3,8	0,03
Agentes antitrombóticos	18	2,5	0,02
Preparações antianêmicas	8	1,1	0,01
Sistema Cardiovascular	314	44,0	0,39
Cardioterápicos	10	1,4	0,01
Diuréticos	118	16,5	0,15
β-bloqueadores	36	5,0	0,05
Bloqueadores dos canais de cálcio	22	3,1	0,03
Agentes com ação no sistema renina-angiotensina	102	14,3	0,13
Antilipêmicos	22	3,1	0,03
Sistema Genitourinário e Hormônios Sexuais	26	3,6	0,03
Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	23	3,2	0,03
Anti-infecciosos de Uso Sistêmico	19	2,7	0,02
Antibacterianos para uso sistêmico	18	2,5	0,02
Sistema Músculoesquelético	80	11,2	0,10
Produtos anti-inflamatórios e antirreumáticos	56	7,8	0,07
Relaxantes musculares	23	3,2	0,03
Sistema Nervoso	108	15,1	0,14
Analgésicos	64	9,0	0,08
Antiepiléticos	17	2,4	0,02
Psicolépticos	13	1,8	0,02
Sistema Respiratório	27	3,8	0,03
Fármacos para doenças obstrutivas das vias aéreas	7	1,0	0,01
Preparações para tosse e resfriado	7	1,0	0,01
Anti-histamínicos para uso sistêmico	13	1,8	0,02
Órgãos dos Sentidos	11	1,5	0,01
Fármacos para uso oftalmológico	11	1,5	0,01
Total	714	100,0	0,90

*Incluem os grupos anatômicos terapêuticos (1º nível ATC) com frequência superior a 2% e os subgrupos terapêuticos (2º nível ATC) mais frequentes, totalizando pelo menos 80,0% dentro de cada nível.

[†]med/ind é o número de medicamentos por indivíduo.

5.2.1.2 Homens e Mulheres

As médias de consumo de medicamentos foram superiores entre as mulheres em quase todos os grupos terapêuticos (Tabela 4). A frequência relativa de medicamentos para o sistema cardiovascular foi superior a 40,0% tanto em homens quanto em mulheres. Os subgrupos terapêuticos mais comumente utilizados foram diuréticos, agentes com ação no sistema renina-angiotensina e beta-bloqueadores, cujas proporções foram superiores entre as mulheres, com exceção dos beta-bloqueadores. Diferenças expressivas entre os sexos foram observadas para os diuréticos, cujo consumo entre as mulheres foi 90% maior que o dos homens, e para os beta-bloqueadores, com maior consumo entre os homens.

Os fármacos com ação no sistema nervoso foram representados principalmente por analgésicos, antiepiléticos e psicodélicos, dentre estes, apenas os antiepiléticos foram mais consumidos por homens (50% a mais). Os analgésicos foram utilizados por mulheres numa proporção de 2 vezes o consumo por homens. Os subgrupos terapêuticos do aparelho digestivo e metabolismo mais encontrados foram fármacos utilizados para diabetes, desordens gástricas e vitaminas.

No sistema músculo-esquelético, relaxantes musculares e produtos anti-inflamatórios e antirreumáticos predominaram, com maior consumo por mulheres. Hormônios sexuais foram utilizados exclusivamente por mulheres, representando 5,2% dos medicamentos e uma razão de 0,05 (5% do grupo).

Tabela 4 – Distribuição das especialidades farmacêuticas por grupos e subgrupos, segundo a classificação anatômica e terapêutica (níveis 1 e 2 da ATC)*, e razão de número de medicamentos por indivíduo, de acordo com o gênero. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Grupo anatômico e terapêutico	Homens			Mulheres		
	n	%	med /ind [†]	n	%	med /ind [†]
Aparelho Digestivo e Metabolismo	35	13,0	0,10	46	10,3	0,11
Farmacos para desordens ácido gástricas	7	2,6	0,02	11	2,5	0,03
Antieméticos e antinauseantes	3	1,1	0,01	3	0,7	0,01
Fármacos utilizados para diabetes	13	4,8	0,04	20	4,5	0,05
Vitaminas	9	3,3	0,02	4	0,9	0,01
Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	10	3,7	0,03	17	3,8	0,04
Agentes antitrombóticos	7	2,6	0,02	11	2,5	0,03
Preparações antianêmicas	2	0,7	0,01	6	1,3	0,01
Sistema Cardiovascular	114	42,4	0,31	200	44,9	0,46
Cardioterápicos	7	2,6	0,02	3	0,7	0,01
Diuréticos	35	13,0	0,10	83	18,7	0,19
β-bloqueadores	15	5,6	0,04	21	4,7	0,05
Bloqueadores dos canais de cálcio	5	1,9	0,01	17	3,8	0,04
Agentes com ação no sistema renina-angiotensina	38	14,1	0,10	64	14,4	0,15
Antilipêmicos	12	4,5	0,03	10	2,2	0,02
Sistema Genitourinário e Hormônios Sexuais	0	0,0	0,00	26	5,8	0,06
Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	0	0,0	0,00	23	5,2	0,05
Anti-infecciosos de Uso Sistêmico	9	3,3	0,02	10	2,2	0,02
Antibacterianos para uso sistêmico	8	3,0	0,02	10	2,2	0,02
Sistema Músculoesquelético	33	12,3	0,09	47	10,6	0,11
Produtos anti-inflamatórios e antirreumáticos	23	8,6	0,06	33	7,4	0,08
Relaxantes musculares	10	3,7	0,03	13	2,9	0,03
Sistema Nervoso	39	14,5	0,11	69	15,5	0,16
Analgésicos	19	7,1	0,05	45	10,1	0,10
Antiepiléticos	10	3,7	0,03	7	1,6	0,02
Psicolépticos	5	1,9	0,01	8	1,8	0,02
Sistema Respiratório	11	4,1	0,03	16	3,6	0,04
Fármacos para doenças obstrutivas das vias aéreas	2	0,7	0,01	5	1,1	0,01
Preparações para tosse e resfriado	4	1,5	0,01	3	0,7	0,01
Anti-histamínicos para uso sistêmico	5	1,9	0,01	8	1,8	0,02
Órgãos dos Sentidos	7	2,6	0,02	4	0,9	0,01
Fármacos para uso oftalmológico	7	2,6	0,02	4	0,9	0,01
Total	269	100,0	0,74	445	100,0	1,03

*Incluem os grupos anatômicos terapêuticos (1º nível ATC) com frequência superior a 2% e os subgrupos terapêuticos (2º nível ATC) mais frequentes, totalizando pelo menos 80,0% dentro de cada nível.

[†]med/ind é o número de medicamentos por indivíduo.

5.2.2 Fatores Associados ao Uso de Medicamentos

5.2.2.1 População Total

A prevalência de utilização de medicamentos em mulheres foi significativamente superior à observada entre os homens, sendo de 50,3% e de 31,9%, respectivamente (Tabela 5). Quando os contraceptivos foram excluídos da análise, a frequência em mulheres reduziu para 46,4%, porém ainda significativamente maior do que a de homens (RP = 1,46; IC95% = 1,16 - 1,84).

Observou-se associação positiva e significativa entre o uso de medicamentos e sexo feminino, maior idade, melhor nível econômico (classes D, C e B2), pior estado de saúde autorreferido, maior número de doenças autorreferidas e maior número de consultas médicas nos 12 meses anteriores (Tabela 5). Associação negativa e significativa foi observada com escolaridade de 5 anos completos de estudo ou mais e trabalho à época da entrevista.

A média de princípios ativos utilizados pelos entrevistados foi significativamente maior entre indivíduos do sexo feminino, com mais idade, menor escolaridade, que não trabalhavam, de melhor nível econômico, com pior avaliação de saúde, maior número de doenças relatadas e de consultas médicas (Tabela 5).

Tabela 5 – Associação entre o uso de medicamentos e variáveis avaliadas. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Variáveis	Uso de Medicamentos		
	%	RP [§] (IC95%) [‡]	média (DP) [¶]
Sexo			†p=0,0057*
Masculino	31,9	1,00	0,88 (1,81)
Feminino	50,3	1,58 (1,32;1,89)	1,23 (1,67)
Idade			†p=0,0000*
18 a 34 anos	29,8	1,00	0,60 (1,09)
35 a 59 anos	38,4	1,29 (1,03;1,61)	0,91 (1,50)
60 anos ou mais	68,4	2,30 (1,87;2,82)	2,15 (2,43)
Estado Conjugal			†p=0,6268
Sem companheiro(a)	38,0	1,00	1,03 (1,75)
Com companheiro(a)	44,4	1,17 (0,98;1,39)	1,09 (1,74)
Escolaridade			†p=0,0001*
Nunca estudou	49,3	1,00	1,35 (2,07)
1 a 4 anos de estudo	42,1	0,86 (0,71;1,02)	1,10 (1,72)
5 anos ou mais	32,4	0,66 (0,52;0,82)	0,68 (1,18)
Situação de trabalho			†p=0,0000*
Não trabalha atualmente	50,2	1,00	1,32 (1,84)
Trabalha atualmente	33,2	0,66 (0,56;0,78)	0,81 (1,59)
Nível Econômico			†p=0,0062*
E	33,8	1,00	0,86 (1,63)
D	45,1	1,33 (1,10;1,63)	1,10 (1,67)
C e B2	50,9	1,50 (1,18;1,92)	1,46 (2,12)
Autopercepção do estado de saúde			†p=0,0000*
Muito Bom/ Bom	28,7	1,00	0,65 (1,29)
Regular	50,4	1,76 (1,45;2,14)	1,36 (2,03)
Ruim/ Muito Ruim	60,4	2,11 (1,68;2,65)	1,60 (1,77)
Número de morbidades autorreferidas			†p=0,0000*
Nenhuma	23,8	1,00	0,46 (0,94)
1	40,4	1,70 (1,33;2,16)	0,96 (1,67)
2 ou mais	75,7	3,18 (2,58;3,93)	2,30 (2,23)
Frequência de visitas ACS[¶]/ profissional de saúde			†p=0,6795*
Mensal	41,5	1,00	1,05 (1,71)
1 a 6 vezes no ano	43,5	1,05 (0,86;1,28)	1,17 (1,92)
Nunca recebeu	41,5	1,00 (0,82;1,23)	1,04 (1,62)
Número de consultas médicas			†p=0,0000*
Nenhuma	27,8	1,00	0,62 (1,35)
1 a 2	50,2	1,80 (1,48;2,21)	1,41 (2,05)
3 ou mais	65,6	2,36 (1,94;2,87)	1,70 (1,78)

*Valores significantes (p<0,05). †p-valor estimado por análise de variância. ‡IC95% - Intervalo de Confiança 95%. §RP – Razão de Prevalência. ¶DP – Desvio padrão. ¶ACS - Agente Comunitário de Saúde.

5.2.2.2 Homens e Mulheres

Na população masculina, observou-se associação positiva e significativa entre o uso de medicamentos e maior idade (60 anos ou mais), melhor nível econômico (classes C e B2), pior estado de saúde autorreferido, maior número de doenças autorreferidas e maior número de consultas médicas nos 12 meses anteriores (Tabelas 6 e 7). Observou-se associação negativa e significativa com escolaridade de 5 anos completos de estudo ou mais e trabalho à época da entrevista.

Na população feminina, considerando o uso de contraceptivos, a probabilidade de usar medicamentos não diferiu com a situação de trabalho e a idade de 35 a 59 anos também mostrou aumentar o uso; todas as demais associações foram encontradas. Quando os hormônios sexuais femininos foram excluídos da análise, observou-se mudança na magnitude, mas não na direção das associações encontradas.

De um modo geral, a média de princípios ativos utilizados pelos entrevistados foi significativamente maior entre indivíduos com mais idade, menor escolaridade, com pior avaliação de saúde, maior número de doenças relatadas e de consultas médicas (Tabelas 6 e 7). Entre as mulheres a média também aumentou nos indivíduos de melhor nível econômico, e, entre os homens, naqueles que não trabalhavam. A exclusão dos contraceptivos levou à redução do número de fármacos entre as mulheres, principalmente na faixa de 18 a 34 anos.

As diferenças no consumo de medicamentos entre homens e mulheres foram mais expressivas na faixa etária mais jovem, com maior escolaridade, pior nível econômico, melhor percepção de saúde, menor número de morbidades e de consultas médicas. Essa diferença é reduzida em indivíduos com 60 anos ou mais, que apresentam duas ou mais morbidades e que realizaram três ou mais consultas médicas no ano anterior à entrevista. Os hormônios sexuais refletiram maior proporção de consumo de medicamentos na faixa etária de 18 a 34 anos, em mulheres com 5 anos ou mais de estudo, que avaliaram a sua saúde como muito boa ou boa, sem morbidades e com menor número de consultas médicas.

Tabela 6 – Associação entre o uso de medicamentos e variáveis demográficas e socioeconômicas, segundo o sexo. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Variáveis	Uso de Medicamentos								
	Homens			Mulheres			Mulheres (exceto contraceptivos)		
	%	RP [§] (IC95%) [‡]	média (DP) [¶]	%	RP [§] (IC95%) [‡]	média (DP) [¶]	%	RP [§] (IC95%) [‡]	média (DP) [¶]
Idade			†p=0,0000*			†p=0,0000*			†p=0,0000*
18 a 34 anos	20,2	1,00	0,34 (0,80)	36,0	1,00	0,76 (1,22)	28,6	1,00	0,57 (1,09)
35 a 59 anos	24,4	1,21 (0,77;1,90)	0,68 (1,56)	52,1	1,45 (1,13;1,85)	1,13 (1,41)	49,7	1,74 (1,31;2,30)	1,07 (1,38)
60 anos ou mais	61,3	3,05 (2,04;4,57)	1,99 (2,59)	74,7	2,08 (1,65;2,62)	2,30 (2,28)	74,7	2,62 (2,01;3,40)	2,30 (2,28)
Estado Conjugal			†p=0,6783			†p=0,7569			†p=0,9964
Sem companheiro(a)	27,3	1,00	0,83 (1,79)	46,8	1,00	1,20 (1,70)	44,4	1,00	1,12 (1,67)
Com companheiro(a)	34,7	1,27 (0,92;1,76)	0,92 (1,82)	52,7	1,13 (0,92;1,37)	1,25 (1,65)	47,7	1,08 (0,87;1,33)	1,13 (1,63)
Escolaridade			†p=0,0179*			†p=0,0055*			†p=0,0007*
Nunca estudou	38,8	1,00	1,16 (2,19)	58,6	1,00	1,52 (1,95)	56,6	1,00	1,47 (1,94)
1 a 4 anos de estudo	31,0	0,80 (0,57;1,12)	0,93 (1,85)	50,6	0,86 (0,71;1,06)	1,24 (1,60)	46,5	0,82 (0,66;1,02)	1,14 (1,58)
5 anos ou mais	24,8	0,64 (0,43;0,95)	0,49 (1,01)	39,5	0,67 (0,52;0,88)	0,85 (1,29)	33,3	0,59 (0,44;0,79)	0,68 (1,21)
Situação de trabalho			†p=0,0001*			†p=0,4407			†p=0,2544
Não trabalha atualmente	50,6	1,00	1,53 (2,07)	50,2	1,00	1,26 (1,77)	47,0	1,00	1,18 (1,75)
Trabalha atualmente	25,8	0,51 (0,38;0,68)	0,68 (1,66)	50,9	1,01 (0,82;1,25)	1,12 (1,34)	44,7	0,95 (0,75;1,20)	0,97 (1,31)
Nível Econômico			†p=0,1051			†p=0,0424*			†p=0,0147*
E	24,8	1,00	0,64 (1,50)	41,3	1,00	1,04 (1,72)	36,7	1,00	0,92 (1,68)
D	34,8	1,40 (0,97;2,02)	0,96 (1,83)	53,9	1,30 (1,04;1,64)	1,22 (1,51)	49,3	1,34 (1,05;1,73)	1,11 (1,50)
C e B2	39,6	1,60 (1,02;2,51)	1,23 (2,29)	60,7	1,47 (1,11;1,94)	1,67 (1,95)	60,7	1,65 (1,24;2,21)	1,64 (1,89)

*Valores significantes (p<0,05). †p-valor estimado por análise de variância. ‡IC95% - Intervalo de Confiança 95%. §RP – Razão de Prevalência. ¶DP – Desvio padrão.

Tabela 7 – Associação entre o uso de medicamentos e variáveis indicadoras da condição de saúde e do uso de serviços de saúde, segundo o sexo. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Variáveis	Uso de Medicamentos								
	Homens			Mulheres			Mulheres (exceto contraceptivos)		
	%	RP [§] (IC95%) [‡]	média (DP) [¶]	%	RP [§] (IC95%) [‡]	média (DP) [¶]	%	RP [§] (IC95%) [‡]	média (DP) [¶]
Autopercepção do estado de saúde			†p=0,0002*			†p=0,0000*			†p=0,0000*
Muito Bom/ Bom	21,9	1,00	0,49 (1,08)	34,8	1,00	0,80 (1,44)	27,8	1,00	0,65 (1,39)
Regular	36,6	1,67 (1,17;2,39)	1,14 (2,31)	60,5	1,74 (1,39;2,18)	1,52 (1,79)	59,0	2,12 (1,64;2,75)	1,46 (1,77)
Ruim/ Muito Ruim	50,9	2,33 (1,58;3,43)	1,47 (1,88)	70,8	2,04 (1,56;2,66)	1,75 (1,64)	68,8	2,47 (1,83;3,34)	1,67 (1,60)
Número de morbidades autorreferidas			†p=0,0000*			†p=0,0000*			†p=0,0000*
Nenhuma	16,5	1,00	0,35 (0,90)	30,6	1,00	0,56 (0,98)	23,5	1,00	0,43 (0,91)
1	28,1	1,71 (1,09;2,69)	0,69 (1,73)	49,7	1,62 (1,23;2,14)	1,16 (1,59)	46,5	1,98 (1,44;2,72)	1,04 (1,52)
2 ou mais	65,9	4,00 (2,73;5,88)	2,15 (2,47)	83,7	2,73 (2,15;3,48)	2,41 (2,02)	83,7	3,56 (2,68;4,72)	2,38 (2,02)
Frequência de visitas ACS[¶]/ profissional de saúde			†p=0,4903*			†p=0,9759			†p=0,7077*
Mensal	29,8	1,00	0,85 (1,83)	51,2	1,00	1,21 (1,59)	45,1	1,00	1,07 (1,58)
1 a 6 vezes no ano	37,4	1,25 (0,88;1,78)	1,09 (2,06)	49,0	0,96 (0,76;1,21)	1,25 (1,80)	46,1	1,02 (0,79;1,32)	1,14 (1,72)
Nunca recebeu	31,5	1,06 (0,72;1,55)	0,79 (1,51)	50,0	0,98 (0,78;1,23)	1,25 (1,69)	49,1	1,09 (0,85;1,39)	1,23 (1,69)
Número de consultas médicas			†p=0,0000*			†p=0,0000*			†p=0,0000*
Nenhuma	22,5	1,00	0,52 (1,42)	33,7	1,00	0,73 (1,27)	29,0	1,00	0,62 (1,21)
1 a 2	35,1	1,56 (1,07;2,27)	1,20 (2,36)	59,5	1,77 (1,39;2,24)	1,54 (1,83)	54,9	1,90 (1,45;2,47)	1,40 (1,80)
3 ou mais	59,0	2,62 (1,89;3,64)	1,64 (1,70)	70,0	2,08 (1,63;2,65)	1,74 (1,85)	68,9	2,38 (1,83;3,10)	1,72 (1,85)

*Valores significantes (p<0,05). †p-valor estimado por análise de variância. ‡IC95% - Intervalo de Confiança 95%. §RP – Razão de Prevalência. ¶DP – Desvio padrão. ¶ACS - Agente Comunitário de Saúde.

5.2.3 Modelos de Regressão para o Uso de Medicamentos

5.2.3.1 População Total

Os seguintes fatores mostraram-se independentemente associados a uma maior frequência de utilização de medicamentos pela população quilombola: a) sexo feminino; b) idade de 60 anos ou mais; c) nível econômico mais alto, com gradiente dose-resposta; d) avaliação ruim ou muito ruim do estado de saúde; e) maior número de morbidades autorreferidas, com gradiente dose-resposta; e, f) maior número de consultas médicas, também apresentando gradiente dose-resposta (Tabela 8).

5.2.3.2 Homens e Mulheres

Após ajuste, mostraram-se independentemente associados à maior prevalência de utilização de medicamentos por homens quilombolas: a) idade de 60 anos ou mais, b) nível econômico mais alto, com gradiente dose-resposta, d) maior número de morbidades autorreferidas, também apresentando gradiente dose-resposta, e e) três ou mais consultas médicas (Tabela 8).

A análise ajustada para mulheres evidenciou associações com: a) idade de 60 anos ou mais, b) pior autopercepção da saúde, com gradiente dose-resposta, c) duas ou mais morbidades autorreferidas, e d) maior número de consultas médicas, também apresentando gradiente dose-resposta. A exclusão dos hormônios sexuais femininos da análise revelou gradiente dose-resposta com maior idade e número de morbidades autorreferidas, além de associação negativa com a classe econômica D (Tabela 8).

Os valores preditos por todos os modelos mostraram-se adequados aos valores observados.

Tabela 8 – Razões de prevalências ajustadas para a associação entre o uso de medicamentos e variáveis incluídas no modelo final de regressão. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Variáveis	Amostra Total	Homens	Mulheres	Mulheres (exceto contraceptivos)
	RP (IC95%) [†]	RP (IC95%) [†]	RP (IC95%) [†]	RP (IC95%) [†]
Sexo				
Masculino	1,00			
Feminino	1,53 (1,31;1,79)*			
Idade				
18 a 34 anos	1,00	1,00	1,00	1,00
35 a 59 anos	1,05 (0,85;1,29)	0,90 (0,57;1,40)	1,17 (0,92;1,48)	1,31 (1,01;1,70)*
60 anos ou mais	1,47 (1,19;1,81)*	1,70 (1,09;2,65)*	1,42 (1,12;1,80)*	1,58 (1,21;2,06)*
Nível Econômico				
E	1,00	1,00	-	1,00
D	1,26 (1,06;1,49)*	1,44 (1,05;1,98)*	-	0,72 (0,55;0,94)*
C e B2	1,40 (1,12;1,74)*	1,78 (1,19;2,67)*	-	0,84 (0,67;1,07)
Autopercepção do estado de saúde				
Muito Bom/ Bom	1,00	-	1,00	1,00
Regular	1,20 (0,99;1,44)	-	1,28 (1,02;1,59)*	1,38 (1,07;1,78)*
Ruim/ Muito Ruim	1,33 (1,06;1,66)*	-	1,42 (1,08;1,86)*	1,59 (1,18;2,14)*
Nº de morbidades autorreferidas				
0	1,00	1,00	1,00	1,00
1	1,42 (1,12;1,81)*	1,67 (1,06;2,62)*	1,31 (0,99;1,73)	1,51 (1,10;2,07)*
2 ou mais	2,18 (1,73;2,75)*	3,12 (2,04;4,78)*	1,88 (1,44;2,46)*	2,26 (1,65;3,10)*
Nº de consultas médicas				
Nenhuma	1,00	1,00	1,00	1,00
1 a 2	1,34 (1,11;1,62)*	0,97 (0,70;1,36)	1,52 (1,21;1,91)*	1,56 (1,22;1,99)*
3 ou mais	1,64 (1,36;1,99)*	1,44 (1,01;2,05)*	1,76 (1,41;2,21)*	1,85 (1,45;2,37)*

*Valores significantes (p<0,05) - teste de Wald (Z). [†]IC95% - Intervalo de Confiança 95%.

5.3 AUTOMEDICAÇÃO

Dos 714 medicamentos utilizados pelos participantes, 119 não foram prescritos por profissional de saúde (16,7%). Dentre estes, 26,1% eram associações medicamentosas e 31,1% constavam na REMUME. A frequência de associações medicamentosas encontrada entre os medicamentos exclusivamente prescritos foi de 9,6%.

5.3.1 Perfil de Automedicação

As especialidades farmacêuticas mais utilizadas como automedicação atuavam sobre os sistemas nervoso, músculo-esquelético e aparelho digestivo e metabolismo (Tabela 9), com médias de consumo superiores também nesses grupos. Os analgésicos foram o subgrupo terapêutico mais consumido (35,3%), seguidos pelos anti-inflamatórios e antirreumáticos (21,8%).

5.3.2 Fatores Associados à Automedicação

Observou-se associação positiva e significativa entre a automedicação e melhor nível econômico, estado de saúde autorreferido como regular, ter apresentado incapacitação por problemas de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, maior grau de dores no corpo e dores de cabeça ou enxaqueca e procura por serviços de saúde nos últimos 15 dias (Tabela 10).

A escolaridade e o número de medicamentos utilizados foram significativamente superiores entre os indivíduos que praticaram automedicação (Tabela 11). As razões de prevalência para automedicação estimadas para essas duas variáveis foram de 1,09 (IC95% = 1,04;1,14) e 1,26 (IC95% = 1,16;1,37), respectivamente, revelando existir uma associação positiva.

5.3.3 Modelo de Regressão para a Automedicação

Os seguintes fatores mostraram-se independentemente associados à prática da automedicação, nos 15 dias anteriores à entrevista, pela população quilombola: a) ter companheiro(a); b) maior escolaridade; c) nível econômico mais alto; d) sintomatologia dolorosa mais intensa; e e) utilização de um maior número de medicamentos (Tabela 12). A variável incapacitação por problemas de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, mesmo não apresentando significância

estatística ($p = 0,281$), foi mantida no modelo porque mostrou-se necessária para explicar o comportamento de automedicação. A avaliação do modelo sem essa variável levou à elevação expressiva do AIC e do BIC. Os valores preditos pelo modelo mostraram-se adequados aos valores observados.

Tabela 9 – Distribuição das especialidades farmacêuticas utilizadas como automedicação por grupos e subgrupos, segundo a classificação anatômica e terapêutica (níveis 1 e 2 da ATC)*. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Grupo anatômico e terapêutico	n	%
Aparelho Digestivo e Metabolismo	16	13,4
Farmacos para desordens ácido gástricas	5	4,2
Antieméticos e antinauseantes	2	1,7
Fármacos utilizados para diabetes	0	0,0
Vitaminas	4	3,4
Suplementos minerais	3	2,5
Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	3	2,5
Agentes antitrombóticos	1	0,8
Preparações antianêmicas	2	1,7
Sistema Cardiovascular	1	0,8
Cardioterápicos	0	0,0
Diuréticos	1	0,8
β-bloqueadores	0	0,0
Bloqueadores dos canais de cálcio	0	0,0
Agentes com ação no sistema renina-angiotensina	0	0,0
Antilipêmicos	0	0,0
Sistema Genitourinário e Hormônios Sexuais	6	5,0
Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	6	5,0
Anti-infecciosos de Uso Sistêmico	3	2,5
Antibacterianos para uso sistêmico	3	2,5
Sistema Músculoesquelético	35	29,4
Produtos anti-inflamatórios e antirreumáticos	26	21,8
Relaxantes musculares	9	7,6
Sistema Nervoso	42	35,3
Analgésicos	42	35,3
Antiepiléticos	0	0,0
Psicolépticos	0	0,0
Sistema Respiratório	10	8,4
Fármacos para doenças obstrutivas das vias aéreas	0	0,0
Preparações para tosse e resfriado	6	5,0
Anti-histamínicos para uso sistêmico	4	3,4
Órgãos dos Sentidos	0	0,0
Fármacos para uso oftalmológico	0	0,0
Total	119	100,0

*Incluem os grupos anatômicos terapêuticos (1º nível ATC) com frequência superior a 2% e os subgrupos terapêuticos (2º nível ATC) mais frequentes, totalizando pelo menos 80,0% dentro de cada nível.

†med/ind é o número de medicamentos por indivíduo.

Tabela 10 – Prevalência e razão de prevalência (RP) para automedicação, segundo variáveis avaliadas. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Variáveis	Automedicação	
	%	RP (IC95%) [†]
Sexo		
Masculino	9,9	1,00
Feminino	11,8	1,19 (0,80;1,78)
Idade		
18 a 34 anos	11,4	1,00
35 a 59 anos	12,4	1,08 (0,71;1,67)
60 anos ou mais	7,3	0,64 (0,35;1,19)
Estado Conjugal		
Sem Companheiro(a)	8,4	1,00
Com Companheiro(a)	12,5	1,48 (0,95;2,29)
Situação de trabalho		
Não trabalha atualmente	9,6	1,00
Trabalha atualmente	12,3	1,29 (0,87;1,92)
Nível Econômico		
E	5,1	1,00
D	13,0	2,55 (1,44;4,51)*
C e B2	17,5	3,45 (1,80;6,59)*
Autopercepção do estado de saúde		
Muito Bom/ Bom	8,2	1,00
Regular	14,8	1,82 (1,18;2,81)*
Ruim/ Muito Ruim	7,9	0,97 (0,46;2,06)
Incapacidade de realizar atividades por problemas de saúde nos últimos 15 dias		
Nenhum dia	9,4	1,00
1 ou mais dias	16,3	1,73 (1,15;2,61)*
Grau de dores no corpo		
Nenhum	5,5	1,00
Leve	11,6	2,10 (1,10;4,00)*
Médio/ Intenso/ Muito Intenso	14,0	2,54 (1,41;4,58)*
Grau de dores de cabeça ou enxaqueca		
Nenhum	7,5	1,00
Leve	10,9	1,47 (0,84;2,55)
Médio/ Intenso/ Muito Intenso	14,2	1,91 (1,16;3,16)*
Consumo de bebida alcoólica		
Não bebe ou consome bebida menos de 1 vez por mês	10,8	1,00
Consome bebida 1 vez ou mais por mês	11,4	1,06 (0,68;1,67)
Hábito de fumar		
Não fumante (ex-fumantes e não fumantes)	11,7	1,00
Fumante	7,7	0,66 (0,37;1,18)
Número de morbidades autorreferidas		
Nenhuma	11,9	1,00
1	11,4	0,96 (0,62;1,49)
2 ou mais	8,5	0,71 (0,41;1,24)

*Valores significantes (p<0,05) - teste de Wald (Z).[†]IC95% - Intervalo de Confiança 95%.

(continua)

(continuação)

Tabela 10 – Prevalência e razão de prevalência (RP) para automedicação, segundo variáveis avaliadas. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Variáveis	Automedicação	
	%	RP (IC95%) [†]
Procura por serviços de saúde nos últimos 15 dias		
Não	10,1	1,00
Sim	18,1	1,78 (1,04;3,05)*
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses		
Nenhuma	11,5	1,00
1 a 2	10,1	0,88 (0,55;1,39)
3 ou mais	10,6	0,92 (0,54;1,57)

*Valores significantes ($p < 0,05$) - teste de Wald (Z). [†]IC95% - Intervalo de Confiança 95%.

Tabela 11 – Média e desvio-padrão (DP) da escolaridade e número de medicamentos utilizados segundo a automedicação. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Variáveis	Automedicação			
	Sim		Não	
	Média	DP	Média	DP
Escolaridade (anos completos de estudo)	4,21	3,89	2,95	3,25
		p=0,0009*		
Número de medicamentos utilizados	1,71	1,08	0,80	1,43
		p=0,0000*		

*p-valor estimado por análise de variância.

Tabela 12 – Razões de prevalências ajustadas para automedicação das variáveis incluídas no modelo final de regressão. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Variáveis	RP (IC95%)
Estado Conjugal	
Sem Companheiro(a)	1,00
Com Companheiro(a)	1,67 (1,07;2,62)*
Escolaridade (em anos de estudo)	1,12 (1,06;1,18)*
Nível Econômico	
E	1,00
D	2,27 (1,23;4,18)*
C e B2	2,19 (1,06;4,51)*
Incapacidade de realizar atividades por problemas de saúde	
Nenhum dia	1,00
1 ou mais dias	1,28 (0,82;2,01)
Grau de dores no corpo	
Nenhum	1,00
Leve	1,54 (0,80;2,98)
Médio/ Intenso/ Muito Intenso	1,97 (1,05;3,69)*
Nº de medicamentos utilizados	1,25 (1,14;1,37)*

*Valores significantes ($p < 0,05$) - teste de Wald (Z).

6 DISCUSSÃO

As características da população deste estudo revelam o grau de vulnerabilidade social vivenciado pelas comunidades quilombolas de Vitória da Conquista. Apesar da semelhança no perfil demográfico com o da população brasileira quanto ao sexo e à idade, estudos anteriores demonstraram acesso precário ao saneamento básico e baixo nível socioeconômico (BEZERRA et al., 2013), sugerindo a necessidade da implantação de ações que melhorem a qualidade de vida e reduzam o grau de vulnerabilidade.

6.1 USO DE MEDICAMENTOS

6.1.1 Prevalência de Uso de Medicamentos

A prevalência de uso de medicamentos nesta população (41,9%) foi inferior à observada em estudos em Fortaleza/CE (49,7%) (ARRAIS et al., 2005), Lorena/SP (51,3%) (FLEITH et al., 2008), Pelotas/RS (65,9%) (BERTOLDI et al., 2004) e no Brasil (49,0%) (CARVALHO et al., 2005). Este fato pode ser parcialmente explicado pelo menor acesso a medicamentos pelos quilombolas, uma vez que residem em áreas rurais, onde existem barreiras geográficas para a assistência à saúde e estão predominantemente restritos aos serviços públicos de saúde. Corrobora com isso o alto percentual de medicamentos presentes na REMUME, uma vez que é frequente maior prescrição de medicamentos disponíveis em farmácias da rede municipal de saúde em populações de baixa renda.

Para indivíduos residentes em localidades mais distantes, desprovidas de transporte coletivo regular, deslocar-se do local de moradia para adquirir medicamentos pode ser bastante difícil (DAL PIZZOL et al., 2012). Outros estudos também documentaram dificuldades relacionadas ao acesso aos medicamentos em áreas rurais. No Canadá, Leipert et al. (2008) revelaram fatores que poderiam tanto ajudar quanto dificultar o acesso de mulheres a informações e terapias medicamentosas no ambiente rural (LEIPERT et al., 2008). Dentre os fatores elencados pelos autores, encontram-se: o acesso a prescrições medicamentosas pode estar mais dificultado em pequenas populações; o acesso limitado ou ausência de acesso a médicos e farmácias pode comprometer o acesso a medicamentos; a falta de anonimato pode inibir o acesso a medicamentos devido às tradições da comunidade e às crenças religiosas; entretanto, a falta de anonimato também pode tornar visível e conhecida a maior necessidade de cuidado

de outros, como pessoas mais idosas, aumentando a disposição com que os recursos seriam oferecidos aos mesmos, como a entrega de medicamentos; a familiaridade e pequenas populações também poderiam facilitar a confiança entre os residentes de zonas rurais e os profissionais do cuidado em saúde (LEIPERT et al., 2008).

Ressalta-se que entre as menores prevalências de uso de medicamentos observadas em estudos brasileiros com idosos, encontram-se aquelas verificadas em municípios de pequeno porte localizados no interior, como Bambuí/MG, 69,1% (LOYOLA FILHO et al., 2005); em áreas de baixo nível socioeconômico, área periférica de Fortaleza, 60,7% (COELHO FILHO et al., 2004); e em zonas rurais, Carlos Barbosa/RS, 63,5% (DAL PIZZOL et al., 2012). Ou seja, no que concerne aos resultados deste estudo, o uso de medicamentos nas comunidades quilombolas parece não diferir daquele observado em comunidades rurais e de baixa renda.

Corroborado pela literatura revisada, houve uma maior prevalência de utilização de medicamentos entre as mulheres (ARRAIS et al., 2005; BERTOLDI et al., 2004; CARVALHO et al., 2005; COELHO FILHO et al., 2004; COSTA et al., 2011; DABAN et al., 2010; DAL PIZZOL et al., 2012; FERNANDEZ-LIZ et al., 2008; RIBEIRO et al., 2008; SANS et al., 2002; THORELL et al., 2012). Segundo Bertoldi et al. (2004), essa diferença poderia estar relacionada aos hormônios sexuais femininos, uma vez que esses medicamentos, além de serem de uso exclusivo de mulheres, apresentam uma lógica de utilização diferente de outros medicamentos (contracepção). Entretanto, excluindo-se esta classe terapêutica da análise, a frequência ainda foi 46% maior do que nos homens.

Estudos que também excluíram os contraceptivos da análise dos dados encontraram resultados semelhantes aos mostrados. Bertoldi et al (2004) encontraram prevalência de uso de medicamentos por mulheres de 78,5%, que foi reduzida para 69,7% após a exclusão do grupo dos contraceptivos (BERTOLDI et al., 2004). Sans et al. reportaram prevalência de 76,2%, a qual foi reduzida para 72,9% (SANS et al., 2002). Nestes trabalhos, a diferença relativa variou (8,8% e 3,3%, respectivamente) provavelmente devido à utilização de diferentes faixas etárias; o primeiro incluiu indivíduos com idade de 20 anos e mais, enquanto que o segundo indivíduos com 23 anos e mais.

No presente estudo, apesar da inclusão de faixa etária mais ampla, mulheres com 18 anos e mais, a diferença relativa encontrada foi de 3,9%. Uma possível explicação para isso é que

quanto menor o nível de instrução da população, maior é a opção por métodos contraceptivos permanentes, em detrimento dos demais métodos, como os anticoncepcionais orais (AMORIM; BONIFÁCIO, 2010). Amorim e Bonifácio explicam esse fato pela incapacidade ou pequeno controle que as mulheres menos instruídas têm sobre sua vida reprodutiva, levando a uma maior taxa de fecundidade e maior demanda por interrupção desta, dado que o número de filhos desejado foi alcançado. Questões culturais também podem estar envolvidas, uma vez que o modelo familiar local ainda mantém para a mulher a tradição de casar, dar à luz e criar os filhos, à semelhança do relatado na comunidade quilombola de Olaria, em Irará/BA (SANTOS, 2009). Valores culturais e religiosos também foram relatados em estudos com mulheres rurais canadenses, os quais influenciaram o acesso a informações e a medicamentos relacionados às decisões reprodutivas (LEIPERT et al., 2008). Mais estudos são necessários para avaliar estas questões.

O maior consumo de medicamentos pelas mulheres é explicado por diversos autores em parte pela maior frequência em consultas médicas e, em consequência, pela maior probabilidade de detecção e diagnóstico de problemas de saúde (SANS et al., 2002); como também pela existência de vários programas de saúde brasileiros voltados para mulheres (pré-natal, prevenção de câncer de mama e de colo de útero), tornando-as mais propensas à medicalização (BERTOLDI et al., 2004). De fato, vários estudos retratam as dificuldades do acesso masculino aos serviços de saúde, seja em função da associação da figura do homem à invulnerabilidade, força e virilidade, ou devido à percepção de que os serviços de saúde são espaços feminilizados, provocando nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007; MACHIN et al., 2011). Nas comunidades quilombolas pesquisadas, o número de consultas médicas foi significativamente maior entre as mulheres.

6.1.2 Perfil de Utilização de Medicamentos

Considerando a classificação anatômica, os grupos de medicamentos mais utilizados foram aqueles que atuam nos sistemas cardiovascular, nervoso, aparelho digestivo e metabolismo e músculo-esquelético, em concordância com outros estudos nacionais de base populacional (COSTA et al., 2011) e em populações de idosos (COELHO FILHO et al., 2004; DAL PIZZOL et al., 2012; LOYOLA FILHO et al., 2005; RIBEIRO et al., 2008; ROZENFELD

et al., 2008). Outros estudos nacionais com a população adulta (BERTOLDI et al., 2004; CARVALHO et al., 2005) também mostraram dados semelhantes, embora o sistema ATC não tenha sido utilizado para a classificação dos medicamentos, o que limita as comparações.

Uma pesquisa na Cataluña, Espanha, revelou os mesmos grupos terapêuticos encontrados, no entanto numa diferente ordem de classificação, em que predominam os fármacos utilizados no sistema nervoso (SANS et al., 2002). Não existe um padrão fixo de prescrição, uma vez que a mesma depende das características do sistema de saúde e da população avaliada. Contudo, Ribeiro et al. (2008) afirmam ser possível que os prescritores assumam padrões de indicação em função da idade dos pacientes, de acordo com as pressões ideológicas e de mercado, o que poderia explicar as semelhanças observadas. Observou-se um grande consumo de analgésicos e anti-inflamatórios e antirreumáticos, o que pode estar relacionado a uma maior tendência à automedicação, comum entre os usuários destas classes terapêuticas (SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010), que ocorre em parte devido à venda livre e, muitas vezes, de forma irregular. De fato, 65,6% dos analgésicos e 46,4% dos produtos anti-inflamatórios e antirreumáticos não haviam sido prescritos por profissional de saúde.

Diferenças entre homens e mulheres também foram encontradas em relação ao uso de determinados grupos e subgrupos terapêuticos. A maior utilização por mulheres de fármacos dos sistemas cardiovascular, nervoso e músculo-esquelético está em consonância com estudos realizados na Espanha (SANS et al., 2002) e em idosos de Belo Horizonte, no Brasil (RIBEIRO et al., 2008). Neste trabalho, entretanto, o consumo de medicamentos pelo sexo feminino supera o masculino em quase todos os grupos e subgrupos terapêuticos, com exceção dos pertencentes aos órgãos dos sentidos (uso oftalmológico), antilipêmicos, cardioterápicos, antiepiléticos e vitaminas, diferindo da literatura pesquisada (RIBEIRO et al., 2008; SANS et al., 2002).

O maior uso de diuréticos por mulheres corrobora os achados de outros estudos (CARVALHO et al., 2005; RIBEIRO et al., 2008; SANS et al., 2002), embora a magnitude observada tenha sido maior. O consumo de analgésicos também foi superior ao consumo por homens, o que poderia ser explicado pela maior tendência do sexo feminino à automedicação (RIBEIRO et al., 2008; SANS et al., 2002). De fato, dentre os fármacos não prescritos consumidos pelas mulheres, 52,9% eram analgésicos. Em homens, essa proporção foi de 25,0%. Ribeiro et al. (2008) discutem algumas das diferenças no consumo de medicamentos

pela possível existência entre os homens de uma tendência ao maior uso de produtos empregados para tratar doenças cuja terapêutica farmacológica é bem estabelecida, enquanto que, entre as mulheres, haveria tendência de uma maior frequência de medicamentos para tratar sintomas ou adquiridos sem prescrição médica (RIBEIRO et al., 2008). Entre os indivíduos quilombolas isto foi observado para analgésicos, anti-inflamatórios e antiácidos, porém houve maior consumo de vitaminas pelos homens.

6.1.3 Fatores Associados ao Uso de Medicamentos

Observou-se utilização crescente de medicamentos dos indivíduos mais jovens para os idosos, cujo aumento foi maior para os homens. Essa tendência é consistente com a literatura revisada (BERTOLDI et al., 2004; CARVALHO et al., 2005; COSTA et al., 2011; DABAN et al., 2010; FLEITH et al., 2008; THORELL et al., 2012) e provavelmente reflete a maior prevalência de morbidades com o avanço da idade. Esse efeito foi confirmado nas análises ajustadas, indicando ser essa uma variável independentemente associada à utilização de medicamentos. No estrato de mulheres, a exclusão dos hormônios sexuais evidenciou o efeito da idade sobre o uso de medicamentos.

A escolaridade influenciou negativamente a quantidade de medicamentos utilizados em todos os grupos. Na comparação com estudos nacionais, esse achado difere do encontrado em idosos em Belo Horizonte/MG (RIBEIRO et al., 2008) e Rio de Janeiro/RJ (ROZENFELD et al., 2008), na população de Fortaleza/CE (ARRAIS et al., 2005) e brasileira (CARVALHO et al., 2005). Mas está de acordo com o da população de Pelotas/RS (BERTOLDI et al., 2004), no Sul do Brasil, e do condado de Östergötland, na Suécia (THORELL et al., 2012). O efeito, entretanto, não foi mantido após ajuste pelas demais variáveis. As comunidades pesquisadas apresentaram muita homogeneidade quanto ao nível de instrução (mais de 70% tinha até 4 anos completos de estudo), o que fez com que o ponto de corte nessa variável fosse menor que o adotado em outros estudos, dificultando as comparações. Além disso, outros fatores pesquisados, como a idade, também poderiam confundir a associação. De fato, uma associação entre idade e escolaridade foi encontrada e indicou que a proporção de indivíduos com 60 anos ou mais anos sem escolaridade foi de 75,7% (contra 33,3% e 10,8%, nos grupos etários de 35 a 59 e 18 a 34 anos, respectivamente) e, ao mesmo tempo, estes utilizaram mais medicamentos. Leipert et al (2008) relataram que um baixo nível de escolaridade resultou em má compreensão dos rótulos dos fármacos e na utilização de um maior número destes entre

mulheres canadenses que viviam em áreas rurais (LEIPERT et al., 2008). Considerando que a maioria da população quilombola tem baixo nível educacional, a necessidade de informações apropriadas sobre medicamentos torna-se bastante importante.

O consumo de medicamentos foi menor em indivíduos que trabalhavam à época da entrevista, no entanto essa diferença não foi significativa entre as mulheres. A frequência de trabalho neste grupo foi inferior a 30%, uma vez que, na população quilombola de Vitória da Conquista, as mulheres costumam exercer o trabalho doméstico. Sabe-se que o trabalho rural apresenta características que podem interferir na utilização dos fármacos. Dal Pizzol et al. (2012) ressaltam em seu trabalho que trabalhadores rurais que permanecem o dia inteiro na lavoura podem desistir de utilizar um ou mais medicamentos com mais frequência do que os urbanos, se o uso for dificultado pelas condições próprias do trabalho rural. O efeito da situação de trabalho após ajuste pelas demais variáveis, entretanto, não foi mantido. Provavelmente essa relação sofreu influência da idade, uma vez que, dentre os indivíduos que trabalhavam, 84,7% tinham até 59 anos, faixa etária de menor utilização de medicamentos pelos homens.

O maior uso de medicamentos entre os indivíduos de nível econômico mais alto foi consistente com o estudo de Bertoldi et al. (2004), embora não tenham sido identificados os níveis A e B1 na população quilombola (BERTOLDI et al., 2004). Outros estudos que utilizaram renda familiar mensal como indicador do nível econômico (ARRAIS et al., 2005; DAL PIZZOL et al., 2012; LOYOLA FILHO et al., 2005) também encontraram resultados semelhantes. Esta associação foi confirmada após análise ajustada na amostra total e no estrato de homens, contudo não foi significativa nas mulheres. Após ajuste, o grupo das mulheres sem uso de contraceptivos apresentou modificação inesperada na direção do efeito do nível econômico sobre o uso de medicamentos. Sabe-se que uma importante fonte de renda da população estudada provém de aposentadorias, a qual, por sua vez, é recebida por mais de 80% das pessoas com 60 anos ou mais, contribuindo para aumentar o nível econômico da família. Esse mesmo perfil é observado nos estratos de homens e mulheres. Assim, possivelmente em função do uso dos hormônios femininos exclusivamente nas faixas etárias até 59 anos, a frequência maior das mulheres mais velhas no grupo de usuárias de medicamentos tenha modificado a distribuição econômica.

Observou-se uma tendência de aumento da prevalência e de número de medicamentos com a piora do indicador da condição de saúde. A autopercepção de saúde mostrou-se

negativamente associada ao uso em todos os grupos, acompanhando os achados de outros estudos epidemiológicos (ARRAIS et al., 2005; BERTOLDI et al., 2004; CARVALHO et al., 2005; DABAN et al., 2010; FLEITH et al., 2008; RIBEIRO et al., 2008; ROZENFELD et al., 2008; SANS et al., 2002). O efeito dessa variável foi confirmado na análise ajustada, exceto para o grupo dos homens.

Outra variável também avaliada como indicadora da condição de saúde da população foi o número de morbidades autorreferidas, que revela problemas crônicos de saúde dos indivíduos. Esta variável apresentou-se associada ao uso de medicamentos, em todos os grupos, mesmo após ajuste. Chama a atenção a grande magnitude do efeito da presença de duas ou mais morbidades autorreferidas sobre o uso de medicamentos por homens. Schraiber et al. (2010) discutem que os homens procuram os serviços de saúde quando já apresentam doença manifesta, valorizando mais as práticas curativas que as preventivas ou de promoção à saúde (SCHRAIBER et al., 2010). Estas últimas seriam consideradas como “naturalmente” obrigatórias para as mulheres e poderiam ser compreendidas como parte da concepção tradicional de gênero, em que as mulheres seriam mais frágeis e também por ser o cuidar de si mesmas e dos homens relacionado ao âmbito feminino (SCHRAIBER et al., 2010).

As variáveis relacionadas aos serviços, frequência de visitas domiciliares de agente comunitário ou profissional de saúde e número de consultas médicas, mostraram comportamentos diferentes sobre o uso de medicamentos. A frequência de visitas domiciliares não se mostrou associada, mesmo sendo a população de estudo proveniente da zona rural e considerando-se esta visita como um momento em que poderia haver entrega de medicamentos.

As prevalências de uso de medicamentos aumentaram com o maior número de consultas médicas em todos os grupos, mesmo após ajuste, seguindo o apontado em outros estudos (ARRAIS et al., 2005; RIBEIRO et al., 2008; ROZENFELD et al., 2008). Arrais et al. (2005) sugerem que este fato pode estar relacionado à crescente medicalização da sociedade, onde a maioria das consultas finaliza com uma prescrição. Esse fato pode ser ainda mais acentuado em comunidades rurais, tendo em vista o conhecimento, pelo prescritor, da dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelos indivíduos. Schraiber et al. (2010) e Machin et al. (2011) afirmam que a medicalização das necessidades de saúde no Brasil ainda constitui um modo homogêneo de atuação dos profissionais da atenção primária e de reconhecimento

por parte dos usuários das suas necessidades (MACHIN et al., 2011; SCHRAIBER et al., 2010). O sistema de saúde brasileiro ainda enfrenta muitas dificuldades para superar as práticas deste modelo biomédico, visto que a população valoriza e prefere as práticas curativas, o atendimento individualizado e baseado na prescrição, às ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos. Aliada a essa prática, é frequente a irracionalidade na utilização dos medicamentos, o que pode causar diversos problemas, tais como reações adversas, doenças iatrogênicas, resistência (antimicrobianos) e gastos desnecessários (BERTOLDI et al., 2004). Nesse sentido, faz-se mister a adoção de estratégias educativas tanto para usuários quanto para prescritores para ampliar as ações preventivas e de promoção à saúde.

6.2 AUTOMEDICAÇÃO

A prevalência da prática de automedicação entre os indivíduos quilombolas (10,9%) foi inferior à observada em indivíduos de baixa renda no município de São Paulo (19,2%) (SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010), na população adulta espanhola (18,1%) (CARRASCO-GARRIDO et al., 2008) e em residentes de um distrito de Bogotá, na Colômbia (27,3%) (LOPEZ; DENNIS; MOSCOSO, 2009). Considerando apenas os usuários de medicamentos, a automedicação (26,1%) também foi menor que a encontrada em estudos em Bambuí/MG (46,0%) (LOYOLA FILHO et al., 2002), mas similar à observada em Lisboa e na região do Porto, em Portugal (26,2%) (MARTINS et al., 2002). As diferenças verificadas podem ser atribuídas a diversas questões. A distância geográfica do centro urbano, por si só, dificulta o acesso dos quilombolas a farmácias ou outros estabelecimentos para a aquisição de medicamentos sem prescrição. Em comunidades rurais, é frequente a utilização de plantas medicinais como alternativa viável para o tratamento de doenças ou para a manutenção da saúde (PINTO; AMOROZO; FURLAN, 2006; REZENDE; COCCO, 2002). Além disso, diferenças na regulação e fiscalização da venda dos medicamentos entre os países e ao longo do tempo, como a exigência de prescrição para a aquisição de antimicrobianos, podem ter provocado algumas das diferenças observadas, o que sugere cautela nas comparações.

Na população quilombola, a presença de associações medicamentosas foi maior entre os medicamentos utilizados sem prescrição do que entre os prescritos, o que constitui um dado preocupante, dada a vulnerabilidade social vivenciada. Em partes, essa questão pode ser devida à maior disponibilidade de medicamentos de venda livre em associação, estando assim

relacionada às características de oferta dos medicamentos. De qualquer modo, a prática inapropriada da automedicação aumenta o risco de eventos adversos, como interações medicamentosas e reações adversas, e de mascaramento de doenças, e pode retardar o correto diagnóstico (SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010). Em todas as comunidades pesquisadas, apesar da Estratégia de Saúde da Família em Vitória da Conquista estar presente, os problemas encontrados para o seu funcionamento, tais como a alta rotatividade de profissionais de nível superior e a precária infraestrutura para a realização dos atendimentos (VOLOCHKO, 2009), podem constituir importantes barreiras ao acesso e à utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos.

6.2.1 Perfil de Automedicação

A maior utilização de fármacos para o sistema nervoso (grupo ATC N), principalmente de analgésicos, na prática da automedicação pelos entrevistados é condizente com a literatura revisada, tanto em estudos com a população adulta (LOPEZ; DENNIS; MOSCOSO, 2009; SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010), quanto com idosos (LOYOLA FILHO et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2012). A grande frequência de fármacos para o sistema músculo-esquelético (grupo ATC M) e para o aparelho digestivo e metabolismo (grupo ATC A) também é consistente com os estudos; embora diferenças em relação à ordem com a qual estes grupos foram encontrados possam existir, principalmente quando a comparação é realizada com populações idosas (LOYOLA FILHO et al., 2005).

Outros trabalhos encontraram resultados semelhantes, porém a classificação ATC não foi utilizada (LOYOLA FILHO et al., 2002; SÁ; BARROS; SÁ, 2007; SANTOS et al., 2013; VILARINO et al., 1998). López, Dennis e Moscoso (2009) atribuem as semelhanças no perfil de automedicação, independentemente da metodologia, aos medicamentos de venda livre, que são utilizados para sintomas considerados leves, os quais não necessitariam de uma consulta médica (LOPEZ; DENNIS; MOSCOSO, 2009).

6.2.2 Fatores Associados à Automedicação

A automedicação na população estudada foi 67% maior em indivíduos que vivem com companheiro do que entre os que vivem sem companheiro, seguindo os achados de Carrasco-Garrido et al., (2008), na Espanha, e de Loyola Filho et al., (2002), em Bambuí/MG. Sabe-se

que algumas das modalidades de automedicação mais utilizadas são o compartilhamento com outros membros da família (ARRAIS et al., 1997) e a utilização de sobras de medicamentos (prescritos ou não) guardados no domicílio (MASTROIANNI et al., 2011). Indivíduos que vivem com companheiro provavelmente têm essas modalidades favorecidas.

Após ajuste pelas demais variáveis, o aumento de um ano de escolaridade mostrou elevar a frequência da automedicação em 12,0%. Resultados semelhantes foram observados na Espanha (CARRASCO-GARRIDO et al., 2008), em Portugal (MARTINS et al., 2002) e em São Paulo/SP (SCHMID; BERNAL; SILVA, 2010), porém com diferentes magnitudes e categorizações da variável. Vale ressaltar a baixa escolaridade encontrada nas comunidades visitadas, o que as tornam bastantes distintas dos estudos mencionados. Como a população idosa apresenta menor escolaridade, esse achado sugere que outras medidas de enfrentamento de doenças podem estar sendo utilizadas, como a medicina popular, característica de zonas rurais (PINTO; AMOROZO; FURLAN, 2006; REZENDE; COCCO, 2002).

Observou-se utilização crescente de medicamentos sem prescrição com a melhoria do nível econômico do indivíduo, mesmo após ajuste. Esse achado está consistente com os estudos de Schmid, Bernal e Silva (2010), na população adulta de baixa renda em São Paulo/SP, de Oliveira et al. (2012), em idosos em Campinas/SP, e de Loyola Filho et al. (2005), em idosos em Bambuí, embora nestes a situação econômica tenha sido estimada pela renda familiar mensal. Este resultado está de acordo com os encontrados para o uso de medicamentos, uma vez que o nível econômico mostrou-se um importante preditor da utilização de medicamentos pelos quilombolas e demonstra a importância da situação socioeconômica para a aquisição desses produtos pela população.

A automedicação foi maior entre os indivíduos que referiram estado de saúde regular e que apresentaram impossibilidade de realizar as atividades de rotina por problemas de saúde, acompanhando os achados de Loyola Filho et al. (2005). Estes efeitos, entretanto, mesmo explicando parcialmente o comportamento de automedicação, não foram significativos na análise ajustada.

Estudos conduzidos em diversos países mostram que o hábito da automedicação está relacionado à presença de sinais e sintomas menores, uma vez que doenças ou condições crônicas de saúde levariam ao uso de medicamentos prescritos (CARRASCO-GARRIDO et

al., 2008; LOPEZ; DENNIS; MOSCOSO, 2009; LOYOLA FILHO et al., 2002; VILARINO et al., 1998). Assim, era esperado que a automedicação aumentasse com a gravidade das dores percebidas no corpo ou na cabeça. Após o ajuste pelas possíveis variáveis de confusão, apenas a percepção de maior grau de dores no corpo mostrou-se independentemente associada à automedicação. Considerando ser esta uma população rural, as dores no corpo são bastante importantes por dificultarem o trabalho no campo, que geralmente necessita de grande esforço.

A procura por serviços de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista mostrou aumentar a utilização de medicamentos sem prescrição, contrastando com o observado em idosos de Campinas/SP (OLIVEIRA et al., 2012), entretanto não foi confirmada após ajuste.

O aumento do número de medicamentos utilizados relacionou-se a uma maior prevalência da automedicação, o que difere dos achados de Schmid, Bernal e Silva (2010). Este dado é alarmante, visto que a prática irracional da automedicação poderia aumentar muito o risco de interações medicamentosas e efeitos adversos, já que estes ocorrem mais frequentemente na polifarmácia.

6.3 LIMITAÇÕES

O trabalho apresenta algumas limitações. A perda diferencial, observada em homens e indivíduos na faixa etária de 18 a 34 anos, pode ter causado superestimação do uso de medicamentos tanto pela população total, como por indivíduos do sexo masculino, uma vez que é esperado um menor consumo nos grupos sub-representados. A falta de associação entre o uso de medicamentos e muitas variáveis no estudo sugere que essas não foram importantes preditoras do uso na população estudada. No entanto, como a amostra não foi projetada para testar as diferenças entre os sexos, pode não ter tido poder suficiente para detectar associações eventualmente existentes com algumas das variáveis. O gênero não foi coletado neste estudo. No entanto, as análises realizadas assumiram que as medidas de sexo também incluem os efeitos de gênero.

7 CONCLUSÕES

Entre os indivíduos quilombolas foi observada baixa prevalência de utilização de medicamentos, tanto por homens quanto por mulheres, o que pode significar maiores barreiras ao acesso vivenciadas por esta população, principalmente por pertencer à zona rural. Esse acesso parece estar ainda mais reduzido no sexo masculino, possivelmente em função da menor procura pelos serviços de saúde.

Não existem valores considerados ideais para a prevalência de utilização de medicamentos por uma população, assim, alguns aspectos positivos também podem ser visualizados com um menor uso, principalmente quando se pensa a respeito de problemas relacionados a medicamentos. Valores menores que os encontrados na literatura nacional e mundial também podem refletir diferentes estratégias utilizadas no enfrentamento de doenças, como, por exemplo, a medicina popular.

Apesar da subutilização de medicamentos, chama atenção a expressiva frequência daqueles considerados essenciais e presentes na REMUME, sugerindo que a principal via de obtenção desses produtos pode estar sendo via Sistema Único de Saúde. Assim, ressalta-se a importância de um sistema universal de saúde, pois o acesso em comunidades quilombolas poderia estar mais prejudicado caso não houvesse a oferta dos medicamentos.

Este estudo evidenciou que as mulheres, assim como idosos, são os grupos mais propensos ao uso de medicamentos, o que os expõe a uma maior probabilidade de eventos adversos aos mesmos, tais como reações adversas, resistência (antimicrobianos) e doenças iatrogênicas.

Nesta população, o maior número de consultas médicas também aumentou expressivamente a utilização, o que reforça a necessidade de intensificação das estratégias de promoção à saúde no cotidiano dos serviços. Entre as mulheres, a idade avançada, a percepção ruim da saúde, um maior número de morbidades e de consultas médicas aumentou a prevalência de uso de medicamentos. Entre os homens, além desses fatores, o nível econômico mais alto também apresentou efeito preditor sobre a utilização. Assim, visando garantir o uso mais racional dos medicamentos pela população, estratégias direcionadas ao prescritor e aos usuários deverão ser adotadas com maior enfoque nessas características. O conhecimento do perfil de utilização

de medicamentos pela população quilombola é o primeiro passo para compreender o acesso e subsidiar a discussão sobre o seu uso racional.

O efeito do maior número de morbidades sobre o uso de medicamentos nos homens teve grande magnitude em relação às mulheres, refletindo a característica masculina de busca pelo serviço de saúde apenas em situações de maior necessidade, já com a presença da doença. Sabe-se que, no âmbito da Atenção Primária em Saúde no Brasil, as ações focadas nos homens são escassas e, de um modo geral, voltadas aos homens jovens, enfatizando aspectos relativos à sexualidade, ou aos homens idosos, tratando do envelhecimento ou de doenças crônicas (SCHRAIBER et al., 2010). Nesse aspecto, reforça-se a necessidade de práticas de cuidado, com enfoque preventivo ou de promoção à saúde, direcionadas para o público masculino. De acordo com Aboud e Singla (ABOUD; SINGLA, 2012), um ponto crítico para mudar um comportamento de saúde é conhecer o público alvo. É preciso estar ciente de todas as influências, de modo a possibilitar criar expectativas realistas sobre o quanto de mudança será possível e as barreiras que serão enfrentadas (ABOUD; SINGLA, 2012).

Os resultados mostraram que a automedicação é um evento pouco frequente na população pesquisada e que os fatores associados à sua prática entre indivíduos quilombolas são muito semelhantes aos observados nos demais estudos. Entretanto, devido ao maior número de associações medicamentosas observadas entre os medicamentos não prescritos, à maior prevalência de automedicação com o maior número de medicamentos utilizados e à baixa escolaridade dos indivíduos, os riscos trazidos por esse hábito podem ser bastante preocupantes. A automedicação deveria ser vista pelos indivíduos como uma prática de autocuidado e de cuidado da família, com o objetivo de resolver problemas leves que não requereriam avaliação médica. Faz-se necessária a utilização de estratégias de promoção à saúde que visem esclarecer essa prática e advertir a população dos riscos quando a mesma é realizada de forma irracional.

Os resultados deste trabalho revelam dificuldades que indicam a necessidade da melhor implantação da Política Nacional de Medicamentos, a fim de garantir a principalmente a qualidade do uso dos medicamentos e o seu maior acesso pela população quilombola. O estudo mostra que é necessário fortalecer o princípio de integralidade da assistência terapêutica do Sistema Único de Saúde, especialmente a assistência farmacêutica. Não obstante, as iniquidades enfrentadas por essa população parecem estar muito além das

dificuldades no acesso e utilização de medicamentos, sendo expressas, principalmente, pelas piores condições sociais e econômicas. Desse modo, a implantação de políticas sociais que melhorem as condições de vida dos quilombolas poderia reduzir as diferenças existentes.

Outros aspectos, tais como o papel dos hábitos de vida, crenças e valores dos indivíduos quilombolas na procura por serviços de saúde e utilização de medicamentos, merecem uma investigação mais detalhada.

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critérios de Classificação Econômica no Brasil**. 2012. Disponível em:

<<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301> >. Acesso em: 2012 mar 21.

ABOUD, F. E.; SINGLA, D. R. Challenges to changing health behaviours in developing countries: a critical overview. **Soc Sci Med**, v. 75, n. 4, p. 589-94, 2012.

AMORIM, F. A.; BONIFÁCIO, G. M. O. **Tendências e diferenciais na prevalência dos métodos contraceptivos: uma análise a partir das DHS's realizadas no Brasil**. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambú/MG 2010.

ANDRADE, E. C. D. et al. Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no município de Bias Fortes, estado de Minas Gerais, Brasil, 2008. **Epidemiol serv saude**, v. 20, n. 3, p. 337-344, 2011.

ARRAIS, P. S. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 6, p. 1737-46, 2005.

ARRAIS, P. S. et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 31, n. 1, p. 71-7, 1997.

ARRUTI, J. M. A. As comunidades negras rurais e suas terras: a disputa em torno de conceitos e números. **Dimensões**, v. 14, p. 243-269, 2002.

ATC. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDD's) 2000. Oslo, 2000. Disponível em: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/. Acesso em: 2012 fev 15.

BARROS, J. A. C.; JOANY, S. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? **Cien Saude Colet**, v. 7, p. 891-898, 2002.

BERMUDEZ, J. A. Z. et al. **Avaliação do Acesso aos Medicamentos Essenciais: Modelo Lógico e Estudo Piloto no Estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

BERTOLDI, A. D. et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev Saude Publica**, v. 38, n. 2, p. 228-38, 2004.

BERTOLDI, A. D. et al. A descriptive review of the methodologies used in household surveys on medicine utilization. **BMC Health Serv Res**, v. 8, p. 222, 2008.

BERTOLDI, A. D. et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev Saude Publica**, v. 38, p. 228-238, 2004.

BERTOLDI, A. D. et al. Medicine use among adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. **Cad Saude Publica**, v. 26, n. 10, p. 1945-53, 2010.

BEZERRA, V. M. et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Cien Saude Colet**, 2013. No prelo.

BOING, A. C. et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília 1990.

BRASIL. **Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Diário Oficial da União: Nº 215-E, Seção 1, 18-22 p. 1998.

BRASIL. **Lei n. 10.858, de 13 de abril de 2004.** Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasília 2004a.

BRASIL. **Decreto n. 5.090, de 20 de maio de 2004.** Regulamenta a Lei n. 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Brasília 2004b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS 338/2004.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf. Acesso em: 2013 ago 17. Brasília 2004c.

BRASIL. **ParticipaSUS.** Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde 2006. 100 p. ISBN 85-334-1184-7.

BRASIL. **Portaria n. 992/GM, de 13 de maio de 2009.** Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília 2009.

BRASIL. **Lei ordinária no 12.288, de 20 de julho de 2010.** Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis no 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília 2010.

CARRASCO-GARRIDO, P. et al. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. **Pharmacoepidemiol Drug Saf**, v. 17, n. 2, p. 193-9, 2008.

CARVALHO, M. F. et al. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. **Cad Saude Publica**, v. 21 Suppl, p. 100-8, 2005.

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 38, n. 4, p. 557-64, 2004.

COSTA, K. S. et al. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 4, p. 649-58, 2011.

DABAN, F. et al. Social determinants of prescribed and non-prescribed medicine use. **Int J Equity Health**, v. 9, p. 12, 2010.

DAL PIZZOL, T. S. et al. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 1, p. 104-14, 2012.

Dicionário de Especialidades Farmacêuticas: DEF 2011/12. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 2011. 922 p. ISBN 9788575730560.

Farmácia Popular do Brasil. Portal da Saúde SUS. Brasília, 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30269. Acesso em: 2013 set 15.

FERNANDEZ-LIZ, E. et al. Identifying how age and gender influence prescription drug use in a primary health care environment in Catalonia, Spain. **Br J Clin Pharmacol**, v. 65, n. 3, p. 407-17, 2008.

FERREIRA, H.S. et al. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 30, n. 1, p. 51-8, 2011.

FLEITH, V. D. et al. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. **Cien Saude Colet**, v. 13 Suppl, p. 755-62, 2008.

FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 39, n. 6, p. 924-9, 2005.

FLORES, V. B.; BENVENUTO, L. A. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 6, p. 1439-46, 2008.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Quadro Geral das Comunidades**

Remanescentes de Quilombos (CRQs). 2013. Disponível em: <

<http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2013/10/4-quadro-geral-das-crqs-ate-25-10-2013.pdf> >. Acesso em: 2013 abr 29.

GIROTTI, E.; SILVA, P. V. D. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. **Rev Bras Epidemiol**, v. 9, n. 2, p. 226-234, 2006.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 3, p. 565-74, 2007.

GOULART, I. D. C. et al. Automedicação em menores de cinco anos em municípios do Pará e Piauí: prevalência e fatores associados. **Rev Bras Saude Mater Infant**, v. 12, p. 165-172, 2012.

GUERRA JR, A. A. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 15, n. 3, p. 168-75, 2004.

GUERRERO, A. F. H. et al. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. **Saude Soc**, v. 16, n. 2, p. 103-110, 2007.

HALL, S. A. et al. General exposures to prescription medications by race/ethnicity in a population-based sample: results from the Boston Area Community Health Survey.

Pharmacoepidemiol Drug Saf, v. 19, n. 4, p. 384-92, 2010.

JIMENEZ RUBIO, D.; HERNANDEZ QUEVEDO, C. Diferencias en la automedicacion en la poblacion adulta espanola segun el pais de origen. **Gac Sanit**, v. 24, n. 2, p. 116 e1-8, 2008.

KRIEGER, N. Genders, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter? **Int J Epidemiol**, v. 32, n. 4, p. 652-7, 2003.

LEIPERT, B. D. et al. Rural women and pharmacologic therapy: needs and issues in rural Canada. **Can J Rural Med**, v. 13, n. 4, p. 171-9, 2008.

LOPEZ, J. J.; DENNIS, R.; MOSCOSO, S. M. Estudio sobre la Automedicación en una Localidad de Bogotá. **Rev Salud Publica (Bogota)**, v. 11, n. 3, p. 432-42, 2009.

LOYOLA FILHO, A. I. **Consumo de medicamentos entre idosos residentes em comunidade: um estudo epidemiológico baseado no projeto Bambuí e no inquérito de saúde de Belo Horizonte**. 2006. Tese de Doutorado. Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Birth cohort differences in the use of medications in a Brazilian population of older elderly: the Bambui Cohort Study of Aging (1997 and 2008). **Cad Saude Publica**, v. 27 Suppl 3, p. S435-43, 2011.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 2, p. 545-53, 2005.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev Saude Publica**, v. 36, n. 1, p. 55-62, 2002.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 11, p. 4503-12, 2011.

MARTINS, A. P. et al. Self-medication in a Portuguese urban population: a prevalence study. **Pharmacoepidemiol Drug Saf**, v. 11, n. 5, p. 409-14, 2002.

MASTROIANNI, P. C. et al. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 5, p. 358-64, 2011.

OBERMEYER, C. M. et al. Medication use and gender in Massachusetts: results of a household survey. **Health Care Women Int**, v. 28, n. 7, p. 593-613, 2007.

OBERMEYER, C. M. et al. Gender and medication use: an exploratory, multi-site study. **Women Health**, v. 39, n. 4, p. 57-73, 2004.

OLIVEIRA, M.; BERMUDEZ, J.; OSORIO DE CASTRO, C. **Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 112 p.

OLIVEIRA, M. A. et al. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 2, p. 335-45, 2012.

OMS. **The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication**. Geneva: World Health Organization Headquarters 1998. 17 p.

Pesquisa Nacional de Saúde - Inquérito Região Integrada do Distrito Federal. 2011. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=proposicao>. Acesso em: 2011 abr 02.

PINTO, E. D. P. P.; AMOROZO, M. C. D. M.; FURLAN, A. Conhecimento popular sobre plantas medicinais em comunidades rurais de mata atlântica - Itacaré, BA, Brasil. **Acta Bot Bras**, v. 20, p. 751-762, 2006.

REZENDE, H. A. D.; COCCO, M. I. M. A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36, p. 282-288, 2002.

RIBEIRO, A. Q. et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. **Rev Saude Publica**, v. 42, p. 724-732, 2008.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad Saude Publica**, v. 19, p. 717-724, 2003.

ROZENFELD, S.; FONSECA, M. J.; ACURCIO, F. A. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 23, n. 1, p. 34-43, 2008.

SÁ, M. B. E.; BARROS, J. A. C. D.; SÁ, M. P. B. D. O. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. **Rev Bras Epidemiol**, v. 10, p. 75-85, 2007.

SANS, S. et al. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. **Gac Sanit**, v. 16, p. 121-130, 2002.

SANTOS, J. B. Etnicidade e religiosidade da comunidade quilombola de Olaria, em Irara (BA). **Rev Nures**, v. 13, 2009.

SANTOS, T. R. et al. Medicine use by the elderly in Goiania, Midwestern Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 47, n. 1, p. 94-103, 2013.

SCHMID, B.; BERNAL, R.; SILVA, N. N. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. **Rev Saude Publica**, v. 44, n. 6, p. 1039-45, 2010.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad Saude Publica**, v. 26, n. 5, p. 961-70, 2010.

SEPPPIR. **Programa Brasil Quilombola**. ABARÉ, E.: Secretaria Especial de Políticas Públicas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPPIR): 48 p. p. 2004.

SHERMAN, G. E. et al. **Quantum GIS User Guide - Version 1.7 "Wroclaw"**. 2011. Disponível em: http://download.osgeo.org/qgis/doc/manual/qgis-1.7.0_user_guide_en.pdf. Acesso em 2011 jun 12.

SILVA, J. A. N. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saude Soc**, v. 16, p. 111-124, 2007.

SMS. **Plano Municipal de Saúde 2010/2013**. Vitória da Conquista: Secretaria Municipal de Saúde 2010a. 114 p.

SMS. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais: REMUME 2010**. Vitória da Conquista: Secretaria Municipal de Saúde 2010b. 27 p.

SPRINGER, K. W.; MAGER STELLMAN, J.; JORDAN-YOUNG, R. M. Beyond a catalogue of differences: a theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. **Soc Sci Med**, v. 74, n. 11, p. 1817-24, 2012.

THORELL, K. et al. Licit prescription drug use in a Swedish population according to age, gender and socioeconomic status after adjusting for level of multi-morbidity. **BMC Public Health**, v. 12, p. 575, 2012.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 27, n. 2, p. 149-56, 2010.

VILARINO, J. F. et al. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 32, n. 1, p. 43-9, 1998.

VOLOCHKO A. **Saúde nos Quilombos**. São Paulo: Instituto de Saúde-SESSP 2009. 304 p. ISBN 85-88169-01-0.

ANEXOS**ANEXO A - PARECER COMITÊ DE ÉTICA FASB**

MANTENEDORA
FACULDADE SÃO FRANCISCO DE BARREIRAS – FASB
INSTITUTO AVANÇADO DE ENSINO SUPERIOR DE BARREIRAS –IAESB
CNPJ N.º 42.752.675/0001-37 – Inscrição Estadual Isento

Barreiras, 05 de outubro de 2010.

CAAE:0118.0.066.000-10

Do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP FASB

Para: Raquel Souza (pesquisadora responsável)

Ana Paula Steffens, Claudio Lima Souza, Cláudia Nicolaevna Koochering, Daniela Arruda Soares, Danielle Souto de Medeiros, Karine de Oliveira Gomes, Luis Rogério Cosme Silva Santos, Luiz Gustavo Vieira Cardoso, Poliana Cardoso Martins e Vanessa Moraes Bezerra

Assunto: Encaminhamento do Parecer CEP TCD 110/10 V2


Prezados Pesquisadores,

Informamos que o CAAE 0118.0.066.000-10 TCD 110/10 V2 referente ao projeto: “**Projeto Conquistar – Com unidades Quilombolas de Vitoria da Conquisata: Avaliação de Condicionantes da Saúde**”. atendeu a todas as solicitações apontadas; está **Aprovado** por este Comitê de Ética em Pesquisa e está em condições de ser iniciado.

Ressaltamos a necessidade de atenção aos Incisos IX.1 e IX.2 da Resolução 196/96 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto.

Após o seu encerramento, solicitamos o envio do relatório, conforme anexo, até 22 de novembro de 2010.

Cordialmente,


 Comitê de Ética em Pesquisa-FASB
 Flávia C. Pena Dias
 Coordenadora

Flávia Carvalho Pena Dias

Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa – FASB

ANEXO B - PARECER COMITÊ DE ÉTICA UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

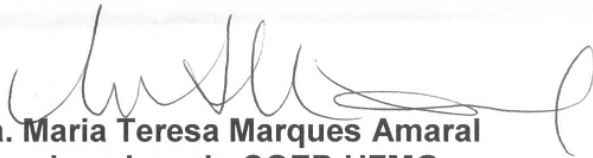
Projeto: CAAE - 0118.0.066.203-10

Interessado(a): Prof. Mark Drew Crosland Guimarães
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 13 de julho de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"PROJETO CONQUISTAR – Comunidade quilombolas de Vitória da Conquista: avaliação de condicionantes de saúde"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Danielle Souto de Medeiros^I
 Cristiano Soares de Moura^{II}
 Mark Drew Crosland Guimarães^{III}
 Francisco de Assis Acurcio^{IV}

Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia

Medication use by the “quilombola” population: a survey in Southwestern Bahia, Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o uso de medicamentos pela população quilombola.

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional com 797 quilombolas adultos de Vitória da Conquista, BA, em 2011. Utilizou-se análise de variância para comparar as médias de medicamentos por indivíduo segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamentos relacionados à saúde. Foram estimadas as prevalências, razões de prevalência e os respectivos intervalos de confiança de 95%. Análise múltipla foi conduzida por meio de regressão de Poisson com variância robusta.

RESULTADOS: Os medicamentos mais consumidos pela população foram aqueles que atuam nos sistemas cardiovascular e nervoso. A prevalência de uso de medicamentos foi de 41,9%, significativamente maior nas mulheres (50,3%) do que nos homens (31,9%). Após análise ajustada, o uso de fármacos foi associado a sexo feminino, idade de 60 anos e mais, nível econômico mais alto, pior avaliação da saúde, maior número de morbidades autorreferidas e de consultas médicas.

CONCLUSÕES: Mulheres e idosos deverão ser os grupos de preferência para o desenvolvimento de estratégias específicas que garantam o uso racional dos medicamentos. É necessária a promoção de prescrição racional no cotidiano dos serviços de saúde.

DESCRIPTORIOS: Grupo com Ancestrais do Continente Africano. Uso de Medicamentos. Fatores Socioeconômicos. Grupos de Risco. Vulnerabilidade em Saúde. Origem Étnica e Saúde. Estudos Transversais.

^I Núcleo de Epidemiologia e Saúde Coletiva. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista, BA, Brasil

^{II} Division of Clinical Epidemiology. McGill University Health Center. McGill University. Montréal, Canada

^{III} Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{IV} Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Danielle Souto de Medeiros
 Instituto Multidisciplinar em Saúde
 Universidade Federal da Bahia
 Campus Anísio Teixeira
 Rua Rio de Contas, 58 Quadra 17 Lote 58
 Candeias
 45055-090 Vitória da Conquista, BA, Brasil
 E-mail: danielle.medeiros@ufba.br

Recebido: 6/3/2013

Aprovado: 1/6/2013

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To characterize the medication use by the *quilombola* population.

METHODS: A population-based cross-sectional study was conducted with 797 adult *quilombola* in Vitória da Conquista, BA, Northeastern, in 2011. Analysis of variance was used to compare means of drugs by subject, according to demographic, socioeconomic and health-related behavior variables. Prevalence, prevalence ratios and their 95% confidence intervals were estimated. Multivariate analysis was carried out using Poisson regression with robust variance.

RESULTS: The most widely consumed drugs by the population were those for the cardiovascular and nervous systems. Prevalence of medication use was 41.9%, significantly higher among women (50.3%) than men (31.9%). After adjusted analysis, medication use was associated with being female gender, being aged 60 or older, higher economic level, worse self-rated health, greater number of self-reported diseases and number of medical appointments.

CONCLUSIONS: Strategies to improve rational drug use should preferentially focus on women and older adults. Thus, special attention should be given to promote rational prescription in everyday health services.

DESCRIPTORS: African Continental Ancestry Group. Drug Utilization. Socioeconomic Factors. Risk Groups. Health Vulnerability. Ethnicity and Health. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

Medicamentos são importantes instrumentos terapêuticos utilizados no processo saúde/doença. Estão entre as intervenções mais utilizadas e de grande valor no tratamento de doenças, aumentam a sobrevida e melhoram a qualidade de vida.⁶ Seu uso é influenciado pela estrutura demográfica, fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais.^{2-6,10-12} A utilização de medicamentos prescritos ou não é maior entre mulheres e idosos, o que os tornam mais suscetíveis a interações medicamentosas e ao uso inadequado.^{3,10-12} Grande parte dos estudos sobre o tema foi desenvolvida no Sul e Sudeste do Brasil,^{5-8,10-12} na zona urbana^{1,2,4,5,7,8} e restrita a uma faixa etária específica.^{4,6,8,10-12}

A literatura disponível carece de estudos epidemiológicos que caracterizem a situação e utilização de medicamentos em populações específicas, rurais e de outras regiões do Brasil, particularmente no Nordeste. Há diferença nos padrões de uso de medicamentos que se modificam no decorrer do tempo em função das mudanças do perfil de doenças e das políticas de

saúde. São necessárias investigações locais e periódicas que permitam identificar, monitorar e produzir informações sobre uso de medicamento em populações específicas.

A obtenção de informações sobre a utilização de medicamentos em população quilombola é importante para a identificação de problemas existentes nesse âmbito e de fatores associados ao uso. Essa população apresenta um contexto caracterizado pela exclusão, pela negação do direito natural de pertencimento e, por se localizarem principalmente em áreas rurais, pela dificuldade geográfica.^{9,15} Esse contexto determina condições especiais de vulnerabilidade e de iniquidade em saúde e subsidia o desenvolvimento e a implementação de políticas afirmativas específicas para comunidades negras e quilombolas.^{a,b,c}

O presente estudo teve por objetivo descrever o uso de medicamentos pela população de comunidades quilombolas.

^a Ministério da Saúde. Portaria nº 992/GM, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial União*. 14 mai 2009 [citado 2012 fev 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html

^b Brasil. Lei ordinária nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. *Diário Oficial União*. 21 jul 2010 [citado 2012 fev 25]:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm

^c Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Programa Brasil Quilombola. Brasília (DF): Abaré; 2004 [citado 2010 maio 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasilquilombola_2004.pdf

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional utilizando os dados do Projeto COMQUISTA (Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista: Avaliação de Condicionantes de Saúde), em Vitória da Conquista, BA, em 2011.^d

Os 797 participantes do estudo foram selecionados por amostragem probabilística em dois estágios: i) partilha proporcional entre os cinco distritos que continham comunidades quilombolas, de acordo com a população e seleção de cada comunidade, e de sua escolha, por meio de seleção aleatória simples; ii) seleção aleatória dos domicílios de acordo com sua distribuição proporcional por distrito. Os residentes do domicílio selecionado com 18 anos ou mais foram convidados a participar da pesquisa.

No cálculo do tamanho da amostra foi considerada a estimativa de prevalência de 50%, dada a heterogeneidade dos eventos mensurados, precisão de 5%, intervalo de confiança de 95% (IC95%) e efeito de desenho de 2. Foram acrescidos 30% ao número obtido, para perdas, o que resultou numa amostra de 884 indivíduos. Detalhes do procedimento de amostragem do inquérito encontram-se publicados.^d Foi encontrada uma proporção de perdas (15,5%) inferior à prevista no início do estudo, mas significativamente maior no gênero masculino e em indivíduos mais jovens (18 a 34 anos). Os principais motivos para as perdas foram ausência no domicílio e recusas.

As informações foram obtidas por meio de questionários semiestruturados, adaptados a partir da Pesquisa Nacional de Saúde.^e Estudo piloto foi realizado para verificar a dinâmica de recrutamento, testar os instrumentos de coleta de dados e confirmar a viabilidade da investigação. As entrevistas foram individuais e domiciliares e aplicadas por meio de computadores portáteis de setembro a outubro de 2011 (HP Pocket Rx5710).

A variável dependente foi uso de medicamentos, obtida a partir da pergunta: "Nos últimos 15 dias o (a) senhor(a) usou medicamentos?", comprovada por meio de apresentação da embalagem ou prescrição. Para os que responderam sim, foram registrados nome, forma farmacêutica e dose de cada especialidade farmacêutica, e se prescrita ou não por profissional de saúde (médico,

dentista ou enfermeiro). As especialidades foram classificadas de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC),^f níveis 1 (anatómico) e 2 (terapêutico). Os medicamentos foram classificados pela presença ou não na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)^g vigente no período. As unidades de análise foram o indivíduo e os medicamentos. O número médio de medicamentos por entrevistado foi usado como indicador de intensidade de uso. Cada especialidade foi desdobrada em seus princípios ativos com auxílio do Dicionário de Especialidades Farmacêuticas^h para o cálculo do número médio de princípios ativos por entrevistado.

As variáveis independentes foram idade, estado conjugal, escolaridade, situação de trabalho, nível econômico (classificação econômica definida pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa),ⁱ autopercepção do estado de saúde, número de morbidades autorreferidas, frequência de visitas domiciliares de agente comunitário ou profissional de saúde e número de consultas médicas nos últimos 12 meses. O número de morbidades foi definido a partir do somatório das morbidades autorreferidas pelo entrevistado e relacionadas no questionário (hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, asma ou bronquite asmática, artrite, problema crônico na coluna, tuberculose, depressão, outra doença mental, doença pulmonar e osteoporose). Presença de hipertensão ou diabetes apenas na gravidez não foram consideradas.

As diferenças entre as médias de princípios ativos por entrevistado foram comparadas por análise de variância. A prevalência de uso de medicamentos foi calculada a partir do número de participantes que responderam ter utilizado pelo menos um medicamento nos 15 dias anteriores à entrevista, dividido pelo total de entrevistados. A Razão de Prevalência (RP) foi usada como estimativa de associação entre o uso de medicamentos e as variáveis explicativas de interesse. Essa medida e seu IC95% foram estimados por regressão de Poisson com variância robusta. Regressão de Poisson múltipla com variância robusta foi utilizada para obter estimativas das razões de prevalência para o uso de medicamento, ajustadas por potenciais fatores de confusão. Foram incluídas no modelo inicial as variáveis que apresentaram associação com uso de medicamentos em nível de

^d Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Guimarães MDC et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Cienc Saude Coletiva* [internet]. 2013 ago [citado 2013 ago 2]. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=12327

^e Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Inquérito Região Integrada do Distrito Federal (RIDE/DF). Brasília (DF); 2011 [citado 2011 abr 2]. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=proposicao>

^f World Health Organization. Anatomical therapeutic chemical (ATC) classification index with defined daily doses (DDD's) 2000. Oslo; 2000 [citado 2012 Fev 15]. Disponível em: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/

^g Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. Comissão de Farmácia e Terapêutica. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais: REMUME 2010. Vitória da Conquista; 2010.

^h Dicionário de Especialidades Farmacêuticas: DEF 2011/12. 40 ed. Rio de Janeiro: EPUC; 2011.

ⁱ Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critérios de classificação econômica no Brasil. São Paulo; 2012 [citado 2012 mar 21]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>

Tabela 1. Características da população quilombola estudada. Projeto COMQUISTA, Vitória da Conquista, BA, 2011.

Variável	Total	
	n	%
Sexo		
Masculino	364	45,7
Feminino	433	54,3
Idade (anos)		
18 a 34	289	36,3
35 a 59	331	41,5
60 ou mais	177	22,2
Estado conjugal		
Sem companheiro(a)	308	38,6
Com companheiro(a)	489	61,4
Escolaridade (anos completos de estudo)		
0	274	34,6
1 a 4	299	37,8
5 ou mais	219	27,7
Situação de trabalho		
Não trabalha atualmente	408	51,2
Trabalha atualmente	389	48,8
Nível econômico		
E	275	34,8
D	401	50,8
C e B2	114	14,4
Autopercepção do estado de saúde		
Muito bom/Bom	356	44,8
Regular	337	42,4
Ruim/Muito ruim	101	12,7
Número de morbidades autorreferidas		
Nenhuma	328	41,2
1	280	35,1
2 ou mais	189	23,7
Frequência de visitas ACS ou profissional de saúde		
Mensal	393	50,3
1 a 6 vezes no ano	193	24,7
Nunca recebeu	195	25,0
Número de consulta médica (últimos 12 meses)		
Nenhuma	399	50,1
1 a 2	247	31,0
3 ou mais	151	18,9
Uso de medicamento (últimos 15 dias)		
Não	463	58,1
Sim	334	41,9

ACS: agente comunitário de saúde

significância < 20% na análise univariada. Utilizou-se nível de significância de 5% para os testes e para a permanência das variáveis no modelo final. Os modelos foram comparados pelos critérios de Akaike (AIC) e de informação Bayesiana (BIC). A adequação do modelo foi avaliada pelo qui-quadrado. O programa R, versão 2.11.1, foi utilizado na análise dos dados.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisas da Faculdade São Francisco de Barreiras

(CAAE 0118.0.066.000-10, de 29/10/2010) e da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0118.0.066.203-10, de 13/7/2011), em consonância com o disposto na Declaração de Helsinque e na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos e sigilo dos dados pela leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, expressando sua concordância em participar do estudo.

RESULTADOS

Dos 797 indivíduos adultos que responderam ao inquérito, 54,3% eram mulheres; a maioria tinha entre 35 e 59 anos (41,5%). Mais da metade (61,4%) vivia com companheiro e 72,4% tinha até quatro anos completos de estudo (Tabela 1). A maioria não estava trabalhando e 85,6% pertencia aos níveis econômicos D ou E. Houve predominância de autopercepção de saúde boa ou muito boa e 41,2% dos entrevistados relataram não apresentaram as morbidades pesquisadas. Em relação à utilização dos serviços de saúde, metade dos participantes não consultou médico e 50,3% dos participantes teve visita mensal de agente comunitário ou profissional de saúde. A frequência de uso de medicamentos foi de 41,9% (IC95% 38,5;45,4).

Os participantes utilizaram 714 medicamentos, correspondendo a 853 princípios ativos (média = 1,1 princípios ativos/indivíduo; desvio padrão = 1,7; amplitude = 0 a 15). A maioria dos medicamentos foi prescrita por médico, dentista ou enfermeiro (83,3%) e 70,0% deles constavam na REMUME.

As especialidades farmacêuticas mais utilizadas pertenciam aos sistemas cardiovascular, nervoso, aparelho digestivo e metabolismo e musculoesquelético (Tabela 2), com médias de consumo superiores nesses grupos. Os diuréticos foram o subgrupo terapêutico mais consumido (média de 0,15/ indivíduo), seguidos pelos agentes com ação no sistema renina-angiotensina (0,13), analgésicos (0,08) e anti-inflamatórios e antirreumáticos (0,07). Fármacos utilizados para diabetes predominaram no aparelho digestivo e metabolismo.

A prevalência de utilização de medicamentos em mulheres foi significativamente superior à observada entre os homens (50,3% e 31,9%, respectivamente) (Tabela 3). Uso de medicamentos associou-se positiva e significativamente ao sexo feminino, maior idade, melhor nível econômico (classes D, C e B2), pior estado de saúde autorreferido, maior número de doenças autorreferidas e maior número de consultas médicas nos 12 meses anteriores (Tabela 3). Associação negativa e significativa foi observada com cinco anos completos de estudo ou mais e trabalho à época da entrevista.

Tabela 2. Distribuição das especialidades farmacêuticas por grupos e subgrupos, segundo a classificação anatômica e terapêutica (níveis 1 e 2 da ATC),^a e razão de número de medicamentos por indivíduo. Projeto COMQUISTA, Vitória da Conquista, BA, 2011.

Grupo anatômico e terapêutico	n	%	Número de medicamento por indivíduo
Aparelho digestivo e metabolismo	81	11,3	0,10
Fármaco para distúrbios acidogástricos	18	2,5	0,02
Antiemético e antiúlcero	6	0,8	0,01
Fármaco utilizado para diabetes	33	4,6	0,04
Vitamina	13	1,8	0,02
Sangue e órgãos hematopoiéticos	27	3,8	0,03
Agente antitrombótico	18	2,5	0,02
Preparação antianêmica	8	1,1	0,01
Sistema cardiovascular	314	44,0	0,39
Cardioterápico	10	1,4	0,01
Diurético	118	16,5	0,15
β-bloqueadores	36	5,0	0,05
Bloqueador dos canais de cálcio	22	3,1	0,03
Agente com ação no sistema renina-angiotensina	102	14,3	0,13
Antilipídêmico	22	3,1	0,03
Sistema geniturinário e hormônios sexuais	26	3,6	0,03
Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	23	3,2	0,03
Anti-infecciosos de uso sistêmico	19	2,7	0,02
Antibacterianos para uso sistêmico	18	2,5	0,02
Sistema musculoesquelético	80	11,2	0,10
Produto anti-inflamatório e antirreumático	56	7,8	0,07
Relaxante muscular	23	3,2	0,03
Sistema nervoso	108	15,1	0,14
Analgésico	64	9,0	0,08
Antiepilético	17	2,4	0,02
Psicoléptico	13	1,8	0,02
Sistema respiratório	27	3,8	0,03
Fármaco para doença obstrutiva das vias aéreas	7	1,0	0,01
Preparação para tosse e resfriado	7	1,0	0,01
Anti-histamínico para uso sistêmico	13	1,8	0,02
Órgãos dos sentidos	11	1,5	0,01
Fármaco para uso oftalmológico	11	1,5	0,01
Total	714	100,0	0,90

^a Incluem os grupos anatômicos terapêuticos (1º nível ATC) com frequência superior a 2% e os subgrupos terapêuticos (2º nível ATC) mais frequentes, totalizando pelo menos 80,0% dentro de cada nível.

A média de princípios ativos utilizados pelos entrevistados foi significativamente maior entre indivíduos do sexo feminino, com mais idade, menor escolaridade, que não trabalhavam, de melhor nível econômico, com pior avaliação de saúde, maior número de doenças relatadas e de consultas médicas (Tabela 3).

Mostraram-se independentemente associados à maior frequência de utilização de medicamentos pela população quilombola: a) sexo feminino; b) idade de 60 anos ou mais; c) nível econômico mais elevado, com gradiente dose-resposta; d) avaliação ruim ou muito ruim do estado de saúde; e) maior número de morbidades autorreferidas, com gradiente dose-resposta; e f) maior número de consultas médicas, com gradiente dose-resposta (Tabela 4). Os valores preditos pelos modelos mostraram-se adequados aos valores observados.

DISCUSSÃO

A frequência de uso de medicamentos nessa população (41,9%) foi inferior à observada em estudos com adultos em Fortaleza, CE (49,7%),¹ Lorena, SP (51,3%),⁷ Pelotas, RS (65,9%),² e no Brasil (49,0%).³ Esse fato pode ser parcialmente explicado pelo menor acesso a medicamentos pelos quilombolas, uma vez que residem em áreas rurais, onde estão predominantemente restritos aos serviços públicos de saúde. Para indivíduos residentes em lugares mais distantes, desprovidos de transporte coletivo regular, deslocar-se do local de moradia para adquirir medicamentos pode ser difícil.⁶ O percentual de medicamentos presentes na REMUME foi elevado, uma vez que é frequente maior prescrição de medicamentos disponíveis em farmácias da rede municipal de saúde em populações de baixa renda. Entre as menores prevalências de uso de medicamentos observadas em estudos brasileiros com idosos, encontram-se aquelas em municípios de pequeno porte localizados no interior (como Bambuí, MG, 69,1%),¹⁰ em áreas de baixo nível socioeconômico (área periférica de Fortaleza, 60,7%)⁴ e em zonas rurais (Carlos Barbosa, RS, 63,5%).⁶ O uso de medicamentos nas comunidades quilombolas não parece diferir daquele observado em comunidades rurais e de baixa renda.

Houve maior prevalência de utilização de medicamentos entre as mulheres, em concordância com a literatura.^{1,2-6,11} Sans et al¹³ explicam que o consumo de medicamentos é superior entre as mulheres pela maior frequência em consultas médicas e consequentemente pela maior probabilidade de detecção e diagnóstico de problemas de saúde. Além disso, vários programas de saúde (pré-natal, prevenção de câncer de mama e de colo de útero) são voltados para mulheres, tornando-as mais propensas à medicalização.² Neste estudo, o número de consultas médicas foi significativamente maior entre as mulheres.

Os grupos de medicamentos mais utilizados foram aqueles que atuam nos sistemas cardiovascular, nervoso, aparelho digestivo e metabolismo e musculoesquelético, em concordância com outros estudos nacionais de base populacional⁵ e em populações de idosos.^{4,6,10-12} Outros estudos nacionais com a população adulta^{2,3} mostraram dados semelhantes, embora o sistema ATC não tenha sido utilizado para a classificação dos medicamentos, o que limita as comparações.

Tabela 3. Prevalência e razão de prevalência (RP) para uso de medicamentos, média e desvio padrão (DP) do número de princípios ativos, segundo variáveis avaliadas. Projeto COMQUISTA, Vitória da Conquista, BA, 2011. (N = 797)

Variável	Uso de medicamento				
	%	RP	IC95%	média	DP
Sexo				p ^b = 0,0057 ^a	
Masculino	31,9	1		0,9	1,8
Feminino	50,3	1,58	1,32;1,89	1,2	1,7
Idade (anos)				p ^b = 0,0000 ^a	
18 a 34	29,8	1		0,6	1,1
35 a 59	38,4	1,29	1,03;1,61	0,9	1,5
60 ou mais	68,4	2,30	1,87;2,82	2,1	2,4
Estado conjugal				p ^b = 0,6268	
Sem companheiro(a)	38,0	1		1,0	1,8
Com companheiro(a)	44,4	1,17	0,98;1,39	1,1	1,7
Escolaridade (anos completos de estudo)				p ^b = 0,0001 ^a	
Nunca estudou	49,3	1		1,3	2,1
1 a 4	42,1	0,86	0,71;1,02	1,1	1,7
5 ou mais	32,4	0,66	0,52;0,82	0,7	1,2
Situação atual de trabalho				p ^b = 0,0000 ^a	
Não trabalha	50,2	1		1,3	1,8
Trabalha	33,2	0,66	0,56;0,78	0,8	1,7
Nível econômico				p ^b = 0,0062 ^a	
E	33,8	1		0,9	1,6
D	45,1	1,33	1,10;1,63	1,1	1,7
C e B2	50,9	1,50	1,18;1,92	1,5	2,1
Autopercepção do estado de saúde				p ^b = 0,0000 ^a	
Muito bom/Bom	28,7	1		0,6	1,3
Regular	50,4	1,76	1,45;2,14	1,4	2,0
Ruim/Muito ruim	60,4	2,11	1,68;2,65	1,6	1,9
Número de morbidade autorreferida				p ^b = 0,0000 ^a	
Nenhuma	23,8	1		0,5	0,9
1	40,4	1,70	1,33;2,16	1,0	1,7
2 ou mais	75,7	3,18	2,58;3,93	2,3	2,2
Frequência de visitas ACS ou de profissional de saúde				p ^b = 0,6795 ^a	
Mensal	41,5	1		1,0	1,7
1 a 6 vezes no ano	43,5	1,05	0,86;1,28	1,2	1,9
Nunca recebeu	41,5	1,00	0,82;1,23	1,0	1,6
Número de consulta médica (últimos 12 meses)				p ^b = 0,0000 ^a	
Nenhuma	27,8	1		0,6	1,3
1 a 2	50,2	1,80	1,48;2,21	1,4	2,1
3 ou mais	65,6	2,36	1,94;2,87	1,7	1,8

ACS: agente comunitário de saúde

^a Valores significantes (p < 0,05)^b p estimado por análise de variância

Uma pesquisa na Catalunha,¹³ Espanha, mostrou os mesmos grupos terapêuticos encontrados em diferente ordem de classificação: predominaram os fármacos utilizados no sistema nervoso. Não existe padrão fixo de prescrição, que depende das características do sistema de saúde e da população avaliada. Contudo, Ribeiro et al¹¹ afirmam ser possível que os prescritores assumam padrões de indicação em função da idade dos pacientes,

de acordo com as pressões ideológicas e de mercado, o que poderia explicar as semelhanças observadas.

Houve grande consumo de analgésicos e anti-inflamatórios e antirreumáticos. Isso pode ser explicado pela maior tendência à automedicação, comum entre os usuários dessas classes terapêuticas,¹⁴ em parte devido à venda livre e, muitas vezes, irregular. De fato, 65,6%

dos analgésicos e 46,4% dos produtos anti-inflamatórios e antirreumáticos não haviam sido prescritos por profissional de saúde.

Observou-se utilização crescente de medicamentos dos mais jovens para os idosos, tendência consistente com a literatura^{2,3,5,7} e que pode refletir a maior prevalência de morbidades com o avanço da idade. Esse efeito foi confirmado na análise ajustada, em que essa variável esteve independentemente associada à utilização de medicamentos.

A escolaridade influenciou negativamente a quantidade de medicamentos utilizados. Esse achado difere do encontrado em idosos em Belo Horizonte, MG,¹¹ e Rio de Janeiro, RJ,¹² na população de Fortaleza, CE,¹ e brasileira,³ mas está de acordo com o da população de Pelotas, RS.² O efeito, entretanto, não foi mantido após ajuste pelas demais variáveis. As comunidades pesquisadas apresentaram homogeneidade quanto ao nível de instrução (mais de 70% tinha até quatro anos completos de estudo), o que fez com que o ponto de corte nessa variável fosse menor que o adotado em outros estudos, dificultando as comparações. Outros fatores pesquisados, como a idade, também poderiam confundir a associação. De fato, associação entre idade e escolaridade foi encontrada, indicando que a proporção de indivíduos com 60 anos ou mais, sem escolaridade, foi de 75,7% (contra 33,3% e 10,8% nos grupos etários de 35 a 59 e 18 a 34 anos, respectivamente), e, ao mesmo tempo, utilizaram mais medicamentos.

O maior uso de medicamentos entre os indivíduos de nível econômico mais alto foi consistente com o estudo de Bertoldi et al.,² embora não tenham sido identificados os níveis A e B1 na população quilombola. Outros estudos que utilizaram renda familiar mensal como indicador do nível econômico^{1,6,10} encontraram resultados semelhantes. Essa associação foi confirmada após análise ajustada.

O consumo de medicamentos foi menor em indivíduos que trabalhavam à época da entrevista, porém o efeito não foi mantido após ajuste pelas demais variáveis. O trabalho rural apresenta características que podem interferir na utilização dos fármacos. Dal Pizzol⁶ ressalta em seu trabalho que trabalhadores rurais que permanecem o dia inteiro na lavoura podem desistir de utilizar um ou mais medicamentos com mais frequência do que os urbanos se o uso for dificultado pelas condições próprias do trabalho rural.

Observou-se tendência de aumento da frequência e de número de medicamentos com a piora do indicador da condição de saúde. A autopercepção de saúde mostrou-se negativamente associada ao uso, acompanhando os achados de outros estudos epidemiológicos.^{1,3,7,10-13} O efeito dessa variável foi confirmado na análise ajustada. Outra variável indicadora da condição de saúde da população foi o número de morbidades autorreferidas,

que mostra problemas crônicos de saúde dos indivíduos e que esteve associada ao uso de medicamentos mesmo após ajuste.

As variáveis relacionadas aos serviços, frequência de visitas domiciliares de agente comunitário ou profissional de saúde e número de consultas médicas mostraram comportamentos diferentes sobre o uso de medicamentos. A frequência de visitas domiciliares não se mostrou associada, mesmo a população de estudo sendo proveniente da zona rural e considerando essa visita como um momento em que poderia haver entrega de medicamentos.

As frequências de uso de medicamentos aumentaram com maior número de consultas médicas, mesmo após ajuste, seguindo o apontado em outros estudos.^{1,11,12} Arrais et al.¹ sugerem que isso pode estar relacionado à crescente medicalização da sociedade, em que a maioria das consultas é finalizada com uma prescrição. O sistema de saúde brasileiro enfrenta dificuldades para superar as práticas do modelo biomédico, visto que a população valoriza e prefere as práticas curativas, o atendimento individualizado e baseado na prescrição, às ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos. Aliada a essa prática, é frequente a irracionalidade na utilização dos medicamentos, o que pode causar diversos

Tabela 4. Razões de prevalências ajustadas para uso de medicamentos das variáveis incluídas no modelo final de regressão. Projeto COMQUISTA, Vitória da Conquista, BA, 2011.

Variável	RP	IC95%
Sexo		
Masculino	1	
Feminino	1,53	1,31;1,79 ^a
Idade (anos)		
18 a 34	1	
35 a 59	1,05	0,85;1,29
60 ou mais	1,47	1,19;1,81 ^a
Nível econômico		
E	1	
D	1,26	1,06;1,49 ^a
C e B2	1,40	1,12;1,74 ^a
Autopercepção do estado de saúde		
Muito bom/Bom	1	
Regular		0,99;1,44
Ruim/Muito ruim	1,33	1,06;1,66 ^a
Número de morbidades autorreferidas		
0	1	
1	1,42	1,12;1,81 ^a
2 ou mais	2,18	1,73;2,75 ^a
Número de consultas médicas (últimos 12 meses)		
Nenhuma	1	
1 a 2	1,34	1,11;1,62 ^a
3 ou mais	1,64	1,36;1,99 ^a

^aValores significantes (p < 0,05) - teste de Wald (Z)

problemas, como reações adversas, doenças iatrogênicas, resistência (antimicrobianos) e gastos desnecessários.²

O trabalho apresenta limitações. A utilização de um período recordatório de 15 dias para a avaliação da utilização de medicamentos foi priorizada para possibilitar a comparação com outras pesquisas, visto que a maioria na área utiliza esse período. No entanto, essa estratégia pode resultar em viés de memória. Para contornar essa limitação, a análise foi restrita aos medicamentos para os quais houve comprovação de uso por meio de apresentação de embalagens e prescrições. A perda diferencial, observada em homens e indivíduos na faixa etária de 18 a 34 anos, pode ter causado superestimação do uso de medicamentos pela população total e por indivíduos do sexo masculino, uma vez que é esperado menor consumo nos grupos sub-representados.

A avaliação dos determinantes individuais de consumo em quilombolas indica que as mulheres, assim como os

idosos, são os grupos mais propensos ao uso de medicamentos; portanto, deverão ser os grupos de preferência para o desenvolvimento de estratégias específicas para garantir o seu uso racional. O maior número de consultas médicas também aumentou expressivamente a utilização de medicamentos, o que reforça a necessidade de intensificação das estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde. O conhecimento do perfil de utilização de medicamentos pela população quilombola é o primeiro passo para compreender o acesso e discutir o seu uso racional. Aspectos como automedicação e polifarmácia, além do papel dos hábitos de vida, crenças e valores dos indivíduos quilombolas na procura por serviços de saúde e utilização de medicamentos necessitam investigação mais detalhada.

AGRADECIMENTOS

Aos pesquisadores do Projeto COMQUISTA pela participação no planejamento e supervisão da coleta dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;2(6):1737-46. DOI:10.1590/S0102-311X2005000600021
2. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saude Publica*. 2004; 38(2):228-38. DOI:10.1590/S0034-89102004000200012
3. Carvalho MF, Pascom ARP, Souza-Júnior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad Saude Publica*. 2005;21 Suppl 1:100-8. DOI:10.1590/S0102-311X2005000700011
4. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2004;38(4):557-64. DOI:10.1590/S0034-89102004000400012
5. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMBS, 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 Saude Publica*. 2011;27(4):649-58. DOI:10.1590/S0102-311X2011000400004
6. Dal Pizzol Tda S, Pons Eda S, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2012;28(1):104-14. DOI:10.1590/S0102-311X2012000100011
7. Fleith VD, Figueiredo MA, Figueiredo KFLRO, Moura EC. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(Suppl):755-62. DOI:10.1590/S1413-81232008000700026
8. Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(6):1439-46. DOI:10.1590/S0102-311X2008000600024
9. Guerrero AFH, Oliveira SD, Toledo LM, Guerrero JCH, Teixeira P. Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. *Saude Soc*. 2007;16(2):103-10. DOI:10.1590/S0104-12902007000200010
10. Loyola Filho AI, Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):545-53. DOI:10.1590/S0102-311X2005000200021
11. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):724-32. DOI:10.1590/S0034-89102008005000031
12. Rozenfeld S, Fonseca MJM, Acurcio FA. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(1):34-43. DOI:10.1590/S1020-49892008000100005
13. Sans S, Paluzie G, Puig T, Balañá L, Balaguer-Vintró I. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac Sanit*. 2002;16(2):121-30.
14. Schmid B, Bernal R, Silva NN. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2010;44(6):1039-45. DOI:10.1590/S0034-89102010000600008
15. Silva JAN. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saude Soc*. 2007;16(2):111-24. DOI:10.1590/S0104-12902007000200011

Artigo baseado na tese de doutorado de Medeiros D.S., intitulada: "Estudo de Utilização de Medicamentos pela População de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em 2013.

Trabalho apresentado no 10º Congresso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em Porto Alegre, RS, em 2012.

Projeto COMQUISTA financiado pelo Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Termo de Outorga nº 00017/2010. Projeto de Doutorado Interinstitucional (DINTER) financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Edital 05/2009, Ação Novas Fronteiras.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ANEXO D – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO DO PROJETO COMQUISTA



INQUÉRITO DOMICILIAR

VERSÃO 1.04

AGOSTO DE 2011



Data da entrevista	___/___/_____		___/___/_____
Horário	___ : ___		___ : ___
Código do entrevistador	_ _		_ _
Nome do supervisor	_____		_____
Número da comunidade	_		_
Número do domicílio	_ _ _		_ _ _
Numero de identificação do domicílio	_ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _
Tipo da entrevista	1. Primeira Entrevista	2. Reentrevista	_
<i>[Entrevistador: preencha a próxima informação apenas quando for reentrevista.]</i>			
Tipo da Re-entrevista	1. Intra	2. Inter	_ _
O(a) entrevistado(a) é informante secundário(a)?	0. Não	1. Sim	_

APOIO FINANCEIRO:

EDITAL 05/2009 - AÇÃO NOVAS FRONTEIRAS: DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL – DINTER / CAPES

EDITAL 20/2010 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE - PPSUS - BA MS / CNPq / FAPESB / SESAB

EXECUÇÃO:

Instituto Multidisciplinar de Saúde / Campus Anísio Teixeira / Universidade Federal da Bahia

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública /Universidade Federal de Minas Gerais

Informações do Domicílio

Agora vou fazer perguntas sobre o seu domicílio.

P1	Qual o número de cômodos no seu domicílio? <i>(São considerados cômodos os quartos e salas do seu domicílio)</i>	_ _ _		_ _ _
P2	E de banheiros? <i>(Entende-se por banheiro o cômodo que dispõe de chuveiro e aparelho sanitário, vaso sanitário ou buraco para defecções)</i>	_ _ _		_ _ _
P3	Qual o material que predomina na construção das paredes externas do seu domicílio?	1. Alvenaria/Tijolo		_
		2. Madeira aparelhada		
		3. Taipa não revestida ou barro ou adobe		
		4. Madeira aproveitada		
		5. Palha		
		6. Outro		
P4	Este domicílio tem água canalizada para pelo menos um cômodo?	0. Não	1. Sim	_

P5	Qual é a principal forma de abastecimento de água deste domicílio?	1. Rede geral de distribuição	_
		2. Poço ou nascente	
		3. Cisterna	
		4. Tanque/açude/aguada	
		5. Outro	
P6	Qual é a forma de iluminação deste domicílio?	1. Elétrica (de rede, gerador, solar)	_
		2. Óleo, querosene ou gás de botijão	
		3. Outra	
P7	Qual o destino do lixo do seu domicílio?	1. É coletado regularmente	_
		2. É queimado ou enterrado	
		3. Jogado no rio, terreno, etc.	
		4. Outro	
P8	De que forma é feito o escoadouro dos banheiros ou sanitários? <i>(Entende-se por escoadouro a forma de escoamento da água ou dejetos provenientes dos banheiros ou sanitários)</i>	1. Rede coletora de esgoto ou pluvial	_
		2. Fossa séptica ligada à rede coletora de esgoto ou pluvial	
		3. Fossa séptica não ligada à rede coletora de esgoto ou pluvial	
		4. Fossa rudimentar	
		5. Vala	
		6. Direto para rio, lago	
		7. Outra	

Por favor, indique quais destes bens existem no seu domicílio:

P9	Televisão a cores	0. Não	1. Sim	__
P9_1	Quantas?	__ __		__ __
P9A	Fogão à gás	0. Não	1. Sim	__
P9A_1	Quantos?	__ __		__ __
P10	Geladeira	0. Não	1. Sim	__
P10_1	Quantas?	__ __		__ __
P11	Freezer (<i>independente ou segunda porta da geladeira</i>)	0. Não	1. Sim	__
P11_1	Quantos?	__ __		__ __
P12	Rádio (<i>sem contar o do carro</i>)	0. Não	1. Sim	__
P12_1	Quantos?	__ __		__ __
P13	Vídeo/DVD	0. Não	1. Sim	__
P13_1	Quantos?	__ __		__ __
P14	Máquina de lavar roupa (<i>não considerar tanquinho</i>)	0. Não	1. Sim	__
P14_1	Quantas?	__ __		__ __
P15	Linha de Telefone fixo	0. Não	1. Sim	__
P15_1	Quantas?	__ __		__ __
P16	Linha de Telefone celular	0. Não	1. Sim	__
P16_1	Quantas?	__ __		__ __
P17	Computador	0. Não	1. Sim	__
P17_1	Quantos?	__ __		__ __
P18	Forno micro-ondas	0. Não	1. Sim	__

P18_1	Quantos?	_ _ _ _		_ _ _ _
P19	Carro	0. Não	1. Sim	_ _
P19_1	Quantos?	_ _ _ _		_ _ _ _
P20	Motocicleta?	0. Não	1. Sim	_ _
P20_1	Quantas?	_ _ _ _		_ _ _ _
P21	Em sua casa trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) mensalista?	0. Não	1. Sim	_ _
P21_1	Quantos?	_ _ _ _		_ _ _ _

Características Contextuais (Vizinhança)

Agora vou perguntar sobre como é a sua vizinhança. Entendemos como vizinhança uma área próxima à sua casa onde o(a) sr(a) faz tarefas rotineiras, tais como fazer compras, levar as crianças para passear ou visitar vizinhos.

P22	Em relação às condições de moradia:			
	a. Há muito lixo ou entulho nas ruas da sua vizinhança?	0. Não	1. Sim	_ _
	b. Há muito barulho na sua vizinhança?	0. Não	1. Sim	_ _
	c. Há alguma área de lazer para praticar esportes ou fazer caminhada na sua vizinhança?	0. Não	1. Sim	_ _
	d. Há algum local na sua vizinhança para se comprar frutas e legumes?	0. Não	1. Sim	_ _
	e. O(a) sr(a) se sente seguro(a) caminhando na sua vizinhança, de dia e de noite?	0. Não	1. Sim	_ _

Em relação à violência, durante os últimos seis meses, com que frequência aconteceu:						
P23	a. Uma briga na sua vizinhança na qual uma arma (faca, espingarda ou revólver) tenha sido usada?	1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca	__
	b. Uma briga entre gangues (bandos de arruaceiros, bandidos) na sua vizinhança?	1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca	__
	c. Uma agressão sexual ou estupro na sua vizinhança?	1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca	__
	d. Um roubo ou furto na sua vizinhança?	1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca	__

Programa de Saúde da Família

Agora vou fazer perguntas sobre a cobertura e atuação do programa de saúde da família.

P24	O seu domicílio está cadastrado (registrado) na unidade de saúde da família?	0. Não	1. Sim	777. Não sabe	Se 0 ou 777: Ir para P27	__
P25	Com que frequência o seu domicílio recebe uma visita de algum agente comunitário ou profissional de saúde?	1. Mensalmente			Se 5 ou 6: Ir P27	__
		2. A cada dois meses				
		3. Duas a quatro vezes por ano				
		4. Uma vez por ano				
		5. O domicílio foi cadastrado há menos de 2 meses				
6. Nunca recebeu						

P26	Nos últimos 12 meses, nas visitas domiciliares, os profissionais da Equipe de Saúde da Família:			
	a. Fizeram perguntas sobre problemas de saúde dos moradores?	0. Não	1. Sim	__
	b. Deram orientações para os adultos sobre comportamentos saudáveis (como não fumar,	0. Não	1. Sim	__
	c. Deram orientações sobre como cuidar dos dentes e gengivas?	0. Não	1. Sim	__
	d. Deram orientações sobre cuidados de saúde infantil (como soro caseiro em caso de	0. Não	1. Sim	888. NA (*) __ __ __
	e. Fizeram acompanhamento do desenvolvimento das crianças do domicílio (medidas de peso e	0. Não	1. Sim	888. NA (*) __ __ __
f. Verificaram o cartão de vacinação das crianças do domicílio?	0. Não	1. Sim	888. NA (*) __ __ __	

Controle de Endemias

P27	Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum agente de endemias (<i>agente de combate às endemias, como dengue</i>)?	1. Mensalmente	__
		2. A cada dois meses	
		3. Duas a quatro vezes por ano	
		4. Uma vez por ano	
		5. Nunca recebeu	

Gastos com Saúde

Agora vou perguntar sobre como foram pagos os gastos com saúde dos moradores do domicílio nos últimos doze meses. São considerados gastos com saúde a compra de medicamentos, o pagamento de consultas e/ou exames médicos.

P28	Nos últimos 12 meses, quais das seguintes fontes de recurso foram utilizadas para pagar os gastos com saúde dos moradores deste domicílio?			
	a. Renda atual de algum morador do domicílio	0. Não	1. Sim	__
	b. Economias (poupança, aplicações)	0. Não	1. Sim	__
	c. Venda de objetos ou bens	0. Não	1. Sim	__
	d. Empréstimos ou doações de familiares ou amigos que moram em outro domicílio	0. Não	1. Sim	__
	e. Empréstimos de instituições financeiras (bancos, financiadoras, etc.)	0. Não	1. Sim	__
	f. Plano de saúde	0. Não	1. Sim	__
	g. Outra	0. Não	1. Sim	__

Renda

Agora vou perguntar sobre a renda da família.

P29	O(a) sr(a) pode me dizer o rendimento mensal da família?	R\$ __ __ __ __ __ __, __ __	__ __ __ __ __ __, __ __
P30	Quantas pessoas dependem desta renda?	__ __	__ __

Alimentação

Agora vou perguntar sobre os hábitos alimentares da família.

P31	Qual a quantidade de sal que se gasta em sua casa por mês? [<i>Entrevistador, registrar o valor em gramas</i>]	__ __ __ __ gramas	__ __ __ __
P32	Qual a quantidade de açúcar que se gasta em sua casa por mês? [<i>Entrevistador, registrar o valor em quilos</i>]	__ __ , __ __ Kg	__ __ , __ __
P33	Qual a quantidade de óleo que se gasta em sua casa por mês? [<i>Entrevistador, registrar o valor em latas de 900ml</i>]	__ __ , __ __ latas	__ __ , __ __
P34	Quantas pessoas fazem as refeições em sua casa diariamente?	__ __	__ __
Horário de Término		__ __ : __ __	__ __ : __ __



INQUÉRITO INDIVIDUAL
VERSÃO 1.05
AGOSTO DE 2011



Data da entrevista	___/___/_____		___/___/_____
Horário	___:___		___:___
Código do entrevistador	_ _		_ _
Nome do supervisor	_____		_____
Número da comunidade	_		_
Número do domicílio	_ _ _		_ _ _
Número do indivíduo	_ _		_ _
Número de identificação do indivíduo	_ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _
Tipo da entrevista	1. Primeira Entrevista	2. Reentrevista	_
<i>[Entrevistador: preencha a próxima informação apenas quando for reentrevista.]</i>			
Tipo da Reentrevista	1. Intra	2. Inter	_ _
O(a) entrevistado(a) é informante secundário(a)?	0. Não	1. Sim	_

A. Características Sócio-Demográficas e Apoio Social

Nesta parte vamos conversar sobre características pessoais como idade, escolaridade, situação de trabalho, renda e sobre sua relação com família e amigos.

A1	Sexo	1. Masculino	2. Feminino		<input type="checkbox"/>
A2	Qual a sua idade?	_ _ _ _ anos			<input type="checkbox"/> _ _ _ _
A3	Qual o seu estado conjugal?	1. Nunca foi casado(a)			<input type="checkbox"/>
		2. Casado(a) ou vive com companheiro(a)			
		3. Separado(a) ou divorciado(a)			
		4. Viúvo(a)			
A4	Quantos anos completos de estudo (<i>com aprovação</i>) o(a) sr(a) tem?	_ _ _ _ anos			<input type="checkbox"/> _ _ _ _
A5	Qual o seu grau de instrução?	1. Nunca estudou/estudou menos de um ano			<input type="checkbox"/>
		2. Elementar Incompleto			
		3. Elementar Completo e Fundamental Incompleto			
		4. Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto			
		5. Ensino Médio Completo e Superior Incompleto			
		6. Superior Completo ou mais			
A6	Qual é a sua cor (raça)?	1. Branca			<input type="checkbox"/>
		2. Preta			
		3. Amarela			
		4. Parda			
		5. Indígena			

A6A	O(a) sr(a) é quilombola?	0. Não	1. Sim		
A7	O(a) sr(a) trabalha ou trabalhava?	1. Trabalha atualmente		Se 1: Ir para A10	_ _
		2. Trabalha, mas não atualmente			
		3. Já trabalhou, mas não trabalha mais		Se 4: Ir para A17	
		4. Nunca trabalhou			
A8	Qual a principal razão do(a) sr(a) não estar em atividade atualmente?	1. Dona de casa/cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos			_ _
		2. Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho			
		3. Estudos/treinamento			
		4. Aposentado por tempo de trabalho/idade			
		5. Aposentado por doença/invalidez			
		6. Afastado por doença			
		7. Afastado por outro motivo (gestação, mudança, licença, etc.)			
		8. Outra			
A9	Há quanto tempo o(a) sr(a) não está trabalhando ou não está em atividade?	_ _ dias _ _ meses _ _ anos			_ _ _ _ Codificar em meses
A10	Com que idade o(a) sr(a) começou a trabalhar?	_ _ _ _ anos			_ _ _ _

<i>[Entrevistador: As perguntas A11 a A17 são dirigidas às pessoas que trabalham atualmente e para as que já trabalharam e não trabalham mais. Neste caso, faça as perguntas no passado e refira-se à última ocupação. No caso de mais de um emprego, escolha a principal ocupação.]</i>				
A11	Qual é ou era a sua situação de trabalho?	1. Servidor público		_ _
		2. Empregado assalariado com carteira de trabalho assinada		
		3. Empregado assalariado sem carteira de trabalho assinada		
		4. Empregado familiar não remunerado		
		5. Conta própria ou autônomo com estabelecimento		
		6. Conta própria ou autônomo sem estabelecimento		
		7. Empregador com até 5 funcionários fixos		
		8. Empregador com 5 ou mais funcionários fixos		
A11A	O Sr(a) contribui com a previdência social?	0. Não	1. Sim	_
A11B	Onde o Sr(a) trabalha?	1. Zona rural		_ _
		2. Zona urbana		
		3. Nos dois locais		
		4. Não quis responder		
A12	Qual é ou era sua principal ocupação no trabalho? <i>(Anotar a ocupação)</i>			_____
<i>[Entrevistador: com a ajuda do entrevistado, classifique a ocupação no grupo ocupacional mais adequado marcando a opção escolhida com "X"]</i>				
A12_1	Classificação (grupo ocupacional)			_ _ _
	1. Altos funcionários do governo, dirigentes, gerentes ou altos funcionários de empresa			
	2. Profissionais de nível superior			
	3. Profissionais das artes			
	4. Profissionais ou técnicos de nível médio			
	5. Trabalhadores de serviços administrativos			
6. Trabalhadores da prestação de serviços e comerciários				

	7. Trabalhadores de serviços domésticos			
	8. Trabalhadores agropecuários, florestais de caça e pesca			
	9. Trabalhadores manuais (produção de bens e serviços industriais)			
	10. Trabalhadores manuais da construção civil			
	11. Trabalhadores manuais de reparação e manutenção			
	12. Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares			
	13. Ocupações mal especificadas do trabalho informal			
A13	Em geral, quantas horas no total o(a) sr(a) trabalha ou trabalhava por semana? <i>(inclua horas-extras e qualquer atividade remunerada em emprego ou por conta própria)</i>	_ _ horas por semana		_ _
A14_1	Em geral, quanto tempo o(a) sr(a) gasta ou gastava no deslocamento para ir ao trabalho?	_ _ horas _ _ minutos		_ _ _ _ Codificar em minutos
A14_2	Em geral, quanto tempo o(a) sr(a) gasta ou gastava no deslocamento para voltar do trabalho?	_ _ horas _ _ minutos		_ _ _ _ Codificar em minutos
A15	O(a) sr(a) trabalha ou trabalhava em algum plantão noturno ou de 24 horas?	0. Não	1. Sim	Se 0.: Ir para A17 _
A16	Com que frequência o(a) sr(a) trabalha ou trabalhava em algum plantão noturno ou de 24 horas?	1. Menos que 1 vez por mês		_
		2. 1 a 3 vezes por mês		
		3. 1 vez por semana		
		4. 2 a 3 vezes por semana		
		5. 4 ou mais vezes por semana		

A17	O(a) sr(a) pode me dizer seu rendimento mensal por fonte de rendimento? (Considere qualquer tipo de rendimento, seja trabalho, venda de produtos ou recebimento de qualquer benefício, pensão, doação, etc.)	0. Não tem rendimento	1. Sim	2. Não quis responder	Se 0 ou 2 ir para A18	<input type="checkbox"/>
[Entrevistador: para cada fonte de rendimento, preencha com o valor em reais (R\$) do rendimento mensal informado]						
Se o entrevistado respondeu 2 ou 3 na questão A7, ou seja, que não trabalha atualmente ou que já trabalhou, mas não trabalha mais, ir para a questão A17B.						
Se o entrevistado respondeu 4 na questão A7, ou seja, que nunca trabalhou, ir para a questão A17C.						
A17A	Trabalho	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17B	<input type="checkbox"/>	
A17A1	Valor do trabalho R\$	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
A17B	Seguro Desemprego	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17C	<input type="checkbox"/>	
A17B1	Valor do Seguro Desemprego R\$	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
A17C	Aposentadoria	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17D	<input type="checkbox"/>	
A17C1	Valor da Aposentadoria R\$	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
A17D	Pensão	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17E	<input type="checkbox"/>	
A17D1	Valor da Pensão R\$	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
A17E	Renda Mensal Vitalícia	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17F	<input type="checkbox"/>	
A17E1	Valor da Renda Mensal Vitalícia R\$	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
A17F	Venda de produtos	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17G	<input type="checkbox"/>	
A17F1	Valor da Venda de produtos R\$	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
A17G	Aluguel	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17H	<input type="checkbox"/>	
A17G1	Valor do Aluguel R\$	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
A17H	Doação de não-morador do domicílio	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17I	<input type="checkbox"/>	
A17H1	Valor da Doação de não-morador do domicílio R\$	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
A17I	Doação de igrejas/ONG/instituições filantrópicas	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17J	<input type="checkbox"/>	

		5. Algumas vezes no ano		
		6. Uma vez no ano		
		7. Nenhuma vez		
A21	Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares?	1. Mais de uma vez por semana		_
		2. Uma vez por semana		
		3. Uma vez por mês		
		4. De 2 a 3 vezes por mês		
		5. Algumas vezes no ano		
		6. Uma vez no ano		
		7. Nenhuma vez		
A22	Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, ou outras?	1. Mais de uma vez por semana		_
		2. Uma vez por semana		
		3. Uma vez por mês		
		4. De 2 a 3 vezes por mês		
		5. Algumas vezes no ano		
		6. Uma vez no ano		
		7. Nenhuma vez		
A23	Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião? <i>(sem contar com situações como casamento, batizado ou enterro)</i>	1. Mais de uma vez por semana		_
		2. Uma vez por semana		
		3. Uma vez por mês		
		4. De 2 a 3 vezes por mês		
		5. Algumas vezes no ano		
		6. Uma vez no ano		
		7. Nenhuma vez		
A24	Qual é a sua religião ou culto?	1. Não tenho religião		_

	2. Católica		
	3. Evangélica		
	4. Espírita		
	5. Umbanda e Candomblé		
	6. Judaica		
	7. Religiões orientais		
	8. Testemunha de Jeová		
	9. Outro		
	Horário de Término		_____ : _____

B. Auto-Avaliação do Estado de Saúde

Horário de Início: ____ : ____

____ : ____

Agora vamos conversar sobre sua saúde em geral, tanto física como mental.

B1	Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?	1. Muito boa		<input type="checkbox"/>
-----------	---	---------------------	--	--------------------------

		2. Boa		
		3. Regular		
		4. Ruim		
		5. Muito ruim		
B2	Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) deixou de ir ao trabalho ou de realizar as atividades habituais por motivo de saúde?	_ _ _ dias		_ _ _
Agora vou perguntar sobre diferentes funções do seu corpo. Quando eu perguntar sobre dificuldades, gostaria que o(a) sr(a) considerasse que grau de dificuldade tem tido para realizar suas atividades habituais. Por dificuldades, eu quero dizer precisar fazer mais esforço, ter mal-estar ou dor, lentidão ou mudar a maneira como o sr(a) realiza as atividades, habitualmente.				
B3	O(a) sr(a) usa algum equipamento ou aparelho para lhe ajudar a andar de um local para o outro?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para B5 _ _
B4	Qual ou quais destes equipamentos o(a) sr(a) faz uso?			
	a. Bengala	0. Não	1. Sim	_ _
	b. Muleta	0. Não	1. Sim	_ _
	c. Cadeira de Rodas	0. Não	1. Sim	_ _
	d. Andador	0. Não	1. Sim	_ _
	e. Calçado ortopédico	0. Não	1. Sim	_ _
	f. Outro	0. Não	1. Sim	_ _

B5	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para andar?	1. Nenhum	Se 1 ou 2: _ _
-----------	--	-----------	------------------------

		2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		
B6	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para andar cerca de 100 metros?	1. Nenhum		<input type="text"/>
		2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		
B7	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para subir uma ladeira ou um lance de escadas?	1. Nenhum		<input type="text"/>
		2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		
B8	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para se cuidar, como se lavar, tomar banho ou se vestir?	1. Nenhum		<input type="text"/>
		2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		
B9	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para se abaixar ou se curvar?	1. Nenhum		<input type="text"/>
		2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		
B10	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para levantar	1. Nenhum		<input type="text"/>

	objetos pesados?	2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		
B11	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para empurrar uma mesa ou algum móvel pesado?	1. Nenhum		<input type="text"/>
		2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		
B12	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para aprender uma nova tarefa? <i>(como aprender como chegar a um lugar desconhecido, aprender um novo jogo, aprender uma nova receita)</i>	1. Nenhum		<input type="text"/>
		2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		
B13	O(a) sr(a) usa óculos ou lente de contato?	0. Não	1. Sim	<input type="text"/>
<i>Ao responder as duas próximas perguntas, leve em conta os óculos ou lente de contato, se usar.</i>				
B14	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para ver de longe? <i>(reconhecer uma pessoa conhecida do outro lado da rua a uma distância de mais ou menos 20 metros)</i>	1. Nenhum		<input type="text"/>
		2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		
B15	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para ver de perto? <i>(reconhecer um objeto que esteja ao alcance das mãos ou ao ler)</i>	1. Nenhum		<input type="text"/>
		2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		

B16	O(a) sr(a) usa aparelho auditivo?	0. Não	1. Sim		<input type="text"/>	
<i>Ao responder a próxima pergunta, leve em conta o aparelho auditivo, se usar.</i>						
B17	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para ouvir?	1. Nenhum				<input type="text"/>
		2. Leve				
		3. Médio				
		4. Intenso				
		5. Não consegue				
B18	Em geral, em que grau o(a) sr(a) sente dores no corpo? [Sem incluir dor de cabeça].	1. Nenhum				<input type="text"/>
		2. Leve				
		3. Médio				
		4. Intenso				
		5. Muito intenso				
B19	Em geral, em que grau o(a) sr(a) sente dor de cabeça ou enxaqueca?	1. Nenhum				<input type="text"/>
		2. Leve				
		3. Médio				
		4. Intenso				
		5. Muito intenso				

Agora vamos falar sobre problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 15 dias.						
B20	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo	<input type="text"/>
B21	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) teve problemas por não se sentir descansado(a) e disposto(a) durante o dia, sentindo-se cansado(a), sem ter energia?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo	<input type="text"/>
B22	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentir prazer em fazer as coisas?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo	<input type="text"/>

B23	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo		<input type="text"/>
B24	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo		<input type="text"/>
B25	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) teve lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem, ou ao contrário, ficou muito agitado(a) ou inquieto(a), andando de um lado para o outro muito mais do que de costume?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo		<input type="text"/>
B26	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) se sentiu deprimido(a), “pra baixo” ou sem perspectiva?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo	Se 0: Ir para o próximo módulo	<input type="text"/>
B27	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) se sentiu mal com você mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo		<input type="text"/>
B28	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo		<input type="text"/>
Horário de Término		_ _ _ : _ _ _				_ _ _ : _ _ _	

C. Estilo de Vida

Horário de Início ____ : ____

____ : ____

Agora vou fazer perguntas sobre o seu estilo de vida, como hábitos de alimentação, prática de atividade física, consumo de bebidas alcoólicas e fumo.

C1	Quanto tempo faz que o(a) sr(a) se pesou da última vez?	1. Menos de 1 semana	Se 5: Ir para C4	_ _
		2. Entre 1 semana e menos de 1 mês		
		3. Entre 1 mês a menos de 6 meses		
		4. 6 meses ou mais atrás		
		5. Nunca se pesou		
C2	O(a) sr(a) sabe seu peso? (<i>mesmo que seja valor aproximado</i>) [Entrevistador: registre o valor em Kg]	_ _ _ _ _ , _ _ _ Kg		_ _ _ _ _ , _ _ _ Kg
C3	O(a) sr(a) lembra qual seu peso aproximado por volta dos 20 anos de idade? (<i>somente para pessoas com 30 anos ou mais</i>)	_ _ _ _ _ , _ _ _ Kg		_ _ _ _ _ , _ _ _ Kg
C4	O(a) sr(a) sabe sua altura? (<i>mesmo que seja valor aproximado</i>) [Entrevistador: registre o valor em cm]	_ _ _ _ _ , _ _ cm		_ _ _ _ _ , _ _ cm
[Entrevistador: Se homem, vá para C6]				
C5	A sra está grávida no momento? (<i>só para mulheres</i>)	0. Não	1. Sim	_ _
Agora vou fazer perguntas sobre sua alimentação.				
C6	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer feijão?	_ _ dias por semana (preencher de 1 a 7dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	_ _
C7	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?	_ _ dias por semana (preencher de 1 a 7dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para C9 _ _

C8	Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come este tipo de salada?	1. 1 vez por dia			_ _
		2. 2 vezes por dia			
		3. 3 vezes ou mais por dia			
C9	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume cozido, como couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? (sem contar batata, mandioca/aipim ou inhame)	_ _ dias por semana (preencher de 1 a 7dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para C11	_ _

C10	Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido?	1. 1 vez por dia			_ _
		2. 2 vezes por dia			
		3. 3 vezes ou mais por dia			
C11	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito/bode, carneiro)?	_ _ dias por semana (preencher de 1 a 7dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para C13	_ _
C12	Quando o(a) sr(a) come carne vermelha, o sr(a) costuma:	1. Tirar o excesso de gordura visível	2. Comer com a gordura		_ _
C13	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frango/galinha?	_ _ dias por semana (preencher de 1 a 7dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para C15	_ _
C14	Quando o(a) sr(a) come frango/galinha, o(a) sr(a) costuma:	1. Tirar a pele	2. Comer com a pele		_ _
C15	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural? (Entende-se por suco natural o suco realizado com a própria fruta)	_ _ dias por semana (preencher de 1 a 7dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para C17	_ _
C16	Em geral, quantos copos por dia o(a) sr(a) toma de suco de frutas natural?	1. 1 copo			_ _
		2. 2 copos			
		3. 3 copos ou mais			
C17	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?	_ _ dias por semana (preencher de 1 a 7dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para C19	_ _

C18	Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come frutas?	1. 1 vez por dia			_ _
		2. 2 vezes por dia			
		3. 3 vezes ou mais por dia			
C19	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?	_ _ dias por semana (preencher de 1 a 7dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para C22	_ _
C20	Que tipo de refrigerante ou suco artificial o(a) sr(a) costuma tomar?	1. Normal			_ _
		2. Diet/Light/Zero			
		3. De todos os tipos			
C21	Em geral, quantos copos de refrigerante ou suco artificial o(a) sr(a) costuma tomar por dia?	1. 1 copo			_ _
		2. 2 copos			
		3. 3 copos ou mais			
C22	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja)	_ _ dias por semana (preencher de 1 a 7dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana	Se 0: Ir para C24	_ _
C23	Quando o(a) sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?	1. Integral			_ _
		2. Desnatado ou Semi-desnatado			
		3. Os dois tipos			
C24	Em quantos dias da semana o(a) sr(a) come presunto, mortadela ou salame?	_ _ dias por semana (preencher de 1 a 7dias)	0. Nunca ou menos do que uma vez por semana		_ _
C24A	O(a) sr(a) costuma adicionar sal na comida pronta, no seu prato, sem contar a salada?	1. Sim, sempre ou quase sempre			_ _
		2. Sim, de vez em quando			
		3. Não			
		4. Não, adiciono somente quando a comida é preparada sem sal			

Agora vou perguntar sobre o consumo de bebidas alcoólicas.

C25	Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?	1. Nunca bebo			Se 1 ou 2: Ir para C31	_
		2. Menos de uma vez por mês				
		3. Uma vez ou mais por mês				
C26	Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?	_ dias por semana (<i>preencher de 0 a 7 dias</i>)				_
C27	Em geral, no dia que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome? <i>(1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)</i>	_ _ doses por dia				_ _
C28	Em algum destes dias em que consumiu bebida alcoólica o(a) sr(a) dirigiu logo depois de beber?	0. Não	1. Sim	888. Não dirige (NA)		_ _
C29	Quantos anos o(a) sr(a) tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas?	_ _ anos				_ _

Para homens

C30	Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?	0. Não	1. Sim		_
------------	---	---------------	---------------	--	---

Para mulheres

C30A	Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?	0. Não	1. Sim		_
-------------	--	---------------	---------------	--	---

Agora vou perguntar sobre prática de atividade física.

C31	Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte (caminhada, futebol/baba, capoeira, etc.), sem considerar fisioterapia?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para C35	_
------------	---	---------------	---------------	--------------------------	---

C32	Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?	_ dias por semana (preencher de 1 a 7 dias)	0. Menos do que um dia por semana	Se 0: Ir para C35	_																	
C33	Qual o exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) pratica com mais frequência? [Entrevistador: anotar apenas uma opção de resposta, ou seja, o exercício físico principal]	<table border="1"> <tr><td data-bbox="1061 375 1655 424">1. Caminhada (não vale para o trabalho)</td></tr> <tr><td data-bbox="1061 424 1655 474">2. Caminhada em esteira</td></tr> <tr><td data-bbox="1061 474 1655 523">3. Corrida</td></tr> <tr><td data-bbox="1061 523 1655 572">4. Corrida em esteira</td></tr> <tr><td data-bbox="1061 572 1655 622">5. Musculação</td></tr> <tr><td data-bbox="1061 622 1655 671">6. Capoeira</td></tr> <tr><td data-bbox="1061 671 1655 721">7. Hidroginástica</td></tr> <tr><td data-bbox="1061 721 1655 770">8. Ginástica em geral</td></tr> <tr><td data-bbox="1061 770 1655 820">9. Natação</td></tr> <tr><td data-bbox="1061 820 1655 869">10. Artes marciais e luta</td></tr> <tr><td data-bbox="1061 869 1655 919">11. Bicicleta</td></tr> <tr><td data-bbox="1061 919 1655 968">12. Baba/Futebol</td></tr> <tr><td data-bbox="1061 968 1655 1018">13. Basquetebol</td></tr> <tr><td data-bbox="1061 1018 1655 1067">14. Voleibol</td></tr> <tr><td data-bbox="1061 1067 1655 1117">15. Andar a cavalo (não vale para o trabalho)</td></tr> <tr><td data-bbox="1061 1117 1655 1166">16. Dança</td></tr> <tr><td data-bbox="1061 1166 1655 1217">17. Outro</td></tr> </table>		1. Caminhada (não vale para o trabalho)	2. Caminhada em esteira	3. Corrida	4. Corrida em esteira	5. Musculação	6. Capoeira	7. Hidroginástica	8. Ginástica em geral	9. Natação	10. Artes marciais e luta	11. Bicicleta	12. Baba/Futebol	13. Basquetebol	14. Voleibol	15. Andar a cavalo (não vale para o trabalho)	16. Dança	17. Outro		_ _
1. Caminhada (não vale para o trabalho)																						
2. Caminhada em esteira																						
3. Corrida																						
4. Corrida em esteira																						
5. Musculação																						
6. Capoeira																						
7. Hidroginástica																						
8. Ginástica em geral																						
9. Natação																						
10. Artes marciais e luta																						
11. Bicicleta																						
12. Baba/Futebol																						
13. Basquetebol																						
14. Voleibol																						
15. Andar a cavalo (não vale para o trabalho)																						
16. Dança																						
17. Outro																						
C34	Em geral, no dia que o(a) sr(a) faz caminhada, pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?	_ _ horas _ _ minutos		_ _ _ _	Codificar em minutos																	

Agora vou perguntar sobre a atividade física realizada durante o trabalho.					
C35	Nos últimos três meses, o(a) sr(a) trabalhou? <i>(Não considerar dona de casa como trabalho)</i>	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para C42	_
C36	No desempenho das suas atividades de trabalho, em quantos dias da semana o(a) sr(a) anda a pé por pelo menos 10 minutos seguidos?	_ dias por semana <i>(preencher de 1 a 7dias)</i>	0. Nenhum dia	Se 0: Ir para C38	_
C37	Em geral, no dia que o(a) sr(a) anda a pé no desempenho das suas atividades de trabalho, quanto tempo dura esta atividade?	_ _ horas _ _ minutos			_ _ _ Codificar em minutos
C38	No desempenho das suas atividades de trabalho, em quantos dias da semana o(a) sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade que requer esforço físico intenso? <i>(Entende-se por esforço físico intenso a realização de atividades que exigem maior esforço e que fazem respirar muito mais forte do que o normal)</i>	_ dias por semana <i>(preencher de 1 a 7dias)</i>	0. Nenhum dia	Se 0: Ir para C40	_
C39	Em geral, no dia que o(a) sr(a) faz esforço físico intenso no desempenho das suas atividades de trabalho, quanto tempo dura esta atividade?	_ _ horas _ _ minutos			_ _ _ Codificar em minutos
C40	Para ir ou voltar do trabalho, o(a) sr(a) faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?	1. Sim, todo o trajeto		Se 3: Ir para C42	_
		2. Sim, parte do trajeto			
		3. Não			
C41	Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto a pé ou de bicicleta?	_ _ horas _ _ minutos			_ _ _ Codificar em minutos
Agora vou perguntar sobre a atividade física nas suas atividades habituais, ou seja, que o(a) sr(a) realiza no seu dia a dia. Por favor, não considere atividades relacionadas ao trabalho.					
C42	No desempenho das suas atividades habituais, fora do trabalho, quantos dias por semana o(a) sr(a) faz alguma atividade que envolva deslocamento a pé ou bicicleta? <i>(tais como ir ou levar alguém a algum curso, escola ou igreja)</i>	_ dias por semana <i>(preencher de 1 a 7dias)</i>	0. Menos do que um dia por semana	Se 0: Ir para C44	_

C43	No dia que o(a) sr(a) faz esta atividade, quanto tempo o sr(a) gasta no deslocamento a pé ou de bicicleta?	_ _ horas _ _ minutos			_ _ _ _ Codificar em minutos
C44	No desempenho das suas atividades habituais, fora do trabalho, em quantos dias da semana o(a) sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade que requer esforço físico intenso? <i>(Entende-se por esforço físico intenso a realização de atividades que exigem maior esforço e que fazem respirar muito mais forte do que o normal)</i>	_ dias por semana <i>(preencher de 1 a 7dias)</i>	0. Nenhum dia	Se 0: Ir para C46	_
C45	Em geral, no dia que o sr(a) faz esforço físico intenso no desempenho das suas atividades habituais, fora do trabalho, quanto tempo dura esta atividade?	_ _ _ horas _ _ minutos			_ _ _ _ _ _ _ Codificar em minutos
C46	Em geral, quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma ficar assistindo televisão fora do trabalho?	_ _ _ horas por dia	0. Não assisto televisão todo dia ou menos de uma hora por dia		_ _ _
C47	O(a) sr(a) costuma usar computador fora do trabalho?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para C49	_
C47A	Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma usar o computador fora do trabalho?	_ dias por semana <i>(preencher de 1 a 7dias)</i>			_
C48	Em geral, quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma usar o computador fora do trabalho?	_ _ _ horas por dia	0. Menos de uma hora		_ _ _

Agora vou perguntar sobre fumo de cigarros ou de outros produtos do tabaco que são fumados tais como charuto, cigarrilha, cachimbo, cigarros de cravo (ou de Bali), cigarros indianos (ou bidis) e narguilé (ou cachimbos d'água). Por favor, não responda sobre produtos de tabaco que não fazem fumaça como rapé e fumo para mascar. Não considere, também, cigarros de maconha.

C49	Atualmente, o(a) sr(a) fuma?	1. Sim, diariamente		Se 1 ou 2: Ir para C52	_ _
		2. Sim, menos que diariamente			
		3. Não fumo atualmente			
C50	E no passado, o(a) sr(a) fumou?	1. Sim, diariamente		Se 3: Ir para C60	_ _
		2. Sim, menos que diariamente			
		3. Não, nunca fumei			
C51	Há quanto tempo o(a) sr(a) parou de fumar?	_ _ anos _ _ meses	0. Há menos de um ano	Se 0: Ir para C53 Se diferente de 0: Ir para C58	_ _ _ _ _ _ _ Codificar em meses
C52	Durante os últimos 12 meses, o(a) sr(a) tentou parar de fumar?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para C58	_ _
C53	Quando tentou parar de fumar, procurou tratamento com profissional de saúde?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para C58	_ _
C54	O(a) sr(a) conseguiu o tratamento com profissional de saúde?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para C56	_ _
C55	Porque o(a) sr(a) não conseguiu tratamento?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi		Ir para C58	_ _
		2. Tinha que esperar muito tempo			
		3. Não conseguiu marcar			
		4. Não sabia quem procurar ou aonde ir			
		5. Estava com dificuldades financeiras			
		6. O plano de saúde não cobria o tratamento			
		7. O serviço de saúde era muito distante			
		8. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas			
9. Outro					
C56	O tratamento para parar de fumar foi feito pelo SUS?	0. Não	1. Sim		_ _

C57	O(a) sr(a) pagou pelo tratamento?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para C57B	__
C57 A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para C58	__
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			
C57 B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feito pelo SUS			__
		2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço			
		3. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG			
C58	Em geral, qual a quantidade de cigarros, charutos, cachimbo e outros produtos do tabaco o(a) sr(a)fuma ou fumava por dia?				
	a. Cigarros?	__ __ por dia	0. Nenhum ou menos que um por dia		__ __
	b. Charutos?	__ __ por dia	0. Nenhum ou menos que um por dia		__ __
	c. Cachimbo?	__ __ por dia	0. Nenhum ou menos que um por dia		__ __
	d. Cigarro de palha/Brogó?	__ __ por dia	0. Nenhum ou menos que um por dia		__ __
	e. Outro	__ __ por dia	0. Nenhum ou menos que um por dia		__ __
C59	Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente?	__ __ __ anos			__ __ __
C60	Alguma das pessoas que mora com o(a) sr(a) costuma fumar dentro de casa? <i>[Entrevistador: assinale NA se o entrevistado morar sozinho]</i>	0. Não	1. Sim	888. NA	Se 0 ou 888: Ir para C62
					__ __ __

C61	Com que frequência alguém fuma dentro da sua casa?	1. Nunca				_
		2. Menos que diariamente				
		3. Diariamente				
C62	Algum colega costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) sr(a) trabalha ou estuda? [Entrevistador: assinale NA se o entrevistado não trabalha ou estuda]	0. Não	1. Sim	888. NA		_ _ _ _

Agora vamos falar sobre exposição solar.

C63	Quando o(a) sr(a) fica exposto ao sol por mais de 30 minutos, seja andando na rua, no trabalho ou no lazer, costuma usar alguma proteção contra o sol, como filtro solar, chapéu, guarda-sol, roupa/vestimenta, etc.?	1. Sim			Se 2 ou 3: Ir para o próximo módulo	_
		2. Não				
		3. Não fica exposto por mais de 30 minutos				
C64	Que tipo de proteção o(a) sr(a) costuma usar?					_
	a. Filtro solar	0. Não	1. Sim			
	b. Chapéu, guarda-sol, sombrinha	0. Não	1. Sim			
	c. Roupa/vestimenta	0. Não	1. Sim			
Horário de Término ____ : ____					____ : ____	

D. Morbidade

Horário de Início ____ : ____

____ : ____

Agora vou perguntar sobre doenças crônicas e infecciosas. Vou fazer perguntas sobre diagnóstico de doenças, uso dos serviços de saúde e tratamento dos problemas.

D1	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) teve sua pressão arterial medida? <i>(Considere qualquer situação em que isso ocorreu, consulta com profissionais de saúde, campanhas de verificação de pressão arterial e farmácias.)</i>	1. Há menos de 6 meses		Se 6: Ir para D22	_
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano			
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos			
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos			
		5. 3 anos ou mais			
		6. Nunca			
D2	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?	1. Sim		Se 2 ou 3: Ir para D22	_
		2. Apenas durante a gravidez <i>(só para mulheres)</i>			
		3. Não			
D3	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de hipertensão (pressão alta)?	_ _ _ anos	777. Não lembra/Não sabe		_ _ _
D4	O(a) sr(a) visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão (pressão alta)?	1. Não		Se 3: Ir para D6	_
		2. Não, só quando tem algum problema			
		3. Sim			

D5	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão (pressão alta)?	1. O serviço de saúde é muito distante		_ _
		2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande		
		3. Tem dificuldades financeiras		
		4. Não acha necessário		
		5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas		
		6. O plano de saúde não cobre as consultas		
		7. Não sabe quem procurar ou aonde ir		
		8. Outro		

D6	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da hipertensão (pressão alta)?			
	a. Dieta	0. Não	1. Sim	_ _
	b. Prática de atividade física	0. Não	1. Sim	_ _
	c. Toma medicamentos	0. Não	1. Sim	_ _
	d. Outro	0. Não	1. Sim	_ _

D7	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência de saúde por causa da hipertensão arterial (pressão alta)?	1. Há menos de 6 meses		Se 6: Ir para D18	_ _ _ _ _
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano			
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos			
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos			
		5. 3 anos ou mais atrás			
		6. Nunca recebeu			
		777. Não lembra/Não sabe			
D8	Na última vez que recebeu assistência de saúde para hipertensão (pressão alta), onde o(a) sr(a) foi atendido?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública)			_
		2. Pronto-socorro ou emergência de hospital público			
		3. Ambulatório de hospital público			
		4. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato			
		5. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado			
		6. Outro			
D9	O atendimento foi feito pelo SUS?	0. Não	1. Sim		_
D10	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D10B	_

D10A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para D11	<input type="checkbox"/>
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			
D10B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feito pelo SUS			<input type="checkbox"/>
		2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço			
		3. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG			
D11	Em algum dos atendimentos para hipertensão (pressão alta), algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?				
	a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais)	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	b. Manter o peso adequado	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	c. Ingerir menos sal	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	d. Praticar atividade física regularmente	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	e. Não fumar	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	f. Não beber em excesso	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	g. Outro	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
D12	Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial (pressão alta) foi pedido algum exame?	0. Não	1. Sim		Se 0: Ir para D15
	Se sim, quais?				
	a. Exame de sangue (colesterol, glicemia, triglicerídeos)	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	b. Exame de urina	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	c. Exame gráfico (eletrocardiograma)	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	d. Teste de esforço	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	e. Outro	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
D13	O(a) sr(a) fez todos os exames solicitados?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para D15	<input type="checkbox"/>

D14	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter feito todos os exames solicitados?	1. O exame está marcado, mas ainda não fez			_ _ _
		2. Não achou necessário			
		3. Não conseguiu marcar			
		4. O tempo de espera no laboratório ou serviço de saúde era muito grande			
		5. Estava com dificuldades financeiras			
		6. O laboratório ou serviço de saúde era muito distante			
		7. O horário de funcionamento do laboratório ou serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho ou domésticas			
		8. O plano de saúde não cobria todos os exames solicitados			
		9. Não sabia onde realizar os exames			
		10. Outro			
D15	Em algum dos atendimentos para hipertensão arterial (pressão alta) houve encaminhamento para alguma consulta com um cardiologista ou outro médico especialista?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D18	_
D16	O(a) sr(a) foi a todas as consultas com o médico especialista?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para D18	_
D17	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o médico especialista?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi			_ _ _
		2. Não achou necessário			
		3. Não conseguiu marcar			
		4. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande			
		5. Estava com dificuldades financeiras			
		6. O serviço de saúde era muito distante			
		7. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas			
		8. O plano de saúde não cobria a consulta			
		9. Não sabia a quem procurar ou aonde ir			
		10. Outro			

D18	O(a) sr(a) tem ou teve alguma destas complicações por causa da hipertensão (pressão alta)?				
	a. Angina	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	b. Infarto	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	c. AVC (derrame)	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	d. Insuficiência cardíaca	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	e. Outro problema circulatório	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	f. Problema nos rins	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	g. Outra	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
D19	Alguma vez o(a) sr(a) se internou por causa da hipertensão (pressão alta) ou de alguma complicação da hipertensão (pressão alta)?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D21	<input type="checkbox"/>
D19A	Quantas vezes?	<input type="text"/>			<input type="text"/>
D20	Há quanto tempo foi a última internação por causa da hipertensão (pressão alta) ou de alguma complicação?	1. Há menos de 6 meses			<input type="text"/>
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano			
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos			
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos			
		5. 3 anos ou mais atrás			
D21	Em geral, em que grau a hipertensão (pressão alta) ou alguma complicação limita as suas atividades habituais?	1. Não limita			<input type="checkbox"/>
		2. Um pouco			
		3. Moderadamente			
		4. Intensamente			
		5. Muito intensamente			
D22	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) fez exame de sangue para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue? (Considere qualquer situação em que isso ocorreu, consulta com profissionais de saúde, campanhas de verificação da glicemia e farmácias.)	1. Há menos de 6 meses			Se 6: Ir para D45
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano			
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos			
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos			
		5. 3 anos ou mais atrás			
		6. Nunca fez			

D23	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?	1. Sim	Se 2 ou 3: Ir para D45	_ _	
		2. Apenas durante a gravidez (<i>só para mulheres</i>)			
		3. Não			
D24	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de diabetes?	_ _ _ _ _ anos		_ _ _ _ _	
D25	O(a) sr(a) visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes?	1. Não	Se 3: Ir para D27	_ _	
		2. Não, só quando tem algum problema			
		3. Sim			
D26	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes?	1. O serviço de saúde é muito distante		_ _	
		2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande			
		3. Tem dificuldades financeiras			
		4. Não acha necessário			
		5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas			
		6. O plano de saúde não cobre as consultas			
		7. Não sabe quem procurar ou aonde ir			
		8. Outro			
D27	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do diabetes?				_ _
	a. Dieta	0. Não	1. Sim		
	b. Prática de atividade física	0. Não	1. Sim		
	c. Toma medicamentos orais, como hipoglicemiantes	0. Não	1. Sim		
	d. Usa insulina	0. Não	1. Sim		
	e. Outro	0. Não	1. Sim		

D28	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência de saúde por causa do diabetes?	1. Há menos de 6 meses		Se 6: Ir para D41	_ _ _ _ _ _ _
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano			
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos			
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos			
		5. 3 anos ou mais atrás			
		6. Nunca recebeu			
		777. Não lembra/Não sabe			
D29	Na última vez que recebeu assistência de saúde para diabetes, onde o(a) sr(a) foi atendido?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública)			_ _
		2. Pronto-socorro ou emergência de hospital público			
		3. Ambulatório de hospital público			
		4. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato			
		5. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado			
		6. Outro			
D30	O atendimento foi feito pelo SUS?	0. Não	1. Sim		_ _
D31	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D31B	_ _
D31A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para D32	_ _
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			
D31B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feito pelo SUS			_ _
		2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço			
		3. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG			

D32	Em algum dos atendimentos para diabetes, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?				
	a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais)	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	b. Manter o peso adequado	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	c. Praticar atividade física regularmente	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	d. Não fumar	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	e. Não beber em excesso	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	f. Diminuir o consumo de carboidratos (massas, pães, etc.)	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
g. Outro	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>		
D33	Em algum dos atendimentos para diabetes foi pedido algum exame?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D36	<input type="checkbox"/>
	Se sim, quais?				
	a. Exame de sangue (colesterol, glicemia, triglicérides)	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	b. Hemoglobina glicada	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	c. Curva glicêmica	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	d. Exame de urina	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
e. Outro	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>		
D34	O(a) sr(a) fez todos os exames solicitados?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para D36	<input type="checkbox"/>

D35	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter feito todos os exames solicitados?	1. O exame está marcado, mas ainda não fez			_ _ _
		2. Não achou necessário			
		3. Não conseguiu marcar			
		4. O tempo de espera no laboratório ou serviço de saúde era muito grande			
		5. Estava com dificuldades financeiras			
		6. O laboratório ou serviço de saúde era muito distante			
		7. O horário de funcionamento do laboratório ou serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho ou domésticas			
		8. O plano de saúde não cobria todos os exames solicitados			
		9. Não sabia onde realizar os exames			
		10. Outro			
D36	Em algum dos atendimentos para diabetes, houve encaminhamento para alguma consulta com médico especialista, como cardiologista ou oftalmologista?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D39	_
D37	O(a) sr(a) foi a todas as consultas com médico especialista?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para D39	_
D38	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o médico especialista?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi			_ _ _
		2. Não achou necessário			
		3. Não conseguiu marcar			
		4. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande			
		5. Estava com dificuldades financeiras			
		6. O serviço de saúde era muito distante			
		7. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas			
		8. O plano de saúde não cobria a consulta			
		9. Não sabia a quem procurar ou aonde ir			
		10. Outro			

D39	Quando foi a última vez que realizaram um exame de vista ou fundo de olho em que dilataram sua pupila?	1. Há menos de 6 meses			_ _ _ _	
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano				
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos				
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos				
		5. 3 anos ou mais atrás				
		6. Nunca fez				
		777. Não lembra/Não sabe				
D40	Quando foi a última vez que um médico ou profissional de saúde examinou seus pés para verificar feridas ou irritações?	1. Há menos de 6 meses			_ _ _ _	
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano				
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos				
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos				
		5. 3 anos ou mais atrás				
		6. Nunca teve os pés examinados				
		777. Não lembra/Não sabe				
D41	O(a) sr(a) tem ou teve alguma destas complicações por causa do diabetes?					
	a. Problemas na vista	0. Não	1. Sim			_
	b. Infarto	0. Não	1. Sim			_
	c. AVC (derrame)	0. Não	1. Sim			_
	d. Outro problema circulatório	0. Não	1. Sim			_
	e. Problema nos rins	0. Não	1. Sim			_
	f. Úlceras nos pés (ferida)	0. Não	1. Sim			_
	g. Amputação	0. Não	1. Sim			_
	h. Coma diabético	0. Não	1. Sim			_
	i. Outra	0. Não	1. Sim			_
D42	Alguma vez o(a) sr(a) se internou por causa do diabetes ou de alguma complicação?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D44	_	
D42A	Quantas vezes?	_ _			_ _	

D43	Há quanto tempo foi a última internação por causa do diabetes ou de alguma complicação?	1. Há menos de 6 meses		_ _ _ _ _	
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano			
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos			
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos			
		5. 3 anos ou mais atrás			
		777. Não lembra/Não sabe			
D44	Em geral, em que grau o diabetes ou alguma complicação limita as suas atividades habituais?	1. Não limita		_	
		2. Um pouco			
		3. Moderadamente			
		4. Intensamente			
		5. Muito intensamente			
D45	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) fez exame de sangue para medir o colesterol e triglicérides?	1. Há menos de 6 meses	Se 6: Ir para D49	_	
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano			
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos			
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos			
		5. 3 anos ou mais atrás			
		6. Nunca fez			
D46	Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem colesterol alto?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D49	_
D47	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de colesterol alto?	_ _ _ _ _ anos			_ _ _ _ _
D48	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do colesterol alto?				
	a. Dieta	0. Não	1. Sim		_
	b. Prática de atividade física	0. Não	1. Sim		_
	c. Toma medicamentos	0. Não	1. Sim		_
	d. Outro	0. Não	1. Sim		_
D49	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D54	_

D49A	Se sim, qual(ais)?	_____			_____
D50	Que idade o sr(a) tinha no primeiro diagnóstico da doença do coração?	__ __ __ anos	0. Desde que nasceu		__ __ __
D51	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença do coração?				
	a. Dieta	0. Não	1. Sim		__
	b. Prática de atividade física	0. Não	1. Sim		__
	c. Toma medicamentos	0. Não	1. Sim		__
d. Outro	0. Não	1. Sim	__		
D52	O(a) sr(a) já fez alguma cirurgia de ponte de safena ou colocação de stent ou angioplastia?	0. Não	1. Sim		__
D53	Em geral, em que grau a doença do coração limita as suas atividades habituais?	1. Não limita			__
		2. Um pouco			
		3. Moderadamente			
		4. Intensamente			
5. Muito intensamente					
D54	Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) teve um AVC (acidente vascular cerebral) ou derrame?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D58	__
D55	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico do AVC (derrame)?	__ __ __ anos			__ __ __
D56	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do AVC (derrame)?				
	a. Dieta	0. Não	1. Sim		__
	b. Fisioterapia	0. Não	1. Sim		__
	c. Outras terapias de reabilitação	0. Não	1. Sim		__
	d. Toma medicamentos	0. Não	1. Sim		__
e. Outro	0. Não	1. Sim	__		

D57	Em geral, em que grau o AVC (derrame) limita as suas atividades habituais?	1. Não limita			_
		2. Um pouco			
		3. Moderadamente			
		4. Intensamente			
		5. Muito intensamente			
D58	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de anemia?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D63	_
D59	O(a) sr(a) sabe que tipo de anemia tem?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D60	_
D59A	Se sim, qual?	_____			_____
D60	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de anemia?	_ _ _ _ anos			_ _ _ _
D61	O(a) sr(a) se tratou ou se trata por causa da anemia?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para D63	_
D62	Porque o(a) sr(a) não se trata ou se tratou?	1. O serviço de saúde é muito distante			_
		2. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande			
		3. Tem dificuldades financeiras			
		4. Não acha necessário			
		5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas			
		6. O plano de saúde não cobre o tratamento			
		7. Não sabe quem procurar ou aonde ir			
		8. Outro			
D63	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de asma ou bronquite asmática?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D68	_
D64	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de asma ou bronquite asmática?	_ _ _ _ anos			_ _ _ _

D65	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) teve algum ataque de asma ou bronquite asmática?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
D66	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da asma ou bronquite asmática?					
	a. Usa medicamentos (inaladores, aerossol ou comprimidos)	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
	b. Outro	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
D67	Em geral, em que grau a asma ou a bronquite asmática limita as suas atividades habituais?	1. Não limita				<input type="checkbox"/>
		2. Um pouco				
		3. Moderadamente				
		4. Intensamente				
		5. Muito intensamente				
D68	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de artrite?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D73	<input type="checkbox"/>	
D69	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de artrite?	_ _ _ _ anos			<input type="checkbox"/>	
D70	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da artrite?					
	a. Exercício ou fisioterapia	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
	b. Usa medicamentos ou injeções	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
	c. Faz acupuntura	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
	d. Outro	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
D71	O(a) sr(a) já fez alguma cirurgia por causa da artrite?	0. Não	1. Sim			<input type="checkbox"/>
D72	Em geral, em que grau a artrite limita as suas atividades habituais?	1. Não limita				<input type="checkbox"/>
		2. Um pouco				
		3. Moderadamente				
		4. Intensamente				
		5. Muito intensamente				
D73	O(a) sr(a) tem algum problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D78	<input type="checkbox"/>	
D74	Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou o problema na coluna?	_ _ _ _ anos			<input type="checkbox"/>	

D75	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa do problema na coluna?					
	a. Exercício ou fisioterapia	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
	b. Usa medicamentos ou injeções	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
	c. Faz acupuntura	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
	d. Outro	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
D76	O(a) sr(a) já fez alguma cirurgia por causa do problema na coluna?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
D77	Em geral, em que grau o problema na coluna limita as suas atividades habituais?	1. Não limita				<input type="checkbox"/>
		2. Um pouco				
		3. Moderadamente				
		4. Intensamente				
		5. Muito intensamente				
D78	O(a) sr(a) já recebeu a vacina contra hepatite?	0. Não	1. Sim	777. Não lembra/Não sabe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
D79	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hepatite?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D84	<input type="checkbox"/>	
D80	Que tipo de hepatite? [Se o entrevistado responder que teve hepatite B e C, escolher a mais antiga].			Se 1 ou 777: Ir para D84	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	1. A					
	2. B					
	3. C					
	777. Não lembra/Não sabe					
D81	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de hepatite?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
D82	Atualmente, o(a) sr(a) faz uso de medicamentos por causa da hepatite?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	

D83	Em geral, em que grau a hepatite limita as suas atividades habituais?	1. Não limita			_ _
		2. Um pouco			
		3. Moderadamente			
		4. Intensamente			
		5. Muito intensamente			
D84	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de tuberculose?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D93	_ _
D85	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de tuberculose?	_ _ _ _ anos			_ _ _ _
D86	Quando o(a) sr(a) foi diagnosticado com tuberculose, o médico ou enfermeiro examinou as pessoas que moravam em sua casa para ver se alguma delas precisava de tratamento?	0. Não	1. Sim		_ _
D87	O(a) sr(a) se tratou ou se trata por causa da tuberculose?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para D89	_ _
D88	Porque o(a) sr(a) não se tratou?	1. O serviço de saúde era muito distante		Ir para D93	_ _
		2. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande			
		3. Teve dificuldades financeiras			
		4. Não achou necessário			
		5. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas			
		6. O plano de saúde não cobria o tratamento			
		7. Não sabia a quem procurar ou aonde ir			
		8. Outro			
D89	O(a) sr(a) fez ou faz tratamento supervisionado?	0. Não	1. Sim		_ _
D90	Durante o tratamento, recebeu algumas das orientações?				
	a. Seguir corretamente o tratamento prescrito	0. Não	1. Sim		_ _
	b. Não interromper o tratamento	0. Não	1. Sim		_ _
	c. Não faltar às consultas agendadas	0. Não	1. Sim		_ _

	d. Não fumar	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
	e. Outro				<input type="checkbox"/>	
D91	O(a) sr(a) completou o tratamento até receber alta?	1. Sim	2. Ainda está em tratamento	3. Não, abandonou	Se 1 ou 2: Ir para D93	<input type="checkbox"/>
D92	Quando o(a) sr(a) abandonou o tratamento, recebeu algum telefonema, carta ou comunicado do serviço de saúde ou visita de agente ou algum profissional da equipe de saúde da família?	0. Não	1. Sim			<input type="checkbox"/>
D93	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de depressão?	0. Não	1. Sim		Se 0: Ir para D106	<input type="checkbox"/>
D94	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de depressão?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
D95	O(a) sr(a) visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão?	1. Não	2. Não, só quando tem algum problema	3. Sim	Se 3: Ir para D97	<input type="checkbox"/>
D96	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente por causa da depressão?	1. Não está mais deprimido	2. O serviço de saúde é muito distante	3. Não tem ânimo		<input type="checkbox"/>
		4. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande	5. Tem dificuldades financeiras	6. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas		
		7. O plano de saúde não cobre as consultas	8. Não sabe quem procurar ou aonde ir	9. Outro		

D97	Quais tratamentos o(a) sr(a) faz atualmente por causa da depressão?					
	a. Psicoterapia	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
	b. Toma medicamentos	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
	c. Outro	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
D98	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) recebeu assistência de saúde por causa da depressão?	1. Há menos de 6 meses		Se 6: Ir para D105	<input type="checkbox"/>	
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano				
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos				
		4. Entre 2 anos e menos de 3 anos				
		5. 3 anos ou mais atrás				
		6. Nunca recebeu				
D99	Na última vez que recebeu assistência de saúde para depressão, onde o(a) sr(a) foi atendido?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)			<input type="checkbox"/>	
		2. CAPS - Centro de Atenção Psicossocial				
		3. Pronto-socorro ou emergência de hospital público				
		4. Ambulatório de hospital público				
		5. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato				
		6. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado				
		7. Outro				
D100	O atendimento foi feito pelo SUS?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
D101	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D101B	<input type="checkbox"/>	
D101A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para D102	<input type="checkbox"/>	
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde				
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde				

D101B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feito pelo SUS			_
		2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço			
		3. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG			
D102	Em algum dos atendimentos para depressão, houve encaminhamento para alguma consulta com profissional especialista de saúde mental, como o psiquiatra ou psicólogo?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D105	_
D103	O(a) sr(a) conseguiu ir a todas as consultas com profissional especialista de saúde mental?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para D105	_
D104	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter ido a todas as consultas com o profissional especialista de saúde mental?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi			_ _ _
		2. Não conseguiu marcar			
		3. Não achou necessário			
		4. Não teve ânimo			
		5. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande			
		6. Não sabia quem procurar ou aonde ir			
		7. Estava com dificuldades financeiras			
		8. O plano de saúde não cobria a consulta			
		9. O serviço de saúde era muito distante			
		10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas			
		11. Outro			
D105	Em geral, em que grau a depressão limita as suas atividades habituais?	1. Não limita			_
		2. Um pouco			
		3. Moderadamente			
		4. Intensamente			
		5. Muito intensamente			

D106	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de outra doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar ou psicose?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D112	<input type="checkbox"/>
D107	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de doença mental?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> anos	0. Menos de um ano		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
D108	O(a) sr(a) visita o médico/serviço de saúde regularmente por causa dessa doença mental?	1. Não		Se 3: Ir para D110	<input type="checkbox"/>
		2. Não, só quando tenho algum problema			
		3. Sim			
D109	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não visitar o médico/serviço de saúde regularmente?	1. Não acha necessário			<input type="checkbox"/>
		2. O serviço de saúde é muito distante			
		3. Acha que não vai ser bem recebido no serviço de saúde porque tem uma doença mental			
		4. Tem dificuldades financeiras			
		5. O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas			
		6. O plano de saúde não cobre as consultas regulares			
		7. Não sabe quem procurar ou aonde ir			
		8. Outro			
D110	Quais tratamentos o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença mental?				
	a. Psicoterapia	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	b. Usa medicamentos ou injeções	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	c. Outro	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>

D111	Em geral, em que grau essa doença mental limita as suas atividades habituais?	1. Não limita			_
		2. Um pouco			
		3. Moderadamente			
		4. Intensamente			
		5. Muito intensamente			
D112	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de alguma doença no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica)?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D116	_
D113	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico da doença no pulmão?	_ _ anos	0. Menos de um ano		_ _
D114	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença no pulmão?				
	a. Usa medicamentos (inaladores, aerossol ou comprimidos)	0. Não	1. Sim		_
	b. Usa oxigênio	0. Não	1. Sim		_
	c. Fisioterapia respiratória	0. Não	1. Sim		_
	d. Outro	0. Não	1. Sim		_
D115	Em geral, em que grau a doença do pulmão limita as suas atividades habituais?	1. Não limita			
		2. Um pouco			
		3. Moderadamente			
		4. Intensamente			
		5. Muito intensamente			
D116	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de osteoporose?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D121	_
D117	Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico de osteoporose?	_ _ anos	0. Menos de um ano		_ _
D118	O diagnóstico foi feito depois de uma fratura?	0. Não	1. Sim		_

D119	O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da osteoporose?					
	a. Exercícios ou fisioterapia	0. Não	1. Sim		□□	
	b. Usa medicamentos ou injeções	0. Não	1. Sim		□□	
	c. Outro	0. Não	1. Sim		□□	
D120	Em geral, em que grau a osteoporose limita as suas atividades habituais?	1. Não limita				□□
		2. Um pouco				
		3. Moderadamente				
		4. Intensamente				
		5. Muito intensamente				

Agora vamos falar sobre os medicamentos de uso contínuo. Entende-se por medicamentos de uso contínuo aqueles que são usados diariamente e por longos períodos.

D121	Nos últimos 15 dias, o(a) sr(a) fez uso de algum medicamento para dormir?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D124	□□
D122	Nos últimos 15 dias, por quantos dias usou o medicamento para dormir?	□□ □□ dias			□□ □□
D123	O medicamento que o(a) sr(a) usa para dormir foi prescrito por médico?	0. Não	1. Sim		□□
<i>[Entrevistador: se o entrevistado não referiu nenhuma doença crônica ou infecciosa ou não usa medicamentos para nenhuma das doenças referidas, vá para o módulo E.]</i>					
D124	O(a) sr(a) utiliza medicamentos de uso contínuo para algumas das doenças que referiu?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para D127	□□
D125	Todos os medicamentos de uso contínuo que o(a) sr(a) utiliza foram prescritos por médico?	1. Todos os medicamentos	2. Parte dos medicamentos	3. Nenhum dos medicamentos	□□
<i>[Entrevistador: se algum dos itens da próxima questão for igual a 1, não pergunte os próximos itens e vá para a questão D127.]</i>					

	Como o(a) sr(a) obtém os medicamentos de uso contínuo?				
D126	a. Gratuitamente em serviços públicos de saúde	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum	<input type="checkbox"/>
	b. Compra no programa da farmácia popular	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum	<input type="checkbox"/>
	c. Compra na farmácia	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum	<input type="checkbox"/>
	d. São dados pelo médico	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum	<input type="checkbox"/>
	e. São dados por amigos, vizinhos, parentes	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum	<input type="checkbox"/>
	f. Em entidades filantrópicas, igreja, ONG	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum	<input type="checkbox"/>
D127	Para alguma das doenças que o(a) sr(a) referiu, quantas vezes foi atendido pelo mesmo profissional de saúde nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Se 0: Ir para o módulo E	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D128	Na última consulta, o médico que lhe atendeu era o mesmo das consultas anteriores?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
D129	O médico pediu para ver os exames das consultas passadas?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
Horário de Término		____ ____: ____ ____		____ ____: ____ ____	

E. Acidentes e Violências

Horário de Início ____ __: ____ __

____ __: ____ __

Agora vou perguntar sobre acidentes e violências nos últimos 12 meses. Primeiramente, vou falar sobre uso de cinto de segurança e acidentes de trânsito.

E1	Com que frequência o(a) sr(a) anda de carro/automóvel, van ou táxi?	1. Sempre	Se 5: Ir para E3A	_ _
		2. Quase sempre		
		3. Às vezes		
		4. Raramente		
		5. Nunca		
E2	Com que frequência o(a) sr(a) usa cinto de segurança quando dirige ou anda como passageiro no banco da frente, de carro/automóvel, van ou táxi?	1. Nunca anda no banco da frente		_ _
		2. Sempre usa cinto		
		3. Quase sempre usa cinto		
		4. Às vezes usa cinto		
		5. Raramente usa cinto		
		6. Nunca usa cinto		
E3	Com que frequência o(a) sr(a) usa cinto de segurança quando anda como passageiro no banco de trás, de carro/automóvel, van ou táxi?	1. Nunca anda no banco de trás		_ _
		2. Sempre usa cinto		
		3. Quase sempre usa cinto		
		4. Às vezes usa cinto		
		5. Raramente usa cinto		
		6. Nunca usa cinto		
E3A	Com que frequência o(a) sr(a) anda de moto?	1. Sempre	Se 5: Ir para E4	_ _
		2. Quase sempre		
		3. Às vezes		
		4. Raramente		
		5. Nunca		

E3B	Com que frequência o(a) sr(a) usa capacete quando dirige ou anda como passageiro na moto?	1. Sempre usa capacete		_
		2. Quase sempre usa capacete		
		3. Às vezes usa		
		4. Raramente usa		
		5. Nunca usa		

E4	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) se envolveu em algum acidente de trânsito no qual tenha sofrido lesões corporais?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para E16	_	
E4A	Se sim, quantos?	_ _			_ _	
E5	Algum desses acidentes ocorreu quando você estava trabalhando, indo ou voltando do trabalho?	0. Não	1. Sim		_	
E6	No acidente de trânsito mais grave que sofreu nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) era:	1. Condutor(a) de carro/van				_ _ _
		2. Condutor(a) de ônibus				
		3. Condutor(a) de motocicleta				
		4. Ciclista				
		5. Passageiro(a) de carro/van				
		6. Passageiro(a) de ônibus				
		7. Passageiro(a) de motocicleta				
		8. Passageiro(a) de bicicleta				
		9. Pedestre				
		10. Outro				
E7	O(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (tais como trabalhar ou ir ao colégio/universidade) por causa deste acidente?	0. Não	1. Sim		_	
E8	Para este acidente, o(a) sr(a) recebeu algum tipo de assistência de saúde?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para E16	_	
E9	Quanto tempo, após o acidente, o(a) sr(a) recebeu o primeiro atendimento em saúde?	_ _ _ minutos _ _ _ horas			_ _ _ _ _ _ _ Codificar em minutos	

E10	Como o(a) sr(a) avalia o atendimento recebido?	1. Muito bom		_ _	
		2. Bom			
		3. Regular			
		4. Ruim			
		5. Muito ruim			
E11	Onde foi prestada esta primeira assistência de saúde?	1. No local do acidente	Se 2 a 7: Ir para E14	_ _	
		2. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública)			
		3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)			
		4. Pronto-socorro ou emergência de hospital público			
		5. Ambulatório de hospital público			
		6. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato			
		7. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado			
E12A	Quem lhe prestou atendimento no local do acidente?	1. Ambulância/Resgate do SAMU		_ _	
		2. Ambulância/Resgate dos Bombeiros			
		3. Motos do SAMU			
		4. Ambulância/Resgate do setor Privado			
		5. Ambulância/Resgate da Rodovia Concessionária			
E12B	Após o atendimento, o(a) sr(a) precisou ser transportado(a) por ambulância?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para	_ _
E13	O(a) sr(a) pagou pelo transporte de ambulância?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para E13B	_ _
E13A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso	Ir para E14	_ _	
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			

E13B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feito pelo SUS			_ _
		2. Porque foi feito pelo Corpo de Bombeiros			
		3. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço			
		4. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG			
E14	Por causa deste acidente de trânsito, precisou ser internado por	0. Não	1. Sim		_ _
E15	O(a) sr(a) teve ou tem alguma sequela e/ou incapacidade decorrente deste acidente de trânsito?	0. Não	1. Sim		_ _

Agora vou perguntar sobre todos os outros tipos de acidentes nos últimos 12 meses que não tenham sido acidentes de trânsito.

E16	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) sofreu algum tipo de acidente no qual o(a) sr(a) tenha sofrido lesões corporais, que não tenha sido acidente de trânsito?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para E28	_ _
E17	Nos últimos 12 meses, qual foi o acidente mais grave que o(a) sr(a) sofreu?	1. Queda			_ _ _
		2. Queimadura			
		3. Penetração de corpo estranho			
		4. Intoxicação/Envenenamento			
		5. Ferimento acidental por objeto pérfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura)			
		6. Ferimento acidental por arma de fogo			
		7. Acidente com animais			
		8. Queda acidental de objetos sobre a pessoa/Choque acidental contra objetos/pessoa			
		9. Entorse (torção)			
		10. Afogamento			
		11. Outro			

E18	Onde ocorreu este acidente?	1. Domicílio			_
		2. Trabalho			
		3. Escola			
		4. Local de prática esportiva ou clube			
		5. Bar ou similar			
		6. Via pública			
		7. Outro			
E19	O(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (tais como trabalhar ou ir ao colégio/universidade) por causa deste acidente?	0. Não	1. Sim		_
E20	Para este acidente, o(a) sr(a) recebeu algum tipo de assistência de saúde?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para E28	_
E21	Quanto tempo, após o acidente, o(a) sr(a) recebeu o primeiro atendimento em saúde?	_ _ _ minutos _ _ _ horas			_ _ _ _ _ _ _ Codificar em minutos
E22	Como o(a) sr(a) avalia este atendimento?	1. Muito bom			_
		2. Bom			
		3. Regular			
		4. Ruim			
		5. Muito ruim			
E23	Onde foi prestada a primeira assistência de saúde?	1. No local do acidente		Se 2 a 7: Ir para E26	_
		2. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública)			
		3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)			
		4. Pronto-socorro ou emergência de hospital público			
		5. Ambulatório de hospital público			
		6. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato			
		7. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado			

E24A	Quem lhe prestou atendimento no local do acidente?	1. Ambulância/Resgate do SAMU			_ _
		2. Ambulância/Resgate dos Bombeiros			
		3. Motos do SAMU			
		4. Ambulância/Resgate do setor Privado			
		5. Ambulância/Resgate da Rodovia Concessionária			
E24B	Após o atendimento, o(a) sr(a) precisou ser transportado(a) por ambulância?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para E26	_ _
E25	O(a) sr(a) pagou pelo transporte de ambulância?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para E25B	_ _
E25A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para E26	_ _
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			
E25B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feito pelo SUS			_ _
		2. Porque foi feito pelo Corpo de Bombeiros			
		3. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço			
		4. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG			
E26	Por causa deste acidente, precisou ser internado por 24 horas ou mais?	0. Não	1. Sim		_ _
E27	O(a) sr(a) teve ou tem alguma sequela e/ou incapacidade decorrente deste acidente?	0. Não	1. Sim		_ _

Agora vou perguntar sobre violências nos últimos 12 meses que resultaram em lesões corporais.

E28	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) foi vítima de alguma forma de violência física/agressão que tenha resultado em lesões corporais?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para E38	_ _
------------	---	--------	--------	-------------------	-----

E29	Qual foi o tipo de violência física/agressão mais grave que o(a) sr(a) sofreu nos últimos 12 meses?	1. Força corporal/spancamento		_
		2. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola etc.)		
		3. Envenenamento		
		4. Objeto pérfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura etc.)		
		5. Arremesso de substância/objeto quente sobre a pessoa		
		6. Lançamento de objetos sobre a pessoa		
		7. Outro		
E30	Nesta ocorrência, quem lhe agrediu fisicamente?	1. Desconhecido(a)		_ _
		2. Cônjuge, companheiro(a), namorado(a)		
		3. Ex-cônjuge, ex-companheiro(a), ex-namorado(a)		
		4. Pai/Mãe		
		5. Padrasto/Madrasta		
		6. Filho(a)		
		7. Irmão(ã)		
		8. Outro parente		
		9. Amigos(as)/conhecidos(as)		
		10. Patrão/chefe		
		11. Policial/agente da lei		
		12. Outro		
		13. Não quis responder		
E30A	Onde ocorreu essa agressão?	1. Domicílio		_
		2. Trabalho		
		3. Escola		
		4. Local de prática esportiva ou clube		
		5. Bar ou similar		
		6. Via pública		
		7. Outro		
		8. Não quis responder		

E30B	Você comunicou essa agressão a alguém?	1. Ninguém			_
		2. Parente			
		3. Esposo ou parceiro			
		4. Amigo(a)			
		5. Profissional de saúde			
		6. Delegacia			
		7. Outro			
		8. Não quis responder			
E31	O(a) sr(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (tais como trabalhar ou ir ao colégio/universidade) por causa desta agressão?	0. Não	1. Sim		_
E32	Por causa desta agressão, o sr(a) recebeu algum tipo de assistência de saúde?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para E38	_
E32A	Como o(a) sr(a) avalia este atendimento?	1. Muito bom			_
		2. Bom			
		3. Regular			
		4. Ruim			
		5. Muito ruim			
E33	Onde foi prestada a primeira assistência de saúde?	1. No local do acidente			_
		2. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública)			
		3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)			
		4. Pronto-socorro ou emergência de hospital público			
		5. Ambulatório de hospital público			
		6. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato			
		7. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado			

E34	O atendimento foi feito pelo SUS?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
E35	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para E35B	<input type="checkbox"/>
E35A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para E36	<input type="checkbox"/>
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			
E35B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feito pelo SUS			<input type="checkbox"/>
		2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço			
		3. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG			
E36	Por causa desta agressão, precisou ser internado por 24 horas ou mais?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
E37	O(a) sr(a) teve ou tem alguma sequela e/ou incapacidade decorrente desta agressão?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>

Violência Sexual

E38	Alguma vez na vida, o(a) sr(a) foi fisicamente forçado(a) a manter algum tipo de prática sexual quando não queria ou foi vítima de alguma violência sexual?	0. Não	1. Sim	2. Não quis responder	Se 0 ou 2: Ir para o próximo módulo	<input type="checkbox"/>
E39	Nesta(s) ocorrência(s), quem lhe forçou a manter algum tipo de prática sexual quando não queria?	1. Desconhecido(a)		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		2. Cônjuge, companheiro(a), namorado(a)		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		3. Ex-cônjuge, ex-companheiro(a), ex-namorado(a)		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		4. Pai/Mãe		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		5. Padrasto/Madrasta		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		6. Filho(a)		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		7. Irmão(ã)		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		8. Outro parente		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
9. Amigos(as)/conhecidos(as)		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>		

		10. Patrão/chefe	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		11. Policial/agente da lei	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		12. Outro	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
E39A	Onde ocorreu essa violência sexual?	1. Em casa	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		2. Na rua	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		3. No trabalho	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		4. Local de prática esportiva	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		5. Bar, festa ou similar	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		6. Na escola	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		7. Outro	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
E39B	Quando ocorreu essa violência sexual?	1. Na infância	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		2. Na adolescência	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		3. Idade Adulta	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
E39C	Você comunicou essa agressão a alguém?		0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para E40	<input type="checkbox"/>
	Se sim, a quem?	1. Parente	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		2. Esposo ou parceiro	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		3. Amigo(a)	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		4. Profissional de saúde	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		5. Delegacia	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		6. Outro	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
E40	Por causa da violência sexual, o sr(a) recebeu algum tipo de assistência de saúde?		0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para E42	<input type="checkbox"/>
E41	Onde foi prestada a primeira assistência de saúde?	1. No local da ocorrência	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		2. Serviço de referência em saúde para vítimas de violência sexual	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>

		3. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública)	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		4. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		6. Ambulatório de hospital público	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		7. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
		8. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
E42	O(a) sr(a) recebeu algum outro tipo de assistência após esta ocorrência?	0. Não	1. Sim		Se 0: Ir para o próximo módulo	<input type="checkbox"/>
E43	Onde o(a) sr(a) recebeu esta assistência?	1. Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) ou Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
<i>[Entrevistador: se homem ir para a opção 4.]</i>						
		2. Centro de Referência da Mulher		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		3. Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher (DEAM)		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		4. Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		5. Outras delegacias		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		6. Conselho Tutelar (crianças e adolescentes)		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		7. Vara da infância e Juventude		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		8. Casa Abrigo		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		9. Ministério Público		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		10. Defensoria Pública		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		11. Outro		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
Horário de Término ____ : ____				____ : ____		

F. Saúde da Mulher (mulheres de 18 anos e mais de idade)

Horário de Início ___ : ___

Agora vou fazer perguntas sobre a sua saúde, exames preventivos, reprodução e planejamento familiar.

F1	Com que idade a sra ficou menstruada pela primeira vez?	___ ___ anos	777. Não sabe		___ ___ ___
F2	A sra ainda fica menstruada?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para F10	___
F3	Com que idade a sra parou de menstruar?	___ ___ anos	777. Não sabe		___ ___ ___
F4	Por qual motivo a sra não menstrua mais?	1. Cirurgia para retirada de útero ou ovário		Se 2: Ir para F7 Se 3 ou 4: Ir para F6	___
		2. Menopausa natural			
		3. Outros tratamentos (hormônios, quimioterapia ou radiação)			
		4. Outro			
F5	Segundo o médico, qual foi o motivo principal para a cirurgia de retirada do útero ou ovário?	1. Mioma uterino			___
		2. Prolapso do útero (útero caído)			
		3. Endometriose			
		4. Câncer ginecológico			
		5. Complicações da gravidez ou parto			
		6. Sangramento vaginal anormal			
		7. Outro			
F6	A sra já entrou na menopausa?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F10	___
F7	Alguma vez a sra fez tratamento hormonal para alívio dos sintomas da menopausa (com comprimidos, adesivos, gel ou injeções)?	1. Sim, faz atualmente		Se 3: Ir para F10	___
		2. Sim, já fez, mas não faz mais			
		3. Não			

F8	Este medicamento foi prescrito por médico?	0. Não	1. Sim		_
F9	Por quanto tempo faz ou fez uso do medicamento?	_ _ anos _ _ meses			_ _ Codificar em meses
F10	Quando foi a última vez que a sra fez um exame preventivo para câncer de colo do útero?	1. Nunca fez		Se 2, 3, 4 ou 5: Ir para F12	_
		2. Menos de 1 ano atrás			
		3. De 1 ano a menos de 2 anos			
		4. De 2 anos a menos de 3 anos			
		5. 3 anos ou mais atrás			
F11	Qual o principal motivo da sra nunca ter feito um exame preventivo?	1. Nunca teve relações sexuais		Ir para F18	_ _
		2. Não acha necessário			
		3. Nunca foi orientada para fazer o exame			
		4. Teve dificuldades para marcar consulta			
		5. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande			
		6. O serviço de saúde é muito distante			
		7. Tem dificuldades financeiras			
		8. Tem dificuldades de transporte			
		9. O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades de trabalho ou domésticas			
		10. O plano de saúde não cobre a consulta			
		11. Não sabe quem procurar ou aonde ir			
		12. Outro			
F12	O atendimento foi feito pelo SUS?	0. Não	1. Sim		_
F13	A sra pagou pelo atendimento?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F13B	_

F13A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para F14	_
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			
F13B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feito pelo SUS			_
		2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço			
		3. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG			
F14	A sra recebeu o resultado do último exame preventivo?	1. Sim, menos de 1 mês depois		Se 5 ou 6: Ir para F18	_
		2. Sim, entre 1 mês e menos de 3 meses depois			
		3. Sim, entre 3 meses e menos de 6 meses depois			
		4. Sim, 6 meses ou mais depois			
		5. Nunca recebi			
		6. Nunca fui buscar			
F15	Após receber o resultado do exame, a sra foi encaminhada ou marcou uma consulta com médico especialista?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F18	_
F16	A sra foi à consulta com o especialista?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para F18	_
F17	Qual o principal motivo da sra não ter ido à consulta com o especialista?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi			_ _ _
		2. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande			
		3. Não conseguiu marcar			
		4. Não achou necessário			
		5. Não sabia quem procurar ou aonde ir			
		6. Estava com dificuldades financeiras			
		7. O plano de saúde não cobria a consulta			
		8. O serviço de saúde era muito distante			
		9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas			
		10. Outro			

F18	Quando foi a última vez que um médico ou enfermeiro fez o exame clínico das suas mamas?	1. Menos de 1 ano atrás			_
		2. De 1 ano a menos de 2 anos			
		3. De 2 anos a menos de 3 anos			
		4. 3 anos ou mais atrás			
		5. Nunca fez			
F19	Algum médico já lhe solicitou um exame de mamografia?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F29	_
F20	A Sra fez o exame de mamografia?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para F22	_
F21	Qual o principal motivo da sra não ter feito o exame de mamografia?	1. O exame está marcado, mas ainda não fez		Ir para F29	_ _ _
		2. Não conseguiu marcar			
		3. Não achou necessário			
		4. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande			
		5. Estava com dificuldades financeiras			
		6. O serviço de saúde era muito distante			
		7. Teve dificuldades de transporte			
		8. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as suas atividades de trabalho e domésticas			
		9. O plano de saúde não cobria a mamografia			
		10. Não sabia onde realizar o exame			
		11. Outro			
F22	Quando foi a última vez que a sra fez um exame de mamografia?	1. Menos de 1 ano atrás			_
		2. De 1 ano a menos de 2 anos			
		3. De 2 anos a menos de 3 anos			
		4. 3 anos ou mais atrás			
F23	O exame foi feito pelo SUS?	0. Não	1. Sim		_

F24	A sra pagou pelo exame de mamografia?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F24B	_ _ _
F24A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para F25	_
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			
F24B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feito pelo SUS			_
		2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço			
		3. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG			
F25	A sra recebeu o resultado do exame de mamografia?	1. Sim, menos de 1 mês depois		Se 5 ou 6: Ir para F29	_
		2. Sim, entre 1 mês e menos de 3 meses depois			
		3. Sim, entre 3 meses e menos de 6 meses depois			
		4. Sim, 6 meses ou mais depois			
		5. Nunca recebi			
		6. Nunca fui buscar			
F26	Após receber o resultado da mamografia, a sra foi encaminhada para consulta com médico especialista?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F29	_
F27	A sra foi à consulta com o especialista?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para F29	_

F28	Qual o principal motivo da sra não ter ido à consulta com o especialista?	1. A consulta está marcada, mas ainda não foi			_ _ _
		2. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande			
		3. Não conseguiu marcar			
		4. Não achou necessário			
		5. Não sabia quem procurar ou aonde ir			
		6. Estava com dificuldades financeiras			
		7. O plano de saúde não cobria a consulta			
		8. O serviço de saúde era muito distante			
		9. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas			
		10. Outro			
F29	Nos últimos 12 meses, a sra teve relações sexuais?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F36	_
<i>[Entrevistador: As questões F30-F35 são dirigidas às mulheres de 18-49 anos que ainda menstruam, isto é, que responderam "1" na questão F2]</i>					
Agora vou fazer perguntas sobre planejamento familiar e contracepção.					
F30	Nos últimos 12 meses, a sra participou de grupo de planejamento familiar?	0. Não	1. Sim		_
F31	A sra usa algum método para evitar a gravidez atualmente?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para F33	_
F32	Qual o principal motivo de não evitar a gravidez?	1. Quer engravidar ou não se incomoda de engravidar		Ir para F34	_
		2. Por motivos religiosos			
		3. Não conseguiu participar de grupo sobre planejamento familiar			
		4. Não sabe como evitar			
		5. Não sabe aonde ir ou quem procurar para lhe dar orientações			
		6. Está grávida			
		7. Ligou as trompas			
		8. O companheiro fez vasectomia			
		9. Outro			

F33	Que método para evitar a gravidez a sra usa atualmente?				
	a. Pílula	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	b. Tabela	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	c. Camisinha masculina	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	d. Camisinha feminina	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	e. Diafragma	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	f. DIU	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	g. Contraceptivo Injetável	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	h. Implantes (Norplant)	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	i. Creme/óvulo	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	j. Pílula do dia seguinte (Contracepção de emergência)	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
k. Outro	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
F34	A sra e/ou seu companheiro já fizeram ou fazem algum tratamento para engravidar?	1. Sim, fazem atualmente		Se 2 ou 3: Ir para F36	<input type="checkbox"/>
		2. Sim, já fizeram			
		3. Nunca fizeram			
F35	Há quanto tempo a sra está tentando engravidar?	1. Há menos de 6 meses			<input type="checkbox"/>
		2. De 6 meses a menos de 1 ano			
		3. Há 1 ano ou mais			
<i>[Entrevistador: As questões F36-F44 são dirigidas a todas as mulheres.]</i>					
Agora vou fazer perguntas sobre reprodução familiar.					
F36	A sra já ficou grávida?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para o módulo I	<input type="checkbox"/>
F37	Com que idade a sra teve a sua primeira gravidez?	<input type="text"/> <input type="text"/> anos	777. Não sabe/Não lembra		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
F38	A sra já teve algum aborto espontâneo? (<i>Entende-se por aborto espontâneo o término acidental da gravidez com menos de vinte semanas ou 5 meses.</i>)	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F39	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

F38A	Quantos?	__ __			__ __
F39	Quantos partos a sra já teve?	__ __ partos	0. Nenhum	Se 0: Ir para o módulo I	__ __
F40	Quantos partos foram cesarianas?	__ __ cesarianas	0. Nenhum		__ __
F41	Quantos filhos nasceram vivos?	__ __ filhos vivos		Se 0: Ir para F44	__ __

F42	Algum filho nasceu com peso menor que 2500g?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F43	__
F42A	Quantos?	__ __			__ __
F43	Algum filho nasceu vivo e morreu antes de completar 1 ano?	1. Não			__
		2. Sim, com menos de 7 dias			
		3. Sim, entre 7 e 27 dias			
		4. Sim, com 28 dias e mais			
F44	Em que data foi o último parto?	____/____/____		Se anterior a 01/09/2009: Iir para o módulo I	____/____/____

[Entrevistador: As questões F45-F101 são dirigidas às mulheres que tiveram o último parto posterior a 01/09/2009.]

Agora vou fazer perguntas sobre o atendimento pré-natal e a assistência em relação ao último parto. Entende-se por pré-natal o acompanhamento da gestante e puérpera (mulher até 42 dias após o parto) por um médico(a) ou enfermeiro(a).

F45	Na última vez que a sra esteve grávida, a sra fez pré-natal?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F86	__
F46	Na última vez que a sra esteve grávida, a sra recebeu o cartão de pré-natal?	0. Não	1. Sim		__

F47	Com quanto tempo de gravidez a sra iniciou o pré-natal?	_ _ _ meses _ _ _ _ semanas			_ _ _ Codificar em semanas
F48	Quantas consultas de pré-natal a sra teve?	_ _ _ _ consultas			_ _ _
F49	Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública)			_ _
		2. Ambulatório de hospital público			
		3. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato			
		4. Outro			
F50	O atendimento foi feito pelo SUS?	0. Não	1. Sim		_ _
F51	A sra pagou pelo atendimento?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F51B	_ _
F51A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para F52	_ _
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			
F51B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feito pelo SUS			_ _
		2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço			
		3. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG			
F52	Quem lhe atendeu na maioria das consultas?	1. Médico			_ _
		2. Enfermeiro			
		3. Auxiliar de enfermagem (<i>incluindo estudantes de enfermagem e ajudantes</i>)			
		4. Parteira			

F53	Durante as consultas de pré-natal, a sra recebeu algum dos seguintes aconselhamentos?				
	1. Não faltar às consultas agendadas	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	2. Manter uma alimentação saudável	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	3. Não fumar	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	4. Não beber	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
F54	Durante as consultas de pré-natal, a sra recebeu alguma destas orientações?				
	1. Sobre sinais de trabalho de parto	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	2. Sobre sinais de risco na gravidez	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	3. Sobre aleitamento materno	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
F55	Durante o pré-natal a sra foi informada sobre qual serviço de saúde a sra deveria ir no momento do parto?		0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
F56	Mediram a sua altura na primeira consulta de pré-natal?	1. Sim	2. Não, a altura foi referida (<i>informada pela gestante</i>)	3. Não	<input type="checkbox"/>
F57	Durante as consultas de pré-natal, com que frequência os seguintes procedimentos foram realizados?				
	a. Medida da pressão arterial	1. Todas as consultas	2. Algumas consultas	3. Nenhuma consulta	<input type="checkbox"/>
	b. Medida do peso	1. Todas as consultas	2. Algumas consultas	3. Nenhuma consulta	<input type="checkbox"/>
	c. Medida do fundo de útero (medida da barriga)	1. Todas as consultas	2. Algumas consultas	3. Nenhuma consulta	<input type="checkbox"/>
	d. Ausculta do bebê	1. Todas as consultas	2. Algumas consultas	3. Nenhuma consulta	<input type="checkbox"/>
	e. Exame das mamas	1. Todas as consultas	2. Algumas consultas	3. Nenhuma consulta	<input type="checkbox"/>

F58	Em alguma consulta do pré-natal o médico ou enfermeiro falou que sua pressão estava alta?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F63	<input type="checkbox"/>	
F59	O médico ou enfermeiro explicou sobre os riscos da pressão alta para a sra e para o bebê?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
F60	A sra foi encaminhada para consulta com médico especialista por causa da pressão alta?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F63	<input type="checkbox"/>	
F61	A sra foi à consulta com o especialista?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para F63	<input type="checkbox"/>	
F62	Qual o principal motivo da sra não ter ido à consulta com o especialista?	1. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande				<input type="checkbox"/>
		2. Não conseguiu marcar				
		3. Não achou necessário				
		4. Não sabia quem procurar ou aonde ir				
		5. Estava com dificuldades financeiras				
		6. O plano de saúde não cobria a consulta				
		7. O serviço de saúde era muito distante				
		8. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas				
		9. Não havia especialista no serviço de saúde				
		10. Outro				
F63	Durante o pré-natal, a sra fez exame de sangue?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F80	<input type="checkbox"/>	
F64	Em alguma consulta do pré-natal o médico ou enfermeiro falou que seu exame de sangue mostrou açúcar alto (presença de diabetes)?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F70	<input type="checkbox"/>	
F65	O médico ou enfermeiro explicou os riscos do açúcar alto no sangue para a sra e seu bebê?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	
F66	Explicaram sobre a alimentação que a sra deveria ter para ajudar a controlar o açúcar no sangue?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>	

F67	A sra foi encaminhada para consulta com médico especialista por causa do diabetes?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F70	__ __	
F68	A sra foi à consulta com o especialista?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para F70	__ __	
F69	Qual o principal motivo da sra não ter ido à consulta com o especialista?	1. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande				__ __ __
		2. Não conseguiu marcar				
		3. Não achou necessário				
		4. Não sabia quem procurar ou aonde ir				
		5. Estava com dificuldades financeiras				
		6. O plano de saúde não cobria a consulta				
		7. O serviço de saúde era muito distante				
		8. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatíveis com as atividades de trabalho ou domésticas				
		9. Não havia especialista no serviço de saúde				
		10. Outro				
F70	Durante o atendimento pré-natal a sra realizou exame de sangue para sífilis?	0. Não	1. Sim	777. Não sabe	Se 0 ou 777: Ir para F74	__ __ __ __
F71	A sra recebeu o resultado do exame para sífilis antes do parto?	1. Sim, foi negativo	2. Sim, foi positivo	3. Não recebeu o resultado/Não foi informada antes do parto	Se 1 ou 3: Ir para F74	__ __
F72	A sra recebeu tratamento para sífilis?	0. Não	1. Sim			__ __
F73	Foi pedido exame de sífilis para o seu parceiro?	0. Não	1. Sim			__ __
F74	Durante o seu pré-natal, foi solicitado o teste para HIV?	0. Não	1. Sim	777. Não sabe	Se 0 ou 777: Ir para F80	__ __ __ __

F75	A sra concordou em ser testada?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F80	<input type="text"/>
F76	A sra se importa de me dizer qual foi o resultado do teste de HIV?	1. Positivo		Se 2, 3, 4 ou 5: Ir para F80	<input type="text"/>
		2. Negativo			
		3. Não recebeu o resultado			
		4. Não foi buscar o resultado			
		5. Não quis responder			
F77	A sra foi encaminhada para serviço de atendimento especializado ou consulta com infectologista ou outro médico especialista?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F80	<input type="text"/>
F78	A sra foi à consulta no serviço de atendimento especializado ou à consulta com médico especialista?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para F80	<input type="text"/>
F79	Por qual motivo a sra não foi à consulta no serviço de atendimento especializado ou à consulta com médico especialista?	1. Tinha que esperar muito tempo			<input type="text"/>
		2. Não conseguiu marcar			
		3. Não achou necessário			
		4. Não sabia quem procurar ou aonde ir			
		5. Estava com dificuldades financeiras			
		6. O plano de saúde não cobria a consulta			
		7. O serviço de saúde era muito distante			
		8. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas			
		9. Outro			
F80	Durante o atendimento pré-natal a sra realizou exame de urina?	0. Não	1. Sim		<input type="text"/>
F81	Durante o atendimento pré-natal foi solicitado algum exame de ultrassonografia?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F86	<input type="text"/>
F81A	Quantos?	<input type="text"/>			<input type="text"/>
F82	A sra conseguiu realizar todos os exames de ultrassonografia solicitados?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para F85	<input type="text"/>

F83	Qual o principal motivo da sra não ter conseguido fazer todos os exames de ultrassonografia solicitados?	1. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande			_ _ _
		2. Não conseguiu marcar			
		3. Não achou necessário			
		4. Não sabia quem procurar ou aonde ir			
		5. Estava com dificuldades financeiras			
		6. O plano de saúde não cobria todos os exames			
		7. O serviço de saúde era muito distante			
		8. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas			
		9. Não havia especialista no serviço de saúde para fazer o exame			
		10. Não havia equipamento disponível no serviço de saúde			
		11. Outro			
F84	Durante o pré-natal, quantos exames de ultrassonografia a sra realizou?	_ _ _ exames	0. Nenhum	Se 0: Ir para F86	_ _ _
F85	A sra pagou pelo(s) exame(s) de ultrassonografia?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F85B	_ _
F85A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou todos sem reembolso		Ir para F86	_ _
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			
		4. Pagou alguns, pois não conseguiu fazer todos os exames pelo SUS			
F85B	Se não, por qual motivo?	1. Porque todos os exames foram feitos pelo SUS			_ _
		2. Porque o plano de saúde cobriu todos os exames			
		3. Porque os exames foram pagos por entidade filantrópica, igreja ou ONG			

Agora vou fazer perguntas sobre a assistência ao parto.					
F86	Quem lhe atendeu no último parto?	1. Médico(a)			_ _
		2. Enfermeiro(a)			
		3. Parteira			
		4. Auxiliar de enfermagem			
		5. Estudantes de enfermagem ou medicina			
		6. Outro (parente, amigo sem treinamento)			
		7. Ninguém			
F87	Onde foi realizado o seu último parto?	1. Hospital ou maternidade		Se 3, 4 ou 5: Ir para F90	_ _
		2. Casa de parto			
		3. Outro tipo de serviço de saúde			
		4. Em casa			
		5. Outro			
F88	O parto foi realizado no primeiro estabelecimento de saúde que procurou?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para F90	_ _
F89	Quantos estabelecimentos de saúde a sra teve que ir até conseguir a internação para o parto?	_ _ _			_ _ _
F90	O parto foi realizado no estabelecimento de saúde indicado no pré-natal?	1. Sim	2. Não	3. Não houve indicação	_ _
F91	O último parto foi feito pelo SUS?	0. Não	1. Sim		_ _
F92	A sra pagou pelo último parto?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para F92B	_ _
F92A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para F93	_ _
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			

F92B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feito pelo SUS			_ _
		2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço			
		3. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG			
F93	O seu companheiro ou alguma pessoa da família ou amiga ficou com a sra durante o trabalho de parto?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para F95	_ _
F94	Por que a sra não teve acompanhante durante o trabalho de parto?	1. Não sabia que podia			_ _
		2. Não quis			
		3. Não deixaram			
		4. Não tinha quem acompanhasse			
F95	O seu parto foi:	1. Normal (Vaginal)	2. Cesáreo	Se 1: Ir para F97	_ _
F96	Qual o principal motivo da sra ter tido parto cesáreo?	1. Já tinha tido um parto cesáreo			_ _
		2. Escolheu desde o início da gravidez porque queria ligar as trompas			
		3. Escolheu desde o início da gravidez por outro motivo, como não sentir dor, ser mais conveniente etc.			
		4. Escolha do médico que a assistiu desde o início da gravidez			
		5. Por indicação médica, durante o pré-natal, porque teve complicações na gravidez			
		6. Por indicação médica, durante o trabalho de parto			
		7. Por indicação médica, pois não entrou em trabalho de parto			
		8. Outro			

F97	Quanto tempo de gravidez a sra tinha no momento do parto?	_ _ meses _ _ semanas		777. Não sabe	_ _	Codificar em semanas
F98	Qual o peso do bebê ao nascer? [<i>Entrevistador: registre o valor em gramas.</i>]	_ _ _ _ gramas		777. Não sabe	_ _ _ _	
F99	O bebê está vivo?	1. Sim	2. Não, nasceu vivo, mas já morreu	3. Não, nasceu morto	Se 1 ou 3: Ir para F101	_
F100	Com que idade o bebê morreu?	_ _ horas _ _ dias _ _ meses				_ _ _ _ , _ Codificar em dias
F101	A sra fez consulta de puerpério (consulta com médico ou enfermeiro até 42 dias após o parto)?	1. Sim	2. Não, apesar de ter recebido orientação para fazer	3. Não, pois não recebeu orientação para fazer		_
Horário de Término		____ : ____				

G. Crianças com Menos de 5 anos**Horário de Início**

___ __: ___ __

[Entrevistador: é imprescindível que a mãe ou o responsável pela criança seja a pessoa que responda ao questionário].

Agora vou fazer perguntar sobre as crianças do domicílio que ainda não completaram 5 anos de idade.

G1	Nome da criança [Entrevistador: registre apenas o primeiro e último nome]				_____
					Codificar apenas as iniciais
G2	Sexo	1. Masculino	2. Feminino		_
G3	Data de Nascimento	___/___/20__			___/___/20__
G3A	A criança nasceu de parto prematuro?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para G3C	_
G3B	Com quanto tempo de gestação a criança nasceu?	_ _ meses _ _ semanas			_ _ Codificar em semanas
G3C	Qual o peso da criança ao nascer? [Entrevistador: registre o valor em gramas.]	_ _ _ _ gramas			_ _ _ _ Codificar em gramas
Cuidados preventivos					
G4	Com quanto tempo de vida a criança recebeu a primeira consulta médica depois da alta da maternidade?	_ _ dias _ _ meses _ _ anos	0. Nunca recebeu	Se 0: Ir para G6	_ _ , _ Codificar em meses

G5	Onde foi realizada a primeira consulta médica?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública)			_	
		2. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)				
		3. Pronto-socorro ou emergência de hospital público				
		4. Ambulatório de hospital público				
		5. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato				
		6. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado				
		7. Visita domiciliar do médico da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF)				
		8. Outro				
G6	Onde é realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública)			_	
		2. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)				
		3. Ambulatório de hospital público				
		4. Consultório particular ou ambulatório ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato				
		5. Visita domiciliar do Programa de Saúde da Família (PSF)				
		6. Outro				
		7. Não faz acompanhamento				
G7	Foi realizado o teste do pezinho?	0. Não	1. Sim	777. Não lembra/não sabe	Se 0 ou 777: Ir para G8	_ _ _

G7A	Se sim, quando?	1. Foi realizado na primeira semana de vida			_
		2. Foi realizado no primeiro mês de vida, após a 1ª semana			
		3. Foi realizado após o primeiro mês de vida			
G8	A criança já tomou alguma vacina?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para G10	_
G9	A criança tem um cartão no qual as vacinações estejam anotadas?	0. Não	1. Sim		_
G10	Você pode me dizer quais destes alimentos a criança tomou ou comeu desde ontem de manhã até hoje de manhã?				
	a. Leite de Peito	0. Não	1. Sim		_
	b. Outro leite ou derivados de leite	0. Não	1. Sim		_
	c. Água	0. Não	1. Sim		_
	d. Chá	0. Não	1. Sim		_
	e. Mingau	0. Não	1. Sim		_
	f. Frutas ou suco natural de frutas (<i>Entende-se por suco natural o suco realizado com a própria fruta</i>)	0. Não	1. Sim		_
	g. Sucos artificiais	0. Não	1. Sim		_
	h. Verduras/legumes (<i>sem contar batata, mandioca/aipim ou inhame</i>)	0. Não	1. Sim		_
	i. Feijão ou outras leguminosas (lentilha, ervilha etc.)	0. Não	1. Sim		_
	j. Carnes ou ovos	0. Não	1. Sim		_
	k. Batata e outros tubérculos e raízes (batata doce, mandioca/aipim, inhame)	0. Não	1. Sim		_
	l. Cereais e derivados (arroz, pão, cereal, macarrão, farinha etc.)	0. Não	1. Sim		_
	m. Biscoitos ou bolachas ou bolo	0. Não	1. Sim		_
n. Doces ou balas ou outros açúcares	0. Não	1. Sim		_	
o. Refrigerantes	0. Não	1. Sim		_	
p. Outros	0. Não	1. Sim		_	

[Entrevistador: se algum dos itens da questão anterior entre as opções “b” a “p” for igual a 1: Ir para G12]					
G11	Desde que a criança nasceu, tomou/comeu outro alimento que não leite de peito?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
G12	Alguma vez a criança recebeu Vitamina A?	1. Não	2. Sim	3. Recebeu um composto vitamínico, mas não sabe se tinha Vitamina A	<input type="checkbox"/>
G13	Alguma vez a criança recebeu Sulfato Ferroso?	1 Não	3. Sim	3. Recebeu um composto vitamínico, mas não sabe se tinha Sulfato Ferroso	<input type="checkbox"/>

Cuidados terapêuticos

G14	Após o parto para onde a criança foi encaminhado(a)?	1. Alojamento conjunto	<input type="checkbox"/>	
		2. Berçário		
		3. UI (Unidade Intermediária)		
		4. UTI (Unidade de Tratamento Intensivo)		
		5. Transferido para outro estabelecimento de saúde		
		6. Outro		
G15	Quando foi a última vez que a criança esteve doente que precisasse de assistência médica?	1. Há menos de 2 semanas	Se 5: Encerrar a entrevista e realizar as medidas de peso e altura	<input type="checkbox"/>
		2. Entre 2 semanas e menos de 1 mês atrás		
		3. Entre 1 mês e menos de 3 meses atrás		
		4. 3 meses ou mais atrás		
		5. Nunca		

G16	Nesta ocasião, onde procurou o primeiro atendimento para a criança?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública)			_
		2. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)			
		3. Pronto-socorro ou emergência de hospital público			
		4. Ambulatório de hospital público			
		5. Consultório particular ou ambulatório ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato			
		6. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado			
		7. Consulta domiciliar			
		8. Visita domiciliar do Programa de Saúde da família (PSF)			
		9. Outro			
G17	Conseguiu atendimento para a criança no primeiro serviço que procurou?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para G21	_
G18	Quais destes motivos explicam porque você não conseguiu o atendimento para a criança no primeiro serviço que procurou?	1. Não conseguiu pegar senha			_
		2. Esperou muito e desistiu			
		3. O serviço não estava funcionando			
		4. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam disponíveis ou não estavam funcionando			
		5. Não podia pagar pela consulta			
		6. Não havia profissional de saúde para atender			
		7. Outro			

G19	O(a) sr(a) procurou outro serviço de saúde para a criança ser atendida?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para G24	__ __
G20	O(a) sr(a) conseguiu o atendimento que a criança precisava?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para G24	__ __
G21	O atendimento foi feito pelo SUS?	0. Não	1. Sim		__ __
G22	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para G22B	__ __
G22A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para G23	__ __
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			
G22B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feito pelo SUS			__ __
		2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço			
		3. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG			
G23	Quanto tempo depois que a criança chegou ao estabelecimento de saúde recebeu os primeiros cuidados?	__ __ horas __ __ minutos		__ __ __ __	Codificar em minutos
G24	Alguma vez a criança foi internado (por 24 horas ou mais) por algum problema de saúde?	0. Não	1. Sim	Se 0: Encerrar a entrevista e realizar as medidas de peso e altura	__ __
G24A	Quantas vezes?	__ __			__ __
G25	A internação foi feita pelo SUS?	0. Não	1. Sim		__ __
G26	O(a) sr(a) pagou pela internação?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para G26B	__ __
G26A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para G27	__ __
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			

G26B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feita pelo SUS				_
		2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço				
		3. Porque foi paga por entidade filantrópica, igreja ou ONG				
G27	Na última internação, quanto tempo a criança ficou hospitalizado? <i>[Entrevistador: registre o valor em dias]</i>	_ _ _ _ dias			_ _ _ _	Codificar em dias
G28	Na última internação, a criança pôde ter acompanhante durante a internação?	1. Sim	2. Sim, mas só durante o dia	3. Não		_
		Horário de Término ___ ___: ___ ___				

REGISTRO DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS PARA CRIANÇAS < 5 ANOS

M6	Peso <i>[Entrevistador: registre o valor em Kg]</i>	_ _ _ _ , _ _ _ Kg	_ _ _ _ , _ _ _ Kg
M7	Altura <i>[Entrevistador: registre o valor em cm]</i>	_ _ _ _ , _ cm	_ _ _ _ , _ cm

I. Saúde dos Idosos (indivíduos com 60 anos ou mais)**Horário de Início** __ __ : __ __**Agora vou fazer perguntas sobre os primeiros 15 anos da sua vida.**

I1	Como o(a) sr(a) classificaria a situação econômica da sua família durante os primeiros 15 anos da sua vida?	1. Muito boa		_
		2. Boa		
		3. Regular		
		4. Ruim		
		5. Muito Ruim		
I2	Durante os primeiros 15 anos da sua vida, houve algum tempo em que o(a) sr(a) passou fome porque sua família não podia comprar comida suficiente?	0. Não	1. Sim	
I3	Como o(a) sr(a) descreveria a sua saúde durante os primeiros 15 anos da sua vida?	1. Muito boa		_
		2. Boa		
		3. Regular		
		4. Ruim		
		5. Muito Ruim		
Agora vamos falar sobre as dificuldades em realizar as atividades habituais.				
I4	Em geral, o(a) sr(a) tem dificuldades para andar em casa, no plano/reta, do quarto para a sala, cozinha ou quintal?	1. Não, nenhuma dificuldade		_
		2. Sim, alguma dificuldade, mas consegue sem ajuda de outra pessoa		
		3. Sim, bastante dificuldade, só consegue com ajuda de outra pessoa		
		4. Não consegue andar (nem com a ajuda de outra pessoa)		
I5	Em geral, o(a) sr(a) tem dificuldades para deitar ou levantar da cama?	1. Não, nenhuma dificuldade		_
		2. Sim, alguma dificuldade, mas consegue sem ajuda de outra pessoa		
		3. Sim, só consegue com ajuda de outra pessoa		
I6	Em geral, o(a) sr(a) tem dificuldades para tomar banho, se lavar, passar o sabão e se enxugar?	1. Não, nenhuma dificuldade		_
		2. Sim, alguma dificuldade, mas consegue sem ajuda de outra pessoa		
		3. Sim, só consegue com ajuda de outra pessoa		

I7	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) precisou de ajuda nos cuidados pessoais, como ir ao banheiro, se lavar, se vestir ou comer?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para I9	___	
I8	Em geral, quem lhe prestou ajuda?	1. Familiar				___
		2. Vizinho(a) ou amigo(a)				
		3. Cuidador domiciliar da equipe de saúde da família				
		4. Cuidador contratado				
		5. Outro				
I9	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) precisou de ajuda nas atividades domésticas, como para fazer comida, compras, limpeza da casa e lavagem de roupas?	0. Não	1. Sim	888. Não faz nenhuma destas atividades (NA)	Se 0 ou 888 Ir para I11	___ ___ ___
I10	Em geral, quem lhe prestou ajuda nas atividades domésticas?	1. Familiar				___
		2. Vizinho(a) ou amigo(a)				
		3. Cuidador domiciliar da equipe de saúde da família				
		4. Cuidador contratado				
		5. Outro				
I11	Nos último 12 meses, o(a) sr(a) precisou de ajuda com cuidados de saúde, como troca de curativos e administração de remédios?	0. Não	1. Sim		Se 0: Ir para I13	___
I12	Em geral, quem lhe prestou ajuda com cuidados de saúde?	1. Familiar				___
		2. Vizinho(a) ou amigo(a)				
		3. Cuidador domiciliar da equipe de saúde da família				
		4. Cuidador contratado				
		5. Outro				

I13	Alguém de sua família, amigo ou vizinho, que more ou não com o(a) sr(a), lhe presta ajuda em algum destes aspectos?				
	a. Com dinheiro?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	b. Comprando coisas que precisa como roupa, remédios, comida?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	c. Acompanhando às consultas médicas?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	d. Nas tarefas de casa?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	e. Outro	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
I14	Em geral, o(a) sr(a) ajuda alguém da sua família, amigo ou vizinho, que more ou não com o(a) sr(a)?				
	a. Com dinheiro?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	b. Dando coisas como roupa, remédios, comida?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	c. Tomando conta de crianças?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	d. Nas tarefas de casa?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	e. Cuidando do cônjuge ou companheiro(a)?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
	f. Cuidando de outros idosos ou adultos com limitações?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
I15	O(a) sr(a) participa de algum centro de convivência do idoso ou grupo da melhor idade?	0. Não	1. Sim		<input type="checkbox"/>
Agora vamos falar sobre assistência de saúde					
I16	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) fez exame de vista por médico?	1. Há menos de 6 meses		Se 6: Ir para I23	<input type="checkbox"/>
		2. Entre 6 meses e menos de 1 ano			
		3. Entre 1 ano e menos de 2 anos			
		4. Entre 2 e 3 anos atrás			
		5. Mais de 3 anos atrás			
		6. Nunca			
I17	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de catarata em uma ou nas duas vistas?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para I23	<input type="checkbox"/>

I18	Houve indicação para realização de cirurgia nos olhos para retirar a catarata?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para I23	__
I19	O(a) sr(a) fez a cirurgia?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para I21	__
I20	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter feito a cirurgia de catarata?	1. Está marcada, mas ainda não fez		Ir para I23	__
		2. Não achou necessário			
		3. Não conseguiu vaga			
		4. Estava com dificuldades financeiras			
		5. O serviço de saúde era muito distante			
		6. O plano de saúde não cobria a cirurgia			
		7. Não sabia onde realizar a cirurgia			
		8. Não tinha quem o(a) acompanhasse			
		9. Outro			
I21	A cirurgia foi feita pelo SUS?	0. Não	1. Sim		__
I22	O(a) sr(a) pagou pela cirurgia de catarata?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para I22B	__
I22A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para I23	__
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			
I22B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feita pelo SUS			__
		2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço			
		3. Porque foi paga por entidade filantrópica, igreja ou ONG			
I23	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) tomou vacina contra gripe?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para I25	__

I24	Qual o principal motivo por não ter tomado a vacina contra gripe?	1. Raramente fica gripado(a)			_
		2. Não sabia que era necessário tomar vacina contra gripe			
		3. Não sabia onde tomar a vacina			
		4. Tem medo da reação			
		5. Tem medo de injeção			
		6. Não tinha quem o(a) acompanhasse ao serviço de saúde			
		7. Estava com dificuldades financeiras			
		8. Teve dificuldades de transporte			
		9. O serviço de saúde era muito distante			
		10. A vacina não estava disponível no serviço que procurou			
		11. Contra-indicação médica			
		12. Não acredita que a vacina protege contra gripe			
		13. Outro			
I25	Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) teve alguma queda?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para o módulo J	_
I26	Em alguma dessas quedas nos último 12 meses, o(a) sr(a) fraturou quadril ou fêmur?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para o módulo J	_

I27	Teve necessidade de cirurgia?	1. Não		Se 1: Ir para o módulo J	__
		2. Sim, sem colocação de prótese			
		3. Sim, com colocação de prótese			
I28	A cirurgia foi feita pelo SUS?	0. Não	1. Sim		__
I29	O(a) sr(a) pagou pela cirurgia?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para I29B	__
I29A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para I30	__
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			

I29B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feita pelo SUS			__
		2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço			
		3. Porque foi paga por entidade filantrópica, igreja ou ONG			
I30	Quanto tempo esperou para a realização da cirurgia, desde o momento que procurou o primeiro atendimento médico por causa da fratura? <i>[Incluindo o tempo para encontrar uma vaga e o tempo que ficou internado esperando a cirurgia]</i>	__ __ horas	__ __ dias __ __ meses		__ __ __ , __
I31	Por quanto tempo o(a) sr(a) ficou internado(a) para a realização da cirurgia <i>[Se mais de uma internação, considerar a principal].</i>	__ __ dias __ __ meses			__ __ __
Horário de Término		__ __: __ __			__ __: __ __

J. Desempenho do Sistema de Saúde**Horário de Início** ____ ____ : ____ ____

Agora vou fazer perguntas sobre o uso dos serviços de saúde, dificuldades para conseguir o atendimento e sua avaliação sobre o atendimento recebido no serviço de saúde.

J1	O(a) sr(a) costuma procurar o mesmo lugar, serviço de saúde ou médico quando precisa de assistência de saúde?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para J3	__ __
J2	Onde costuma procurar o atendimento?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública) 2. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas) 3. Pronto-socorro ou emergência de hospital público 4. Ambulatório de hospital público 5. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato 6. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado 7. Farmácia 8. Outro			__ __
J3	Nos últimos 12 meses, consultou um médico?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para J5	__ __
J4	Quantas vezes?	__ __ vezes			__ __

J5	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua saúde? <i>(Pode ser para consulta médica, odontológica ou com outro profissional de saúde ou qualquer atendimento ambulatorial, sem considerar internação hospitalar por 24 horas ou mais).</i>	1. Há menos de 15 dias 2. Entre 15 dias e menos de um mês 3. Entre um mês e menos de 1 ano atrás 4. Há mais de um ano atrás 5. Nunca procurou	Se 4 ou 5: Ir para J30	_
J6	Qual destes motivos explica melhor porque procurou atendimento relacionado à sua saúde na última vez?	1. Doença ou problema de saúde 2. Acidente ou lesão 3. Consulta odontológica 4. Continuação de tratamento, terapia ou reabilitação 5. Pré-natal 6. Exames médicos periódicos 7. Exames laboratoriais ou exames complementares de diagnóstico 8. Vacinação 9. Outros atendimentos preventivos 10. Solicitação de atestado de saúde 11. Outro		_ _ _
J7	Onde procurou atendimento por este motivo?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública) 2. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas) 3. Pronto-socorro ou emergência de hospital público 4. Ambulatório de hospital público 5. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato 6. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado 7. Farmácia 8. Outro		_

J8	Conseguiu ser atendido?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para J14	<input type="checkbox"/>
J9	Qual destes motivos explica melhor porque não conseguiu atendimento?	1. Não conseguiu pegar senha			<input type="checkbox"/>
		2. Esperou muito e desistiu			
		3. O serviço de saúde não estava funcionando			
		4. Os equipamentos do serviço de saúde não estavam disponíveis ou não estavam funcionando			
		5. Não havia profissional de saúde especializado para atender			
		6. Não podia pagar pela consulta			
		7. Outro			
J10	Pelo mesmo motivo, procurou novamente um serviço de saúde?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para J30	<input type="checkbox"/>
J10A	Se sim, quantas vezes?	<input type="text"/>			<input type="text"/>
J11	Conseguiu o atendimento que precisava?	0. Não	1. Sim	Se 1: Ir para J13	<input type="checkbox"/>
J12	Qual destes motivos explica melhor porque o(a) sr(a) não conseguiu o atendimento?	1. Não houve mais necessidade, pois melhorou		Ir para J30	<input type="checkbox"/>
		2. Não teve mais tempo ou disponibilidade para procurar atendimento			
		3. Não tinha dinheiro para o transporte			
		4. Nas vezes que procurou, não conseguiu senha			
		5. Nas vezes que procurou, esperou muito e desistiu			
		6. Nas vezes que procurou, o serviço não estava funcionando			
		7. Nas vezes que procurou, os equipamentos não estavam disponíveis			
		8. Nas vezes que procurou, não havia profissional de saúde especializado			
		9. Procurou diretamente a farmácia			
		10. Outro			

J13	Onde conseguiu atendimento?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública)			_ _
		2. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)			
		3. Pronto-socorro ou emergência de hospital público			
		4. Ambulatório de hospital público			
		5. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato			
		6. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado			
		7. Outro			
J14	O atendimento foi feito pelo SUS?	0. Não	1. Sim		_ _
J15	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para J15B	_ _
J15A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para J16	_ _
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			
J15B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feito pelo SUS			_ _
		2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço			
		3. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG			
J16	Onde era localizado o serviço de saúde?	1. No mesmo município que o(a) sr(a) mora	2. Em outro município		_ _
J17	Quanto tempo levou para chegar lá?	_ _ _ _ horas _ _ _ _ minutos			_ _ _ _ _ _ _ _ _ Codificar em minutos

J18	Como chegou ao estabelecimento de saúde?	1. Transporte coletivo			_
		2. Carro ou motocicleta			
		3. Ambulância			
		4. A pé			
		5. Bicicleta			
		6. Outro			
J19	Qual foi o procedimento para conseguir o atendimento?	1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta			_
		2. Agendou a consulta previamente			
		3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família			
		4. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde			
		5. Outro			
J20	O(a) sr(a) precisou pegar senha?	0. Não	1. Sim		_
J21	Qual o tempo total que o(a) sr(a) ficou em fila de espera desde a hora que chegou no serviço de saúde até conseguir o atendimento?	_ _ horas _ _ minutos			_ _ _ Codificar em minutos
J22	Qual foi o principal atendimento de saúde que o(a) sr(a) recebeu?	1. Consulta com profissional de saúde			_
		2. Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, hemoterapia			
		3. Vacinação			
		4. Outros atendimentos preventivos			
		5. Injeção, curativo ou medição de pressão arterial			
		6. Exames médicos complementares			
		7. Gesso ou imobilização			
		8. Pequena cirurgia			
		9. Outro atendimento ambulatorial			

J23	Qual o profissional de saúde que lhe prestou assistência?	1. Médico		_ _ _	
		2. Dentista			
		3. Enfermeiro			
		4. Fisioterapeuta			
		5. Psicólogo			
		6. Assistente social			
		7. Nutricionista			
		8. Agente comunitário de saúde			
		9. Parteira			
		10. Outro			
J24	No último atendimento, o(a) sr(a) acha que foi discriminado(a) ou tratado(a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde ou por algum profissional de saúde por um desses motivos?				
	a. Falta de dinheiro	0. Não	1. Sim		_
	b. Classe social	0. Não	1. Sim		_
	c. Raça/cor	0. Não	1. Sim		_
	d. Tipo de ocupação	0. Não	1. Sim		_
	e. Tipo de doença	0. Não	1. Sim		_
	f. Preferência sexual	0. Não	1. Sim		_
	g. Outro	0. Não	1. Sim		_

J25	Na última vez que recebeu assistência de saúde, como o(a) sr(a) avalia o atendimento recebido?	1. Muito bom				_ _
		2. Bom				
		3. Regular				
		4. Ruim				
		5. Muito ruim				
J26	No último atendimento, foi prescrito algum medicamento?	0. Não	1. Sim		Se 0: Ir para J30	_ _
J27	O(a) sr(a) conseguiu obter todos os medicamentos prescritos?	0. Não	1. Sim		Se 1: Ir para J29	_ _
J28	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter conseguido obter todos os medicamentos prescritos?	1. Não tinha dinheiro				_ _
		2. Não achou necessário				
		3. Desistiu de procurar, pois melhorou				
		4. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia do serviço público de saúde				
		5. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no programa da farmácia popular				
		6. Outro				
[Entrevistador: se algum dos itens da próxima questão for igual a 1, não pergunte os próximos itens e vá para a questão J30.]						
J29	Como obteve os medicamentos prescritos?					
	a. Obteve gratuitamente em serviços públicos de saúde	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		_ _
	b. Comprou no programa da farmácia popular	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		_ _
	c. Comprou em farmácia	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		_ _
	d. Tinha em casa	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		_ _
	e. Conseguiu com amigos, vizinhos, parentes	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		_ _
	f. Conseguiu em entidades filantrópicas, igreja, ONG	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		_ _
	g. O médico deu	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		_ _
J30	O(a) sr(a) buscou medicamentos, mesmo sem receita, para algum problema de saúde?	0. Não	1. Sim		Se 0: Ir para J34	_ _

J31	Conseguiu todos os medicamentos?	0. Não	1. Sim		Se 1: Ir para J33	<input type="checkbox"/>
J32	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter conseguido obter todos os medicamentos que buscou?	1. Não tinha dinheiro				<input type="checkbox"/>
		2. Não tinha receita				
		3. Desistiu de procurar, pois melhorou				
		4. Não sabia o que tomar				
		5. Não conseguiu obter indicação de medicamento na farmácia para o seu problema de saúde				
		6. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia				
		7. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no programa de farmácia popular				
		8. Outro				
[Entrevistador: se algum dos itens da próxima questão for igual a 1, não pergunte os próximos itens e vá para a questão J34.]						
J33	Como obteve os medicamentos?					
	a. Obteve gratuitamente em serviços públicos de saúde	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		<input type="checkbox"/>
	b. Comprou no programa da farmácia popular	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		<input type="checkbox"/>
	c. Comprou em farmácia	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		<input type="checkbox"/>
	d. Tinha em casa	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		<input type="checkbox"/>
	e. Conseguiu com amigos, vizinhos, parentes	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		<input type="checkbox"/>
	f. Conseguiu em entidades filantrópicas, igreja, ONG	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		<input type="checkbox"/>
J34	Nos últimos 12 meses, precisou ser internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?	0. Não	1. Sim			Se 0: Ir para J47
J35	Nos últimos 12 meses, quantas vezes esteve internado(a)?	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes				<input type="text"/> <input type="text"/>
J36	Na última vez que o(a) sr(a) esteve internado, a internação foi de emergência?	0. Não	1. Sim			<input type="checkbox"/>

J37	Na última vez que o(a) sr(a) esteve internado(a), qual foi o principal motivo da internação?	1. Tratamento clínico			_ _
		2. Parto normal (vaginal)			
		3. Parto cesáreo			
		4. Cirurgia			
		5. Tratamento psiquiátrico			
		6. Exames			
		7. Outro			
J38	Quanto tempo ficou internado(a) na última vez?	_ _ _ _ meses _ _ _ _ dias			_ _ _ _ Codificar em dias
J39	A internação foi feita pelo SUS?	0. Não	1. Sim		_ _
J40	O(a) sr(a) pagou pela internação?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para J40B	_ _
J40A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para J41	_ _
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			
J40B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feita pelo SUS			_ _
		2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço			
		3. Porque foi paga por entidade filantrópica, igreja ou ONG			
J41	Na sua última internação, onde era localizado o estabelecimento de saúde?	1. No mesmo município que o(a) sr(a) mora	2. Em outro município		_ _

J42	Quanto tempo levou para chegar lá?	_ _ horas _ _ minutos		_ _ _ _ Codificar em minutos
J43	Como chegou ao estabelecimento de saúde?	1. Transporte coletivo		_
		2. Carro ou motocicleta		
		3. Ambulância		
		4. A pé		
		5. Bicicleta		
		6. Outro		
J44	Na sua última internação, quanto tempo esperou para ser internado, desde a hora que foi solicitada a internação?	_ _ _ horas _ _ _ _ dias _ _ _ meses		_ _ _ _ Codificar em horas
J45	Na sua última internação, o sr(a) achou que foi discriminado ou tratado(a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde ou por algum profissional de saúde por um desses motivos?			
	a. Falta de dinheiro	0. Não	1. Sim	_
	b. Classe social	0. Não	1. Sim	_
	c. Raça/cor	0. Não	1. Sim	_
	d. Tipo de ocupação	0. Não	1. Sim	_
	e. Tipo de doença	0. Não	1. Sim	_
	f. Preferência sexual	0. Não	1. Sim	_
	g. Outro	0. Não	1. Sim	_

J46	Na última vez que o(a) sr(a) foi internado(a), como o(a) sr(a) avalia o atendimento?	1. Muito bom			_ _	
		2. Bom				
		3. Regular				
		4 Ruim				
		5. Muito ruim				
J47	Nos últimos 12 meses, teve atendimento de emergência no domicílio?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para J51	_ _	
J48	Neste atendimento, foi transportado por ambulância para um serviço de saúde?	0. Não		1. Sim	Se 0: Ir para J51	_ _
J49	O transporte de ambulância foi feito pelo SUS?	0. Não		1. Sim		_ _
J50	O(a) sr(a) pagou pelo transporte de ambulância?	0. Não		1. Sim	Se 0: Ir para J50B	_ _
J50A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para J51	_ _	
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde				
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde				
J50A	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		Ir para J51	_ _	
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde				
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde				
J50B	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feito pelo SUS			_ _	
		2. Porque foi feito pelo Corpo de Bombeiros				
		3. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço				
		4. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG				
Agora vou perguntar sobre a utilização de medicamentos nos últimos 15 dias.						
J51	Nos últimos 15 dias o(a) sr(a) usou medicamentos?	0. Não	1. Sim	Se 0: Finalizar		
<i>[Entrevistador: Solicite ao entrevistado para trazer todas as embalagens prescrições de medicamentos utilizados nos últimos 15 dias.]</i>						
J51A	Número de medicamentos	_ _ _		_ _ _		

J51B Se sim, qual o nome do medicamento, sua dosagem e sua forma farmacêutica? [<i>Entrevistador: copie estas informações da embalagem</i>]					
Nome do medicamento		Dosagem [<i>Entrevistador: registre o valor e a unidade.</i>]	Forma Farmacêutica	Esse medicamento foi prescrito por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou dentista)?	
1				0. Não	1. Sim
2				0. Não	1. Sim
3				0. Não	1. Sim
4				0. Não	1. Sim
5				0. Não	1. Sim
Horário de Término		___ __: ___ __		___ __: ___ __	
FIM			MUITO OBRIGADO!		

REGISTRO DAS MEDIDAS PARA MAIORES DE 18 ANOS			
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
M1	Peso [<i>Entrevistador: registre o valor em Kg</i>]	_ _ _ _ , _ _ _ Kg	_ _ _ _ , _ _ _ Kg
M2	Altura [<i>Entrevistador: registre o valor em cm</i>]	_ _ _ _ , _ _ cm	_ _ _ _ , _ _ cm
M3	Circunferência da Cintura [<i>Entrevistador: registre o valor em cm</i>]	_ _ _ _ , _ _ cm	_ _ _ _ , _ _ cm
PRESSÃO ARTERIAL			
M4A	SIS 1	_ _ _ _ mmHg	_ _ _ _ mmHg
M5A	DIA 1	_ _ _ _ mmHg	_ _ _ _ mmHg
M4B	SIS 2	_ _ _ _ mmHg	_ _ _ _ mmHg
M5B	DIA 2	_ _ _ _ mmHg	_ _ _ _ mmHg
M4C	SIS 3	_ _ _ _ mmHg	_ _ _ _ mmHg
M5C	DIA 3	_ _ _ _ mmHg	_ _ _ _ mmHg