

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**TESE DE DOUTORADO**

**EPIDEMIOLOGIA DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS E  
SUA UTILIZAÇÃO EM UMA POPULAÇÃO ASSISTIDA  
PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANDRÉA DÂMASO BERTOLDI**

**Pelotas - RS, 2006**

**ANDRÉA DÂMASO BERTOLDI**

**EPIDEMIOLOGIA DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS E SUA  
UTILIZAÇÃO EM UMA POPULAÇÃO ASSISTIDA PELO  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

**ORIENTADOR**  
**Aluísio J D Barros**

**ORIENTADORES DO ESTÁGIO DE DOUTORANDO**  
**Anita Wagner**  
**Dennis Ross-Degnan**

**Pelotas, 2006**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

**PARECER**

Considerando aprovada a Tese: “Epidemiologia do acesso aos medicamentos e sua utilização em uma população assistida pelo Programa Saúde da Família”, apresentada pela aluna Andréa Dâmaso Bertoldi, a este Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, aos vinte e um dias do mês de junho de dois mil e seis, às nove horas, a Comissão Examinadora é de parecer que a candidata está habilitada a obtenção do grau de Doutor, pela Universidade Federal de Pelotas.

Pelotas, 21 de junho de 2006.

**Prof. Aluísio J. D. de Barros (Presidente)**

Depto de Medicina Social e  
PPG em Epidemiologia – UFPEL

**Prof.<sup>a</sup> Suely Rozenfeld**

Depto de Epidemiologia e Métodos  
Quantitativos em Saúde ENSP/FIOCRUZ

**Prof. Jorge Umberto Béria**

Curso de Medicina e  
PG em Saúde Coletiva – ULBRA

**Prof. Luiz Augusto Facchini**

Depto de Medicina Social e  
PPG em Epidemiologia - UFPEL

**Se as coisas são inatingíveis... ora!  
Não é motivo para não querê-las...  
Que tristes os caminhos se não fora  
A mágica presença das estrelas!**

*Mario Quintana*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu querido amigo e orientador Alúcio. A tua participação no meu crescimento profissional é inesquecível. Agradeço por todas as oportunidades que me deste durante estes anos. Espero sempre poder trabalhar contigo.

Aos meus orientadores do estágio de doutorando Anita Wagner e Dennis Ross-Degnan. Não poderia ter desejado melhores pessoas e profissionais para me relacionar durante o meu estágio nos Estados Unidos. Vocês me vincularam novamente à profissão e me mostraram que a farmacoepidemiologia é um campo tão amplo e interessante que posso me sentir confiante na escolha dessa área do conhecimento. Foi um enorme prazer conhecê-los.

A todos os professores e funcionários do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, ao grupo de trabalho da coorte de 2004, aos velhos e novos colegas do mestrado e doutorado, meu muito obrigada.

Aos meus grandes colaboradores Rodrigo, Ricardo, Rafael e Ana Luisa, meu muito obrigada por todas as tarefas que vocês executaram com tanta qualidade e dedicação durante diferentes fases desse trabalho.

A Anaclaudia Fassa, pelo estímulo incessante para a minha realização do Doutorado sanduíche. Tu não só mostraste um caminho, mas me conduziste a ele e podes ter certeza que foi uma experiência pessoal e profissional maravilhosa.

Thiago, Matheus, Dado e Laura, não poderia deixar de agradecer a vocês por terem possibilitado que eu e a Natália fôssemos para os Estados Unidos para o doutorado sanduíche. Obrigada por terem dividido o espaço de vocês que, muito mais do que um espaço físico foi o espaço ocupado com a convivência.

A amigas muito queridas, Maristela, Helen e Alícia, que têm sido presenças importantes nesses últimos anos e por quem tenho um carinho especial. Pessoas como vocês tornam a caminhada mais agradável e fazem a gente se sentir acompanhada na vida.

Pedrinho, sempre ocupaste posições importantes nesse processo que estou passando. Teu estímulo, orientação, apoio, companheirismo e exemplo, não são apenas palavras, são verdades absolutas. Tu sabes fazer uma coisa incrivelmente difícil para a maioria das pessoas e tão importante pra mim: respeitar decisões e apoiá-las mesmo quando não concordas. Obrigada por tudo, do fundo do coração. É uma alegria na vida te ter por perto.

Natália querida, por todo o teu bom astral, companheirismo e compreensão. Às vezes chego a esquecer que és uma menininha de apenas oito anos. Na verdade és uma amiga com quem posso contar. A tua alegria me contagia e me faz seguir em frente sempre. Obrigada por existires.

Daniel, meu amor, obrigada por tudo que representas pra mim, e é muito. Passei seis meses longe de ti percebendo o quanto te quero por perto sempre. Com esse teu jeitinho fechado e de poucas palavras, és um maravilhoso desafio. Obrigada pela tua presença na minha vida.

Beto, Dna. Zilda, mãe e Karen, obrigada por terem me apoiado de diferentes maneiras para eu poder concluir mais essa etapa. Algumas pessoas não precisam participar diretamente no processo para contribuírem, e assim eu vejo vocês, pessoas que estavam por perto e que eu podia contar, que entre outras coisas, preencheram a minha ausência com as crianças em tantos momentos. Obrigada, obrigada, obrigada...

## DEDICATÓRIA

*Ao meu querido pai, que mesmo estando tão perto, nunca esteve tão longe.  
Dedico este trabalho, que me absorveu tanto nos últimos anos. Tenho certeza, que se  
pudesses entender o que isso significa, ficarias muito feliz por mim. E eu, adoraria  
compartilhar este momento contigo.  
Com todo o meu amor.*

## **RESUMO**

---



## RESUMO

BERTOLDI, Andréa Dâmaso. Epidemiologia do acesso aos medicamentos e sua utilização em uma população assistida pelo Programa Saúde da Família. 2005. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas.

A utilização de medicamentos é um importante indicador de saúde e bem-estar. Além do seu papel farmacológico, o medicamento possui, muitas vezes, uma função simbólica. O acesso aos medicamentos, principalmente pelas parcelas mais pobres da população, é um importante desafio na área de saúde, tendo em vista o grande impacto dos gastos com saúde, e especificamente com medicamentos, no orçamento familiar. O objetivo do presente estudo foi avaliar o acesso aos medicamentos e sua utilização em uma população assistida pelo Programa Saúde da Família (PSF) na cidade de Porto Alegre. Constatou-se que 55% dos indivíduos entrevistados (N=2988) utilizaram pelo menos um medicamento nos 15 dias que antecederam a entrevista. Utilizando-se o mesmo período recordatório, apenas 4% dos indivíduos relataram ter deixado de usar algum medicamento que era necessário. Entre os medicamentos utilizados, 42% foram comprados, 51% foram distribuídos gratuitamente pelo PSF e 7% foram obtidos de outras formas. Quase 90% dos medicamentos prescritos por médicos do PSF foram fornecidos gratuitamente. Outro objeto de estudo desta tese foi avaliar o conhecimento e utilização de medicamentos genéricos em uma amostra populacional de adultos residentes na cidade de Pelotas, RS. Apenas 4% dos medicamentos utilizados pela população eram genéricos. Embora o conhecimento teórico sobre medicamentos genéricos tenha sido satisfatório, quase metade dos entrevistados confundiu um medicamento genérico com um similar em uma simulação utilizando fotografias. Esta tese também contém uma revisão da literatura sobre metodologias empregadas em estudos domiciliares sobre utilização de medicamentos. Entre os 54 artigos que preencheram os critérios de inclusão da revisão, a maioria foram realizados na Europa ou América do Norte, utilizaram delineamento transversal, coletaram dados com entrevistadores, e solicitaram a apresentação das embalagens dos medicamentos utilizados. O período recordatório utilizado com maior frequência foi o de 15 dias. Os dados desta tese permitem concluir que a frequência de uso de medicamentos é elevada, embora a utilização de medicamentos genéricos seja muito baixa, provavelmente pela existência de outros medicamentos mais baratos no mercado. O acesso aos medicamentos em uma população atendida pelo PSF em Porto Alegre foi alto em termos quantitativos.

**Palavras-chave:** farmacoepidemiologia, utilização de medicamentos, qualidade do cuidado em saúde, política farmacêutica, países em desenvolvimento.

## **ABSTRACT**

---

## ABSTRACT

BERTOLDI, Andréa Dâmaso. Epidemiologia do acesso aos medicamentos e sua utilização em uma população assistida pelo Programa Saúde da Família. 2005. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas.

The utilization of medicines is an important indicator of health and well-being. In addition to its pharmacological role, medicines often assume a symbolic function. The access to medicines, particularly among low-income families, is an important health challenge, due to the high impact of expenditures with health, and specifically with medicines, on the family budget. The objective of this study was to evaluate medicine access and utilization in a population covered by the Family Health Program (PSF) in the city of Porto Alegre, Brazil. It was detected that 55% of the individuals interviewed (N=2988) used at least one medicine in the 15 days prior to the interview. Using the same recall period, only 4% of the subjects reported failing to use a needed medicine. Among the medicines used, 42% were purchased, 51% were provided for free by the PSF and 7% were obtained by other sources. Almost 90% of the medicines prescribed by PSF physicians were provided for free. Another focus of this thesis was to evaluate knowledge and utilization of generic drugs in a population-based sample of adults living in the city of Pelotas, Brazil. Only 4% of the medicines used were generics. Although the theoretical knowledge on generic drugs was satisfactory, almost half of the subjects incorrectly classified a similar medicine as generic in a simulation using pictures. This thesis also contains a literature review on methodologies applied in household studies on medicine utilization. Out of the 54 papers which fulfilled the review inclusion criteria, most were carried out in Europe or North America, used cross-sectional designs, collected data using interviewers, and requested the presentation of the packaging of the medicines used. The recall period of 15 days was the most frequently used. Data presented in this thesis allow us to conclude that the frequency of medicine use is high, although the utilization of generic drugs is very low, probably due to the existence of cheaper medicines in the market. The access to medicines in a population covered by the PSF in Porto Alegre was high in quantitative terms.

**Key words:** pharmacoepidemiology, drug utilization, health care quality, pharmaceutical policy, developing countries.

## **SUMÁRIO**

---

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>PROJETO DE PESQUISA .....</b>	<b>18</b>
<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>21</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>22</b>
REVISÃO DE LITERATURA .....	22
<i>Utilização de medicamentos</i> .....	22
<i>Acesso aos medicamentos</i> .....	28
<i>Gastos com medicamentos</i> .....	30
<i>Sistema de saúde e medicamentos</i> .....	31
<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>33</b>
<b>CONTRIBUIÇÕES DO MESTRADO .....</b>	<b>33</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>35</b>
GERAL .....	35
ESPECÍFICOS .....	35
OBJETIVOS SECUNDÁRIOS .....	36
<b>HIPÓTESES .....</b>	<b>36</b>
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>38</b>
DELINEAMENTO .....	38
POPULAÇÃO-ALVO .....	38
PROCESSO DE AMOSTRAGEM .....	38
CÁLCULO DE TAMANHO DE AMOSTRA .....	39
INSTRUMENTO .....	40
PESSOAL E LOGÍSTICA .....	46
ESTUDO PILOTO .....	46
CONTROLE DE QUALIDADE .....	46
PLANO DE ANÁLISE.....	46
<b>DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>49</b>
<b>LIMITAÇÕES.....</b>	<b>49</b>
<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....</b>	<b>50</b>
<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>51</b>
<b>ORÇAMENTO .....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>52</b>
<b>ESTRUTURA DOS ARTIGOS PROPOSTOS.....</b>	<b>56</b>
ARTIGO 1: ACESSO A MEDICAMENTOS E SUA UTILIZAÇÃO EM UMA POPULAÇÃO ATENDIDA PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	56
ARTIGO 2: CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS NO BRASIL.....	57
ARTIGO 3: METODOLOGIAS PARA ESTUDOS DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS. (REVISÃO).....	58
<b>RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO .....</b>	<b>59</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>61</b>
<b>QUESTIONÁRIOS .....</b>	<b>61</b>

<b>MANUAL DE INSTRUÇÕES.....</b>	<b>62</b>
<b>AMOSTRAGEM.....</b>	<b>63</b>
<b>PESSOAL ENVOLVIDO .....</b>	<b>64</b>
COORDENADOR GERAL.....	64
COORDENADORA DE CAMPO.....	65
SUPERVISORES DE CAMPO .....	65
AUXILIAR DE PESQUISA .....	65
ENTREVISTADORES.....	65
SUPERVISOR DA DIGITAÇÃO .....	65
DIGITADORES .....	66
<b>ESTUDO PRÉ-PILOTO.....</b>	<b>66</b>
<b>ESTUDO-PILOTO.....</b>	<b>66</b>
<b>REUNIÕES COM A SECRETARIA DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE.....</b>	<b>67</b>
<b>LOGÍSTICA PRÉ-TRABALHO DE CAMPO.....</b>	<b>67</b>
<b>LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO .....</b>	<b>68</b>
INFRA-ESTRUTURA .....	68
FORMULÁRIOS DE CONTROLE .....	68
COLETA DE DADOS .....	69
MATERIAL DE CAMPO.....	69
REUNIÕES COM ENTREVISTADORES .....	70
CONTATOS COM COORDENADORES DAS UNIDADES.....	70
<b>ROTINA COM OS QUESTIONÁRIOS EM PORTO ALEGRE .....</b>	<b>70</b>
DISTRIBUIÇÃO DO MATERIAL .....	70
RECEBIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS.....	70
CONFERÊNCIA DA CODIFICAÇÃO .....	71
CODIFICAÇÃO COMPLEMENTAR.....	71
ETIQUETAGEM.....	71
ENCAMINHAMENTO PARA A DIGITAÇÃO .....	72
<b>ROTINA COM OS QUESTIONÁRIOS EM PELOTAS .....</b>	<b>72</b>
CODIFICAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID).....	72
DIGITAÇÃO.....	72
<b>CONTROLE DE QUALIDADE .....</b>	<b>73</b>
DOMICILIAR .....	73
POR TELEFONE.....	73
<b>PERDAS, RECUSAS E EXCLUSÕES.....</b>	<b>73</b>
<b>PRODUÇÃO DE QUESTIONÁRIOS.....</b>	<b>74</b>
<b>ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO .....</b>	<b>74</b>
<b>CUSTOS DO TRABALHO DE CAMPO.....</b>	<b>74</b>
<b>TAREFAS PÓS-CAMPO .....</b>	<b>75</b>
LIMPEZA DOS BANCOS DE DADOS .....	75
NOVA ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIAS .....	75
JUNÇÃO DOS BANCOS DE DADOS.....	75
INÍCIO DAS ANÁLISES.....	75
APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS EM PORTO ALEGRE.....	76
<b>CRONOGRAMA DO TRABALHO DE CAMPO .....</b>	<b>76</b>
<b>ARTIGO 1.....</b>	<b>77</b>
ABSTRACT.....	79

INTRODUCTION.....	80
METHODS.....	81
RESULTS.....	84
DISCUSSION.....	87
REFERENCES.....	91
<b>ARTIGO 2.....</b>	<b>100</b>
ABSTRACT.....	101
RESUMO.....	101
INTRODUCTION.....	103
METHODS.....	104
RESULTS.....	107
DISCUSSION.....	112
REFERENCES.....	116
<b>ARTIGO 3.....</b>	<b>118</b>
RESUMO.....	120
ABSTRACT.....	121
INTRODUÇÃO.....	122
METODOLOGIA.....	125
CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	129
VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS INQUÉRITOS DOMICILIARES.....	130
QUALIDADE DA INFORMAÇÃO.....	131
CARACTERIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS INVESTIGADOS.....	138
DENOMINADORES UTILIZADOS NAS ANÁLISES.....	141
CONCLUSÕES.....	142
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	144
<b>RESUMO PARA DIVULGAÇÃO NA IMPRENSA.....</b>	<b>156</b>
ACESSO A MEDICAMENTOS EM POPULAÇÃO ATENDIDA PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	157
<b>ANEXOS.....</b>	<b>159</b>
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DOMICILIAR.....	160
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL.....	164
ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DE MEDICAMENTOS.....	172
ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO.....	175
ANEXO 5 – REGULAMENTO TÉCNICO PARA MEDICAMENTOS GENÉRICOS.....	177
ANEXO 6 – FICHA DE MEDICAMENTOS.....	180
ANEXO 7 – PLANILHA DO DOMICÍLIO.....	182
ANEXO 8 – MANUAL DE INSTRUÇÕES.....	184
ANEXO 9 – CONTROLE DE MONTAGEM DE LOTES.....	232
ANEXO 10 – CONTROLE DE DEVOLUÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS PELOS ENTREVISTADORES.....	234
ANEXO 11 – FOLHA DE CONGLOMERADO.....	236
ANEXO 12 – FOLHA DE LOTES.....	241
ANEXO 13 – CARTA DE APRESENTAÇÃO.....	243
ANEXO 14 – QUESTIONÁRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE DOMICILIAR.....	245
ANEXO 15 – QUESTIONÁRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE TELEFÔNICO.....	248

# **APRESENTAÇÃO**

---



## APRESENTAÇÃO

Conforme o regimento do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, esta tese é composta pelos seguintes documentos:

- a. Projeto de pesquisa
- b. Relatório de trabalho de campo
- c. Artigo 1 – Medicine access and utilization in a Brazilian population covered by the Family Health Program
- d. Artigo 2 – Generic drugs in Brazil: known by many, used by few (artigo publicado no periódico *Cadernos de Saúde Pública* 2005;21:1808-15).
- e. Artigo 3 – Metodologias empregadas em estudos epidemiológicos sobre utilização de medicamentos com base domiciliar: revisão e análise crítica
- f. Resumo para divulgação na imprensa
- g. Anexos

O projeto de pesquisa foi defendido no dia 22 de maio de 2003, sendo a banca composta pelos professores Cesar Gomes Victora e Anaclaudia Gastal Fassa. A versão apresentada nesta tese já inclui as modificações sugeridas pela banca examinadora. O trabalho de campo foi realizado na cidade de Porto Alegre, RS, entre 03 de julho e 22 de setembro de 2003.

Durante o curso de doutorado, realizei um estágio de seis meses em Boston, Massachusetts, Estados Unidos, no *Takemi Program in International Health* na *Harvard School of Public Health*. Os orientadores do estágio de doutorando desta tese são professores do *Department of Ambulatory Care and Prevention* da *Harvard Medical School* e *Harvard Pilgrim Health Care*, Boston, Massachusetts, Estados Unidos.

# **PROJETO DE PESQUISA**

---

**Ministério da Educação  
Universidade Federal de Pelotas  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia**

**Epidemiologia do acesso aos medicamentos e sua utilização  
em uma população assistida pelo  
Programa Saúde da Família (PSF)**

**Andréa Dâmaso Bertoldi**

**Orientador: Aluísio J D Barros**

**PROJETO DE DOUTORADO**

**Pelotas - RS  
Maio de 2003**

## **Apresentação**

Detalharemos inicialmente, neste documento, o projeto de pesquisa que originará o estudo com coleta de dados primários. Este trabalho foi planejado como um sub-estudo de outro projeto, intitulado “Os programas de saúde e nutrição brasileiros estão atingindo os mais necessitados?”, coordenado pelo Prof. Aluísio J D Barros e financiado pelo Banco Mundial. O objetivo geral do projeto é avaliar alguns programas de saúde atualmente ativos no Brasil, em relação à cobertura das parcelas mais pobres da população. Uma das atividades previstas envolve uma coleta de dados primários numa amostra de setores cobertos pelo Programa Saúde da Família (PSF) na cidade de Porto Alegre. Nesta coleta de dados serão investigados o acesso, utilização e gastos com medicamentos nesta população.

Ao término do projeto de pesquisa serão apresentados resumos de mais dois artigos que deverão ser elaborados durante o curso. Um deles abordará a utilização e nível de conhecimento de medicamentos genéricos (dados coletados no curso de mestrado) e o outro será um artigo de revisão sobre metodologias empregadas em estudos epidemiológicos sobre utilização de medicamentos.

*Artigos que serão produzidos como parte das exigências do curso de doutorado:*

1. Acesso a medicamentos e sua utilização em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família.
2. Conhecimento e utilização de medicamentos genéricos no Brasil.
3. Metodologias para avaliação de utilização de medicamentos em pesquisas epidemiológicas. (revisão).

Adicionalmente, pretende-se produzir outro artigo sobre gastos com medicamentos no orçamento familiar e impacto do fornecimento gratuito na redução das despesas.

## **Resumo**

**Motivação:** No Brasil, o uso racional de medicamentos é uma realidade distante, tanto no setor privado quanto no público. A literatura indica que mais de 50% dos indivíduos utiliza, ao menos um medicamento, num período recordatório de 15 dias. Esta utilização apresenta um quadro paradoxal, visto que os indivíduos com menor nível econômico são sabidamente mais doentes e ao mesmo tempo, utilizam menos medicamentos. Apesar do acesso aos serviços de saúde ser alto, especificamente para populações carentes, o acesso aos medicamentos é um determinante importante do cumprimento do tratamento. Este está diretamente relacionado à disponibilidade de medicamentos em quantidade e qualidade suficientes na rede pública de saúde. Entretanto, sabe-se que o acesso gratuito é limitado criando uma situação especialmente difícil para as pessoas carentes quando estes não estão disponíveis.

**Objetivos:** Avaliar o acesso, a utilização e os gastos com medicamentos em uma população coberta pelo PSF na cidade de Porto Alegre, RS.

**Métodos:** O delineamento do estudo será transversal. A amostra será composta por indivíduos de todas as idades residentes em áreas cobertas pelo PSF. A amostragem será conduzida em dois estágios sendo as áreas cobertas pelo PSF as unidades amostrais primárias e os domicílios as unidades amostrais secundárias.

**Relevância:** A impossibilidade de acesso a medicamentos indica uma limitação importante que pode impedir a adesão ao tratamento medicamentoso, comprometendo todo o investimento em melhoria na qualidade do fornecimento de serviço. Os resultados desta pesquisa podem contribuir para uma maior racionalização na prescrição, disponibilização e uso de medicamentos nas áreas cobertas pelo PSF.

## **Introdução**

### **Revisão de literatura**

A revisão de literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: Medline/PubMed, Scielo e Lilacs. Além disto, buscou-se artigos relevantes nas referências dos artigos já localizados. Vários dos artigos foram obtidos durante a realização do curso de mestrado, sendo que uma atualização da busca foi realizada nos primeiros meses do curso de doutorado, que contou ainda como a busca de artigos específicos sobre gastos e sistemas de saúde (objetivos não contemplados no mestrado).

### ***Utilização de medicamentos***

A Organização Mundial da Saúde define medicamento como “toda substância contida em um produto farmacêutico, utilizada para modificar ou investigar sistemas fisiológicos ou estados patológicos, em benefício da pessoa em que se administra”. Sua utilização é definida como “a comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase especial sobre as conseqüências médicas, sociais e econômicas resultantes” (OMS, 1985).

A utilização de medicamentos é um processo complexo e determinado por inúmeros fatores, sendo apenas um deles o desejo de um melhor cuidado com a saúde (Vance, 1986). Entre os fatores que determinam a utilização de medicamentos, pode-se destacar: a) uma função simbólica dos medicamentos, onde se forma um “mito” de que qualquer problema de saúde possa ser resolvido com o uso de medicamentos (Lefèvre, 1987); b) os aspectos econômicos, pois o mercado farmacêutico brasileiro movimenta altas cifras anualmente (fonte: [www.abifarma.com.br](http://www.abifarma.com.br)); c) uma necessidade de utilização estabelecida pela mídia através do estímulo ao uso de medicamentos (Heineck, 1998) e d) a disponibilidade de medicamentos, uma vez que estes deveriam estar disponíveis para a população a um preço acessível e com boa qualidade.

Alguns estudos epidemiológicos de base populacional sobre a utilização de medicamentos já foram realizados no Brasil (Franco, 1987; Simões, 1988; Vilarino, 1998; Loyola Filho, 2002; Bertoldi, 2004) e em outros países (Eggen, 1994; Bardel, 2000; Sans, 2002). Os dados de tais estudos, realizados com amostras populacionais de brasileiros, suecos, noruegueses e espanhóis, indicam que 40 a 70% dos indivíduos utiliza, ao menos um medicamento, em um período recordatório de 15 dias.

Em 2002, foi realizado em Pelotas um estudo sobre utilização de medicamentos em adultos onde foi encontrada uma prevalência de uso global de medicamentos de 65,9%, sendo que o número máximo utilizado foi de 15 medicamentos por pessoa e que 18,3% dos indivíduos utilizaram três ou mais medicamentos. Os seguintes grupos apresentaram maiores prevalências de uso de medicamentos após análise ajustada: mulheres, idosos, indivíduos de nível econômico mais elevado, com baixo nível de atividade física e com pior autopercepção de saúde. Os homens de pele branca apresentaram maior utilização do que os demais. Apenas entre as mulheres, o índice de massa corporal mostrou-se positivamente associado ao uso de medicamentos. Os grupos farmacológicos mais utilizados foram: analgésicos e antiinflamatórios (26,6%), anti-hipertensivos (11,0%), medicamentos que atuam no sistema nervoso central (10,0%) e diuréticos (6,5%) (Bertoldi, 2004).

Em 2000, também em Pelotas, um estudo sobre uso de antimicrobianos, utilizando um período recordatório de 30 dias, encontrou uma prevalência de 8%. A projeção para a população como um todo, baseada na prevalência global encontrada chega a 63% da população usando pelo menos um curso de antimicrobiano no período de um ano (Berquó, 2004).

Na cidade de Salvador - BA, encontrou-se uma prevalência de uso de medicamentos de 61,7%, nos 15 dias que antecederam a pesquisa. O consumo era maior

nas mulheres e nas seguintes proporções por faixas etárias: 80,8% de 0 a 10 anos, 61,4% de 11 a 20 anos, 55,3% de 21 a 40 anos, 61,9% de 41 a 60 anos e 66,7% de 61 anos ou mais (Franco, 1987).

Também se pode observar que a indicação médica para o uso dos medicamentos varia de 24 a 62% dos casos. Deve-se considerar, entretanto, que tais dados descritivos sobre automedicação não separam os medicamentos que jamais deveriam ser utilizados sem indicação médica daqueles que podem ser utilizados sem supervisão médica. Estes dados indicam que o uso da automedicação é uma prática comum em nosso meio, que deve ser bem conhecida em função das sérias conseqüências da sua inadequação (Arrais, 1997). Por outro lado, deve ser considerada a função complementar da automedicação aos sistemas de saúde, particularmente em países pobres. Em função disso, a OMS publicou diretrizes para avaliação dos medicamentos que podem ser usados sem prescrição (WHO, 1986).

O fenômeno da automedicação mostra alguns aspectos relevantes para a formação de hábitos de consumo. O primeiro refere-se à busca de uma solução imediata para um desconforto, por meio de um medicamento. Este comportamento é reforçado pela publicidade de um “pronto-alívio” (Schenkel, 1996). Em estudo realizado em Porto Alegre (Heineck, 1998) que objetivava analisar as propagandas de medicamentos veiculadas por rádio, verificou-se que mais de 80% delas não apresentavam declarações quanto ao nome genérico, à composição, à posologia e ao laboratório fabricante do produto, infringindo dessa forma, a legislação vigente no país (Brasil, 1976). Além disso, 39% enfatizavam a ausência de quaisquer riscos, mediante informações como “Não tem contra-indicações”, caracterizando a indução ao uso indiscriminado. O segundo aspecto é o da prescrição médica. Após um primeiro tratamento prescrito, este pode ser reproduzido pelo próprio paciente, para outras pessoas ou, ainda, o



procedimento da “sobrevida da prescrição”, segundo o qual o tratamento passa a ser prolongado indefinidamente, sem uma nova revisão médica. No estudo de utilização de medicamentos de Pelotas, de 4605 medicamentos utilizados num período de 15 dias, apenas 32% corresponderam a uma prescrição médica atual enquanto que 45% dos usos foram a partir de prescrições médicas antigas que podem ser consideradas como usos por automedicação (Bertoldi, 2004). E, finalmente, o comportamento observado no balcão da farmácia, onde as pessoas são orientadas a consumir medicamentos como solução mais rápida e eficaz para seus problemas (Schenkel, 1996).

O Quadro 1 relaciona estudos que descrevem os padrões de utilização de medicamentos no Brasil.

Quadro 1- Estudos sobre utilização de medicamentos no Brasil

<b>Autor / Ano</b>	<b>Amostra</b>	<b>Local</b>	<b>Período investigado</b>	<b>Resultados</b>
(Franco, 1987)	609 indivíduos de todas as idades	Salvador (BA)	15 dias	Consumo global: 61,7%
(Falcão, 1988)	400 residências	Londrina (PR)	30 dias	Consumo global: 88,25% Indicação médica: 62,3%
(Simões, 1988)	2.150 indivíduos de todas as idades	Araraquara (SP)	15 dias	Consumo global: 40,0% Indicação médica: 57,9%
(Béria, 1993)	4.746 crianças de 35 a 53 meses	Pelotas (RS)	15 dias	Consumo global: 55,8% Indicação médica: 62,7%
(Vilarino, 1998)	413 indivíduos de todas as idades	Santa Maria (RS)	30 dias	Consumo global: 69,9% Indicação médica: 23,9%
(Lima, 1998)	1.277 adultos de 15 anos ou mais	Pelotas (RS)	15 dias	Consumo de anfetaminas: 1,3%
(Weiderpass, 1998)	655 crianças nascidas em 1993	Pelotas (RS)	15 dias	Consumo com um mês: 65,0% Consumo com três meses: 69,0%
(Silva, 1998)	1.293 adolescentes	Porto Alegre (RS)	7 dias (uso agudo)	Uso crônico: 29,0% Uso sistemático: 81,2% Uso agudo: 49,5%
(Mosegui, 1999)	634 mulheres acima de 60 anos	Rio de Janeiro (RJ)	15 dias	Consumo global: 90,9%
(Gomes, 1999)	1.620 mulheres em idade fértil	São Paulo (SP)	Uso durante a gravidez	Indicação médica: 94,9% Automedicação: 33,5%
(Berquó, 2004)	6.145 indivíduos de todas as idades	Pelotas (RS)	30 dias	Consumo de antimicrobianos: 8,0%
(Loyola Filho, 2002)	1.086 indivíduos de todas as idades	Bambuí (MG)	90 dias	Consumo global: 73,3%
(Bertoldi, 2004)	3.182 indivíduos com 20 anos de idade ou mais	Pelotas (RS)	15 dias	Consumo global: 65,9%

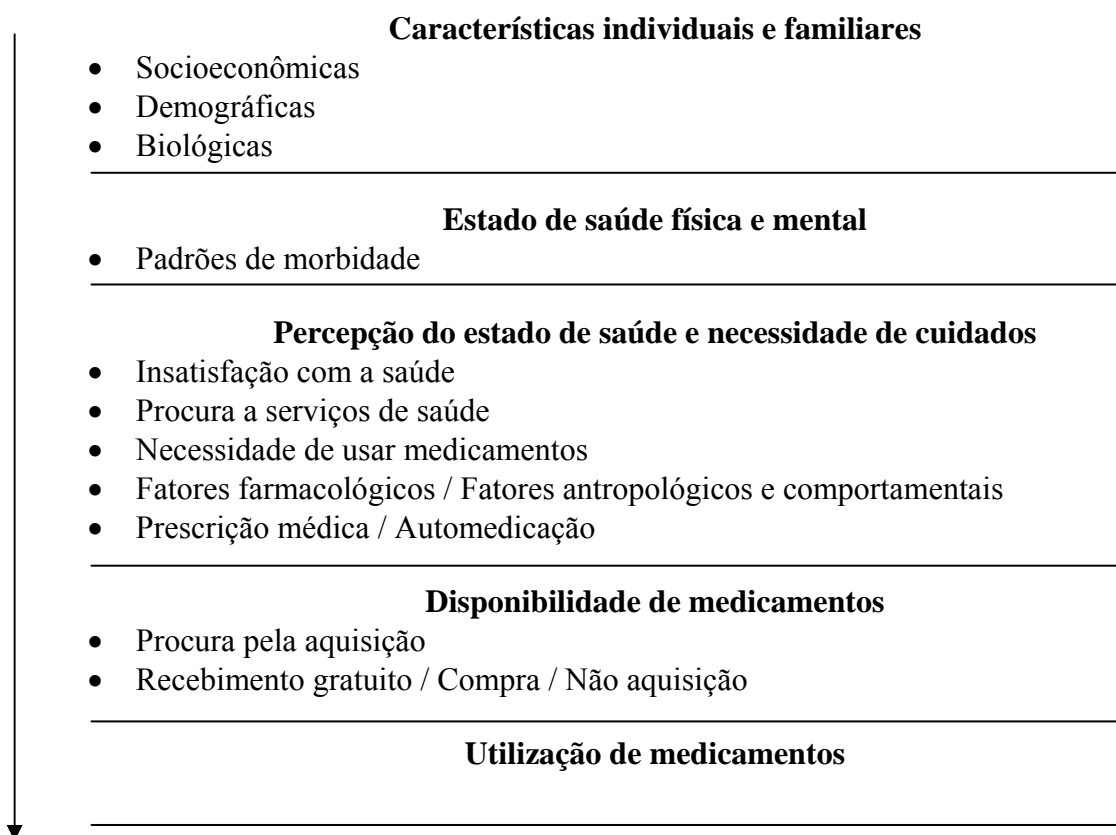
Na literatura internacional, em estudo realizado na Suécia, 40% das mulheres entre 35 e 65 anos usam medicamentos continuamente, sendo que 12% destas usam quatro ou mais. O uso está relacionado diretamente com a idade e com o índice de massa corporal e inversamente com o nível educacional (Bardel, 2000).

Na Noruega um estudo encontrou 36,8% de utilização entre adolescentes e adultos, utilizando um questionário entregue pessoalmente, mas respondido e enviado via postal, no qual foram sugeridos alguns grupos de medicamentos para pesquisar a utilização (Eggen, 1994). Já na Espanha, observou-se uma prevalência de uso de 67,0% em adultos de 25 a 64 anos de idade (Sans, 2002).

Em Santiago do Chile, verificou-se que as mulheres consomem mais (61,8%) do que os homens e que a automedicação predomina em nível social mais baixo (55,3%), enquanto que nos níveis sociais mais altos predomina a indicação médica (63,5%) (Sanchez, 1984).

A Figura 1 representa um modelo conceitual com as diferentes forças, sejam ao nível individual ou social, que influenciam a utilização de medicamentos.

**Figura 1 – Modelo conceitual**



Pelo modelo acima, os fatores socioeconômicos, demográficos e biológicos influenciam os padrões de morbidade. Esta, por sua vez, gera insatisfação com a saúde, ou seja, um desejo de melhorar (Lunde, 1988). A insatisfação pode levar os indivíduos a procurar serviços de saúde. A necessidade de utilizar medicamentos (auto-percebida ou prescrita) pode ser determinada por fatores farmacológicos (morbidades), que se relacionam a uma necessidade real de consumo ou uma necessidade motivada por

fatores antropológicos e comportamentais (Matheson, 1992). Existe uma conjuntura impulsionando o consumo e influenciando a conduta dos profissionais da saúde através de uma pesada carga de informações e publicidade (Schenkel, 1996). Estes sejam como prescritores ou como dispensadores, entram na cadeia de utilização de medicamentos.

Independentemente do tipo de motivação ou da origem da prescrição, os indivíduos, em geral, procuram adquirir os medicamentos que necessitam. A aquisição dependerá da disponibilidade gratuita e da possibilidade de compra, muitas vezes não sendo possível adquirir os medicamentos. Seja qual for a estratégia de aquisição, isto é, compra ou recebimento gratuito, ela conduzirá a uma utilização de medicamentos.

### ***Acesso aos medicamentos***

Entende-se por acesso aos medicamentos, a possibilidade de obtê-los, com ou sem pagamento direto pelo usuário e por gasto com medicamentos, o valor pago pelo usuário para obter o medicamento que necessita. O acesso aos medicamentos e o gasto com estes por parte da população têm se constituído em importantes elementos para avaliar a organização e o funcionamento dos sistemas de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento.

O aspecto econômico do uso de medicamentos é relevante, pois eles se transformam em importante mercadoria, movimentando altas cifras anualmente. Em 2001, o mercado brasileiro movimentou US\$ 5,7 bilhões (fonte: [www.abifarma.com.br](http://www.abifarma.com.br)), colocando o Brasil entre os 10 países de maior faturamento no varejo.

O conceito de “uso racional de medicamentos” proposto pela OMS, afirma que entre outros aspectos, é preciso que os medicamentos estejam disponíveis de modo oportuno, a um preço acessível e que respondam aos critérios de qualidade exigidos (OMS, 1985).

Segundo dados da Organização das Nações Unidas, milhões de brasileiros vivem abaixo da linha da pobreza, sem acesso à moradia, alimentação e saúde. Muitos dependem de assistência médica pública e não tem recursos financeiros para adquirir medicamentos em farmácias privadas. Em função deste quadro, tem-se discutido questões ligadas à busca de caminhos que possibilitem a uma camada maior da população o acesso aos serviços de saúde e, fundamentalmente aos medicamentos (ANVISA, 2001).

Uma das políticas do governo que leva à diminuição do custo da saúde é o estímulo ao uso de medicamentos genéricos. Segundo definição da OMS o medicamento genérico é um “produto farmacêutico intercambiável”, isto é, ele pode substituir o medicamento inovador que normalmente é aquele patenteado com base em documentação de eficácia, segurança e qualidade reconhecida pela autoridade sanitária nacional (OMS, 1990).

No Brasil, segundo a legislação (Brasil, 1999), um medicamento só pode ser considerado genérico se comercializado pela denominação genérica e tiver comprovadas sua segurança, eficácia e qualidade através de testes realizados em instituições reconhecidas e autorizadas pelo governo e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O objetivo da lei, tal como foi editada, foi a redução de preço dos medicamentos através de uma maior concorrência entre os fabricantes com o nome genérico, pois diminuem assim os gastos com a publicidade e divulgação da marca.

Até o início de 2001, 2549 medicamentos similares eram comercializados no Brasil sem marca comercial e isto causava muita confusão por parte do consumidor em relação aos medicamentos genéricos. Atualmente, os únicos medicamentos industrializados que podem ser comercializados com o nome químico são os genéricos (Brasil, 1999). Apesar disso, provavelmente muitas pessoas ainda adquirem produtos

similares na crença que são genéricos. Tal fato foi constatado a partir dos resultados obtidos no estudo de utilização de medicamentos de Pelotas onde verificou-se que de 3305 medicamentos utilizados, 25% eram similares e apenas 4% eram genéricos (Bertoldi, 2004). Os medicamentos similares são aqueles que apresentam equivalência farmacêutica com os medicamentos de referência, isto é, possuem os mesmos princípios ativos, as mesmas concentrações e as mesmas formas de apresentação, mas não possuem necessariamente equivalência terapêutica podendo resultar em diferenças no desempenho do produto. Já os genéricos possuem equivalência farmacêutica e terapêutica comprovados em relação aos medicamentos de referência.

No Anexo 5 encontra-se um glossário com as definições da legislação vigente.

### ***Gastos com medicamentos***

A família deve ser a unidade de análise de escolha para um estudo sobre gastos com medicamentos, pois a decisão sobre o que gastar com saúde dos recursos recebidos, raramente é estritamente individual.

As duas principais categorias do gasto das famílias com saúde são os medicamentos e as mensalidades de planos ou seguros de saúde. Nas famílias mais pobres, a maior parte dos dispêndios com saúde se dirige à compra de medicamentos. Quanto mais pobres são as famílias consideradas, maior é o peso, entendido como porcentagem da renda familiar, representado pelos gastos com medicamentos, planos e com saúde em geral (Silveira, 2002).

Estes gastos representam 8 a 12% das despesas de consumo das famílias, perdendo apenas para gastos com habitação, alimentação e transporte. Entre os gastos com saúde, os medicamentos são os itens de maior peso no gasto total considerando-se dois grandes inquéritos realizados pelo IBGE – Instituto Brasileiro de geografia e Estatística que questionaram gastos mensais com medicamentos (PNAD/98 – Pesquisa

Nacional de Amostragem de domicílios e POF 95/96 – Pesquisa de Orçamento Familiar). Segundo estas mesmas pesquisas, a parcela da renda domiciliar despendida em medicamentos varia de 5 a 9% (Silveira, 2002).

Em estudo realizado no México em 1998 observou-se que 78% dos usuários de serviços de saúde receberam prescrição de medicamentos, sendo que 56% dos indivíduos com alto nível econômico obtiveram os medicamentos sem pagar e apenas 45% dos com baixo nível econômico os receberam gratuitamente. A mediana do gasto direto com medicamentos correspondeu a quase três dias de trabalho de uma pessoa recebendo salário mínimo (2,8 salários mínimos-dia, ou US\$ 12,50) para cada evento atendido (Leyva-Flores, 1998).

### ***Sistema de saúde e medicamentos***

A utilização de medicamentos apresenta um quadro paradoxal, visto que os indivíduos com menor nível econômico são sabidamente mais doentes e, ao mesmo tempo, apresentam menor utilização de medicamentos (Franco, 1987; Béria, 1991; Bertoldi, 2004). Estes achados reforçam a lei dos cuidados inversos em saúde (Hart, 1971) e confirmam a afirmação de que o uso de medicamentos é determinado por diversas forças que não a real necessidade.

O estudo sobre utilização de antimicrobianos em Pelotas demonstrou que nos indivíduos pertencentes aos 20% mais pobres da população, 64% dos antimicrobianos utilizados foram adquiridos em farmácias comerciais e somente 14% foram obtidos gratuitamente nos postos de saúde. O restante foi obtido por amostra grátis e outras formas como doação (Berquó, 2004).

O Ministério da Saúde estruturou um modelo de assistência farmacêutica através da Política Nacional de Medicamentos – PNM – aprovada pela Portaria 3.916/98. A PNM tem como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos

medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (Ministério da Saúde, 2000)

Em 2002, o Ministério da Saúde investiu R\$ 3 bilhões na aquisição de medicamentos. Desse total, R\$ 997,17 milhões foram gastos com remédios de programas estratégicos (AIDS, tuberculose, hanseníase, malária, esquistossomose, tracoma, leishmaniose, meningite, cólera, filariose, diabetes e hemofilia), R\$ 332,79 milhões com remédios essenciais (antibióticos, analgésicos, antitérmicos, anti-hipertensivos e outros) e R\$ 489,53 milhões com medicamentos excepcionais (para tratamento de doenças crônicas de alto custo). O restante foi utilizado para a compra de medicamentos de uso hospitalar (fonte: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado com o objetivo de reorganizar o serviço de atenção básica à saúde no Brasil, substituindo o modelo tradicional baseado em postos de saúde. A idéia é formar grupos de trabalho compostos por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada grupo deve atender uma região compreendida por um máximo de 1000 famílias, ou 4500 pessoas. O efeito desejado é aproximar o serviço de saúde da população, alcançando melhores resultados em termos de oferta e qualidade do atendimento de saúde para a comunidade.

A implementação do PSF deveria iniciar-se nas áreas mais pobres e naquelas não cobertas por postos de saúde. Caso o ritmo previsto pelo Ministério da Saúde seja cumprido, espera-se que o PSF alcance cobertura de 100% no país em poucos anos.

Se o acesso aos medicamentos para esta população for baixo pode estar indicando uma limitação importante do sistema de saúde uma vez que este fato pode impedir a adesão aos tratamentos prescritos, comprometendo todo o investimento em melhoria na qualidade de fornecimento de serviço.



## **Justificativa**

Uma vez que o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado com o objetivo de reorganizar o serviço de atenção básica à saúde no Brasil, espera-se que este aproxime o serviço de saúde da população, alcançando melhores resultados em termos de oferta e qualidade do atendimento para a comunidade.

Apesar de o acesso aos serviços de saúde ser alto (Barros, 2002), especificamente para populações carentes, o acesso aos medicamentos é um determinante importante do cumprimento do tratamento. Este está diretamente relacionado à disponibilidade de medicamentos em quantidade e qualidade suficientes na rede pública de saúde. Entretanto, sabe-se que o acesso aos medicamentos é limitado e, especialmente difícil para as pessoas de baixo nível socioeconômico.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para uma maior racionalização na prescrição, disponibilização e uso de medicamentos, especialmente nas áreas cobertas pelo PSF.

## **Contribuições do mestrado**

Durante o curso de mestrado iniciou-se um estudo da epidemiologia da utilização de medicamentos. Avaliou-se em uma população adulta (20 anos ou mais) através de uma amostra de base populacional, a prevalência de utilização global de medicamentos e alguns possíveis fatores associados a este uso. Estudou-se a utilização por sexo, por grupos de idade, situação conjugal, cor da pele, escolaridade, renda familiar, nível econômico, tabagismo, índice de massa corporal, nível de atividade física e auto-percepção de saúde. Paralelamente, também foram estudadas as estratégias utilizadas pelas pessoas que possuem uma receita médica na hora de adquirir os medicamentos, isto é, se compram exatamente a marca prescrita ou se substituem por outro produto similar de menor preço ou ainda por um genérico.

Outro enfoque da pesquisa abordou o nível de conhecimento populacional sobre medicamentos genéricos através de uma investigação teórica das características deste tipo de medicamento e de um reconhecimento prático da embalagem dos produtos visando verificar se a população consegue diferenciar um medicamento original de um similar e de um genérico.

Uma vez que foram identificados todos os nomes comerciais dos medicamentos utilizados num período de 15 dias e que em 72% dos casos as embalagens foram apresentadas, foi possível identificar o nome dos laboratórios fabricantes e classificá-los por tipo de medicamentos, isto é, originais, similares, manipulados e genéricos. Para cada medicamento obteve-se ainda uma classificação por grupos farmacológicos, por indicação médica e também a informação se cada medicamento utilizado teria sido para um uso contínuo ou eventual.

Ao final do trabalho, obteve-se um banco de dados repleto de informações descritivas sobre a utilização de medicamentos, fundamentais para o início de uma investigação farmacoepidemiológica mais aprofundada. Os dados coletados na fase do mestrado servirão de base para a elaboração de um dos artigos desta tese, sobre conhecimento e utilização de medicamentos genéricos.

Percebeu-se que pelo menos duas informações que não foram questionadas impediam o prosseguimento de uma série de análises. Uma dizia respeito às morbidades associadas ao uso dos medicamentos e outra relativa à forma de aquisição dos medicamentos utilizados, isto é, se foram comprados ou recebidos gratuitamente.

Dentro deste tema, surgiu o interesse em continuar o estudo de uma forma mais direcionada, que pudesse vir a trazer resultados mais aplicáveis em termos de saúde pública.

Alguns dos objetivos deste projeto de doutorado serão os mesmos do mestrado, uma vez que as informações sobre utilização de medicamentos deverão ser novamente coletadas para se aprofundar os novos aspectos que serão abordados. No entanto, neste projeto, o enfoque principal estará centrado na disponibilidade e no acesso dos medicamentos para uma população de baixa renda. Em função disso pretende-se investigar gastos com medicamentos, participação do governo no fornecimento de medicamentos gratuitos, medicamentos que deveriam ter sido utilizados e por alguma razão não chegaram a ser e os motivos para isto ter acontecido.

Com isto espera-se contribuir com políticas públicas de fornecimento de medicamentos às parcelas mais necessitadas da população.

## **Objetivos**

### **Geral**

Avaliar o acesso, utilização e gastos com medicamentos em uma população de nível econômico baixo residente em área coberta pelo PSF na cidade de Porto Alegre, RS.

### **Específicos**

- Estudar a utilização global de medicamentos quanto a:
  1. prevalência de utilização;
  2. grupos farmacológicos mais utilizados / morbidades que levaram ao uso;
  3. tipos de medicamentos utilizados (original, similar, genérico, manipulado);
  4. origem da prescrição para a utilização de medicamentos;
  5. uso regular / contínuo ou eventual / episódico;
  6. forma como os medicamentos utilizados são adquiridos.
- Avaliar alguns determinantes individuais do uso de medicamentos, tais como:
  7. variáveis demográficas (sexo, idade e cor da pele), socioeconômicas (escolaridade, nível econômico e renda familiar), antropométricas (IMC),

- comportamentais (tabagismo e prática regular de exercício físico) e de saúde (auto-percepção de saúde);
8. a influência da utilização de medicamentos da mãe sobre o uso de medicamentos dos filhos (crianças e adolescentes).
- Analisar o acesso da população aos medicamentos através de:
    9. avaliação da necessidade do uso (necessidade consciente) e o acesso aos medicamentos;
    10. avaliação da disponibilidade gratuita dos medicamentos indicados pela equipe do PSF, a partir da informação do usuário;
    11. identificação dos motivos que levaram os indivíduos a não seguirem os tratamentos prescritos pela equipe do PSF;
    12. avaliação em cada estrato econômico do percentual de medicamentos obtidos gratuitamente pelo SUS.

### **Objetivos secundários**

- Identificar os gastos com medicamentos:
  13. explorar o impacto no orçamento familiar dos gastos com medicamentos;
  14. estimar o quanto os medicamentos fornecidos pelo SUS amortizam os gastos familiares com medicamentos.
  15. comparar a informação calculada (custo real dos medicamentos) com a referida pelos entrevistados (custo relatado pelo entrevistado para adquirir o medicamento) como gasto total de medicamentos no mês.

### **Hipóteses**

Considerando os objetivos específicos propostos foram levantadas as seguintes hipóteses com base na revisão de literatura. Para dados que foram coletados no estudo de utilização de medicamentos de Pelotas com uma amostra de base populacional de

adultos, foram calculadas as prevalências nos níveis econômicos D e E (Critério de Classificação Econômica Brasil) para formulação das hipóteses.

1. O percentual de utilização global de medicamentos nos 15 dias anteriores à entrevista será em torno de 60% e a prevalência pontual (utilização no dia anterior à entrevista) em torno de 40%;
2. Os grupos farmacológicos mais utilizados serão os dos analgésicos e antiinflamatórios e dos medicamentos que atuam no aparelho cardiovascular;
3. Metade dos medicamentos utilizados será de produtos originais e apenas cerca de 5% serão genéricos;
4. Espera-se que a percentagem de medicamentos utilizados prescritos por médicos seja em torno de 75%;
5. Mais da metade dos medicamentos utilizados serão para tratamento de problemas de saúde crônicos, sendo de uso regular ou contínuo;
6. Espera-se que a percentagem de medicamentos fornecidos gratuitamente seja menor do que 50%;
7. Os seguintes grupos apresentarão maior utilização de medicamentos: portadores de doenças crônicas, mulheres, crianças e idosos, indivíduos de pele branca, sem escolaridade, maior nível econômico e maior renda familiar, com sobrepeso ou obesidade, ex-fumantes, sedentários, e com pior auto-percepção de saúde;
8. Os filhos (crianças e adolescentes) de mães que apresentam maior utilização de medicamentos terão maior frequência de uso em comparação aos demais;
9. Estima-se que cerca de 20% dos indivíduos terá deixado de tomar algum medicamento por falta de disponibilidade de fornecimento pelo SUS;
10. Dos medicamentos prescritos pelo PSF, 70% serão obtidos por fornecimento gratuito (SUS);

11. O motivo mais relatado como causa de ter deixado de tomar algum medicamento prescrito pela equipe do PSF será a falta de disponibilidade gratuita;
12. Os medicamentos gratuitos fornecidos pelo SUS serão obtidos em menor proporção pelos estratos econômicos mais baixos;
- As seguintes hipóteses referem-se aos objetivos secundários:
13. Quanto mais pobre for a família, maior será o comprometimento da renda familiar com medicamentos;
14. Os medicamentos fornecidos gratuitamente pelo SUS representarão uma pequena parcela dos gastos que as famílias teriam caso tivessem que comprá-los;
15. Haverá uma baixa concordância entre: a) informação de gastos mensais com medicamentos, calculada a partir do relato dos medicamentos utilizados nos últimos 15 dias; b) valor referido pelos entrevistados como gasto total mensal.

## **Metodologia**

### **Delineamento**

O delineamento do estudo proposto será transversal.

### **População-alvo**

A população-alvo do estudo será formada por indivíduos de todas as idades residentes nas áreas cobertas pelo PSF na cidade de Porto Alegre, RS.

### **Processo de amostragem**

Porto Alegre possui 2157 setores censitários sendo que aproximadamente 230 são cobertos pelo PSF. Existem atualmente, 48 postos de PSF onde trabalham 62 equipes, sendo que seis destas atuam há menos de seis meses. Estima-se que atualmente o PSF atinja 45.700 famílias com uma média de 800 famílias atendidas por equipe. Será conduzida uma amostragem em dois estágios para as áreas cobertas pelo PSF em Porto Alegre. Quarenta e cinco unidades (equipes) de PSF serão selecionadas com

probabilidade proporcional ao tamanho (quantidade de famílias cobertas por unidade). Em cada unidade sorteada, 20 residências serão selecionadas usando uma abordagem sistemática. Os mapas e informações (número de residências, e número de pessoas) do censo brasileiro de 2000 serão usados para delinear a estratégia amostral.

### **Cálculo de tamanho de amostra**

A amostra deve ser suficiente para o estudo de prevalência e das associações a serem pesquisadas. Será feito um acréscimo de 10% para perdas e recusas e de 15% para controle de possíveis fatores de confusão. Como acréscimo para compensar o uso de conglomerados na estratégia amostral será considerado o efeito de delineamento de 2,9, que foi o encontrado para o estudo sobre prevalência de utilização de medicamentos que trabalhou com uma amostra de 80 setores censitários de um total de 281, pesquisando-se também 20 domicílios por setor (Bertoldi, 2004).

O Quadro 2 indica os resultados dos cálculos realizados para os objetivos propostos, exceto para os meramente descritivos. Padronizaram-se as seguintes estimativas: nível de confiança de 95% e poder de 80%.

## Quadro 2 – Cálculo do tamanho de amostra

Descritivo					
Estudo de prevalência	Prevalência estimada	Erro aceitável	N	N + 10%	
Prevalência global	60%	4 pontos percentuais	576	634	
Analítico					
Estudo de associações	Freqüência de exposição	Prevalência de utilização nos não expostos	Risco relativo	N	N + 10% + 15%
Sexo – Feminino	50%	43%	1,60	128	162
Cor da pele – branca	80%	55%	1,25	640	810
Idade – 70 anos ou +	10%	50%	1,40	570	721
Escolaridade – sem escolaridade	15%	53%	1,30	627	794
Renda familiar – maior	20%	55%	1,25	660	835
Tabagismo – ex-fumantes	20%	55%	1,25	660	835
Sedentarismo – sedentários	80%	55%	1,25	640	810
IMC – obesidade	15%	53%	1,30	627	794
Autopercepção de saúde – ruim	6%	47%	1,50	667	844
Uso de medicamentos filhos / mães	20%	55%	1,25	660	835

O maior tamanho de amostra necessário para estudo dos objetivos propostos é de 844 pessoas. Considerando-se um efeito de delineamento de 2,9, necessita-se de 2448 pessoas. Um total de 900 domicílios será incluído na amostra.

### Instrumento

A coleta de dados será feita através de questionário estruturado com questões pré-codificadas, e o armazenamento dos dados será feito em um banco de dados no programa EPI Info 6.0. Em anexo encontram-se o questionário domiciliar (Anexo 1), individual geral (Anexo 2) e individual específico para estudo dos medicamentos



(Anexo 3). O instrumento integral será planejado para obter, além das variáveis que compõem os desfechos, as seguintes informações:

- Características demográficas: sexo, idade e cor da pele.
- Características socioeconômicas, incluindo renda familiar, escolaridade e uma classificação econômica definida a partir do “Critério de Classificação Econômica Brasil” que estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas (ANEP, 1996).
- Uso de serviços de saúde em geral e do PSF em particular.
- Avaliação da autopercepção da saúde.
- Prática regular de exercício físico.
- Índice de massa corporal (IMC).
- Tabagismo (ex-fumante, fumante atual ou nunca fumou).

O questionário domiciliar será aplicado a um único morador do domicílio, dando-se preferência para ser respondido pela dona da casa. Os questionários individuais das crianças e dos adolescentes até 13 anos de idade serão respondidos pelo seu responsável na moradia, dando-se preferência para ser respondido pela mãe. Dos 14 aos 18 anos poderá ser respondido ou não por um responsável, dependendo se o adolescente costuma ser acompanhado nas consultas médicas ou não.

As variáveis que serão estudadas encontram-se nos quadros a baixo:

**Quadro 3 - Variáveis independentes e sua caracterização**

<b>Variáveis independentes</b>	<b>Características</b>	<b>Tipo de variável</b>
<i>Demográficas</i>		
Sexo	masculino / feminino	categórica binária
Idade	anos completos	numérica discreta
Cor da pele	branca, preta, parda, amarela ou indígena	categórica
<i>Socioeconômicas</i>		
Escolaridade	nível de ensino	categórica ordinal
Renda familiar	rendimento bruto da família no último mês	numérica contínua
Nível econômico	nível A, B, C, D e E	categórica ordinal
<i>Comportamentais</i>		
Tabagismo	ex-fumante, fumante atual, nunca fumou	categórica
Sedentarismo	prática regular de exercício físico: sim / não	categórica binária
<i>Antropométrica</i>		
IMC (calculado a partir do peso e altura referidos)	déficit energético, normal, sobrepeso, obesidade	categórica ordinal
<i>Saúde</i>		
Autopercepção de saúde	excelente, boa, regular, ruim	categórica ordinal

#### Quadro 4 - Variáveis dependentes e sua caracterização

Variáveis Dependentes	Características	Tipo de variável
Utilização de medicamentos	uso de um ou mais medicamentos nos últimos 15 dias: sim / não	categórica binária
Utilização pontual de medicamentos	uso de um ou mais medicamentos no dia anterior a entrevista: sim / não	categórica binária
Número de medicamentos utilizados	Número de medicamentos consumidos nos 15 dias anteriores à entrevista	numérica discreta
Grupos farmacológicos dos medicamentos utilizados	analgésicos, antibióticos, diuréticos, etc...	categórica
Embalagem	mostrou embalagem e / ou caixa ou bula: sim / não	categórica binária
Receita	apresentou receita: sim / não	categórica binária
Indicação	médico do PSF, outro médico, a própria pessoa, mãe ou outro	categórica
Tipo do medicamento	genérico, original, similar, manipulado, outro	categórica
Doença relacionada com o uso do medicamento	informação referida pelos entrevistados	categórica
Como conseguiu o medicamento	compra, gratuitamente pelo SUS ou pelo PSF, por doação ou reembolso integral de convênio	categórica
Forma de utilização	uso regular / contínuo ou eventual / episódico	categórica binária
Número de embalagens compradas ou recebidas gratuitamente nos últimos 15 dias	dado utilizado para medicamentos de uso eventual ou episódico	numérica discreta
Número de embalagens compradas ou recebidas gratuitamente nos últimos 30 dias	dado utilizado para medicamentos de uso regular ou contínuo	numérica discreta
Tempo de duração de uma embalagem do medicamento	apenas para medicamentos de uso regular ou contínuo	numérica discreta
Impossibilidade de utilização de medicamentos	deixou de usar algum medicamento que necessitava nos últimos 15 dias: sim / não	categórica binária
Procura dos medicamentos no posto de saúde	procurou os medicamentos não utilizados no posto de saúde: sim / não	categórica binária
Motivos para ter deixado de tomar os medicamentos necessários	falta no posto, acha que não tem no posto, foi atendido em outro local, falta receita, outro	categórica
Gasto com medicamentos	gasto familiar com medicamentos nos últimos 30 dias	numérica contínua

Serão estudados três desfechos: a utilização de medicamentos, o acesso aos medicamentos e o gasto familiar com medicamentos.

O primeiro se refere ao uso de medicamentos, que se traduz por qualquer produto farmacêutico relatado pelo entrevistado como tendo sido utilizado nos 15 dias anteriores à entrevista. Serão considerados os medicamentos usados por indicação médica ou por iniciativa própria. Todo medicamento, inclusive um comprimido de analgésico para dor de cabeça, por exemplo, serão considerados. Também serão considerados os produtos naturais, homeopatia, fórmulas feitas em farmácia de manipulação, florais, vitaminas, remédios caseiros, etc. Ainda para este desfecho será questionado o uso no dia anterior a entrevista, visando o cálculo da prevalência pontual de uso de medicamentos.

O segundo desfecho, diz respeito ao acesso da população aos medicamentos que necessita utilizar (necessidade reconhecida pelo indivíduo). Pretende-se abordar dois aspectos: a) situações em que as pessoas deixam de tomar os medicamentos de que necessitam e b) a disponibilidade gratuita dos medicamentos utilizados, uma vez que se espera encontrar na amostra principalmente pessoas com baixo poder aquisitivo.

O terceiro desfecho, gasto familiar com medicamentos, será mensurado de duas maneiras. A primeira envolve uma pergunta direta que questiona quanto cada indivíduo gastou com medicamentos nos últimos 30 dias. A segunda envolve um cálculo detalhado a partir da informação dos nomes comerciais, dosagens e apresentações dos medicamentos utilizados que foram adquiridos nos últimos 15 dias. O cálculo do valor gasto será feito da seguinte forma:

- Medicamentos de uso eventual ou episódico: o gasto mensal com este tipo de medicamento será avaliado questionando-se o número de embalagens compradas nos últimos 15 dias. Este gasto será multiplicado por dois para fornecer uma estimativa do gasto mensal. Quando uma mesma embalagem de um medicamento de uso eventual foi adquirida e utilizada por duas pessoas da mesma família (ex. tylenol gotas usado para 2

crianças da casa), o gasto com tal medicamento não será multiplicado por dois. Apesar da possibilidade de ocorrência de erro de classificação com a utilização deste procedimento, a característica não diferencial torna o erro conservador em direção à unidade.

- Medicamentos de uso regular ou contínuo: uma vez que estes medicamentos são utilizados rotineiramente durante todo o mês, o gasto mensal com este tipo de medicamento será avaliado questionando-se o tempo de duração das embalagens compradas e a data da última compra.

O valor dos produtos farmacêuticos a ser utilizado neste cálculo será obtido a partir da tabela de preços oficial. Sabe-se que, em geral, as farmácias trabalham com descontos, entretanto, seria inviável saber o preço exato pago por cada família para cada medicamento. Será analisada a possibilidade de se calcular um valor médio de descontos fornecidos pelas farmácias de Porto Alegre para aproximar o cálculo do gasto real.

Posteriormente, pretende-se comparar a informação calculada com a referida pelos entrevistados como gasto total de medicamentos no mês. Com este desfecho pretende-se estimar o gasto familiar mensal com medicamentos (em R\$), o percentual que este gasto representa na renda familiar total e o quanto a família deixou de gastar por ter recebido medicamentos gratuitamente do SUS. Para este último enfoque, os mesmos cálculos aplicados para gastos serão feitos para calcular o valor do que foi recebido gratuitamente pelo SUS. Para avaliação deste desfecho (gastos com medicamentos), ainda pretende-se buscar auxílio de economistas para a formulação dos gastos da forma mais adequada.

## **Pessoal e logística**

O levantamento de dados será realizado através de um trabalho de campo na cidade de Porto Alegre. O trabalho de campo será desenvolvido por entrevistadores selecionados e treinados especialmente para esta função. O processo de treinamento levará uma semana, e incluirá um teste piloto de dois dias. Os entrevistadores serão treinados em técnicas de entrevista e na aplicação do questionário específico, envolvendo leitura detalhada do questionário e manual de instruções, dramatizações e entrevistas sob supervisão. Pretende-se trabalhar com 10 entrevistadores, e concluir a coleta de dados num período de oito semanas. O treinamento e a supervisão dos entrevistadores será feito pela pesquisadora.

## **Estudo piloto**

Será sorteada uma unidade atendida pelo PSF, diferente das sorteadas para o estudo, na qual serão realizadas entrevistas para detecção de problemas com o questionário e avaliação final dos entrevistadores.

## **Controle de qualidade**

O controle de qualidade será feito através de re-entrevista com 10% dos entrevistados, quando serão repetidas algumas perguntas do questionário. A consistência das informações será analisada através do índice Kappa.

Outras formas utilizadas para assegurar a qualidade das informações serão o treinamento de entrevistadores, a elaboração do questionário padronizado e pré-testado, a elaboração de um criterioso manual de instruções e ainda as revisões da codificação do questionário e a supervisão do trabalho de campo.

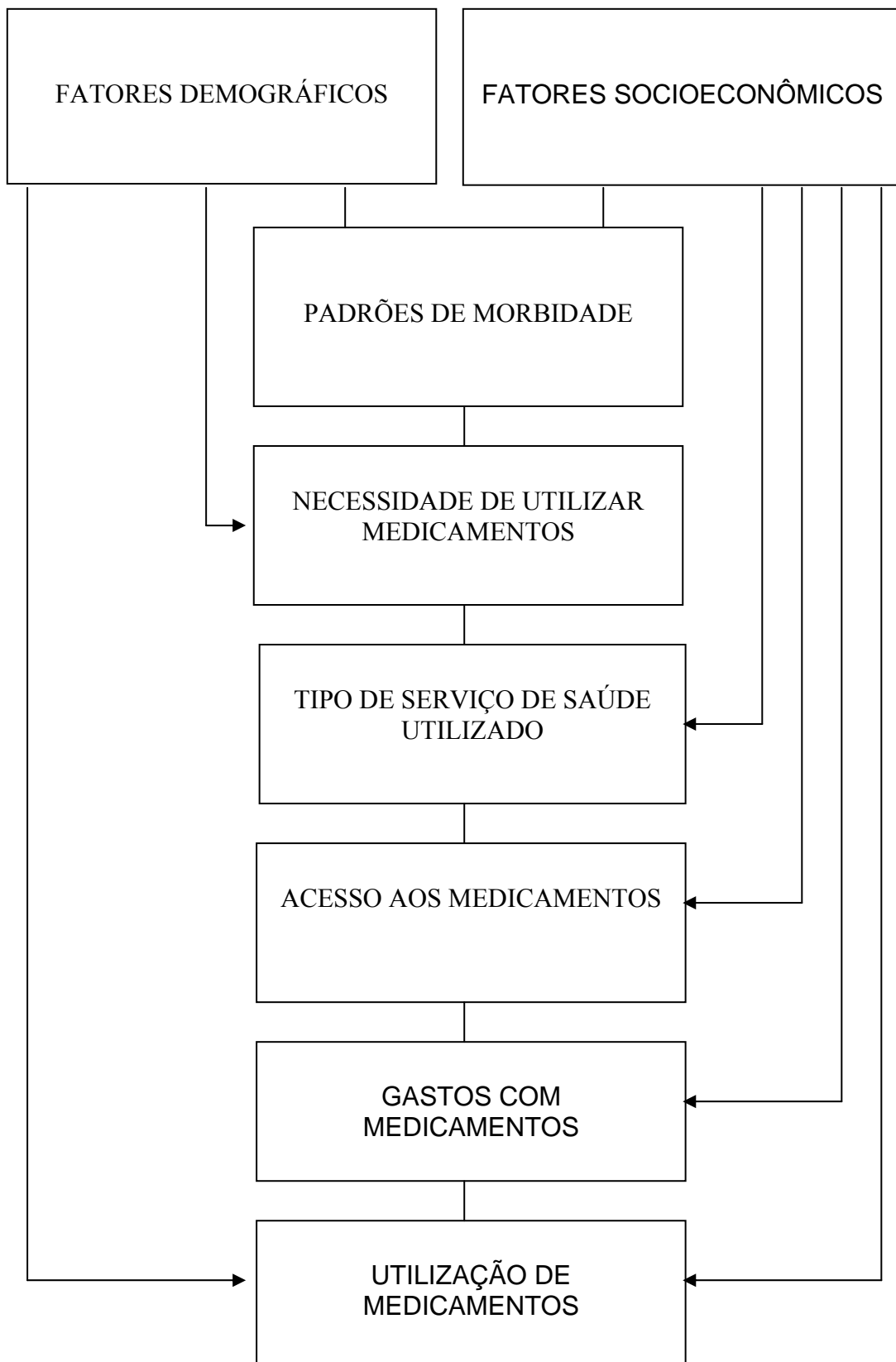
## **Plano de análise**

Dentro dos objetivos e das variáveis que serão coletadas no estudo, estruturou-se o modelo de análise hierarquizado que servirá para nortear a análise dos dados.

O modelo conceitual empregado neste projeto considera que os fatores socioeconômicos, tais como, renda familiar, nível econômico e escolaridade, juntamente com os fatores demográficos como sexo, idade e cor da pele, podem determinar diferentes influências nos desfechos estudados. Tais variáveis podem influenciar também os padrões de morbidades, que por sua vez se relacionam diretamente com a utilização de medicamentos. No entanto, não apenas os padrões de morbidades determinam o uso de medicamentos, mas também fatores antropológicos e culturais geram uma necessidade de usar medicamentos. Todas estas variáveis exercem influência sobre o tipo de serviço de saúde utilizado, o qual por sua vez, determina o acesso aos medicamentos. A utilização ocorre apenas quando existe o acesso aos medicamentos, exercendo influência sobre o orçamento familiar quando este envolve um gasto na compra de produtos.

Após análise descritiva, a frequência de cada desfecho será calculada por subgrupos das variáveis independentes. A análise multivariável será conduzida por regressão de Poisson, sendo a ordem de entrada das variáveis independentes realizada de acordo com o modelo abaixo (Figura 2).

**Figura 2 – Modelo de análise**





## **Divulgação dos resultados**

Os dados desta pesquisa serão divulgados das seguintes formas:

- artigos para publicação em periódicos científicos
- divulgação dos dados para a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
- reportagens para publicação em jornais locais
- apresentação em congressos, seminários, reuniões

## **Limitações**

O presente estudo foi idealizado para avaliar condições de acesso aos serviços de saúde, e sua utilização, assim como avaliar o perfil de consumo de medicamentos, e os gastos associados à atenção à saúde e medicamentos. Desta forma, suas conclusões não são diretamente aplicáveis à população geral. É provável que, por ser a população em estudo mais pobre e mais homogênea que a geral, a utilização de serviços públicos seja maior, sendo o consumo total de serviços e medicamentos menor. Da mesma forma, a avaliação de equidade fica restrita à comparação entre mais ricos e mais pobres desta sub-população, visto que não haverá informação para regiões não cobertas pelo PSF. A avaliação das características socioeconômicas da amostra permitirá avaliar o quanto ela difere do município de Porto Alegre.

Outra dificuldade inerente ao estudo está na estimativa do gasto individual ou domiciliar com saúde em geral e com os medicamentos em particular. Serão coletados dados de custos com os medicamentos utilizados. Entretanto, este dado existirá em apenas alguns casos, enquanto em outros, o cálculo de gastos será feito a partir de uma estimativa do custo dos medicamentos utilizados na época da entrevista, a partir de informações coletadas sobre características dos medicamentos utilizados.

## **Considerações éticas**

O estudo em questão apresenta “baixo risco” ético, já que envolve apenas a aplicação de um questionário com perguntas sobre a utilização de diferentes serviços médicos oferecidos pelo SUS e por entidades privadas e dados pessoais de saúde e socioeconômicos. Ainda assim, será obtido, de cada participante, seu consentimento informado e por escrito (Anexo 4).

Entrevistadores contratados pelo projeto e especificamente treinados para o levantamento de dados explicarão com um vocabulário apropriado ao entendimento dos indivíduos convidados a participar do projeto os seus objetivos e procedimentos. Quaisquer dúvidas serão esclarecidas, deixando-se claro que o indivíduo tem a opção de não participar sem prejuízo de qualquer direito em relação à atenção médica pelo SUS e que o sigilo dos dados individuais será preservado. Tendo concordado, o indivíduo assinará o consentimento. Em caso de menores de 18 anos, será solicitado o consentimento ao seu responsável legal.

Caso sejam detectados problemas graves de fornecimento de medicamentos que possam comprometer a saúde dos entrevistados, os casos serão julgados isoladamente, e encaminhados à coordenação do PSF quando necessário.

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e está sendo submetido à Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

## Cronograma

Atividade desenvolvida	2003										2004		2005		2006	
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	1º s	2º s	1º s	2º s	1ºS	2ºs
Revisão bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Elaboração do projeto	■	■	■													
Amostragem		■	■													
Preparo dos instrumentos		■	■													
Defesa do projeto			■													
Seleção e treinamento da equipe de campo			■	■												
Estudo-piloto				■												
Coleta e digitação dos dados				■	■	■										
Análise dos dados							■	■	■	■	■					
Redação dos artigos												■	■	■		
Redação da tese															■	
Defesa da tese																■

## **Orçamento**

Como foi mencionado na apresentação deste trabalho, este projeto de pesquisa prevê a coleta de dados conjuntamente com o questionário formulado para atender os objetivos do projeto “Os programas de saúde e nutrição brasileiros estão atingindo seus objetivos?” coordenado pelo Professor Aluísio J D Barros, uma vez que a amostra será a mesma. Este projeto já teve seu financiamento aprovado pelo Banco Mundial (US\$ 40.000,00), de forma que suas despesas estão cobertas.

## **Referências**

ANVISA (2001). Genéricos:O que são?

<<http://www.genericos.com.br/genericos/oquesao.htm>>Accessed: August 14.

Arrais, P. S. D., H. L. L. Coelho, et al. (1997). "Perfil da automedicação no Brasil." *Rev. Saúde Pública* 31(1): 71-7.

Bardel, A., M. A. Wallander, et al. (2000). "Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65-year-old women in mid-Sweden: A population-based study." *J Clin Epidemiol* 53(6): 637-43.

Barros, A. J. D. and A. D. Bertoldi (2002). "Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional." *Ciência & Saúde Coletiva* 7(4): 709-717.

Béria, J. U. (1991). *Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de Pelotas*. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, UFRGS: 154.

Béria, J. U., C. G. Victora, et al. (1993). "Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de centro urbano da região sul do Brasil." *Rev. Saúde Pública* 27(2): 95-104.

- Berquó, L. S., A. J. D. Barros, et al. (2004). "Utilização de antimicrobianos em uma população urbana." *Rev Saúde Pública* 38(2): 239-46.
- Bertoldi, A. D., A. J. D. Barros, et al. (2004). "Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais." *Rev Saude Publica* 38(2): 228-38.
- Brasil (1976, 23 set.). Lei número 6.360, Diário Oficial da União.
- Brasil (1999). Lei 9.787 e Resolução 391. Brasília, Diário Oficial da União.
- Eggen, A. E. (1994). "Pattern of drug use in a general population - prevalence and predicting factors: the Tromso study." *Int J Epidemiol.* 23(6): 1262-1270.
- Falcão, A. C. M. G., M. S. L. P. Paganelli, et al. (1988). "Consumo de medicamentos pela população da zona norte da cidade de Londrina." *Saúde em Debate* 22: 85 - 89.
- Franco, R. C. S., J. A. d. C. Neto, et al. (1987). "Consumo de medicamentos em um grupo populacional da área urbana de Salvador-BA." *Rev. Baiana Saúde Publica* 13/14(4/1): 113-121.
- Gomes, K. R. O., A. F. Moron, et al. (1999). "Prevalência de uso de medicamentos na gravidez e relações com as características maternas." *Rev. Saúde Pública* 33(3): 5-54.
- Hart, J. T. (1971). "The inverse care law." *Lancet* 7696(1): 405-12.
- Heineck, I., S. M. Gallina, et al. (1998). "Análise da publicidade de medicamentos veiculada em emissoras de rádio do Rio Grande do Sul, Brasil." *Cad. Saúde Pública* 14(1): 193-198.
- Lefèvre, F. (1987). "A oferta e a procura de saúde imediata através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa." *Rev. Saúde Pública* 21(1): 64-67.

- Leyva-Flores, R., J. Erviti-Erice, et al. (1998). "Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México." *Salud Pública de México* 40(1): 1-8.
- Lima, M. S. d., J. U. Béria, et al. (1998). "Use of amphetamine-like appetite suppressants: A cross-sectional survey in southern Brazil." *Substance Use & Misuse* 33(8): 1711-1719.
- Loyola Filho, A. I., E. Uchoa, et al. (2002). "Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí." *Rev Saúde Pública* 36(1): 55-62.
- Lunde, P. K. M. and I. Baksas (1988). "Epidemiology of drug utilization - basic concepts and methodology." *Acta Med Scand* 721: 7-11.
- Matheson, I. (1992). Drug utilization in non-hospitalized newborns, infants, and children. *Pediatric Pharmacology: Therapeutic Principles and Practice*. S. J. Yaffe and J. V. Aranda. Philadelphia, WB Saunders Company. 49: 557 - 565.
- Ministério da Saúde (2000). "Política nacional de medicamentos." *Rev Saúde Pública* 34(2): 206-209.
- Mosegui, G. B. G., S. Rozenfeld, et al. (1999). "Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos." *Rev. Saúde Pública* 33(5): 437-444.
- OMS - Organização Mundial da Saúde (1985). *Uso de Medicamentos Essenciais*. Genebra, OMS.
- OMS - Organização Mundial da Saúde (1990). *Glossário de Termos especializados para avaliação de medicamentos*. Genebra, OMS.
- Sanchez, E., M. Nazal, et al. (1984). "Encuesta sobre consumo de medicamentos en el Gran Santiago." *Rev. Méd. Chile* 112: 185-191.
- Sans, S., G. Paluzie, et al. (2002). "Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña." *Gac Sanit* 16(2): 121-30.

- Schenkel, E. P. (1996). Cuidados com os medicamentos. Florianópolis, Ed. da Universidade/UFRGS/Editora da UFSC.
- Silva, C. H. (1998). Consumo de medicamentos em adolescentes de escolas secundárias de Porto Alegre. Faculdade de Medicina. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul: 123.
- Silveira, F. G., R. G. Osório, et al. (2002). "Os gastos das famílias com saúde." *Ciência & Saúde Coletiva* 7(4): 719 - 731.
- Simões, M. J. S. and A. Farache Filho (1988). "Consumo de medicamentos em região do estado de São Paulo (Brasil), 1985." *Rev Saúde Pública* 22(6): 494-9.
- Vance, M. and W. Millington (1986). "Principles of irrational drug therapy." *Int J Health Serv* 16: 355-61.
- Vilarino, J. F., I. C. Soares, et al. (1998). "Perfil da automedicação em município do sul do Brasil." *Rev. Saúde Pública* 32(1): 43-9.
- Weiderpass, E., J. U. Béria, et al. (1998). "Epidemiologia do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida em centro urbano do sul do Brasil." *Rev. Saúde Pública* 32(4): 335-44.
- WHO - World Health Organization (1986). Guidelines for the medical assesement of drugs for use in self-medication. Copenhagen.

## **Estrutura dos artigos propostos**

### **Artigo 1: Acesso a medicamentos e sua utilização em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família.**

**Motivação:** No Brasil, o uso racional de medicamentos é uma realidade distante. Estudos nacionais indicam que mais de 50% dos indivíduos utiliza, ao menos um medicamento, num período recordatório de 15 dias. Esta utilização apresenta um quadro paradoxal, visto que os indivíduos com menor nível econômico são sabidamente mais doentes e ao mesmo tempo, utilizam menos medicamentos. O acesso aos medicamentos é um determinante importante do cumprimento do tratamento. Este está diretamente relacionado à disponibilidade de medicamentos em quantidade e qualidade suficientes na rede pública de saúde. Entretanto, sabe-se que o acesso gratuito é limitado criando uma situação especialmente difícil para as pessoas carentes quando estes não estão disponíveis.

**Objetivos:** Avaliar o acesso aos medicamentos e sua utilização em uma população coberta pelo PSF na cidade de Porto Alegre, RS.

**Métodos:** O delineamento do estudo será transversal. A amostra será composta por indivíduos de todas as idades residentes em áreas cobertas pelo PSF. A amostragem será conduzida em dois estágios sendo as áreas cobertas pelo PSF as unidades amostrais primárias e os domicílios as unidades amostrais secundárias.

**Relevância:** A impossibilidade de acesso a medicamentos indica uma limitação importante que pode impedir a adesão ao tratamento medicamentoso, comprometendo todo o investimento em melhoria na qualidade do fornecimento de serviço. Os resultados desta pesquisa podem contribuir para uma maior racionalização na prescrição, disponibilização e uso de medicamentos nas áreas cobertas pelo PSF.



## **Artigo 2: Conhecimento e utilização de medicamentos genéricos no Brasil.**

**Introdução:** O uso de medicamentos é um processo social que não se limita à busca da melhora no estado de saúde. Condições econômicas influenciam diretamente a aquisição destes produtos. Os medicamentos genéricos são uma possível solução para os indivíduos de baixa renda.

**Objetivos:** Avaliar o nível de conhecimento populacional sobre medicamentos genéricos em uma população adulta e a prevalência de utilização dos mesmos.

**Métodos:** Delineamento transversal de base populacional, incluindo 3182 indivíduos adultos da cidade de Pelotas, RS. Foram analisados o nível de conhecimento e a utilização de medicamentos genéricos nos 15 dias anteriores à pesquisa. Investigou-se o adequado reconhecimento de um medicamento genérico e a comparação de preço e qualidade dos genéricos com medicamentos originais.

**Resultados:** A prevalência de consumo de medicamentos genéricos nos 15 dias anteriores à entrevista foi de 3,6%. Enquanto 70% dos indivíduos disseram que o medicamento genérico tem qualidade equivalente aos originais, 86% disseram que estes eram mais baratos do que os de referência, mas apenas 38% souberam reconhecer a sua embalagem. Maiores níveis de conhecimento foram encontrados nas mulheres e indivíduos mais jovens e não foram encontradas diferenças em relação à cor da pele, escolaridade, nível econômico e situação conjugal.

**Conclusões:** O consumo de medicamentos genéricos é extremamente baixo. Mais da metade da população não sabe reconhecer a embalagem deste tipo de produto, mas quase 90% sabe que o genérico é mais barato do que os medicamentos de referência. Acredita-se que estes resultados indicam que uma parcela da população busca medicamentos genéricos, mas adquire similares por não saber reconhecê-los corretamente.

### **Artigo 3: Metodologias para estudos de utilização de medicamentos em pesquisas epidemiológicas. (revisão)**

**Motivação:** Embora a literatura indique um elevado número de estudos sobre utilização de medicamentos, existe uma grande diversidade de metodologias sendo empregadas para a coleta de dados. Alguns autores analisam a utilização exclusivamente do ponto de vista da prescrição, entretanto, dados quantitativos devem ser obtidos para que a variabilidade do uso e o custo da farmacoterapia possam ser monitorados. Os estudos de utilização de medicamentos investigando os consumidores permitem-nos conhecer a perspectiva do usuário e desenvolver políticas de controle e distribuição adequadas.

**Objetivos:** Caracterizar as metodologias utilizadas para coletas de dados quantitativos de estudos epidemiológicos sobre utilização de medicamentos e propor padronizações com a intenção de tornar os estudos mais comparáveis.

**Métodos:** Revisão sistemática da literatura nacional e internacional sobre metodologias utilizadas em estudos farmacoepidemiológicos e análise comparativa das metodologias empregadas nos estudos de utilização de medicamentos.

**Relevância:** Com esta revisão poderão ser estabelecidos critérios de adequação de coleta de dados nesta área de pesquisa onde as metodologias demonstram não apresentar uma padronização que permita comparabilidade entre os dados.

# **RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO**

---

**Universidade Federal de Pelotas  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-graduação  
Doutorado em Epidemiologia**

## **RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO**

**Andréa D Bertoldi**

**Orientador: Aluísio J D Barros**

**Pelotas, RS  
2003**

## **Introdução**

Este relatório tem por objetivo detalhar todas as fases que envolveram a preparação para o trabalho de campo, desde o planejamento até a sua conclusão. A coleta de dados durou aproximadamente três meses. Foi realizada em Porto Alegre no período de 03/07/2003 a 22/09/2003.

O estudo envolveu a população residente em áreas da zona urbana de Porto Alegre que fossem cobertas pelo Programa Saúde da Família (PSF). O delineamento foi transversal e foram aplicados questionários pré-codificados a todos os moradores dos domicílios selecionados na amostra. O objetivo principal do estudo relacionava-se com acesso, utilização, foco e cobertura do PSF. Além disso, realizou-se uma avaliação detalhada sobre acesso e utilização de medicamentos nesta população.

O trabalho de campo foi financiado pelo Banco Mundial através do projeto de pesquisa intitulado “Os programas de saúde e nutrição brasileiros estão atingindo os mais necessitados?”

A concretização do trabalho e seu bom andamento se devem ao grande apoio recebido da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre que forneceu informações e infra-estrutura indispensáveis para a realização da pesquisa.

## **Questionários**

Os questionários foram elaborados entre março e maio de 2003. As perguntas foram divididas em quatro documentos diferentes:

1- Questionário domiciliar (anexo 1): aplicado a apenas uma pessoa do domicílio (preferencialmente a dona da casa) contendo questões relativas à infra-estrutura do

domicílio, bens domésticos, cadastro e visitas domiciliares do PSF. Este questionário era composto por 41 perguntas.

2- Questionário individual (anexo 2): a ser respondido por todos os moradores do domicílio. No caso de crianças até 12 anos, o questionário era respondido pela mãe ou responsável. Este questionário apresentava 89 questões que envolviam escolaridade, situação conjugal, hábitos, ocupação, renda, planos de saúde, gastos com saúde, estado de saúde, utilização de serviços, situações hipotéticas em relação à busca de serviço e opiniões sobre o serviço de saúde local.

3- Questionário de medicamentos (anexo 3): aplicado a todas as pessoas do domicílio, logo, também um questionário individual. Apenas por questões logísticas que envolviam a digitação, o mesmo foi separado do restante das questões individuais. Este questionário era composto por 11 questões sobre utilização de medicamentos.

4- Ficha de medicamentos (anexo 6): composta por 20 questões que deveriam ser respondidas apenas quando o entrevistado relatasse uso de algum medicamento. Para cada medicamento citado deveria ser preenchida uma ficha que posteriormente seria agregada ao questionário para digitação.

Além desses questionários, para cada domicílio era preenchida uma planilha de domicílio (anexo 7) onde se anotava o nome, o sexo e a idade das pessoas que moravam no domicílio.

## **Manual de instruções**

O anexo 8 mostra o manual de instruções usado como material de apoio no treinamento dos entrevistadores e que era utilizado pelos mesmos durante o trabalho de campo. O manual contém instruções de conduta nos casos em que alguma pergunta do questionário não foi entendida pelo entrevistado, esclarecimento de codificação, informação geral

sobre o comportamento esperado dos entrevistadores e postura a ser adotada em situações atípicas. O manual contém ainda uma descrição detalhada de cada pergunta dos questionários.

## **Amostragem**

O processo de seleção da amostra envolveu inicialmente o conhecimento do número de unidades básicas de saúde que estavam estruturadas como PSF. Nesta época existiam 62 unidades de PSF na região urbana de Porto Alegre sendo que 56 estavam em funcionamento a mais de seis meses. As unidades que estavam trabalhando há menos de seis meses não entraram no estudo.

A partir dos objetivos do estudo calculou-se uma amostra necessária de 600 domicílios que foi ampliada em 50% (900 domicílios) para compensar a correlação intraclasse decorrente do desenho amostral.

Escolheu-se um processo amostral em dois estágios. As unidades amostrais primárias (conglomerados) foram as áreas de abrangência das unidades de PSF. Das 56 unidades em estudo (operando por mais de 6 meses), foram escolhidas 45 usando amostragem sistemática com probabilidade proporcional à população de cada unidade. Em cada unidade escolhida, 20 domicílios foram selecionados totalizando os 900 do cálculo inicial.

Cada unidade era dividida em quatro microrregiões sendo cada uma de responsabilidade de um agente comunitário de saúde (ACS). Visando uma melhor distribuição dos domicílios a serem selecionados, optou-se por selecionar cinco domicílios de cada microrregião totalizando os 20 domicílios de cada unidade.

A seleção dos domicílios foi realizada a partir dos cadernos de registro dos domicílios de cada ACS. Esses cadernos possuíam mais de 90% dos domicílios

cadastrados. Devido ao fato de que nem todos os domicílios são cadastrados, optou-se por um processo de seleção que considerasse essa ausência. Utilizou-se uma tabela de números aleatórios para selecionar um determinado domicílio da lista que seria o ponto inicial para a seleção dos cinco domicílios. O primeiro domicílio da amostra de cada microrregião era o que se encontrava à esquerda do domicílio sorteado (exatamente para evitar a possível limitação de alguns domicílios não cadastrados). Para a escolha do segundo pulavam-se os próximos cinco domicílios e selecionava-se o sexto para fazer parte da amostra, e assim sucessivamente até se obter cinco domicílios em cada microrregião.

O processo de seleção dos domicílios foi feito pelos supervisores e coordenadora do trabalho de campo com o auxílio dos ACS e a presença do entrevistador que trabalharia naquela região. Todas as pessoas que residiam nos domicílios selecionados faziam parte da amostra elegível e deveriam ser entrevistados.

## **Pessoal envolvido**

O trabalho contou com uma equipe locada em Porto Alegre e outra em Pelotas. Abaixo são descritas as atribuições de cada integrante da equipe de pesquisa:

### **Coordenador geral**

Era o responsável pelo projeto como um todo. Esta pessoa participou de todas as negociações com a Secretaria Municipal de Saúde, reuniões de apresentação do projeto e treinamento. Também se envolveu com a verificação de inconsistências dos questionários depois de digitados e validados, fornecendo relatórios à coordenação do trabalho de campo que alertavam sobre possíveis falhas na coleta de dados.



## **Coordenadora de campo**

Responsável pela execução do trabalho de campo que envolvia a seleção do pessoal, treinamento, acompanhamento das tarefas dos supervisores, elaboração de rotinas do trabalho, contato com coordenadores das unidades quando necessário e com o pessoal que estava trabalhando na digitação em Pelotas.

## **Supervisores de campo**

Responsáveis diretos pelo trabalho dos entrevistadores, supervisão da codificação dos questionários e realização das entrevistas de controle de qualidade nos domicílios. Inicialmente foram responsáveis pela seleção dos domicílios da amostra.

## **Auxiliar de pesquisa**

Responsável por secretariar a sede da coordenação, montar lotes de questionários para serem enviados para a digitação em Pelotas, distribuir material aos entrevistadores e executar entrevistas de controle de qualidade em todos os domicílios com telefone onde não havia sido realizada entrevista de controle de qualidade pessoalmente.

## **Entrevistadores**

Responsáveis pela realização das entrevistas domiciliares e codificação dos questionários. No recrutamento foram exigidos segundo grau completo e disponibilidade de horário. Foram treinados com explicações teóricas do questionário utilizando o manual de instruções e com simulações de entrevistas na sala do treinamento. Por fim, aplicaram questionários nos domicílios na presença dos supervisores e coordenadora do trabalho de campo.

## **Supervisor da digitação**

Em Pelotas, era responsável por receber os questionários e coordenar a digitação em lotes de questionários, fazer a validação dos dados e notificar à coordenadora de campo sobre problemas na codificação dos questionários.

## **Digitadores**

Também trabalhavam em Pelotas. Foram contratados dois digitadores para trabalhar-se com dupla digitação de todos os dados.

## **Estudo pré-piloto**

O estudo pré-piloto foi realizado em duas fases. A primeira foi realizada na cidade de Pelotas durante a fase de elaboração e teste do questionário. Foram aplicados cerca de 40 questionários em domicílios de quatro regiões distintas da cidade que eram cobertas por unidades de saúde com PSF implantado. Esses questionários foram aplicados pela coordenadora do trabalho de campo e mais três estudantes de medicina. A segunda fase foi realizada na cidade de Porto Alegre quando o questionário já estava na sua versão final. Foi escolhida uma amostra de conveniência na região de abrangência de duas unidades de PSF que não foram selecionadas para a amostra. Foram aplicados cerca de 30 questionários pelos dois supervisores do trabalho de campo. O objetivo desta fase foi testar o questionário no ambiente em que seria aplicado e familiarizar os supervisores com os instrumentos que seriam utilizados.

## **Estudo-piloto**

O estudo-piloto fez parte do treinamento dos entrevistadores. Foi realizado como etapa final do treinamento. Alguns questionários foram aplicados sob supervisão e outros não. Cada um dos 15 entrevistadores selecionados aplicou 10 questionários totalizando 150 questionários no estudo-piloto.

## **Reuniões com a Secretaria de Saúde de Porto Alegre**

Os contatos iniciais com a Secretaria Municipal de Saúde foram feitos com a coordenação do Programa Saúde da Família. Preparou-se inicialmente uma apresentação do projeto aos gerentes de cada uma das oito regiões em que o município é dividido e outras lideranças dos serviços de atenção primária. Num segundo momento apresentou-se novamente o projeto a todos os coordenadores das unidades de PSF. Mesmo aquelas unidades que não foram selecionadas na mostra tinham seus representantes envolvidos. A partir destes encontros definiu-se como se daria o início das atividades.

## **Logística pré-trabalho de campo**

Antes do início da coleta de dados, várias etapas foram desenvolvidas. Já foram abordadas as etapas de elaboração do questionário, manual de instruções, estudo pré-piloto, estudo-piloto e seleção da amostra. Outras etapas também importantes foram:

- Mapeamento de todas as unidades de PSF em um grande mapa do município de Porto Alegre, destacando-se as unidades selecionadas para a amostra;
- Elaboração dos formulários de controle dos questionários;
- Manutenção de contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre visando apoio para as visitas na comunidade e apoio logístico para estruturação da sede da coordenação do trabalho de campo;
- Contratação de dois supervisores que trabalhariam lado a lado com a coordenação do trabalho de campo;
- Seleção dos entrevistadores, treinamento e distribuição das unidades pelas quais cada um passaria a ser responsável;
- Reprodução do material necessário para a coleta de dados;

- Estruturação da equipe de trabalho em Porto Alegre.

## **Logística do trabalho de campo**

### **Infra-estrutura**

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre cedeu uma sala em seu prédio no centro de Porto Alegre onde apenas o pessoal envolvido com o trabalho de campo tinha acesso.

### **Formulários de controle**

Alguns formulários foram utilizados para controle da documentação utilizada.

- Controle da montagem dos lotes: Folha utilizada para acompanhar a numeração dos lotes de questionários que estavam sendo montados. Existia uma folha por tipo de questionário (anexo 9).
- Controle da entrega dos questionários pelos entrevistadores: Planilha onde se anotava os questionários recebidos. Existia uma para cada unidade de PSF. Servia para controle da produção por entrevistador (anexo 10).
- Controle do material entregue para os entrevistadores: Caderno onde todo o material fornecido aos entrevistadores era anotado.
- Folha de conglomerado: Folha onde era indicada a seleção dos domicílios da amostra. Neste formulário anotava-se todos os endereços envolvidos na seleção da amostra, inclusive os pulos e após destacava-se os cinco domicílios da amostra que faziam parte de cada conglomerado. Era preenchida uma folha para cada uma das quatro microrregiões das unidades de PSF (anexo 11).
- Folhas de lotes: Folhas de rosto onde constavam as etiquetas de identificação dos questionários contidos no lote. Essas folhas depois de preenchidas eram

colocadas dentro do envelope onde se arquivava os questionários do lote (anexo 12).

### **Coleta de dados**

Os dados foram coletados através de entrevistas individuais a todos os moradores do domicílio selecionado. Apenas o questionário domiciliar era aplicado a uma única pessoa do domicílio. As entrevistas referentes às crianças com idade inferior a 13 anos foram respondidas pelas mães ou responsáveis. Utilizou-se um termo de consentimento (anexo 4) onde o entrevistado assinava que estava autorizando a sua participação na pesquisa ou do seu dependente, no caso de menores de 18 anos. No caso de recusas, o entrevistador era orientado a retornar ao domicílio em dias e horários diferentes dos da primeira tentativa. No caso de persistência da recusa, um supervisor do trabalho de campo realizou uma última tentativa.

### **Material de campo**

As entrevistadoras apresentavam-se nos domicílios com um jaleco e um crachá que as identificava como pertencentes à pesquisa. Além disso, levavam no momento da entrevista uma carta de apresentação do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPel explicando os principais motivos do trabalho da entrevistadora, a importância de participar da entrevista e solicitando a colaboração (anexo 13). O material era transportado em uma bolsa onde se organizava o material em pastas, sacos plásticos e prancheta. Cada entrevistadora levava consigo um cartão telefônico para se comunicar com os supervisores se necessário e uma planilha que continha os dados necessários para chegar na unidade de PSF (nome da unidade, identificação numérica, endereço, nome do coordenador, telefone, etc).

## **Reuniões com entrevistadores**

Após o treinamento inicial, instituiu-se uma escala de reunião semanal com todos os entrevistadores. Nesta reunião se fornecia mais material, esclareciam-se dúvidas dos entrevistadores e eram recebidos e conferidos os questionários preenchidos. Além dessas reuniões rotineiras ocorreram pelo menos três reuniões com todo o grupo de entrevistadores e supervisores.

## **Contatos com coordenadores das unidades**

Toda vez que os entrevistadores não conseguiam resolver diretamente com os agentes comunitários de saúde (ACS) questões relacionadas às visitas domiciliares, a coordenadora do trabalho fazia contato direto com os coordenadores das unidades de PSF. Para acompanhamento dos ACS nos finais de semana, eram necessárias uma autorização especial e comunicação por escrito do número de horas utilizadas pelos ACS para acompanhar os entrevistadores.

## **Rotina com os questionários em Porto Alegre**

Estabeleceu-se uma rotina para o fluxo dos questionários até estarem prontos para serem encaminhados para a digitação em Pelotas:

### **Distribuição do material**

Todo o estoque de formulários e questionários ficava armazenado na sede do trabalho de campo. A distribuição do mesmo para os entrevistadores era semanal, sendo anotado todo o material fornecido pela auxiliar de pesquisa.

### **Recebimento dos questionários**

Os questionários preenchidos eram entregues ao supervisor na reunião semanal de cada entrevistador. Neste momento era feita uma rápida conferência pelo supervisor

apenas para esclarecer dúvidas e verificar se nenhuma variável estava em branco. Após, o supervisor anotava na planilha de recebimento de questionários quantos e quais os questionários que estavam sendo entregues.

### **Conferência da codificação**

A conferência da codificação era feita posteriormente quando se verificava a coerência das respostas e se os pulos do questionário tinham sido feitos adequadamente.

### **Codificação complementar**

Praticamente toda a codificação era feita pelos entrevistadores. Apenas duas partes dos questionários eram feitas por outras pessoas. A codificação das ocupações era complementada pelos supervisores uma vez que os entrevistadores possuíam uma lista de códigos mais frequentes mas que não abrangia a totalidade. A outra parte referia-se às fichas dos medicamentos. Essas eram codificadas quase que totalmente pela coordenadora de campo, exceto a classificação do Código Internacional de Doenças (CID).

### **Etiquetagem**

Depois de conferidos, os questionários eram separados por tipo e neste momento passava-se a etiquetá-los bem como a respectiva folha de lote com a etiqueta que identificava o questionário acrescentando ao seu número um dígito verificador. O dígito verificador era uma combinação de algarismos que resultava em um número final de 0 a 9. Essa estratégia minimiza a possibilidade de erro de digitação no número do questionário, uma vez que caso algum número fosse digitado incorretamente, o dígito verificador acusaria o erro.

### **Montagem dos lotes**

Os lotes de questionários eram montados após o término da codificação, conferência e etiquetagem. Eles eram montados de acordo com o tipo de questionário:

domiciliar, individual, medicamentos, controle de qualidade domiciliar e controle de qualidade por telefone.

### **Encaminhamento para a digitação**

Os lotes prontos eram levados semanalmente para Pelotas, garantindo que a digitação estivesse sempre atualizada.

## **Rotina com os questionários em Pelotas**

### **Codificação da Classificação Internacional de Doenças (CID)**

A única codificação fora de Porto Alegre era feita por um bolsista da pesquisa em Pelotas. Essa codificação era apenas a do CID no questionário de medicamentos.

### **Digitação**

Toda a digitação foi realizada duas vezes, por digitadores diferentes, para garantir a qualidade da entrada dos dados.

A comparação das duas digitações bem como a organização dos arquivos provenientes da digitação era responsabilidade do supervisor de digitação. Além disso, qualquer problema que tivesse passado pela supervisão em Porto Alegre e que fosse detectado pelos digitadores, era encaminhado pelo supervisor de digitação à coordenadora do trabalho de campo para resolução.

O coordenador do projeto, ao receber os arquivos digitados e validados, submetia-os a uma análise de inconsistência dos dados, fornecendo durante o trabalho de campo informações sobre a qualidade da coleta dos dados. Com isso vários problemas foram solucionados de imediato e muitas vezes novos contatos foram feitos com os entrevistados para esclarecimentos de dúvidas.



## **Controle de qualidade**

### **Domiciliar**

Foi elaborado um questionário (anexo 14) contendo algumas perguntas-chave que foram selecionadas do questionário original. Este questionário foi aplicado a uma amostra aleatória de 6% de todos os indivíduos entrevistados. Sua aplicação foi feita através de visita domiciliar por um dos supervisores, após o preenchimento do questionário integral pelo entrevistador. O objetivo deste questionário, além de possibilitar o cálculo do índice Kappa de repetibilidade dos dados, era de verificar se as entrevistas tinham sido conduzidas adequadamente pelos entrevistadores.

### **Por telefone**

O questionário (anexo 15) utilizado para o controle de qualidade por telefone era semelhante ao do controle de qualidade domiciliar. Esse foi aplicado aos domicílios que tinham telefone e onde não tinha sido feita a aplicação do controle de qualidade domiciliar (4% dos domicílios da mostra). Foi aplicado pela auxiliar de pesquisa e o objetivo era de verificar a adequação do trabalho das entrevistadoras.

## **Perdas, recusas e exclusões**

Para controle das perdas, recusas e exclusões foi criado um banco de dados onde constavam apenas os números de questionário, sexo e idade de quem não respondeu o questionário. Foram considerados casos de exclusão, pessoas com deficiência mental, seqüelados de acidente vascular cerebral, uma pessoa que estava presa no momento e esclerosados. As perdas e recusas que não foram revertidas pelos entrevistadores até o final da pesquisa foram buscados também pelos supervisores e pela coordenadora do trabalho de campo. Das 3149 pessoas que residiam nos domicílios selecionados na

amostra, 23 foram excluídas pelos motivos citados acima. Sobraram 3126 pessoas, sendo que dessas, 89 se recusaram a responder o questionário e 49 foram perdidas, isto é, não foram localizadas durante o trabalho de campo. O número final de pessoas entrevistadas foi de 2988 pessoas e o percentual de perdas e recusas foi de 4,5%.

## **Produção de questionários**

Como resultado do trabalho de campo foram obtidos os seguintes questionários:

- 2988 questionários individuais
- 2988 questionários de medicamentos contendo 3492 fichas de medicamentos
- 869 questionários domiciliares
- 180 questionários de controle de qualidade domiciliar
- 120 questionários de controle de qualidade por telefone

## **Encerramento do trabalho de campo**

O trabalho de campo em Porto Alegre encerrou-se quando se esgotaram as possibilidades de encontrar os indivíduos pertencentes à amostra. Seguiu-se por mais algumas semanas tarefas relacionadas à digitação em Pelotas.

## **Custos do trabalho de campo**

<b>Despesa</b>	<b>Valor (R\$)</b>
Despesas administrativas gerais	7.654,00
Hospedagem dos coordenadores	3.990,00
Deslocamento Pelotas-POA	1.187,00
Telefone	965,00
Despesas gerais da coordenadora de campo	1.997,00
Remuneração da equipe	38.900,00
Total	54.693,00

## **Tarefas pós-campo**

### **Limpeza dos bancos de dados**

Depois de encerrada a digitação iniciou-se o processo de limpeza de dados tabulando-se todas as variáveis do banco. Todos os valores impossíveis ou estranhos foram verificados diretamente nos questionários e também foram feitas as recodificações necessárias de valores ignorados ou que não se aplicavam para as perguntas.

### **Nova análise de inconsistências**

Uma vez encerrada a limpeza dos dados foi feita uma nova análise de inconsistências de todos os questionários onde mais uma vez as inconsistências detectadas ou dúvidas que surgiram foram verificadas diretamente nos questionários sendo feitas as devidas correções.

### **Junção dos bancos de dados**

Procedeu-se à junção de todos os lotes de cada questionário passando a existir um banco de informações domiciliares, um de informações individuais gerais e outro de informações individuais relativas ao uso de medicamentos. Posteriormente, algumas variáveis do banco individual geral foram agregadas ao banco de informações de medicamentos.

### **Início das análises**

O primeiro passo para dar início às análises foi a preparação dos bancos de dados citados acima. O segundo foi preparar o banco de dados dos medicamentos em dois bancos diferentes. Um deles passaria a trazer informações de uso de medicamentos por pessoas (N=2988) e o outro, informações sobre os medicamentos utilizados (N=3492).

## **Apresentação de resultados em Porto Alegre**

Os dados coletados e analisados foram apresentados em Porto Alegre em maio de 2004 para todo o pessoal da secretaria de saúde que esteve envolvida na realização do trabalho dando seu apoio e contribuição.

## **Cronograma do trabalho de campo**

Atividade desenvolvida	2003											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Amostragem		■	■	■								
Logística pré- trabalho de campo		■	■	■								
Reuniões com a secretaria da saúde			■	■								
Seleção e treinamento da equipe				■								
Estudo-piloto				■								
Coleta de dados					■	■	■					
Digitação dos dados					■	■	■	■				
Tarefas pós-campo											■	■

## **ARTIGO 1**

---

# **Medicine access and utilization in a Brazilian population covered by the Family Health Program**

Andréa D Bertoldi<sup>1,2</sup>

Alúísio J D Barros<sup>1</sup>

Anita Wagner<sup>3</sup>

Dennis Ross-Degnan<sup>3</sup>

Pedro C Hallal<sup>1</sup>

- 1- Post-graduate Program in Epidemiology, Federal University of Pelotas, RS, Brazil
- 2- Takemi Program in International Health, Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA.
- 3- Department of Ambulatory Care and Prevention, Harvard Medical School and Harvard Pilgrim Health Care, Boston, MA, USA.

## **Corresponding author:**

Andréa D Bertoldi

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

Av. Duque de Caxias 250 – 3º piso

96030-002 – Pelotas, RS, Brasil

Phone/fax: + 55 53 3271-2442

E-mail: [andreabertoldi@terra.com.br](mailto:andreabertoldi@terra.com.br)

**Running title:** Medicine access and utilization

**Word count:** 2937 (text) 180 (abstract)

## **Abstract**

**Objectives:** To describe medicine utilization and access in a population covered by the Family Health Program (PSF) in Porto Alegre, Brazil.

**Methods:** Cross-sectional study in 2003, among a random sample of 2988 individuals of all ages living in areas covered by 45 PSF clinics. We evaluated medicine utilization in the 15 days prior to the interview, lack of access to medicines, and lack of free access through the PSF.

**Results:** 54.5% (95%CI 50.6; 58.4) of individuals used at least one medicine and 3.6% reported failing to use a needed medicine. Of all medicines used, 41.5% were paid for out-of-pocket, 51.0% were obtained for free from the PSF and 7.5% were obtained from other sources. Almost 90% of the medicines prescribed by PSF physicians were supplied for free by the PSF.

**Conclusions:** Access to medicines was high in this population. However, individuals paid out-of-pocket for a substantial proportion of medicines. Lack of availability in PSF facilities and prescribing by non-PSF providers seem to contribute to the need for out-of-pocket purchases, and thus can be targeted for improvement through PSF policies.

**Key words:** Health care quality, access, and evaluation

Drug utilization

Health expenditures

Pharmaceutical policy

Developing countries

## Introduction

The Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS) intends to offer free and comprehensive health care to any citizen. Primary health care with SUS is undergoing an important shift in paradigm, with a structure based on prevention replacing one based on treatment.

The Family Health Program (Programa Saúde da Família, PSF) was created to bring health services closer to the population. The program is intended to replace traditional health centers by PSF teams, starting with the poorest areas. Each PSF team features a general practitioner, a nurse, an auxiliary nurse, and four health agents, and covers approximately 1000 families. The health agents are responsible for regular home visits, with a variety of objectives which include detecting need for health care, especially among children, pregnant women and the elderly, encouraging visits to well-baby clinics, antenatal care, compliance with long-term medicine use, and participation in group meetings.

Medicines play an important role in health care. Approximately 78% of medical consultations result in the prescription of a drug treatment (1). In Brazil, medicines represent 37% of household expenditures on health, and poor families who have to buy medicines spend 16-22% of their income on medicines (2). Because the population covered by the PSF is poor, the availability of free medicines through the PSF is especially important. However, prescribed medicines are not always available at PSF clinics (3) and poor patients may still lack access or need to pay for medicines out-of-pocket.

The objectives of this study were, in a population covered by the PSF, to: (a) describe medicine utilization patterns; (b) evaluate access to medicines; and (c) assess the



proportion of medicines obtained free of charge from PSF centers in relation to patient characteristics and pharmacological groups.

## **Methods**

### *Study design*

We conducted a cross-sectional study in Porto Alegre, Brazil, between July and September 2003. Porto Alegre, the capital of Rio Grande do Sul State, has approximately 1.3 million inhabitants (4) and is one of the richest cities in Brazil, but it includes very poor neighborhoods. Fifty-six of the 62 PSF units in the city which had been operating for more than six months were eligible for the study. Their catchment area included a population of approximately 143000 individuals.

### *Study sample*

We used a two-stage sampling strategy, with the areas covered by each PSF as the primary sampling units. Forty-five of 56 eligible areas were selected with probability proportional to size, and 20 households were sampled within each area. To guarantee equiprobability at the household level, four different starting points were randomly selected. The next household to the left was selected and then every other five, until five were chosen. No replacements were admitted. Accounting for expected refusals to participate and an anticipated design effect of approximately 3.0 (5) we estimated that a sample size of 2505 individuals would result in 80% power to detect a minimum relative risk of 1.25 for exposures affecting up to 20% of the population.

### *Data collection*

All subjects living in the selected households were included in the study. Field workers made at least three attempts to interview household members. Individuals aged 13 years and older were personally interviewed; mothers answered the questionnaires for

younger children. Individuals unable to answer the questionnaire due to mental impairment or some other condition were excluded from the study.

Using structured pre-coded questionnaires, we asked interviewees about the utilization of any medicine in the previous 15 days and requested that they present the medicine package and prescription form. Individuals were also asked whether they had failed to take a medicine they needed (either prescribed by a clinician or self-prescribed) within the previous 15 days. These medicines will be termed “needed but not used” throughout the paper. For each of these medicines, individuals were asked whether they tried to obtain it from the health center and if applicable, their reasons for not obtaining the medicine at the health center or at all.

Lack of access in this study was defined in two ways. We measured lack of access in general by asking the question: Within this 15-day period, did you fail to take any medicine you needed? (“medicines needed but not used”). We defined lack of access to free medicines through the PSF as the proportion of medicines used which had to be purchased out-of-pocket. In particular, we assessed the proportion of medicines prescribed by PSF physicians but not obtained for free.

All medicines were classified into pharmacological groups using the World Health Organization (WHO) – Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC) levels 1 and 2 (6). Medicines were also classified according to prescriber type (PSF physician; non-PSF physician; self); whether the medicine was included in the SUS basic list (a list of these medicines was obtained from the Municipal Secretariat of Health); how the medicines used were obtained (purchased out-of-pocket; obtained for free from the PSF/SUS; obtained for free from other sources as a donation; or paid for and reimbursed by the health insurance); and whether the medicine was used for a chronic or

an acute problem (based on the question: “Is this medicine used regularly, on a daily basis, with no date to stop?”).

Predictors analyzed were sex, age, skin color, socioeconomic position, and health insurance coverage. Skin color was ascertained by asking how the respondent classified him/herself in terms of skin color or race. The classification used to categorize households’ socioeconomic position was the National Wealth Index (*Indicador Econômico Nacional*, IEN), a wealth index based on household assets (7). Our sample was classified into Porto Alegre population quintiles of the IEN using cut-off points derived from the Brazilian 2000 Census. Individuals in the first "reference quintile" belong to the poorest 20% of the city's population, while those in the fifth belong to the wealthiest 20%. As our sample was not representative of the whole city population, the distribution across reference quintiles was not equal.

#### *Data management and analysis*

Data were entered twice in an Epi Info 6.04 (8) database, in which consistency checks were performed. Data cleaning and analyses were carried out using Stata 8.0 (9). Depending on the specific objective, the units of analyses were individuals (n=2988), medicines used (n=3492), or medicines needed but not used (n=132). All analyses were adjusted for the clustered nature of the sample, using the Stata “svy” set of commands (9).

#### *Ethics*

The Ethics Committees of the Federal University of Pelotas Medical School and the Porto Alegre Municipal Health Secretariat approved the study. Informed written consent was obtained before the interviews. For individuals aged 18 years or less, consent was obtained from one of the parents.

## Results

Within the 900 households sampled, there were 3126 eligible individuals, of whom 138 (4.4%) were lost or did not agree to participate in the study, resulting in a sample of 2988 subjects. According to our criterion 22 subjects were excluded. Figure 1 illustrates the prevalence of medicine utilization and of failure to use needed medicines in the sample. Among all respondents, 45.5% of the study individuals did not use any medicine in the 15 days prior to the interview. The 2988 subjects included in the sample used 3492 medicines, resulting in a mean of 1.2 (SD 1.6) medicines per person in the whole sample, and a mean of 2.1 (SD 1.6) medicines per person among those using at least one medicine in the 15-day period. Out of the 1629 subjects using at least one medicine in the 15 days prior to the interview, 95% obtained all medicines needed. There were 132 medicines needed but not used by 109 individuals. About half of these medicines (56.1%) were sought in PSF clinics, but were not available (86.5%). Almost half were not sought at the PSF (43.2%) because subjects believed these medicines would not be available at the PSF.

Table 1 describes the sample and its use and non-use of medicines in terms of sociodemographic variables, and coverage by health insurance (other than the public health assistance by the SUS). There were slightly more women than men in the sample, mean age was 28.1 (SD 19.7) years, most subjects classified themselves as having white skin color, and more than half of the subjects had no health insurance. The socioeconomic position of study individuals was considerably lower than that of the city as a whole (only 4.6% of study individuals were classified in the wealthiest reference quintile as compared to the 20% expected if the sample mirrored the entire city's population).

Table 1 also presents medicine utilization patterns within the 15 days prior to the interview for subgroups of the population. The prevalence of medicine utilization was 54.5% (95%CI 50.6; 58.4). Women were more likely to use medicines than men (62.8% vs. 45.2%,  $p < 0.001$ ). Except for relatively high use in children aged four years or less, prevalence of medicine utilization increased with age. Subjects classified as having white skin color were slightly more likely than other groups to use a medicine within the 15 days prior to the interview. Subjects in the richest socioeconomic positions were more likely to use medicines. Subjects with health insurance were more likely to use medicines than uninsured individuals (63.3% vs. 52.1%,  $p < 0.001$ ); adjustment for socioeconomic position slightly diluted the association, but it was still statistically significant (data not shown). The characteristics related to the mean number of medicines used within the 15 days prior to the interview were similar to those associated with overall prevalence of medicine use (Table 1).

Out of the 2988 individuals included in the sample, 109 (3.6%) reported failing to use a needed medicine in the 15 days prior to the interview (Table 1). The proportion of medicines needed but not used was greater in women than men, and increased with age. No associations were found between failure to obtain a needed medicine and skin color, socioeconomic position or health insurance coverage.

Table 2 shows the characteristics of the medicines used and those needed but not used. One third of the medicines used were prescribed by PSF physicians and just over 50% of the medicines were used to treat acute health problems. Most frequently used and also most frequently reported as “needed but not used” were central nervous system active medicines (26.8% and 20.8%, respectively), mainly analgesics, and cardiovascular medicines (16.5% and 14.0%, respectively), mainly anti-hypertensives. Other groups with high utilization were the contraceptives (7.5%), antiinfectives for systemic use

(6.8%) and antiinflammatory products (6.8%). Most medicines needed but not used (67.4%) were prescribed by physicians outside the PSF. The classification of these medicines in terms of pharmacological groups should be interpreted with caution, because subjects did not present the medicine package during the interview, and information on pharmacological group was missing for 23 out of 132 medicines.

Of all medicines used, 1773 (51.0%) were obtained for free from the PSF/SUS, 1445 (41.5%) were paid for out-of-pocket, and 261 (7.5%) were donated from other sources or paid for by insurance. Almost 90% of the medicines prescribed by PSF physicians (33.3% of all medicines used) were provided for free by the PSF/SUS. Of the medicines included in the SUS basic list, 22.3% were purchased. More than 90% (n=1149) of the medicines used that were prescribed by PSF physicians were included in the SUS basic list, and out of these, only 4.7% were purchased. However, out of the 122 medicines purchased that were prescribed by PSF physicians, 49 (40%) were part of the SUS list of essential medicines.

Figure 2 shows that the lower the socioeconomic position, the higher the proportion of medicines obtained for free. However, even in the poorest reference quintile (representing more than one-third of the sample) individuals paid out-of-pocket for 25.5% of the medicines used.

The PSF/SUS provided for free 42% of the medicines used to treat acute health problems and almost two thirds (63%) of the medicines used to treat chronic health conditions (Table 3). Most medicines (>80%) for diabetes and hypertension were obtained for free from PSF/SUS. Nevertheless, patients needed to pay out-of-pocket for medicines in two other important therapeutic groups, namely for 28.5% of medicines used to treat infectious diseases, and for 37.9% of medicines used to treat obstructive airway diseases (Table 3).

## Discussion

Access to medicines is an important aspect of any health system's quality (10-12). Overall lack of access to medicines in this population covered by the PSF in Porto Alegre appears to be relatively low; only 3.6% of the subjects reported failing to take a needed medicine in the 15 days prior to the interview. However, only 51% of all medicines used were obtained for free from SUS and another 7.5% for free from other sources. Of the 41.5% of medicines that were purchased, over 80% were not included on the SUS basic medicines list.

Our study adds information on lack of access to medicines, a frequently discussed issue (13-18) that is focus of current health policies (11, 12). Published studies on medicines access usually evaluate the proportion of prescriptions available in the health care system (10, 19-25). However, few data are available on which medicines should be used but are not due to lack of access, counseling, or supervision by a health professional.

In terms of the variables associated with medicine use, our study confirms the findings reported in the literature of higher utilization among women (5, 21, 26, 27), at older ages (except in children aged less than five years) (5, 21, 26, 28-30), and among those with high socioeconomic status (5, 21, 26). Furthermore, slightly higher utilization of medicines among those with private health insurance is in accordance with a previous study in Brazil (26).

The distribution of the medicines used in terms of pharmacological groups was similar to data presented in the literature. Analgesics, and anti-inflammatory products, followed by medicines to treat hypertension, were the most frequently used. A recent population-based study carried out in another southern Brazilian city showed consistent results (5).

We found a relatively low prevalence of medicines needed but not used in the 15 days prior to the interview. Two previous studies using similar approaches to measure lack of access have detected similar prevalence of this type of underuse. Leyva-Flores and colleagues in Mexico (1) reported 3% of respondents lack of access to medicines, while a recent Brazilian study found that 1.9% of the respondents fail to obtain any prescribed medicines and 8.5% fail to obtain the complete treatment prescribed (20). Three Brazilian studies found that approximately half of subjects who did not obtain all prescribed medicines reported lack of money as the main reason (20, 21, 31). These studies highlight the importance of provision of medicines for free in Brazil, in order to increase access to pharmaceutical treatments.

Prescribing of medicines not available on the essential medicines list is a barrier to access. In 2000, a study in a Southeast Brazilian city, showed that 38.7% of the medicines prescribed were not part of the essential list of medicines (32), while another study in 2005 (24) showed that 14.7% of the medicines prescribed in the primary health service were not listed. In our study, only 8.8% of the medicines prescribed by PSF physician were not included on the list of medicines.

We observed that half of the medicines used were obtained for free from the PSF/SUS. PSF physicians prescribed one-third of all medicines used. As expected, 88% of these medicines were provided for free from the PSF/SUS. This is at the high end of the estimates from other studies (61% - 87%) of the proportion of medicines obtained for free in the public system (3, 10, 19, 21, 22, 25, 33). However, although 68% of the poorest respondents obtained their medicines for free from the PSF, almost 26% needed to purchase them, a finding that is worrying given the very low socioeconomic status of these families.



Almost two-thirds of medicines used to treat chronic health problems were provided for free from the PSF/SUS (almost 90% of medicines for diabetes and 80% of those for hypertension), while less than half of medicines for acute health problems were. This highlights the PSF priority to provide medicines to treat chronic diseases. Medicines to treat obstructive airway diseases (54.7%) and antibacterial drugs for systemic use (63%) were less well-provided.

The present study was carried out in a population where assessing access to medicines is essential, given its low socioeconomic level and coverage by the PSF/SUS, which aims to provide for free a limited list of essential medicines to individuals who need them.

The sampling strategy and the low refusal rate in our survey minimize the likelihood of selection bias. Information on medicines that were reported to be needed but not used should be interpreted with caution, because subjects are likely to underestimate their need for medicines. For example, subjects who did not visit the health care system in the recent past may be less likely to identify a need for medicines. In addition, it is possible that incomplete treatments were not reported by subjects as lack of access.

Because subjects in our sample were poorer than the general population, comparison between our prevalence data and those obtained from other studies should be done with care. However, the prevalence of medicine utilization in our sample is in accordance with population-based studies carried out in Brazil, where this proportion has ranged from 49% to 66% (5, 21, 26, 34).

Although 95% of the sampled households were registered in the PSF, only half of the people who needed health care visited the local PSF facility (35). Other studies are necessary to explain why half of the population registered in the PSF does not use it as

the first choice of health care and to explore the consequences of this choice on medicine access and utilization.

The SUS basic list included more than 90% of the medicines prescribed by PSF physicians. Qualitative studies are needed to verify whether prescriptions are being adapted to medicines in the list because of lack of better options, or if the basic list really includes 90% of needed medicines. Future studies should also assess the reasons why medicines are purchased rather than obtained for free.

### **Contributors**

A.D. Bertoldi conceived the study, coordinated the field work, supervised all aspects of the implementation of the research project, and assisted with the writing process. A.J.D. Barros supervised all phases of the study and assisted with the analyses. A. Wagner and D. Ross-Degnan coordinated the writing process, and gave suggestions of data analyses. P.C. Hallal assisted with the field work, writing and analyses. All authors helped to conceptualize ideas, interpret findings, and review drafts of the manuscript.

**Conflicts of interest:** None

## References

1. Leyva-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama-Escobar ML, Arredondo A. [Prescriptions, access, and expenses on drugs among users of health services in Mexico]. *Salud Publica Mex* 1998;40(1):24-31.
2. Silveira F, Osório R, Piola S. Os gastos das famílias com saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002;7(4):719-731.
3. Naves Jde O, Silver LD. [Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasilia, Brazil.]. *Rev Saude Publica* 2005;39(2):223-30.
4. IBGE. Brazilian Institute of Geography and Statistics. 2001 National Census. Rio de Janeiro: Brazilian Institute of Geography and Statistics; 2001.
5. Bertoldi AD, Barros AJ, Hallal PC, Lima RC. [Drug utilization in adults: prevalence and individuals determinants]. *Rev Saude Publica* 2004;38(2):228-38.
6. World Health Organization. Anatomical therapeutic chemical (ATC) classification index with defined daily doses (DDDs). Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; 2000.
7. Barros A, Victora C. A Nationwide Wealth Score Based on the 2000 Brazilian Demographic Census. *Rev Saúde Pública* 2005;39(4):523-529.
8. CDC. Epi Info 6.04d. Centers for disease control and prevention. Atlanta; 2001.
9. StataCorp. Stata statistical software: Release 8.0. College station, Tx: Stata Corporation; 2003.
10. Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacommet C, Seibel CE, Lahude FM, et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1994;28(2):131-6.

11. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília: MS; 2001.
12. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: MS; 2001.
13. WHO. Medicines Strategy: framework for action in essential drugs and medicines policy 2000-2003. Geneva: WHO; 2000.
14. WHO. Essential Drugs and Medicines Policy. Extending the Evidence Base. Geneva: WHO; 2002.
15. WHO. Essential Drugs and Medicines Policy. Geneva: WHO; 2003.
16. WHO. Acces to medicines and drug regulation in developing countries: a resource guide for DFID. Geneva: WHO; 2004.
17. WHO. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. Geneva: WHO; 2004.
18. WHO. The essential medicines concept: selecting a limited range of medicines to improve access to health care and quality of health care. Geneva: WHO; 2004.
19. Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Impacto de REMEDIAR sobre el acceso a medicamentos. Bol. PROAPS-REMEDIAR 2003;1(3):7-8.
20. Brasil, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: MS; 2005.
21. Carvalho MF, Pascom AR, Souza-Junior PR, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. Cad Saúde Pública 2005;21 Suppl:100-8.

22. Fegadolli C, Simões MJS, Jorge IC, Tanaka KSS. Antibioticoterapia em crianças na prática diária em Unidades de Saúde de Araraquara-SP, 1997. *Rev ciênc farm* 1999;20(1):125-42.
23. Leyva-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama-Escobar ML, Arredondo A. Prescripcion, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. *Salud Publica Mex* 1998;40(1):24-31.
24. Naves JOS, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2005;39(2):223-30.
25. Silva PV. O uso de medicamentos na atenção básica em Londrina, PR [Dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2004.
26. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005;21(6):1737-46.
27. 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.
28. Bardel A, Wallander MA, Svardsudd K. Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65-year-old women in mid-Sweden: A population-based study. *J Clin Epidemiol* 2000;53(6):637-43.
29. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública* 2003;19(3):717-24.
30. Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do estado de São Paulo (Brasil), 1985. *Rev Saúde Pública* 1988;22(6):494-9.
31. Lima-Costa MFF, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saúde Pública* 2002;18(1):177-86.

32. Simões MJS, Falvo IF. Estudo da prescrição de medicamentos para idosos atendidos em serviço público de saúde, em município da região sudeste, Brasil 1999. *Rev ciênc farm* 2000;21(2):217-227.
33. Santos V, Nitrini SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2004;38(6):819-26.
34. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2002;36(1):55-62.
35. Barros A, Victora C, Cesar J, Neumann N, Bertoldi A. Brazil: Are Health and Nutrition Programs Reaching the Neediest? In: Gwatkin DR WA, Yazbeck AS, editors., editor. *Reaching the Poor with Health, Nutrition and Population Services. What works, What Doesn't and Why*. Washington, DC: World Bank; 2005. p. 281-306.

**Table 1** – Description of the sample, medicine utilization (% use) and medicines needed but not used (% not obtaining needed medicines) within subgroups of a population covered by the Family Health Program in Porto Alegre, Brazil (N=2988 subjects).

Characteristic	N (%)	% use <sup>#</sup>	Number of medicines used <sup>#</sup> (mean ± SD)	% not obtaining needed medicines <sup>##</sup>
Sex		P<0.001*	P<0.001	P<0.001
Men	1402 (46.9)	45.2	0.85 (1.4)	2.4
Women	1586 (53.1)	62.8	1.45 (1.8)	4.8
Age (years)		P<0.001	P<0.001	P=0.02
0-4	332 (11.1)	50.6	1.04 (1.5)	2.4
5-9	324 (10.8)	35.2	0.60 (1.1)	0.6
10-19	586 (19.6)	38.7	0.60 (0.9)	2.7
20-29	494 (16.5)	54.1	0.95 (1.3)	2.8
30-39	406 (13.6)	60.6	1.10 (1.3)	5.2
40-49	365 (12.2)	62.2	1.32 (1.6)	3.8
50-59	252 (8.4)	74.6	2.10 (2.2)	6.4
60-69	143 (4.8)	81.8	2.78 (2.4)	8.4
≥ 70	86 (2.9)	87.2	3.23 (2.4)	7.0
Skin color		P=0.06	P=0.03	P=0.9
White	1824 (61.5)	56.6	1.24 (1.7)	3.6
Black	528 (17.8)	51.5	1.02 (1.5)	4.0
Mixed	612 (20.7)	51.6	1.11 (1.6)	3.8
Reference quintile of socioeconomic status <sup>†</sup>		P<0.001	P<0.001	P=0.2
1 (poorest)	1055 (35.7)	47.1	0.95 (1.5)	3.4
2	781 (26.4)	55.8	1.22 (1.7)	2.9
3	623 (21.1)	57.8	1.22 (1.6)	5.6
4	362 (12.3)	59.9	1.30 (1.6)	3.3
5 (wealthiest)	135 (4.6)	73.3	1.80 (1.8)	0.7
Health insurance		P<0.001	P=0.001	P=0.6
No	2335 (78.2)	52.1	1.10 (1.6)	3.5
Yes	653 (21.9)	63.3	1.41 (1.7)	4.1

<sup>#</sup> Percentage of study population reporting use of at least one medicine within the 15 days prior to the interview

<sup>##</sup> Percentage of study population reporting not obtaining medicines that were needed within the 15 days prior to the interview

<sup>†</sup> Quintiles with reference to the whole city distribution on the National Wealth Index

\* P values were calculated using the Wald test taking the clustering of the sample into account

**Table 2** - Distribution of the medicines used (N=3492) and those needed but not used (N=132), by prescriber, type of use and pharmacological groups in a population covered by the Family Health Program in Porto Alegre, Brazil.

Variable	Medicines used*		Medicines not used#	
	N	%	N	%
Prescribed by				
Family Health Program physician	1158	33.3	34	25.8
Other physician	1601	45.9	89	67.4
Self	724	20.8	9	6.8
Type of use				
Acute	1984	56.9	n/a <sup>‡</sup>	n/a
Chronic	1502	43.1	n/a	n/a
Pharmacological groups <sup>†</sup>				
Alimentary tract and metabolism	320	9.3	15	11.6
<i>Drugs for acid related disorders</i>	90	2.6	6	4.7
<i>Drugs used in diabetes</i>	83	2.4	0	-
<i>Vitamins</i>	57	1.7	2	1.6
Cardiovascular system	569	16.5	18	14.0
<i>Diuretics</i>	171	5.0	2	1.6
<i>Beta blocking agents</i>	99	2.9	3	2.3
<i>Agents acting on the renin-angiotensin system</i>	141	4.1	4	3.1
Genito urinary system and sex hormones	286	8.3	13	10.1
<i>Sex hormones and modulators of the genital system</i>	257	7.5	7	5.4
Antiinfectives for systemic use	235	6.8	8	6.2
<i>Antibacterials for systemic use</i>	200	5.8	8	6.2
Musculoskeletal system	271	7.9	17	13.2
<i>Antiinflammatory and antirheumatic products</i>	233	6.8	10	7.8
Nervous system	919	26.7	27	20.8
<i>Analgesics</i>	693	20.1	8	6.2
<i>Psycholeptics</i> <sup>§</sup>	89	2.6	3	2.3
<i>Psychoanaleptics</i> <sup>††</sup>	76	2.2	9	7.0
Respiratory system	398	11.6	10	7.8
<i>Nasal preparations</i>	118	3.4	3	2.3
<i>Drugs for obstructive airway diseases</i>	95	2.8	1	0.8
<i>Cough and cold preparations</i>	84	2.4	2	1.6
<i>Antihistamines for systemic use</i>	82	2.4	3	2.3
Other groups	443	12.9	21	16.3

\* The maximum number of missing values was 51 in the variable "Pharmacological group"

# The maximum number of missing values was 23 in the variable "Pharmacological group"

‡ Not applicable

† The table shows the pharmacological groups classified by the ATC (6) level 1 of the most used medicines (more than 5% of the ATC level 1). The less frequently used were classified as "other groups". The subgroups represent the most important or prevalent categories of ATC level 2.

§ Psycholeptics = antipsychotics, anxiolytics, hypnotics and sedatives

†† Psychoanaleptics = antidepressants, psychostimulantes, anti-dementia drugs



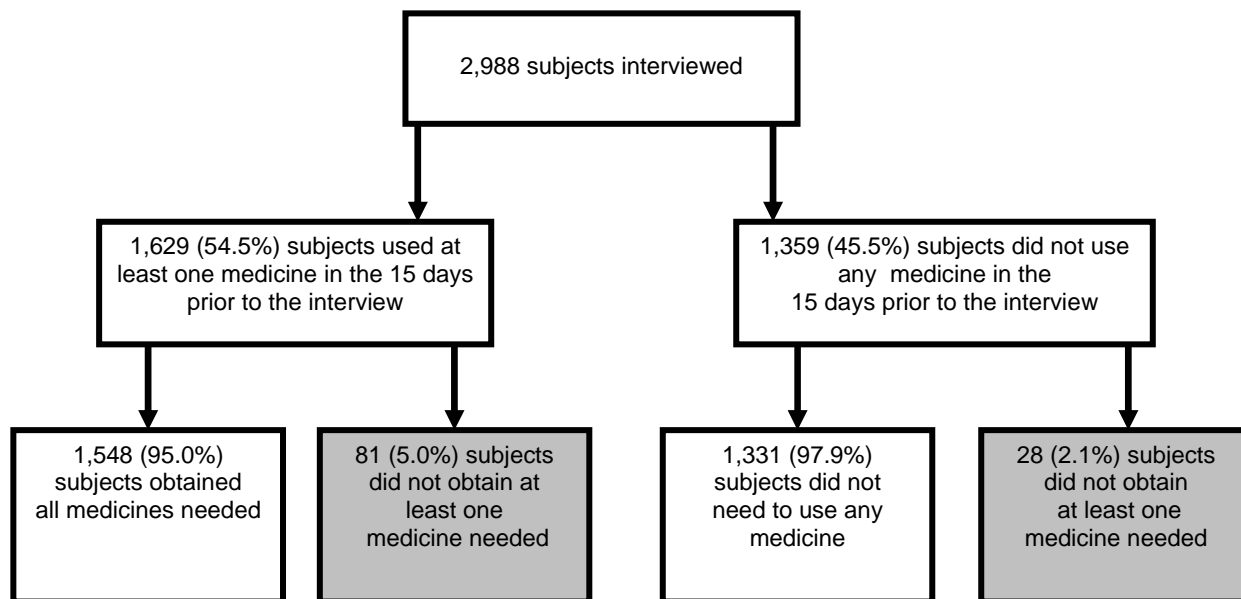
**Table 3** – Proportion of medicines (N=3492) purchased, obtained for free from the PSF/SUS<sup>#</sup> and obtained for free from other sources\* according to independent variables in a population covered by the Family Health Program in Porto Alegre, Brazil.

Variable	Total (N) <sup>**</sup>	Purchased (%)	Free from PSF/SUS (%)	Free from other sources (%)
All	3479	41.5	51.0	7.5
Prescribed by				
Family Health Program physician	1158	10.7	88.0	1.3
Other physician	1599	52.5	40.7	6.8
Self	719	67.0	14.1	18.9
Included in the SUS basic list				
No	1110	81.8	6.4	11.8
Yes	2333	22.3	72.3	5.4
Type of use				
Acute	1977	47.6	41.8	10.7
Chronic	1502	33.6	63.1	3.3
Pharmacological groups <sup>†</sup>				
Alimentary tract and metabolism	319	41.7	53.0	5.3
<i>Drugs for acid related disorders</i>	90	40.0	54.4	5.6
<i>Drugs used in diabetes</i>	82	9.8	87.8	2.4
<i>Vitamins</i>	57	33.3	63.2	3.5
Cardiovascular system	567	27.5	69.7	2.8
<i>Diuretics</i>	171	15.2	83.6	1.2
<i>Beta blocking agents</i>	99	37.4	61.6	1.0
<i>Agents acting on the renin-angiotensin system</i>	139	15.8	79.9	4.3
Genito urinary system and sex hormones	286	38.8	56.3	4.9
<i>Sex hormones and modulators of the genital system</i>	257	37.6	58.4	4.3
Antiinfectives for systemic use	235	27.2	64.3	8.5
<i>Antibacterials for systemic use</i>	200	28.5	63.0	8.5
Musculoskeletal system	271	46.5	42.8	10.7
<i>Antiinflammatory and antirheumatic products</i>	233	39.9	48.9	11.2
Nervous system	914	51.1	38.6	10.3
<i>Analgesics</i>	689	53.0	35.1	11.9
<i>Psycholeptics</i> <sup>§</sup>	89	36.0	56.2	7.9
<i>Psychoanaleptics</i> <sup>††</sup>	76	51.3	44.7	4.0
Respiratory system	397	47.4	42.8	9.8
<i>Nasal preparations</i>	118	39.0	55.9	5.1
<i>Drugs for obstructive airway diseases</i>	95	37.9	54.7	7.4
<i>Cough and cold preparations</i>	83	74.7	7.2	18.1
<i>Antihistamines for systemic use</i>	82	37.0	56.1	7.3
Other groups	442	38.9	54.5	6.6

<sup>#</sup> PSF/SUS-Family Health Program and Unified Health System \* Donation or total reimbursement from the health insurance

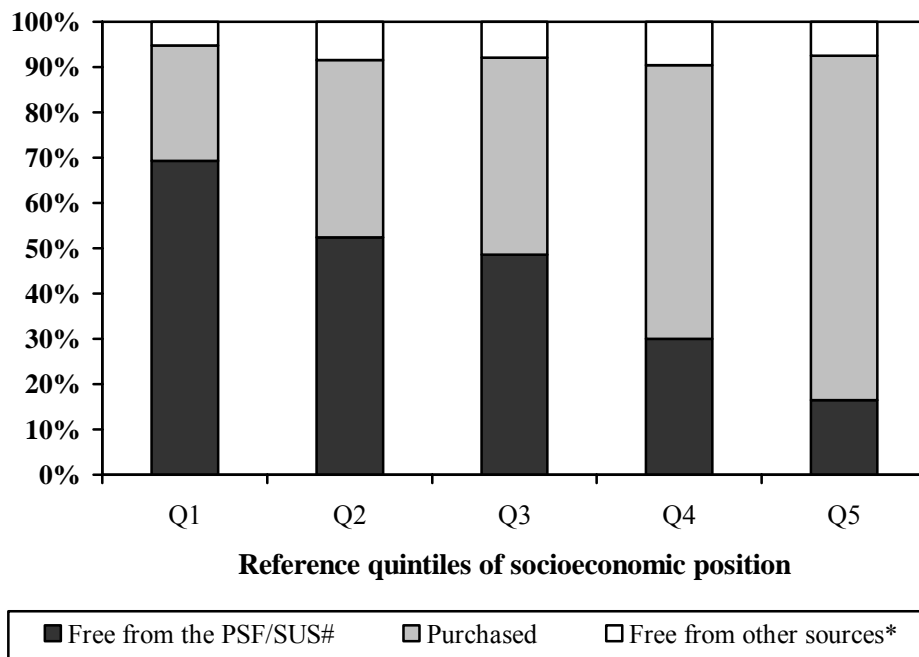
<sup>‡</sup> PSF-Family Health Program <sup>\*\*</sup> The maximum number of missing values was 61 in the variable "Pharmacological groups"

<sup>†</sup> The table shows the pharmacological groups classified by the ATC (6) level 1 of the most used medicines (more than 5% of the ATC level 1). The less frequently used were classified as "other groups". The subgroups represent the most important or prevalent categories of ATC level 2. <sup>§</sup> Psycholeptics = antipsychotics, anxiolytics, hypnotics and sedatives <sup>††</sup> Psychoanaleptics = antidepressants, psychostimulants, anti-dementia drugs



**Figure 1** – Flowchart describing use and access to medicines in 15-day recall period in a population covered by the Family Health Program, in Porto Alegre, Brazil.

■ The highlighted squares define subgroups with lack of access to medicines.



**Figure 2** – Proportion of medicines (N=3,492) purchased, obtained for free from the PSF/SUS and obtained for free from other sources according to the socioeconomic position in a population covered by the Family Health Program in Porto Alegre, Brazil.

# PSF/SUS-Family Health Program and Unified Health System

\* Donation or total reimbursement from the health insurance

## **ARTIGO 2**

---

## **Generic drugs in Brazil: known by many, used by few**

### **Medicamentos genéricos no Brasil: conhecidos por muitos, usados por poucos**

**Andréa D. Bertoldi; Aluísio J. D. Barros; Pedro C. Hallal**

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

*Cadernos de Saúde Pública 2005;21:1808-15*

#### **Abstract**

This study evaluated knowledge and use of generic drugs in a population-based sample of adults from a southern Brazilian city. The outcomes were: the proportion of generics in total medicines used; theoretical and practical knowledge about generics; and strategies used to buy medicines on medical prescriptions. The recall period for drug utilization was 15 days. The proportion of generics in total medicines was 3.9%. While 86.0% knew that generics cost less and 70.0% that the quality is similar to brand name medicines, only 57.0% knew any packaging characteristics that distinguish generics from other medicines. The highest proportion of generic drug utilization was in the antimicrobial pharmacological group. A brand name medicine (with a brand similar to the generic name) was mistakenly classified as a generic through photos by 48.0% of the interviewees. Among subjects who bought medicines in the 15-day period, 18.9% reported buying a generic, but this result should be interpreted with caution, because the population frequently fails to differentiate between generics and other medicines.

Pharmacoepidemiology; Drug Costs; Drug Utilization; Generic Drugs; Health Policy

#### **Resumo**

Este estudo avaliou o conhecimento e utilização de medicamentos genéricos em uma amostra populacional de adultos de uma cidade no sul do Brasil. Os desfechos foram: proporção de genéricos sobre o total de medicamentos usados; conhecimento teórico e prático sobre medicamentos genéricos; estratégias usadas para compra de

medicamentos com prescrição médica. O período recordatório para uso de medicamentos foi de 15 dias. A proporção de genéricos no total de medicamentos foi de 3,9%. Enquanto 86,0% sabiam que o preço dos genéricos era menor e 70,0% que a qualidade era equivalente aos medicamentos de marca, apenas 57,0% conheciam alguma característica da embalagem que diferencia os genéricos de outros medicamentos. A maior proporção de uso de genéricos foi encontrada no grupo farmacológico dos antimicrobianos. Um medicamento de marca (com nome comercial semelhante ao genérico) foi erroneamente classificado como genérico através de fotos por 48,0% das pessoas. Entre os indivíduos que compraram medicamentos no período de 15 dias, 18,9% relataram comprar um genérico, mas esse resultado deve ser interpretado com cautela, pois frequentemente a população não consegue diferenciar os genéricos dos demais medicamentos.

Farmacoepidemiologia; Custos de Medicamentos; Uso de Medicamentos; Medicamentos Genéricos; Políticas de Saúde

## Introduction

Drug utilization is affected not only by health conditions, but also by anthropological, cultural, and economic variables <sup>1,2</sup>. In Brazil, medicines represent 37.0% of household expenditure on health <sup>3</sup>. Availability of high-quality drugs at affordable prices is thus a public health priority, particularly for the poor, who constitute the majority in most developing countries.

The World Health Organization (WHO) encourages policies to promote the use of generic drugs, with lower prices than traditional brand name medicines and quality equivalent to that of reference drugs, as confirmed by bioequivalence and bioavailability tests.

Until 1999, industrialized medicines in Brazil could be classified as brand name drugs (mostly from multinational companies) or so-called similar drugs (mostly produced by local laboratories and sold by the substance name, without a brand name). At that time, the so-called similar drugs were much cheaper than brand name medicines. In 1999, a generic drug policy was implemented in Brazil <sup>4</sup>, and one year later all industrialized medicines except registered generic drugs were required to be sold under a brand name <sup>5</sup>.

Presently, medicines in the Brazilian retail market can be classified in one of the following groups:

- Formulated medicines: prepared on order at pharmacies, following a customized medical prescription and identified by the substance names. Prices are generally lower than those of equivalent industrialized medicines, including generics.
- Industrialized medicines: medicines manufactured by the pharmaceutical industry and sold pre-packaged. These can be classified in the following four subgroups: (a) *Generics*: commercialized by substance name, without a brand name. This is the only group that can be legally used to replace a reference drug. Registered generics are clearly identified by a yellow stripe, with a capital "G", and the Generic Drugs Act number displayed on the outside of the package. (b) *Brand name medicines*: original brand name drugs, generally

more expensive than generic drugs, and not interchangeable with other medicines. (c) *Brand name similar medicines*: are basically brand name medicines, but differentiated from the previous group because they are the former similar medicines sold under substance names. They are now sold under retail brand names, but remain cheaper than the original brand name medicines and are usually also cheaper than generics. This group is referred to in this paper as *similar medicines*. They are also not interchangeable with reference drugs and until 2003 did not offer the same quality guarantee as the generics. (d) *Natural and homeopathic medicines*: placed in a separate group, since they are based on homeopathic or natural substances rather than chemical products and have no generic equivalents.

In Brazil, there are three retail groups for medicines: "*over the counter*", sold freely without a medical prescription, "*red label*", sold against presentation of a medical prescription, and "*black label*", where the pharmacist keeps a copy of the prescription. In practice, sale of red label medicines is free, and consumers unreservedly choose replacements for their prescriptions, usually a cheaper alternative. It is also possible for similar medicines to be purchased inadvertently in the belief that they are generics.

This study was designed to: (a) estimate the proportion of generic drugs in the total of medicines used; (b) assess the population's knowledge of generic drug characteristics; and (c) study the most common criteria used for purchasing medicines.

## **Methods**

A population-based cross-sectional study was conducted in the first semester of 2002 in Pelotas, southern Brazil. A representative household sample was selected following a multiple-stage protocol. Census tracts defined by the Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) were the primary sample units, while households in each sampled tract were the secondary sample units. All residents aged 20 years or older were eligible, except those with severe mental impairment.



The final sample (n = 3,182) allowed estimating a 4.0% prevalence of generic drug use with an error of 0.8 percentage points and 95.0% confidence interval. The sample size was sufficient to identify potential associations between generic drug use and independent variables using the following parameters: 95%CI, 80.0% power, 25.0% exposure prevalence, and a minimum relative risk of 2.0.

The study explored three outcomes: (a) the proportion of generics in total medicines used in the 15 days prior to the interview; (b) theoretical and practical knowledge about generics; and (c) strategies for choosing medicines when purchasing on medical prescriptions.

Interviewees were asked about the utilization of any medicine in the previous 15 days and requested to show the packaging and prescription. Drugs for which the packaging was available were classified as generic, brand name, similar, formulated, and natural or homeopathic medicines.

To be classified as a generic, the package had to display the official logo or legislation number of generic drugs printed under the drug name. Brand name drugs were differentiated from similar drugs by the pharmaceutical laboratory. Formulated medicines were identified by the package bearing the name of a local pharmacy. In Brazil, except for formulated preparations, drugs can only be dispensed in their original packaging, thus in pre-defined doses and quantities. All drugs were classified into pharmacological groups using the Brazilian *National List of Essential Drugs* (RENAME) <sup>6</sup>.

Knowledge about generics was verified with the following questions: (a) Does the generic drug cost more, the same, or less than the brand name drug? (b) Is the quality of generic drugs better, the same, or worse than that of brand name drugs? (c) What does the generic drug packaging contain that differentiates it from other drugs?

The practical ability to recognize a generic was tested using pictures reproducing packages from selected drugs. Initially, a brand name drug was shown to the interviewee.

Next, a similar drug and generic for the first drug were shown. In both cases the person was asked whether the drug was a generic.

Strategies for choosing preparations when purchasing a medical prescription were investigated for the last purchase in the previous 15 days, or the habitual strategy for interviewees who had not purchased medicines during that period. Interviewees were asked whether they: (a) bought (or always buy) exactly the prescribed medicine; (b) replaced (usually replace) the prescribed drug with the corresponding generic; (c) replaced (usually replace) the prescribed drug with a formulated product; and (d) replaced (usually replace) the prescribed drug with a lower-priced alternative, regardless of whether it was a generic, formulated, or similar drug.

The independent variables were: gender, age, schooling, and economic status (Brazilian Economic Classification Criterion <sup>7</sup>, an asset-based wealth index classifying individuals in five groups, from A, the wealthiest, to E, the poorest). Trained interviewers conducted the data collection, and field supervisors were responsible for quality control, which involved re-interviewing 10.0% of the total sample.

After calculating descriptive statistics, a crude analysis compared frequency of outcomes according to groups of independent variables. All analyses considered the sample clustering, using the commands "svy" from Stata 7.0. Two types of analysis were performed. The first used the number of individuals in the sample (n = 3,182) as the denominator, while the second used the number of drugs for which the packaging was shown (n = 3,350).

The study was approved by the Research Ethics Committee of the Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Interviews were performed after informed consent.

## Results

Among the 1,600 sampled households, 3,372 eligible individuals were found, of whom 3,182 agreed to answer the questionnaire (non-response rate: 5.6%). [Table 1](#) describes the sample according to demographic and socioeconomic variables. Individuals had used from 0 to 15 drugs in the previous 15 days, an average of 1.5 drugs per person. In total, 4,609 drugs were used (some were reported several times). Packaging from 72.7% (n = 3,352) of the drugs was inspected, of which it was possible to classify 3,350: 51.2% were brand name drugs, 25.6% similar, 18.0% formulated, 3.9% generics, and 1.3% natural or homeopathic products ([Table 2](#)).

Table 1

Sample description (n = 3,182) according to demographic and socioeconomic variables. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2002.

Variables	n	%
<b>Gender</b>		
Male	1,374	43.2
Female	1,808	56.8
<b>Age (years)</b>		
20-39	1,399	44.0
40-59	1,200	37.7
≥ 60	583	18.3
<b>Economic status*</b>		
A-B (wealthiest)	747	23.6
C	1,270	40.0
D-E	1,153	36.4
<b>Schooling (years)</b>		
0-4	879	27.7
5-8	1,067	33.6
≥ 9	1,231	38.7

\* Source: Associação Nacional de Empresas de Pesquisa 7.

Using the 3,182 individuals as the denominator, the proportion of individuals who had used at least one generic drug in the previous 15 days was 3.6% (95%CI: 3.0-4.3).

[Table 2](#) shows the association between types of drugs and independent variables. Brand name drugs were used more by the younger, wealthier, and more educated. Similar products had an opposite distribution, preferred by middle-aged adults and the poorer and less educated. Generics were rarely used, and there was no difference in relation to the study variables. Formulated drugs were more used by the older, wealthier, and more educated. Natural and homeopathic products were uncommon in our sample. No gender differences were found for the different types of drugs.

Table 2

Types of medicines used (n = 3,305) according to demographic and socioeconomic variables. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2002.

Variables	Proportion of each type of medicines used (%)				
	Brand name medicines	Similar medicines	Generic drugs	Formulated medicines	Natural products/ Homeopathic medicines
<b>Total</b>	51.2	25.6	3.9	18.0	1.3
<b>Gender</b>	p = 0.6*	p = 0.4*	p = 1.0*	p = 0.07*	p = 0.5*
Male	50.1	29.5	4.0	15.4	1.1
Female	51.5	24.3	3.9	18.9	1.4
<b>Age (years)</b>	p < 0.001**	p < 0.001**	p = 0.5**	p < 0.001**	p = 0.2**
20-39	60.8	24.1	3.4	9.8	1.9
40-59	48.4	27.1	4.1	19.4	1.1
≥ 60	48.0	25.2	4.2	21.5	1.2
<b>Economic status***</b>	p = 0.001**	p < 0.001**	p = 0.7**	p < 0.001**	p = 0.004**
A-B (wealthiest)	55.4	14.4	4.2	23.7	2.3
C	52.9	23.1	3.7	19.0	1.3
D-E	46.2	36.7	3.8	12.7	0.6
<b>Schooling (years)</b>	p = 0.04**	p < 0.001**	p = 0.4**	p = 0.01**	p = 0.3**
0-4	50.4	29.2	4.3	15.0	1.1
5-8	46.9	29.1	3.7	19.2	1.2
≥ 9	56.4	17.7	3.7	20.5	1.7

\* Wald test for heterogeneity;

\*\* Wald test for trend;

\*\*\* Source: Associação Nacional de Empresas de Pesquisas 7.

[Table 3](#) shows the frequency distribution of generics and other types of drugs in the most common pharmacological groups (only those with generics were included). The highest relative utilization of generics was among antimicrobials (15.3%) and analgesic/anti-inflammatory drugs (5.6%). Similar drugs showed higher frequencies in the same groups:

36.3% and 34.5%, respectively. Brand name drugs were the most widely used in all pharmacological groups, with a higher relative share in drugs for the endocrine system.

Table 3

Absolute number (N) and relative frequency (%) of drug utilization according to type (n = 3,305) within the most commonly used pharmacological groups. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2002.

Pharmacological group*	N	Brand name medicines	Type of medicines (%)		Formulated medicines	Natural products/homeopathic medicines
			Similar medicines	Generic drugs		
Cardiovascular system	977	43.7	28.8	4.2	23.1	0.2
Analgesic and anti-inflammatory	675	56.3	34.5	5.6	3.6	0.0
Endocrine system	411	80.6	10.2	2.4	6.8	0.0
Central nervous system	376	49.7	12.5	3.2	34.6	0.0
Digestive system	237	41.7	30.4	1.7	24.1	2.1
Antimicrobials	124	37.1	36.3	15.3	11.3	0.0
Respiratory system	117	68.4	26.5	1.7	1.7	1.7

\* Only pharmacological groups that include generic drugs in Brazil.  
 $\chi^2$  test:  $p < 0.001$ .

Interviewees were knowledgeable about generics: 86.0% said that they cost less than brand name drugs; 70.0% believed that the quality of generics was equivalent to that of brand name drugs; 56.6% could identify some of the packaging characteristics that differentiate generics from other drugs. Correct answers were given to all three questions by 42.0% of interviewees.

Regarding the ability to correctly recognize a generic, 48.0% of the interviewees incorrectly classified a similar drug as a generic, while only 12.0% wrongly classified a generic as a similar drug. The percentage of erroneous classification of similar drugs as generics was significantly lower ( $p < 0.01$ ) among individuals who could mention at least one packaging characteristic of generics. However, 32.6% of these incorrectly classified a similar medicine as a generic.

Incorrect identification of similar drugs as generics did not differ between genders, but increased significantly with age and decreased with schooling and economic status ([Table](#)

4). Individuals who correctly identified a generic in the practical evaluation used generic drugs twice as often ( $p < 0.01$ ) as those who failed to do so (4.6% and 2.5%, respectively).

Table 4

Misclassification of similar drugs as generics (using photos of selected product packages) according to demographic and socioeconomic variables. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2002.

Variable*	Percentage of misclassification	P value
<b>Gender</b>		0.07**
Male	46.8	
Female	49.5	
<b>Age (years)</b>		< 0.001***
20-39	43.6	
40-59	48.9	
≥ 60	58.5	
<b>Economic status#</b>		< 0.001***
A-B (wealthiest)	46.4	
C	51.8	
D-E	59.4	
<b>Schooling (years)</b>		< 0.001***
0-4	57.8	
5-8	50.2	
≥ 9	39.8	

\* n = 3,182;

\*\* Wald test for heterogeneity;

\*\*\* Wald test for trend;

# Source: Associação Nacional de Empresas de Pesquisas 7.

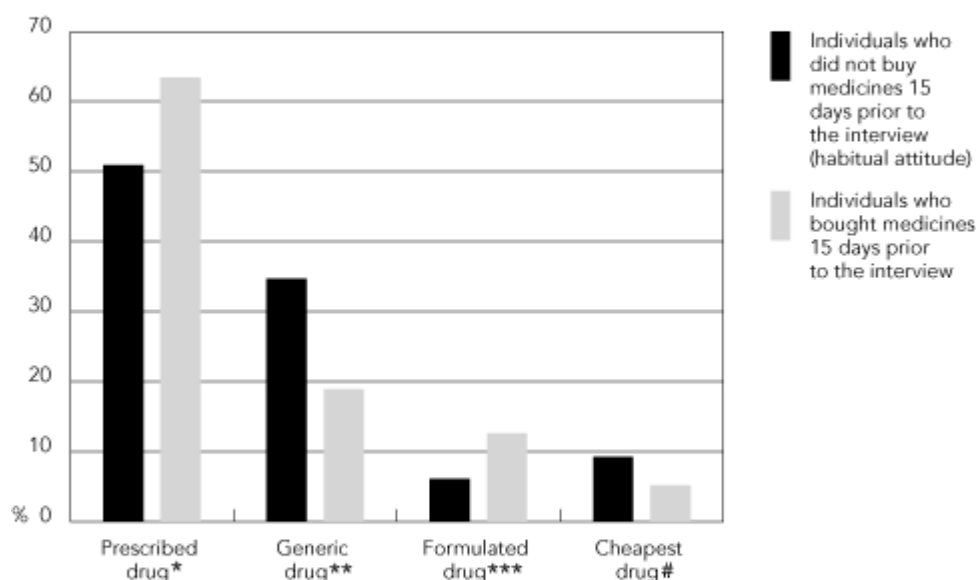
The same trend was observed for individuals who mentioned at least one packaging characteristic differentiating generics from other drugs, but knowledge about price and quality of generics compared to brand name drugs was not associated with use of generics.

The proportion of individuals who had purchased drugs on prescription in the previous 15 days was 30.4% (n = 964). The proportion of generics utilization was 7.7% for those who reported buying exactly the prescribed medicine, 10.6% for those who replaced the prescribed drug with a generic, and 4.1% for those who replaced the prescribed drug with a cheaper product, regardless of whether it was a generic, formulated, or similar drug ( $p < 0.01$ ). None of the individuals who replaced prescribed products with formulated drugs had used a generic during the 15 days prior to the interview.

Strategies for choosing drugs were markedly different between individuals who had purchased drugs in the previous 15 days and the others, who reported their normal habits for purchasing pharmaceuticals ([Figure 1](#)). Among the 908 individuals who only replaced the prescribed product with a generic (or those who had done so on the last purchase), the percentage of generic drug use was 3.7%, almost the same as in the entire sample (3.6%).

Figure 1

Strategies for purchasing medicines among individuals who had bought any medicine on medical prescription within 15 days prior to the interview and regular purchasing habits for those who had not purchased medicines during this period. Pelotas, Brazil, 2002.



\* Individuals who bought (usually buy) exactly the prescribed medicine;  
\*\* Individuals who replaced (usually replace) the prescribed drug with the corresponding generic;  
\*\*\* Individuals who replaced (usually replace) the prescribed drug with a formulated medicine;  
# Individuals who replaced (usually replace) the prescribed drug with a lower-priced alternative, regardless of the type.

## Discussion

Generic drug utilization was low and not compatible with the reported drug purchasing strategies. The results indicated good population knowledge on price and quality of generics in comparison to brand name products. However, the theoretical and practical recognition of generics was inadequate. Nearly half of the individuals failed to mention at least one packaging characteristic that differentiates generics from other medicines. In addition, almost half mistakenly classified a similar drug as a generic.

To our knowledge, this is the first population-based study investigating the knowledge and utilization of generic drugs in Brazil. Most comparisons are with the National Survey



on Consumers of Generic Drugs (<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/index.htm>, accessed on 01/Jun/2004) conducted by the Ministry of Health and the Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) in 2001, with 2,220 consumers aged 16 to 74 years in 236 cities. The interviews took place at pharmacies just after individuals had purchased some medicine.

Generics were created to reduce family expenses with medicines and to increase competition in an area dominated by multinational laboratories. As a result, generics have to be marketed at reduced prices in relation to brand name products. The 86.0% of individuals who knew that generics are cheaper than brand name drugs probably indicates that people associate the term "generic" with low price. However, there are many brand name drugs on the market (similar medicines) that are cheaper than generics. Other results of this study indicate a possible misunderstanding between what consumers think and what they are actually using. In the ANVISA study, 71.0% of consumers associated generics with lower price, confirming the population's good knowledge about this characteristic of generic products.

One of the generic drug policy's positive characteristics is the guaranteed comparability with the quality of the reference drug through bioequivalence and bioavailability tests, which are only mandatory for generics. The fact that 70.0% of individuals considered the quality of generics comparable to that of brand name products suggests that the government's generic policy is well implemented on this specific point. In the ANVISA study, 80.0% of consumers stated that the quality of generics was similar to that of one of the brand name drugs. However, an American study showed that between 14.0 and 53.0% of patients believed that generics were riskier than brand names, varying according to the condition being treated <sup>8</sup>.

While in our study 56.6% of individuals recognized at least one characteristic in the generic drug packaging that differentiates them from others, the proportion was 71.0% in the ANVISA study. A possible explanation for this difference is that the ANVISA study

was conducted with consumers in pharmacies, while the current study used a household sample.

Our results indicate possible confusion between generics and similar medicines. The fact that individuals associate the word "generic" with low price may be inducing them to purchase some similar medicines, since the latter are frequently cheaper than generics, and half of the consumers could not differentiate between the two in practice. This may explain the lower prevalence of generic drug use than expected according to strategies reported for purchasing medicines.

WHO encourages the generic drug trade for both developed countries and particularly for developing ones, as a possible alternative for increasing access to medicines by poor populations <sup>9</sup>. Unfortunately, recognition of generics was significantly worse among individuals with low schooling and low economic status, precisely the prime target consumers of these products.

Overall prevalence of drug utilization in adults is directly related to age, with the elderly consuming more medicines <sup>10</sup>. The practical recognition of generics was inversely associated with age. Therefore, individuals with the highest utilization rates and thus those most likely to use generics are experiencing difficulty in recognizing these products.

The importance of information on generics was confirmed in a Spanish study <sup>11</sup>, in which 98.8% of patients (submitted to an educational intervention on the benefits of generics) agreed to replace their prescribed medicines with generics.

Low utilization of generics (3.6%) contrasts with high overall drug use in the same population (65.9%) <sup>10</sup>. This indicates high potential for expansion of the generic pharmaceuticals market in Brazil, considering that 56 therapeutic classes are supplied by generics (60.0% of prescription needs) (IMS Health. *IMS Market Prognosis Latin America*. <http://www.imshealth.com>, accessed on 30/Nov/2003). More than 40.0% of the medicines marketed in Canada, Denmark, United States, and United Kingdom are

generics (European Generic Medicines Association. *Percent of Generic Medicines: EU Member States*. <http://www.egagenerics.com>, accessed on 01/May/2004).

None of the independent variables was associated with generic drug use. This result is worrisome, since the elderly (with more chronic diseases and consequently more expenses with medicines) and the poor (the main potential target of the generic drug policy) should present a proportionally higher generic utilization rate than the other groups.

[Table 3](#) shows the lower generic drug use in comparison to similar medicines in the pharmacological groups supplied by generics. The largest differences in favor of similar medicines were in analgesics, anti-inflammatory drugs, and cardiovascular drugs, exactly the pharmacological groups with the highest utilization rates.

In the practical situation of purchasing drugs on medical prescription, 63.0% of individuals reported buying exactly the product prescribed, a percentage higher than reported for their habitual drug purchases (51.0%). While only 19.0% had chosen a generic on their last purchase, 35.0% reported habitually doing so. If all individuals who reported having purchased a generic in the previous 15 days had really done so, the percentage of generic drug use would be markedly higher.

In summary, this study shows that the most important determinants in choosing medicines are price and the medical prescription. The importance of price is evident, since individuals with higher purchasing power choose to buy brand name products while poorer individuals choose cheaper products, in this case similar medicines. Moreover, since half of the individuals who buy medicines on medical prescription report purchasing exactly the prescribed product, health professionals should be encouraged to prescribe generic drugs. Prescriptions using the generic name may help consumers to choose the types of medicines that are compatible with their incomes.

## Contributors

A. D. Bertoldi had the original idea, coordinated the fieldwork, and led the drafting of the article. A. J. D. Barros supervised the entire data collection, analyses, and drafting. P. C. Hallal coordinated the analyses. All the authors read preliminary drafts, made suggestions, and approved the final version of the manuscript.

## Acknowledgments

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

## References

1. Lunde PKM, Baksaas I. Epidemiology of drug utilization basic concepts and methodology. *Acta Med Scand Suppl* 1988; 721:7-11.
2. Matheson I. Drug utilization in non-hospitalized newborns, infants, and children. In: Yaffe SJ, Aranda JV, editors. *Pediatric pharmacology: therapeutic principles and practice*. Philadelphia: WB Saunders Co.; 1992. p. 557-65.
3. Silveira FG, Osório RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:719-31.
4. Brasil. Lei n. 9.787 de 10 de fevereiro de 1999. *Diário Oficial da União* 1999; 11 feb.
5. Brasil. Resolução RDC n. 32 de 9 de março de 2001. *Diário Oficial da União* 2001; 12 Mar.
6. Ministério da Saúde. *Relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
7. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. *Critério de classificação econômica Brasil*. São Paulo: Associação Nacional de Empresas de Pesquisa; 1996.
8. Ganther JM, Kreling DH. Consumer perceptions of risk and required cost savings for generic prescription drugs. *J Am Pharm Assoc* 2000; 40:378-83.
9. World Health Organization. *Latin American Conference on Economic Aspects of Essential Medicines*. Caracas: World Health Organization; 1992.
10. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Drug utilization in adults: prevalence and individual determinants. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:228-38.

11. Vallès JA, Barreiro M, Cereza G, Ferro JJ, Martínez MJ, Cucurull E, et al. Aceptación de los fármacos genéricos en equipos de atención primaria: efecto de una intervención educativa y de los precios de referencia. Gac Sanit 2002; 16:505-10.

 **Correspondence to**

A. D. Bertoldi  
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas  
Av. Duque de Caxias 250  
Pelotas, RS 96030-002, Brasil  
[andreabertoldi@terra.com.br](mailto:andreabertoldi@terra.com.br)

Submitted on 11/Aug/2004  
Final version resubmitted on 04/Feb/2005  
Approved on 07/Mar/2005

## **ARTIGO 3**

---

# **Metodologias empregadas em estudos epidemiológicos sobre utilização de medicamentos com base domiciliar: revisão e análise crítica**

Andréa D Bertoldi<sup>1,2</sup>

Alúísio J D Barros<sup>1</sup>

Anita Wagner<sup>3</sup>

Dennis Ross-Degnan<sup>3</sup>

Pedro C Hallal<sup>1</sup>

1- Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil.

2- Takemi Program in International Health, Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA.

3- Department of Ambulatory Care and Prevention, Harvard Medical School and Harvard Pilgrim Health Care, Boston, MA, USA.

## **Contato:**

Andréa D Bertoldi

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

Av. Duque de Caxias 250 – 3º piso

96030-002 – Pelotas, RS, Brasil

Fone/fax: + 55 53 3271-2442

E-mail: [andreabertoldi@terra.com.br](mailto:andreabertoldi@terra.com.br)

**Título corrido:** Uso de medicamentos – estudos domiciliares

## Resumo

**Objetivos:** Revisar as metodologias utilizadas na coleta e análise de dados quantitativos sobre utilização de medicamentos baseados em entrevistas domiciliares.

**Metodologia:** Revisão da literatura de artigos originais, com coleta de dados domiciliar, publicados entre 1995 e 2006. A revisão eletrônica foi realizada nas bases de dados Medline/Pubmed, Scielo e Lilacs. As listas de referências dos artigos identificados foram revisadas, bem como outras publicações dos autores. Foram excluídos estudos investigando a utilização de grupos farmacológicos específicos ou incluindo apenas indivíduos acometidos por uma determinada morbidade.

**Resultados:** Entre os 54 artigos incluídos, 65% foram realizados em países desenvolvidos, o delineamento mais utilizado foi o transversal (76%), metade abordou utilização de medicamentos somente em idosos, 2/3 trabalharam com amostras maiores que 1000 indivíduos, quase 90% coletaram as informações com entrevistadores, mais de 60% solicitaram a apresentação das embalagens, 15% solicitaram a apresentação das receitas médicas, mais de 90% coletaram informações sobre medicamentos prescritos e auto-indicados e 13% investigaram somente medicamentos de uso regular ou para tratamento de doenças crônicas. Nos estudos que envolveram apenas idosos, 30% utilizaram informações fornecidas por parentes próximos ou cuidadores. Mais de 80% das perguntas permitiam a inclusão de qualquer tipo de medicamento. O sistema de classificação por grupo farmacológico mais freqüente foi o ATC (*Anatomic Therapeutical Chemical Classification System*).

**Conclusões:** Existe necessidade de padronização dos estudos, visto que a comparabilidade entre as publicações é praticamente impossível. Espera-se que essa revisão contribua para uma maior acurácia dos dados obtidos em estudos domiciliares sobre a utilização de medicamentos.

**Palavras-chave:** Utilização de Medicamentos; Terapia medicamentosa; Auto-medicação; Medicamentos não prescritos; Farmacoepidemiologia; Questionários.



## **Abstract**

**Objectives:** To review the methodologies used in the collection and analysis of quantitative data on medicine utilization in studies based on household interviews.

**Methods:** Review of the literature, including original papers with data collected at the household level, published between 1995 and 2006. The electronic review was carried out in Medline/Pubmed, Scielo and Lilacs. The lists of references of the papers identified were examined, as well as other publications from the authors. Studies on the utilization of specific pharmacological groups or including only subjects with a given disease were excluded.

**Results:** Out of the 54 papers included, 65% were carried out in developed countries, most studies (76%) were cross-sectional, half investigated elderly subjects only, 2/3 had sample size greater than 1000 individuals, almost 90% used interviewers to collect data, over 60% requested the packaging of the medicines used, 15% requested medical prescriptions, over 90% investigated both prescribed and over the counter medicines, and 13% studied only medicines used on a regular-basis, or to treat chronic diseases. In studies including elderly subjects only, 30% used proxy information. Over 80% of the questions used to assess medicine utilization allowed the report of any kind of medicine. The most frequently used system to classify medicines into pharmacological groups was the ATC (Anatomic Therapeutical Chemical Classification System).

**Conclusions:** There is a need of standardization of the studies, given the fact that comparability across the publication is virtually impossible. We hope this review will help for improving data quality in household-based studies on drug utilization.

**Key words:** Drug Utilization; Drug Therapy; Self-medication; Drugs, non-prescription; Pharmacoepidemiology; Questionnaires.

## Introdução

A utilização de medicamentos foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com especial ênfase nas conseqüências médicas, sociais e econômicas resultantes”.<sup>78</sup> Estudos sobre utilização de medicamentos são uma potencial ferramenta a ser utilizada na avaliação de sistemas de saúde.<sup>40</sup> As informações podem ser usadas para traçar conclusões sobre outros desfechos que não apenas o próprio uso de medicamentos, incluindo prevalência de doenças, tratamento de efeitos adversos, status de saúde, qualidade da atenção à saúde ou do comportamento do prescritor.<sup>48</sup> Os indicadores são medidas quantitativas que fornecem informação e revelam caminhos nos quais a atenção à saúde pode ser melhorada.<sup>5</sup> Entretanto, a informação sobre a utilização de medicamentos como indicador deve ser empregada com cautela, pois a validade do seu uso está limitada à acurácia dos dados.<sup>48</sup>

Os estudos sobre utilização de medicamentos podem seguir uma abordagem qualitativa ou quantitativa. Os qualitativos são voltados para detectar problemas com a terapêutica medicamentosa e, em geral, baseiam-se em sistemas computadorizados de informações.<sup>43</sup> Esses estudos investigam a adequação do uso dos medicamentos, geralmente conectando dados de prescrições com as razões para a indicação dos medicamentos.<sup>68</sup> A principal diferença entre esses estudos e os quantitativos é a inclusão do conceito de adequação nas análises.<sup>67</sup> Os estudos quantitativos têm como objetivo verificar os padrões de uso dos medicamentos e as tendências de utilização.

A grande preocupação nas pesquisas de farmacoepidemiologia gira em torno de se obter uma informação completa e válida sobre o uso de medicamentos. Os dois métodos mais utilizados para a coleta de informações quantitativas de uso de medicamentos baseiam-se em dados de registros informatizados de farmácias, hospitais, clínicas ou seguradoras de saúde ou de questionamentos diretos ao usuário através de entrevistas e uso de questionários. Ambos os

métodos fornecem informações sobre uso de medicamentos, mas com diferenças quanto à qualidade e quantidade das informações.<sup>46</sup>

O método baseado em registros informatizados utiliza banco de dados provenientes de registros de vendas de medicamentos (por exemplo, *the Danish Medicines Agency*), registro do movimento dos medicamentos nos vários níveis dos canais de distribuição (por exemplo, *IMS America's National Prescription Audit*), dados de faturamento médico ou farmacêutico (por exemplo, *Prescription Pricing Authority in the UK*) ou bancos de dados incluindo todas as prescrições dispensadas (por exemplo, o *National Corporation of Pharmacies in Sweden*).<sup>68</sup> Esse método tem sido largamente utilizado em estudos farmacoepidemiológicos de países desenvolvidos.<sup>70</sup> Na Holanda, por exemplo, as farmácias comunitárias usam sistemas computadorizados de registro das prescrições, e os pacientes geralmente são registrados em uma única farmácia, uniformizando a coleta de informações sobre uso de medicamentos.<sup>70</sup> Os dados costumam ser bastante detalhados, fornecendo informações de vários anos sobre os exatos medicamentos utilizados, a dose prescrita e a duração do tratamento. Também é possível comparar a duração do uso com a data da próxima prescrição, obtendo-se uma idéia da adesão ao tratamento.<sup>46</sup>

No método que utiliza entrevistas diretas ou questionários, o pesquisador também pode obter informações detalhadas sobre uso de medicamentos. Entretanto, a informação depende de auto-relato e, em geral, se refere ao uso passado de medicamentos, características essas que podem levar a introdução de vieses no estudo. A validade da informação a partir do auto-relato é de difícil mensuração<sup>49</sup>, mas sabe-se que é dependente da habilidade dos respondentes de recordar e da acurácia da informação.<sup>30</sup> Um estudo alemão<sup>55</sup> com grupos de baixa e média renda indicou uma concordância de boa a excelente no auto-relato de medicamentos prescritos num período de três meses e também indicou que a concordância entre auto-relato e dados de registro diferiam pouco entre os grupos socioeconômicos. Não se conhecem estudos comparando validade da informação por auto-relato de medicamentos de

venda livre ("*OTC-over the counter*") provavelmente pela difícil comparação, uma vez que a venda desse tipo de medicamento não costuma ser registrada no nível individual.<sup>49</sup> Se o objetivo do estudo exige uma diferenciação por grupos farmacológicos, a qualidade da informação pode ser bastante baixa, sendo muitas vezes necessária a verificação das embalagens utilizadas para a confirmação dos dados informados.<sup>46</sup>

Em ambos os métodos, a qualidade da informação é melhor para os medicamentos usados no tratamento de doenças crônicas ou de uso regular em comparação aos de uso eventual. Entretanto, as entrevistas e questionários detectam com maior precisão os medicamentos de uso eventual, pois freqüentemente sistemas informatizados só registram os medicamentos prescritos e não aqueles comprados por iniciativa do paciente ou de venda livre.<sup>46</sup>

Estudos de utilização de medicamentos realizados na comunidade possibilitam compreender os problemas sob a ótica do usuário e impulsionar o desenvolvimento de políticas de medicamentos adequadas.<sup>73</sup> Pode-se observar dois focos principais nos estudos conduzidos na comunidade: foco no indivíduo (fornecedores ou consumidores de medicamentos) ou no assunto que se está interessado (doença ou medicamento).<sup>73</sup>

Em países de renda média ou baixa, normalmente não existem sistemas informatizados que integrem a informação sobre a comercialização de medicamentos, logo, não é possível a realização de estudos de utilização de medicamentos baseados nesse tipo de fonte de informação. Aos pesquisadores resta, portanto, realizar estudos com entrevista direta ao usuário ou investigação de prontuários médicos. Tais dados geralmente são obtidos no domicílio, em creches, escolas, universidades, asilos, farmácias, centros de saúde ou hospitais.

Considerando que os estudos baseados em aplicação de questionários estão mais sujeitos a vieses de informação em comparação àqueles que utilizam dados de registros informatizados, é fundamental uma metodologia de coleta e análise de dados cuidadosamente delineada para minimizar tais problemas. A literatura sobre estudos de utilização de

medicamentos é bastante ampla, e se observa uma falta de consistência em diversos aspectos metodológicos dos estudos baseados em questionários, tais como a utilização de diferentes períodos de recordatório, a exigência da apresentação de embalagens para confirmação das informações, a forma de análise dos resultados encontrados, etc.

O objetivo da presente revisão foi levantar e comparar as metodologias utilizadas na coleta e análise de dados quantitativos em estudos sobre utilização de medicamentos baseados em entrevistas domiciliares, buscando analisar criticamente as publicações e propor padronizações que tornem os estudos mais comparáveis. Optou-se por restringir a revisão para estudos domiciliares em função do uso freqüente desta técnica em países de renda média ou baixa, além da possibilidade de solicitar aos entrevistados a embalagem e receita dos medicamentos utilizados, facilitando a classificação correta por grupos farmacológicos e aumentando a qualidade das informações coletadas.

## **Metodologia**

Foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados eletrônicas Medline/Pubmed, Scielo e Lilacs. Foram buscadas as seguintes palavras no título ou resumo dos artigos: "drug(s) use", "drug(s) utilization", "drug(s) utilisation", "drug(s) usage", "drug(s) consumption", "medication use", "medication utilization", "medication usage", "medication consumption", "medicine(s) use", "medicine usage", "medicine consumption", "self-medication", "over-the-counter".

Somente foram incluídos estudos originais de base domiciliar sobre utilização de medicamentos em geral, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol (apenas quatro artigos foram excluídos devido a esse critério), com humanos e publicados entre janeiro de 1995 e abril de 2006. Os critérios de exclusão foram:

1. Artigos de revisão;

2. Estudos de base hospitalar, escolar, universitária, ou conduzidos em creches, balcão de farmácias, centros de saúde, local de trabalho ou envolvendo indivíduos institucionalizados (asilos; presídios);
3. Estudos investigando a utilização de grupos farmacológicos específicos ou incluindo apenas indivíduos acometidos por uma determinada morbidade;
4. Estudos com dados obtidos em farmácias, seguradoras de saúde e registros em geral;
5. Estudos com dados extraídos de prescrições médicas;
6. Estudos que incluíssem apenas gestantes;
7. Estudos com animais.

A partir da sintaxe de busca no Medline/Pubmed foram localizados 4852 títulos até julho de 2005. Inicialmente foi feita uma revisão dos títulos e resumos, onde uma série de artigos foi eliminada. Essa revisão inicial resultou em 134 artigos originais, aparentemente preenchendo os critérios de inclusão. A partir de julho de 2005 até abril de 2006, a mesma estratégia de busca foi repetida automaticamente no Medline/Pubmed para complementação da revisão. As buscas no Scielo e Lilacs acrescentaram poucas publicações não detectadas pelo Medline/Pubmed, e essas foram feitas em dois momentos, em julho de 2005 e em abril de 2006.

As referências dos artigos selecionados foram revisadas com a intenção de localizar outras publicações relevantes. Também foi realizada uma busca pelo nome do primeiro autor dos artigos selecionados, visando localizar outras publicações que preenchessem os critérios de inclusão. Em cinco casos, mais de uma publicação utilizando o mesmo banco de dados foi encontrada, e nesses casos, somente a primeira foi mantida. Após análise detalhada dos artigos originais selecionados (obtidos na íntegra), resultaram 54 artigos que preenchiam os critérios de inclusão.

Os artigos originais incluídos na revisão foram tabulados e classificados segundo os seguintes aspectos de suas metodologias:

- País da coleta dos dados (classificados por continente)
- Ano de início da coleta das informações
- Delineamento utilizado (estudos transversais; estudos transversais aninhados a estudos longitudinais; estudos longitudinais)
- Faixa etária (todas; crianças – 0 a 14 anos; adolescentes e adultos – 15 anos ou mais; idosos – somente de 60 anos ou mais). Um estudo apresentou uma amostra de 8 a 73 anos sendo incluído no grupo de todas as idades, outro que estudou maiores de 10 anos foi incluído no grupo dos adolescentes e adultos e um terceiro que estudou uma amostra de 56 a 75 anos foi incluído no grupo dos idosos.
- Tamanho da amostra (até 1000; mais de 1000 até 5000; mais de 5000 pessoas)
- Forma de aplicação da entrevista (com entrevistador; auto-aplicada; via postal; pessoal com auxílio do computador)
- Pessoa entrevistada (o próprio usuário do medicamento; parentes ou cuidadores no caso de crianças ou idosos; representante do domicílio)
- Apresentação da pergunta ou questionário que define o uso de medicamentos
- Tipo de questionamento (perguntas sem restrição – possibilitam a inclusão de qualquer medicamento utilizado; perguntas sem restrição induzidas – também possibilitam a inclusão de qualquer medicamento utilizado, mas indicam o nome de alguns medicamentos, grupos farmacológicos ou doenças para caracterizar o que está sendo investigado; perguntas específicas – possibilitam a inclusão de apenas uma lista de medicamentos ou de medicamentos relacionados a determinadas doenças)
- Apresentação da embalagem no momento da coleta dos dados (sim; não)
- Apresentação da receita no momento da coleta dos dados (sim; não)

- Inclusão de medicamentos usados por prescrição e sem prescrição (só prescritos; só não prescritos; ambos)
- Inclusão de medicamentos para tratamento de doenças crônicas ou de uso regular e de uso eventual ou para tratamento de doenças agudas (só regular; só eventual; ambos)
- Denominador usado nas análises (indivíduos; medicamentos; ambos)
- Sistema de classificação utilizada para os grupos farmacológicos (ATC - Anatomical Therapeutic Chemical Classification System; AHF - American Hospital Formulary System; Outra classificação)
- Período recordatório (uso atual – "*current use*"; uso habitual – medicamentos tomadas regularmente; uso ocasional; frequência de uso - nunca, raramente, ocasionalmente ou freqüentemente; nº de dias; nº de semanas; nº de meses; nº de anos; uso no passado; uso alguma vez na vida). Foram agrupados nas mesmas categorias os seguintes períodos: 1 mês= 1 mês ou 4 semanas; 2 semanas= 14 dias, 15 dias. Alguns estudos referiam mais de um período utilizado, sendo geralmente um deles para coletar informações sobre medicamentos de uso regular e o outro para medicamentos de uso eventual.

Também foram selecionados, e obtidos na íntegra, artigos que abordassem aspectos metodológicos dos estudos quantitativos de utilização de medicamentos. Para essa busca não se utilizou restrição de data e além de se utilizar a mesma sintaxe de busca dos artigos originais foi feita uma busca por palavras-chave no Medline/Pubmed utilizando-se os seguintes "*MeSH terms*": "Drug Utilization Review"; "Drug Therapy, Combination"; "Prescriptions, Drug"; "Drug Utilization"; "Drug Therapy"; "Self-medication"; "Drugs, non-prescription"; "Questionnaires"; "Methods"; "Epidemiologic Methods" e "Pharmacoepidemiology".



## Caracterização dos artigos selecionados

Na Tabela 1 estão sumarizadas as principais características dos 54 estudos<sup>1-4,6,8,9,11,13-19,21-27,29-32,34-37,39,41,44,45,47,49-51,53,54,56,59,62-66,69,74-77,79,80</sup> que preencheram os critérios de inclusão. Quase todos os estudos envolveram ambos os sexos, sendo que apenas um estudo avaliou só homens<sup>69</sup> e dois estudos somente mulheres.<sup>9,30</sup> A maior parte dos estudos (64,8%) foram realizados em países desenvolvidos, sendo os Estados Unidos o país mais representado. Entre os demais continentes, a América do Sul apresentou o maior número de publicações. Isso pode ser decorrente da estratégia de busca utilizada, uma vez que a inclusão do Scielo e Lilacs pode ter propiciado a localização de um número maior de artigos nesse continente. Outra provável explicação é a restrição por estudos domiciliares, uma metodologia que é característica de inquéritos de saúde na América do Sul.

Observando-se os anos de início de coleta de dados, houve um aumento do número de publicações do período de 10 anos entre 1979 a 1988 (10 artigos) para 1989 a 1998 (33 artigos) sendo a maior parte dos estudos selecionados (45,3%) publicados 1-5 anos após o início da coleta de dados. O delineamento mais utilizado foi o transversal (75,9%). Metade dos estudos abordou utilização de medicamentos somente em idosos e dois terços dos estudos trabalharam com amostras maiores que 1000 indivíduos. A menor amostra encontrada foi de 142 pessoas.<sup>63</sup> Quase 90% dos estudos coletaram as informações com entrevistadores. Nos dois estudos envolvendo crianças,<sup>53,77</sup> as informações foram fornecidas pelos pais. Naqueles envolvendo adolescentes e adultos, 12% utilizaram informações fornecidas por parentes próximos ou cuidadores, e nos que envolveram apenas idosos, 30% utilizaram informações fornecidas desta forma (Tabela 1).

Mais de 80% das perguntas permitiam a inclusão de qualquer tipo de medicamento e em 28% dos estudos, a pergunta utilizada para definir utilização de medicamentos foi apresentada na publicação. Mais de 60% dos estudos solicitaram a apresentação das embalagens dos medicamentos utilizados e apenas 15% solicitaram a apresentação das

receitas médicas. Mais de 90% dos estudos coletaram informações dos medicamentos independente de terem sido prescritos ou auto-indicados e 13% dos estudos investigaram exclusivamente medicamentos de uso regular ou para tratamento de doenças crônicas. Diversos sistemas de classificação dos grupos farmacológicos foram utilizados, sendo a ATC a mais freqüente. Em 40% dos estudos, não foi indicada a forma de classificação (Tabela 1).

## **Vantagens e desvantagens dos inquéritos domiciliares**

Os inquéritos domiciliares têm se tornado a forma predominante de coleta de dados em países de renda média ou baixa, suplementando, ou algumas vezes substituindo, outros programas de coleta de dados e sistemas de registro civil.<sup>71</sup> Esse fenômeno, na situação particular da utilização de medicamentos, reflete a ausência de bancos de dados de farmácia ou outras fontes de registro na maioria desses países.

Os inquéritos domiciliares possibilitam a obtenção de uma maior diversidade de informações potencialmente relacionadas ao uso de medicamentos, como por exemplo, indicadores socioeconômicos, demográficos, comportamentais e de saúde.<sup>11,28,59</sup> Outra vantagem importante é a possibilidade da coleta de dados sobre qualquer tipo de medicamento consumido, incluindo aqueles não prescritos.<sup>28</sup> As informações descritas acima e a utilização de medicamentos não prescritos não estão normalmente disponíveis em bancos de dados de farmácias ou outras fontes de registro, o que reforça a importância dos inquéritos domiciliares na área de utilização de medicamentos.

Em estudos cujo objetivo é determinar o consumo populacional de medicamentos, a coleta de dados realizada no domicílio torna mais fácil garantir a representatividade do que a coleta realizada em outros locais. Por exemplo, estudos realizados em hospitais, clínicas médicas ou centros de saúde, em princípio, não representam a utilização de medicamentos da população em geral, visto que a possibilidade de medicalização é maior nesses locais. Estudos cuja coleta de dados é realizada em creches, escolas e universidades também podem

representar grupos específicos da população. Deve-se ressaltar, no entanto, que nem todos os estudos têm como objetivo estimar o consumo populacional de medicamentos, e nesses casos, o uso de populações específicas pode ser adequado.

Em países nos quais o percentual de idosos institucionalizados é elevado, a coleta de dados em asilos é bastante freqüente. Em estudos que visam estimar o consumo populacional de medicamentos é, portanto, recomendável incluir tanto idosos institucionalizados quanto aqueles que residem nos seus domicílios. Nesta revisão, os estudos realizados em asilos foram excluídos, unicamente pelo fato de que o presente artigo pretende discutir as abordagens metodológicas de inquéritos domiciliares sobre utilização de medicamentos.

Em comparação aos estudos com bancos de dados de farmácia ou outros registros, os inquéritos domiciliares têm uma informação mais precisa sobre o denominador (população exposta ao uso de medicamentos), mas menos precisa sobre o numerador (dados detalhados sobre a utilização de medicamentos, dose, duração do uso). A obtenção de estimativa da população que é coberta por bancos de dados de farmácia é complexa, visto que é desafiador estimar qual a população exata que eles representam.<sup>60</sup> Em relação ao numerador, no entanto, os estudos com bancos de dados de farmácia ou outros registros possibilitam a utilização de unidades de medida que incluem dose e duração dos tratamentos (por exemplo, a metodologia *Defined Daily Dose System – DDD*). Esta metodologia permite comparar estudos realizados em regiões geográficas distintas, sendo portanto muito útil para comparativos internacionais.<sup>40</sup> Nos inquéritos domiciliares, a obtenção de informações sobre utilização de medicamentos com esse grau de detalhamento é praticamente inviável, tendo em vista as dificuldades que as pessoas entrevistadas têm para relatar tais dados.

### **Qualidade da informação**

A coleta de informações por entrevista utiliza uma fonte de informação por definição imprecisa, pois está sujeita a erros decorrentes da memória (que podem levar a um

esquecimento de relato de algum medicamento utilizado), informações incompletas (por exemplo, o entrevistado sabe o nome do medicamento mas não sabe a dosagem ou duração do tratamento) ou mesmo erradas (devido a um mau entendimento da própria pergunta ou do tratamento medicamentoso em uso). De uma forma geral não é possível checar a veracidade das informações sendo esta uma limitação inerente ao auto-relato.<sup>31,80</sup>

Algumas estratégias são utilizadas para maximizar a qualidade das informações, tais como uso de período recordatório adequado, solicitação de embalagens e prescrições para confirmação de alguns dados, auxílio de outros informantes que tenham conhecimento dos medicamentos (utilizados principalmente no caso de crianças, idosos ou pessoas com deficiências físicas ou mentais que as impeçam de responder adequadamente), esclarecimento do que se está buscando como informação, uso de entrevistadores rigorosamente treinados e escolha de perguntas de fácil compreensão que representem os objetivos do inquérito.

A seguir, discutem-se alguns aspectos metodológicos relacionados à qualidade da informação sobre uso de medicamentos coletada em estudos domiciliares.

### 1. Período recordatório utilizado

Um dos aspectos metodológicos mais importantes na investigação do uso de medicamentos baseado em questionários diz respeito ao período recordatório utilizado, que está diretamente relacionado com a definição da variável "uso de medicamentos". Os artigos revisados indicam que o período mais freqüentemente utilizado é o de 14 dias ou duas semanas. Entretanto, os períodos variaram de um dia até dois anos (Figura 1). Analisando-se os artigos, foi possível perceber uma diferença de períodos em estudos que investigam apenas medicamentos para tratamentos de doenças crônicas ou de uso regular<sup>2,26,32,54,56,65,74</sup> em relação àqueles de uso eventual. Os primeiros costumam questionar o uso atual ou habitual sem um período de referência definido. Quando ambos os grupos de medicamentos são investigados, alguns estudos diferenciam os períodos de recordatório para cada tipo de medicamento.<sup>30,31,39,49,64</sup>

Não existe consistência na literatura quanto ao período recordatório ideal para investigação da utilização de medicamentos, porém, sabe-se que a prevalência de utilização global de medicamentos é extremamente dependente do período recordatório utilizado. A principal consideração metodológica relacionada à escolha do período de investigação é a possibilidade de erro de recordatório. Van den Brandt e colaboradores<sup>72</sup> mostraram que a recordação dos medicamentos utilizados diminui com o aumento da idade e com o aumento do número de medicamentos prescritos por entrevistado, mas não encontraram diferença entre homens e mulheres.

O erro de recordatório, que é decorrente de uma dificuldade de lembrar a informação que está sendo questionada, não deve ser confundido com o viés de memória. O viés de memória ocorre quando dois grupos estão sendo comparados e o recordatório é mais preciso em um dos grupos. Pessoas doentes podem relatar algumas características (por exemplo, o uso de medicamentos) mais freqüentemente do que os não doentes.<sup>64</sup>

A principal questão é: o quanto é razoável se buscar uma informação retrospectiva quando se investiga eventos como o uso de medicamentos? Quanto mais longo o período usado maior a possibilidade de erro de recordatório,<sup>73</sup> mas maior também é a prevalência de utilização de medicamentos, devido ao uso acumulado de medicamentos no período.<sup>44</sup> Por outro lado, períodos longos podem levar ao esquecimento do relato de alguns medicamentos subestimando o uso.<sup>27,44</sup> Dois estudos de base populacional realizados em Pelotas com apenas dois anos de diferença na coleta dos dados e metodologias semelhantes encontraram prevalências de uso de antimicrobianos em adultos de 7,3% num período recordatório de 30 dias<sup>10</sup> e de 5,4% num período recordatório de 15 dias.<sup>11</sup> Outro estudo realizado em Porto Alegre em 2003 (dados do autor ainda não publicados) coletou a informação sobre uso de medicamentos utilizando dois períodos de recordatório. A prevalência de uso de algum medicamento nos últimos 15 dias foi de 54,5% e no dia anterior a entrevista foi de 35,5%.

Medicamentos auto-indicados são especialmente suscetíveis a erro de recordatório.<sup>73</sup> Um estudo realizado no Quênia<sup>61</sup> demonstrou que houve 60% de falta de informação de medicamentos auto-indicados quando um período recordatório de duas semanas foi utilizado em vez de um dia. Por outro lado, medicamentos de uso eventual como os analgésicos podem ser mais facilmente lembrados por estarem mais associados a experiências desagradáveis de episódios de doenças agudas, apesar do seu caráter esporádico e de curta duração.<sup>25</sup> Os medicamentos de uso contínuo, como os cardiovasculares, por serem usados diariamente e por longos períodos de tempo são de fácil recordação em períodos de recordatório recentes.<sup>25</sup>

Vários autores discutem a questão do período recordatório como uma limitação do estudo quanto à acurácia da informação. Alguns reconhecem que um período mais curto como um ou dois dias diminui a magnitude do erro de recordatório,<sup>73</sup> ou aumenta a confiabilidade da informação.<sup>53</sup> Mesmo assim alguns optam por utilizar períodos de 14 ou 15 dias para permitir uma maior comparabilidade com os demais estudos encontrados na literatura.<sup>11,77</sup> A opção por 15 dias também se baseia no fato de que períodos mais curtos estão mais sujeitos a reduzir a probabilidade de capturar o consumo ocasional de medicamentos usados para enfermidades de curta duração ou de recidivas de doenças agudas.<sup>27,59</sup>

Não foram identificados estudos que avaliassem a margem de erro na informação sobre utilização de medicamentos comparando diferentes períodos de recordatório com informações oriundas de bancos de dados de farmácia ou outros sistemas de registro.

## 2. Forma de aplicação dos questionários

Cerca de 85% dos estudos utilizaram entrevistas pessoais para a aplicação dos questionários. O único estudo da revisão que utilizou entrevista por telefone<sup>37</sup> não apontou nenhuma limitação em função desta forma de abordagem, apenas ressaltou a importância do rigor no treinamento dos entrevistadores.

Apenas sete estudos usaram questionários auto-aplicados; cinco deles encaminharam o questionário por via postal e dois foram entregues pessoalmente. Um recente estudo brasileiro<sup>1</sup> sobre utilização de medicamentos em aposentados comparou duas abordagens para investigação de uso de medicamentos: uma postal com auto-preenchimento e outra domiciliar com questionários preenchidos por entrevistadores. Verificou-se que as coberturas de respostas postais em comparação aos inquéritos domiciliares em Belo Horizonte foram de 46,8% e 80,3%, respectivamente, e na cidade do Rio de Janeiro foram de 34,4% e 70,7%, respectivamente. As taxas de resposta postais foram inferiores aquelas geralmente encontradas em países desenvolvidos. Na Europa, estudos<sup>9,20,52</sup> indicam taxas de resposta postal de 71 a 92% e no Estados Unidos, um estudo<sup>7</sup> indicou 60% de taxa de resposta e outro<sup>33</sup> 41%.

Algumas questões relevantes, especialmente nos questionários auto-aplicados, são a adequação da terminologia empregada,<sup>27</sup> a clara definição da variável "uso de medicamento"<sup>58</sup> e o tamanho dos questionários. A terminologia tecnicamente adequada, muitas vezes pode não ser compreendida pela população leiga. A definição do que é medicamento também deve estar clara, uma vez que alguns medicamentos como analgésicos, fitoterápicos, produtos de uso local ou para tratamentos de quadros leves, podem não ser considerados medicamentos pelos respondentes.<sup>58</sup> No estudo de Flores<sup>25</sup> constatou-se um baixo nível de informação da população estudada em relação ao conceito de medicamento. Os entrevistados deixaram de relatar freqüentemente os medicamentos usados para emagrecer, alergias, dor, diarreia, problemas nos rins ou bexiga, problemas de digestão, resfriados ou qualquer tipo de vitaminas. A definição do que é medicamento deve explicitar o tipo de medicamento que está sendo investigado (por exemplo, se produtos naturais, chás e homeopatia entram no inquérito). No estudo de Acurcio,<sup>1</sup> o tamanho longo do questionário encaminhado por via postal foi considerado como uma das possíveis causas de baixa cobertura de resposta.

### 3. Tipo de pergunta que investiga uso de medicamentos

Diferentes formas de questionamento têm sido usadas para obter a informação sobre o uso de medicamentos. Foram identificados alguns tipos mais freqüentes na literatura: a) perguntas que não fazem nenhuma restrição a tipos específicos de medicamentos.<sup>3,4,16,19,29,35,44,76</sup> Geralmente partem de questionamentos do tipo "Usou algum medicamento nos últimos XX dias?" Após uma resposta afirmativa introduzem outro grupo de perguntas de identificação e caracterização dos medicamentos seguindo os objetivos específicos do estudo; b) perguntas que sugerem alguns nomes de medicamentos, grupos farmacológicos ou doenças, tentando estimular a memória ou caracterizar aquilo que está sendo investigado;<sup>11,27,66</sup> c) perguntas sobre determinados nomes de medicamentos, grupos farmacológicos ou doenças que são, exclusivamente, as que interessam para o estudo.<sup>26,36,50,54,65,80</sup>

Aparentemente, não existe nenhum problema em termos de padronização dos estudos no uso de perguntas específicas, uma vez que as restrições a alguns medicamentos ou grupos farmacológicos visam atender aos objetivos de cada estudo. A grande diferença em termos de padronização diz respeito aos estudos que investigam prevalência de medicamentos de uma forma global, ou mesmo de determinados grupos, como por exemplo, medicamentos de uso regular ou usados por auto-medicação. Alguns estudos exemplificam ou sugerem nomes do que estão buscando e outros não. Os estudos que usam exemplos resultam em prevalências mais elevadas. Por exemplo, Kimmel e colaboradores<sup>38</sup> estudaram o efeito da leitura de uma lista de medicamentos e apresentação de fotos como estímulo à lembrança de medicamentos utilizados em um estudo de caso-controle e puderam observar um aumento de 6% nos medicamentos previamente informados. Flores e Mengue,<sup>25</sup> investigando uso de medicamentos em idosos encontraram uma prevalência de 86% a partir de uma pergunta aberta. Após realização de uma questão orientada houve um acréscimo às respostas de uso de medicamentos, resultando numa prevalência de 91%.



Considerando o desconhecimento freqüente do conceito de medicamento, não se pode negar a vantagem do estímulo com exemplos daquilo que se está pesquisando. Entretanto, essa prática é de difícil ou mesmo impossível padronização se considerarmos as diferenças entre as populações estudadas.

#### 4. Implicações de utilizar informações por parentes ou cuidadores

Somando-se os artigos que estudaram exclusivamente idosos com aqueles envolvendo todas as idades ou adultos, 96,3% dos estudos envolveram essa faixa etária da população. Portanto, devem ser priorizadas características metodológicas que favoreçam a acurácia da informação fornecida pelos idosos. O padrão de prescrição e uso de medicamentos na terceira idade é diferente das outras faixas etárias.<sup>57</sup> O uso de grande número de medicamentos, e algumas características bastante freqüentes entre os idosos como dificuldade auditiva, visual e déficits de memória podem dificultar a qualidade das informações fornecidas. Outras morbidades mais graves podem até mesmo inviabilizar a entrevista direta. Nesses casos, alguns estudos optaram por excluir os indivíduos incapazes de responder ao questionário.<sup>11</sup>

Para minimizar esse problema, alguns pesquisadores entrevistam parentes próximos ou cuidadores para a coleta total ou parcial de informações sobre utilização de medicamentos.<sup>42</sup> Nesses casos, esse tipo de informação é aceita como válida.<sup>29</sup> Chama a atenção o baixo percentual de estudos que utilizaram esse tipo de estratégia (30% entre estudos incluindo apenas idosos e 12% em estudos com outras faixas etárias além dos idosos). Entretanto, deve-se considerar que as demais publicações podem simplesmente não ter relatado que utilizaram essa forma de coleta da informação.

#### 5. Apresentação da embalagem e receita

Uma das formas de qualificar a coleta de informações sobre medicamentos e até mesmo de auxiliar na lembrança do que foi utilizado no período estabelecido é solicitar a apresentação

das embalagens dos medicamentos. Essa estratégia é particularmente útil em estudos domiciliares, onde os medicamentos geralmente estão estocados.

A maior parte dos estudos (63%) solicitou a apresentação das embalagens (Tabela 1). Em alguns estudos os entrevistados foram solicitados a apresentar todos os medicamentos que utiliza ou utilizou, sendo tarefa do entrevistador selecionar aqueles elegíveis para o estudo. Em outros casos, os entrevistadores solicitaram que fossem apresentados somente os medicamentos de interesse para o estudo.

A solicitação de apresentação da receita médica também pode ser utilizada para qualificar a coleta de informações sobre utilização de medicamentos. No entanto, essa estratégia foi utilizada em somente 15% dos estudos.

## **Caracterização dos medicamentos investigados**

### **1. Medicamentos com indicação médica**

Tendo em vista que a obtenção de medicamentos sujeitos a prescrição médica nos países desenvolvidos somente é possível mediante apresentação da prescrição, e que nos países de renda média ou baixa, muitas vezes tais medicamentos são vendidos sem prescrição, a comparação entre os estudos deve ser feita com cautela. Por exemplo, no Brasil, os medicamentos com tarja vermelha, que deveriam ser obtidos somente a partir de uma receita médica, são vendidos livremente nas farmácias.<sup>12</sup> Estudos sobre auto-medicação são particularmente suscetíveis a essas diferenças, visto que em muitos países de renda média ou baixa, a auto-medicação pode ocorrer tanto para medicamentos de venda livre quanto para aqueles sujeitos a prescrição médica. Já nos países desenvolvidos, estudos sobre auto-medicação são específicos para os medicamentos de venda livre ("*over the counter*").

### **2. Medicamentos de uso crônico ou regular e medicamentos de uso eventual**

A maioria dos estudos (87.0%) investigou todos os tipos de medicamentos e uma pequena parcela dos artigos avaliou apenas medicamentos usados regularmente<sup>2,26,32,54,56,65,74</sup> (Tabela 1). A caracterização do que é um medicamento de uso regular é tratada de forma diferente pelos pesquisadores. Algumas abordagens são: uso de medicamentos habitualmente;<sup>64</sup> uso de medicamentos regularmente ou continuamente;<sup>39,49</sup> uso atual;<sup>14,30,31</sup> medicamentos usados com intervalos de tempo regular ou para doenças que ocorrem repetidamente;<sup>56</sup> medicamentos para transtornos de saúde crônicos;<sup>54</sup> e medicamentos usados regularmente, sem data para parar.<sup>11</sup>

Tendo em vista que a terminologia utilizada pode afetar a resposta do entrevistado, é importante esclarecer exatamente sobre qual tipo de medicamentos o pesquisador está interessado. Por exemplo, os contraceptivos de uso oral são medicamentos de uso regular, mas não são usados para tratar doenças crônicas como a maioria dos outros medicamentos desse tipo.

Uma outra questão a ser pensada é: quanto tempo de uso é necessário para um medicamento ser considerado de uso regular ou habitual? Alguns tratamentos profiláticos com antibióticos são bastante extensos, no entanto são temporários. Estes deveriam ser considerados como de uso regular ou de uso eventual? Neste sentido, a utilização de termos como "habitual", "regular" parece mais apropriada do que a definição com base no número de dias do tratamento. O termo "sem data para parar" pode ser uma alternativa para diferenciar os tipos de medicamentos.

A grande distinção que a literatura faz é entre medicamentos para tratamentos de doenças crônicas ou para tratar problemas de saúde agudos ou ocasionais. Os contraceptivos orais não se enquadram em nenhum desses grupos, logo, mais uma vez, a clara definição do que se está interessado em investigar e a explicitação disso na publicação é fundamental.

### 3. Informação sobre classificação dos grupos farmacológicos

Quase metade dos estudos revisados não indicou o sistema utilizado para classificar os medicamentos por grupos farmacológicos. Entre os sistemas relatados, o *Anatomic Therapeutic Chemical Classification System* (ATC) foi o mais freqüente, seguido pelo *American Hospital Formulary System* (AHFS). A ATC ([www.whooc.no/atcddd](http://www.whooc.no/atcddd)) é uma classificação anátomo-funcional que divide os medicamentos de acordo com o órgão ou sistema no qual atuam, além de considerar suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas. Apresenta cinco níveis de classificação partindo do aparelho ou sistema no qual o medicamento atua até chegar na substância farmacologicamente ativa. Somente para os medicamentos que fazem parte da ATC é possível utilizar a metodologia *Defined Daily Dose System* – DDD, que permite comparar estudos realizados em regiões geográficas distintas.<sup>40</sup> No sistema do AHFS ([www.ashp.org](http://www.ashp.org)), um mesmo código pode ser atribuído a mais de um produto, o que não ocorre na ATC.

É importante ressaltar que um mesmo medicamento pode ter duas ou mais indicações, e para classificação por grupos farmacológicos, é fundamental saber para qual problema de saúde o medicamento foi usado. No caso do ácido acetilsalisílico, por exemplo, o mesmo tem o código N02BA01 para uso como analgésico e o código B01AC06 para uso como anti-agregante plaquetário na classificação ATC.

#### 4. Relato de sazonalidade

Diferenças sazonais apresentam um papel importante no uso de certos medicamentos. Hach<sup>30</sup> aponta as diferenças climáticas entre as épocas do ano em que as coletas dos dados são realizadas como uma limitação para a comparação com outros estudos.

Locais que apresentam diferenças climáticas marcantes ao longo do ano devem informar a estação do ano em que a coleta foi realizada. Entretanto, essa informação geralmente não está presente nas publicações. O que se encontra de informação é a data da coleta dos dados, mas para a literatura internacional essa informação não é suficiente, pois

dentro do mesmo país podem existir ou não diferenças climáticas importantes entre diferentes regiões.

## **Denominadores utilizados nas análises**

A análise das informações sobre uso de medicamentos, no que se refere a prevalências, determinantes individuais e classificações dos medicamentos, pode ser feita basicamente de duas formas: utilizando o total de indivíduos da amostra como denominador ou o número total de medicamentos relatados. Outras análises são feitas utilizando apenas o grupo dos indivíduos que usaram medicamentos.

Alguns estudos não deixam claro, nem na metodologia utilizada e nem na descrição e apresentação dos resultados, qual o tipo de denominador utilizado. É importante essa informação estar claramente definida quando se comparam diferentes estudos. Muito freqüentemente, o número de medicamentos utilizados pelo total da amostra é bastante superior ao número de indivíduos nela incluídos. Portanto, diferentes denominadores podem levar a resultados bastante diferentes.

Para o estudo de associações entre os determinantes individuais (variáveis sócio-demográficas, comportamentais e de saúde) e o uso de medicamentos, a abordagem correta utiliza o número total de indivíduos da amostra como denominador. Em geral essas análises envolvem uma variável dicotômica como desfecho que indica se houve utilização de medicamentos: sim ou não.

Quando queremos detalhar as características dos medicamentos utilizados, têm sido utilizadas as duas abordagens. Em função dessas diferenças é bastante comum as análises serem conduzidas em dois bancos de dados distintos. Um deles utiliza o número total de indivíduos da amostra, isto é, cada linha de informação do banco de dados se refere a um indivíduo da amostra. O outro banco utiliza o número total de medicamentos coletados, isto é, cada linha de informação se refere a um medicamento, logo, os indivíduos que não utilizaram

nenhum medicamento, não fazem parte desse banco e um mesmo indivíduo aparece tantas vezes quanto for o número de medicamentos que ele utilizou. Esse aspecto foi recentemente discutido em um artigo de revisão.<sup>58</sup>

Quando analisada a prevalência de utilização de um determinado grupo farmacológico podemos estar interessados em dizer, por exemplo, qual a prevalência do uso de antimicrobianos na população em estudo (denominador = número de indivíduos) ou qual a proporção do grupo de antimicrobianos no total de medicamentos utilizados na amostra (denominador = número de medicamentos). Em estudo sobre conhecimento e utilização sobre medicamentos genéricos<sup>12</sup> as duas formas de interpretação foram usadas resultando em valores muito semelhantes entre os dois cálculos, 3,9% (no total de medicamentos) e 3,6% (no total de indivíduos da amostra). Entretanto, nem sempre isso ocorre. O artigo de Bertoldi e colaboradores<sup>11</sup> encontrou um valor de 16,5% para a proporção de uso de analgésicos não-opioides no total de medicamentos consumidos. Se fosse apresentado o cálculo da prevalência de uso de analgésicos não-opioides usando os indivíduos da amostra no denominador, esse valor seria de 32,2% (dados do autor não publicados).

O reconhecimento dessas diferenças e sua clara apresentação no texto e nas tabelas são importantes para que o leitor possa interpretar com segurança e avaliar a adequação das análises.

## **Conclusões**

A presente revisão utilizou um recorte focado nos estudos quantitativos de utilização global de medicamentos baseados em coleta domiciliar. Entre os 54 artigos selecionados foram destacados aspectos que caracterizam esse grupo de estudos, buscando identificar características metodológicas importantes para a melhor qualidade dos dados em estudos dessa natureza. Uma primeira conclusão é a necessidade de padronização dos estudos, visto que a comparabilidade entre as publicações é praticamente impossível devido a diversidade de

métodos utilizados. Além disso, nota-se nas publicações uma carência de detalhamento das metodologias empregadas nos estudos. Algumas recomendações podem ser feitas com base nos tópicos discutidos nessa revisão:

- a) Realizar um treinamento rigoroso dos entrevistadores no reconhecimento dos medicamentos e de suas características parece fundamental para garantir a qualidade dos dados coletados;
- b) Iniciar os questionários com um esclarecimento aos entrevistados sobre o que é medicamento, ressaltando grupos que poderiam ser esquecidos ou desconsiderados. Somente após esse esclarecimento, as pessoas seriam questionadas sobre a utilização de algum medicamento no período investigado, e nenhum reforço posterior com exemplos precisaria ser dado;
- c) Apresentar a pergunta utilizada para investigar uso de medicamentos nas publicações. Essa informação esclarece dúvidas e facilita as comparações;
- d) Em estudos que incluem idosos, complementar os dados a partir de entrevistas com parentes próximos ou cuidadores, evitando que os idosos mais debilitados (exatamente os que apresentam maior uso de medicamentos) sejam excluídos;
- e) Solicitar a apresentação de embalagens e receitas, visto que esse método aumenta a chance de se captar medicamentos que poderiam ter sido excluídos do auto-relato e facilita a identificação correta dos medicamentos;
- f) Relatar sempre a referência ou sistema utilizado para classificar os medicamentos em grupos farmacológicos, independente do que for utilizado. Sugere-se o uso de classificações anátomo-funcionais;
- g) O período recordatório parece ser um dos aspectos que mais afeta os resultados dos estudos sobre uso de medicamentos. Existe uma carência de estudos metodológicos que comparem uma informação mais precisa sobre uso de medicamentos (por exemplo, registros de farmácias) com diferentes períodos de

recordatório. Em termos de comparabilidade, o período de recordatório de 14-15 dias é o mais freqüente na literatura;

Espera-se com essa revisão atualizar os pesquisadores da área sobre as metodologias mais freqüentemente empregadas em estudos domiciliares na área de utilização de medicamentos. Além disso, esta publicação pode contribuir para a padronização e melhoria da qualidade dos dados sobre uso de medicamentos obtidos através de questionários. Sabe-se dos inúmeros problemas decorrentes do auto-relato, entretanto, esse tipo de estudo atende a necessidade de investigações sobre utilização de medicamentos nos países de renda média ou baixa e também nos países desenvolvidos, especialmente para a investigação de medicamentos de venda livre.

### **Referências bibliográficas**

1. Acurcio FA, Rozenfeld S, Ribeiro AQ, Klein CH, Moura CS, Andrade CR. Use of medications by elderly Brazilian retirees. 1- Methodology and response rates of a multicenter survey. *Cad Saude Publica* 2006;22:87-96.
2. Agostini JV, Han L, Tinetti ME. The relationship between number of medications and weight loss or impaired balance in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1719-23.
3. Al-Windi A, Elmfeldt D, Svardsudd K. The relationship between age, gender, well-being and symptoms, and the use of pharmaceuticals, herbal medicines and self-care products in a Swedish municipality. *Eur J Clin Pharmacol* 2000;56:311-7.
4. Amare G, Gedif T, Alemayehu T, Tesfahun B. Pattern of drug use in Addis Ababa community. *East Afr Med J* 1997;74:362-7.
5. Angaran DM. Selecting, developing, and evaluating indicators. *Am J Hosp Pharm* 1991;48:1931-7.



6. Arrais PS, Brito LL, Barreto ML, Coelho HL. [Prevalence and determinants of medicines consumption in Fortaleza, Ceara, Brazil]. *Cad Saude Publica* 2005;21:1737-46.
7. Asch DA, Jedrzejewski MK, Christakis NA. Response rates to mail surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol* 1997;50:1129-36.
8. Barat I, Andreassen F, Damsgaard EM. The consumption of drugs by 75-year-old individuals living in their own homes. *Eur J Clin Pharmacol* 2000;56:501-9.
9. Bardel A, Wallander MA, Svardsudd K. Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65-year-old women in mid-Sweden: A population-based study. *J Clin Epidemiol* 2000;53:637-43.
10. Berquó LS, Barros AJD, Lima RC, Bertoldi AD. Utilização de antimicrobianos em uma população urbana. *Rev Saude Publica* 2004;38:239-46.
11. Bertoldi AD, Barros AJ, Hallal PC, Lima RC. [Drug utilization in adults: prevalence and individuals determinants]. *Rev Saude Publica* 2004;38:228-38.
12. Bertoldi AD, Barros AJ, Hallal PC. Generic drugs in Brazil: known by many, used by few. *Cad Saude Publica* 2005;21:1808-15.
13. Blalock SJ, Byrd JE, Hansen RA, et al. Factors associated with potentially inappropriate drug utilization in a sample of rural community-dwelling older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2005;3:168-79.
14. Brzozowska A, Enzi G, Amarin Cruz J. Medicine use and supplementation practice among participants of SENECA Study. *J Nutr Health Aging* 2002;6:34-8.
15. Carvalho MF, Pascom AR, Souza-Junior PR, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad Saude Publica* 2005;21 Suppl:100-8.
16. Chen YF, Dewey ME, Avery AJ. Self-reported medication use for older people in England and Wales. *J Clin Pharm Ther* 2001;26:129-40.
17. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. [Medication use patterns among elderly people in urban area in Northeastern Brazil]. *Rev Saude Publica* 2004;38:557-64.

18. Cohen I, Rogers P, Burke V, Beilin LJ. Predictors of medication use, compliance and symptoms of hypotension in a community-based sample of elderly men and women. *J Clin Pharm Ther* 1998;23:423-32.
19. Del Rio MC, Prada C, Alvarez FJ. The use of medication by the Spanish population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 1997;6:41-8.
20. Eggen AE. Pattern of drug use in a general population - prevalence and predicting factors: the Tromso study. *Int J Epidemiol*. 1994;23:1262-1270.
21. Eggen AE. Patterns of medicine use in a general population (0-80 years). The Influence of age, gender, diseases and place of residence on drug use in Norway. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 1997;6:179-87.
22. Espino DV, Lichtenstein MJ, Hazuda HP, et al. Correlates of prescription and over-the-counter medication usage among older Mexican Americans: the Hispanic EPESE study. Established Population for the Epidemiologic Study of the Elderly. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:1228-34.
23. Figueiras A, Caamano F, Gestal-Otero JJ. Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. *Eur J Epidemiol* 2000;16:19-26.
24. Fillenbaum GG, Horner RD, Hanlon JT, Landerman LR, Dawson DV, Cohen HJ. Factors predicting change in prescription and nonprescription drug use in a community-residing black and white elderly population. *J Clin Epidemiol* 1996;49:587-93.
25. Flores LM, Mengue SS. [Drug use by the elderly in Southern Brazil.]. *Rev Saude Publica* 2005;39:924-9.
26. Fuchs Z, Novikov I, Blumstein T, Chetrit A, Gindin J, Modan B. Patterns of drug use among the community-dwelling old-old population in Israel. *Isr Med Assoc J* 2003;5:346-51.

27. Furu K, Straume B, Thelle DS. Legal drug use in a general population: association with gender, morbidity, health care utilization, and lifestyle characteristics. *J Clin Epidemiol* 1997;50:341-9.
28. Furu K, Thelle DS. Validity of questions in the use of specific drug-groups in health surveys. *Pharm World Sci* 2001;23:50-4.
29. Gama EV, Rodriguez Artalejo F, Palacios Diaz A, Gabarre Orus P, Perez del Molino Martin J. [Drug consumption by the elderly: results of population studies]. *Rev Esp Salud Publica* 1998;72:209-19.
30. Hach I, Rentsch A, Ruhl UE, et al. Drug use patterns in young German women and association with mental disorders. *Ann Pharmacother* 2004;38:1529-34.
31. Hershman DL, Simonoff PA, Frishman WH, Paston F, Aronson MK. Drug utilization in the old old and how it relates to self-perceived health and all-cause mortality: results from the Bronx Aging Study. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:356-60.
32. Hidalgo JL-T, Cerda Diaz R, Fernandez Olano C, Requena Gallego M, Fernandez Casalderrey C, Otero Puime A. [Factors associated with chronic drug consumption in the elderly]. *Med Clin (Barc)* 1997;108:572-6.
33. Hoffman SC, Burke AE, Helzlsouer KJ, Comstock GW. Controlled trial of the effect of length, incentives, and follow-up techniques on response to a mailed questionnaire. *Am J Epidemiol* 1998;148:1007-11.
34. Hogan DB, Ebly EM, Fung TS. Regional variations in use of potentially inappropriate medications by Canadian seniors participating in the Canadian Study of Health and Aging. *Can J Clin Pharmacol* 1995;2:167-174.
35. Izazola-Conde C, Kotelchuck M. Prevalence of medicinal drug usage among the Mexican general population according to National Health Survey I. *Proc West Pharmacol Soc* 1998;41:183-6.

36. Johnson RE, Ried LD. OTC drug use in an HMO: comparing the elderly and younger adults. *J Aging Health* 1996;8:114-35.
37. Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: the Slone survey. *JAMA* 2002;287:337-44.
38. Kimmel SE, Lewis JD, Jaskowiak J, Kishel L, Hennessy S. Enhancement of medication recall using medication pictures and lists in telephone interviews. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2003;12:1-8.
39. Klarin I, Fastbom J, Wimo A. A population-based study of drug use in the very old living in a rural district of Sweden, with focus on cardiovascular drug consumption: comparison with an urban cohort. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2003;12:669-78.
40. Laporte J-R, Porta M, Capellà D. Drug utilization studies: a tool for determining the effectiveness of drug use. *Br J Clin Pharmacol* 1983;16:301-304.
41. Lassila HC, Stoehr GP, Ganguli M, et al. Use of prescription medications in an elderly rural population: the MoVIES Project. *Ann Pharmacother* 1996;30:589-95.
42. Linjakumpu TA, Hartikainen SA, Klaukka TJ, et al. Sedative drug use in the home-dwelling elderly. *Ann Pharmacother* 2004;38:2017-22.
43. Lipton HL, Bird JA. Drug utilization review: state of the art from an academic perspective. *Clin Pharmacol Ther* 1991;50:616-19.
44. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JO, Lima-Costa MF. [Prevalence and factors associated with self-medication: the Bambui health survey]. *Rev Saude Publica* 2002;36:55-62.
45. Miralles MA, Kimberlin CL. Perceived access to care and medication use among ambulatory elderly in Rio de Janeiro, Brazil. *Soc Sci Med* 1998;46:345-55.

46. Monster TB, Janssen WM, de Jong PE, de Jong-van den Berg LT. Pharmacy data in epidemiological studies: an easy to obtain and reliable tool. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2002;11:379-84.
47. Moxey ED, O'Connor JP, Novielli KD, Teutsch S, Nash DB. Prescription drug use in the elderly: a descriptive analysis. *Health Care Financ Rev* 2003;24:127-41.
48. Neutel CI. Drug Utilization Patterns as Indicators. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 1998;7:131-133.
49. Nielsen MW, Hansen EH, Rasmussen NK. Prescription and non-prescription medicine use in Denmark: association with socio-economic position. *Eur J Clin Pharmacol* 2003;59:677-84.
50. Obermeyer CM, Schulein M, Kasparian C, Ammar W. Medication use, gender, and socio-economic status in Lebanon: analysis of a national survey. *J Med Liban* 2002;50:216-25.
51. Obermeyer CM, Schulein M, Hardon A, et al. Gender and medication use: an exploratory, multi-site study. *Women Health* 2004;39:57-73.
52. Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Inappropriate drug prescription in home-dwelling, elderly patients: a population-based survey. *Arch Intern Med* 2002;162:1707-12.
53. Rajmil L, Ruiz C, Segú JL, Fernández E, Segura A. [Factors related to drug consumption in children's population]. *Med Clin (Barc)* 2000;114:214-6.
54. Recalde JM, Zunzunegui MV, Beland F. [Interaction of prescribed drugs in a population over 65 years of age]. *Aten Primaria* 1998;22:434-9.
55. Reijneveld SA, Stronks K. The validity of self-reported use of health care across socioeconomic strata: a comparison of survey and registration data. *Int J Epidemiol* 2001;30:1407-14.
56. Rosholm JU, Christensen K. Relationship between drug use and self-reported health in elderly Danes. *Eur J Clin Pharmacol* 1997;53:179-83.

57. Rozenfeld S. [Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review]. *Cad Saude Publica* 2003;19:717-24.
58. Rozenfeld S, Valente J. Estudos de utilização de medicamentos - considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2004;13:115-123.
59. Sans S, Paluzie G, Puig T, Balana L, Balaguer-Vintro II. [Prevalence of drug utilization in the adult population of Catalonia, Spain]. *Gac Sanit* 2002;16:121-130.
60. Schirm E, Monster TB, de Vries R, van den Berg PB, de Jong-van den Berg LT, Tobi H. How to estimate the population that is covered by community pharmacies? An evaluation of two methods using drug utilisation information. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2004;13:173-9.
61. Schulpen TWJ, Swinkels WJAM. The utilization of health services in a rural area of Kenya. *Trop geogr Med* 1980;32:340-9.
62. Shankar PR, Partha P, Shenoy N. Self-medication and non-doctor prescription practices in Pokhara valley, Western Nepal: a questionnaire-based study. *BMC Fam Pract* 2002;3:17.
63. Shankar PR, Kumar P, Theodore AM, Partha P, Shenoy N. A survey of drug use patterns in western Nepal. *Singapore Med J* 2003;44:352-6.
64. Simoni M, Pedreschi M, Baldacci S, et al. The Po River Delta epidemiological study: use of medicines in a general population sample of north Italy. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2000;9:319-326.
65. Steyn K, Bradshaw D, Norman R, Bradley H, Laubscher R. The use of prescribed drugs for common chronic conditions in South Africa in 1998. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005;14:91-100.
66. Stoehr GP, Ganguli M, Seaberg EC, Echement DA, Belle S. Over-the-counter medication use in an older rural community: the MoVIES Project. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:158-65.
67. Stolar MH. Drug use review: operational definitions. *Am J Hosp Pharm* 1978;35:76-8.
68. Strom Bl. *Pharmacoepidemiology*. Fourth ed. England: John Wiley & Sons Ltd., 2005.

69. Thomas HF, Sweetnam PM, Janchawee B, Luscombe DK. Polypharmacy among older men in South Wales. *Eur J Clin Pharmacol* 1999;55:411-5.
70. Tobi H, Van Den Berg PB, de Jong-van den Berg L. The interaction database: synergy of science and practice in pharmacy. In: Brause RW HE, ed. Medical data analysis. Lecture notes in computersciences. Frankfurt, Germany, 2000: 206-211.
71. United Nations. Household sample surveys in developing and transition countries. In: Department of Economic and Social Affairs. Statistics Division, ed: United Nations Publication, 2005: 619.
72. Van Den Brandt PA, et al. Comparison of questionnaire information and pharmacy data on drug. *Pharm Weekbl Sci* 1991;13:91-96.
73. Van Der Geest S, Hardon A. Drugs use: methodological suggestions for field research in devoloping countries. *Health Policy and Planning* 1988;3:152-58.
74. Vega Quiroga S, Lopez Gay L, Bermejo Pareja F, et al. [Drug consumption by people over 60 years of age in a rural area]. *Aten Primaria* 1996;17:496-500.
75. Vilarino JF, Soares IC, da Silveira CM, Rodel AP, Bortoli R, Lemos RR. [Self-medication profile in a city of south Brazil]. *Rev Saude Publica* 1998;32:43-9.
76. Wallsten SM, Sullivan RJ, Jr., Hanlon JT, Blazer DG, Tyrey MJ, Westlund R. Medication taking behaviors in the high- and low-functioning elderly: MacArthur field studies of successful aging. *Ann Pharmacother* 1995;29:359-64.
77. Weiderpass E, Beria JU, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. [Epidemiology of drug use during the first three months of life in a urban area of southern Brazil]. *Rev Saude Publica* 1998;32:335-44.
78. WHO Expert Committee. The Selection of Essencial Drugs, technical report series n° 615. Geneva: Word Health Organization, 1977.
79. Wills P, Claesson CB, Fratiglioni L, Fastbom J, Thorslund M, Winblad B. Drug use by demented and non-demented elderly people. *Age Ageing* 1997;26:383-91.

80. Woo J, Ho SC, Yuen YK, Lau J. Drug use in an elderly Chinese population: prevalence and associated factors. *Gerontology* 1995;41:98-108.



TABELA 1. Características geográficas e metodológicas dos 54 estudos quantitativos de utilização de medicamentos de base domiciliar incluídos na revisão

Características	N	%
Continente		
Europa	22	40,6
América do Norte	13	24,1
América do Sul	10	18,5
Ásia	5	9,3
África	2	3,7
Oceania	1	1,9
Misto <sup>†</sup>	1	1,9
Delineamento		
Transversal	41	75,9
Transversal aninhado em longitudinal	7	13,0
Longitudinal	6	11,1
Faixa etária		
Todas	8	14,8
Crianças	2	3,7
Adolescentes e adultos	17	31,5
Só idosos	27	50,0
Tamanho da amostra		
Até 1000	18	33,3
De 1001 a 5000	24	44,5
Mais de 5000	12	22,2
Forma de aplicação do questionário		
Entrevistador	47	87,0
Correio	4	7,4
Auto-aplicado	2	3,7
Telefone	1	1,9
Respondente da entrevista		
Usuário do medicamento	36	66,6
Usuário do medicamento e por prox <sup>†</sup>	10	18,5
Usuário do medicamento e país	5	9,3
País	2	3,7
Chefe da família	1	1,9
Apresentação da pergunta utilizada para investigar uso de medicamentos		
Não	39	72,2
Sim	15	27,8
Tipo de pergunta para avaliar uso de medicamentos		
Pergunta sem restrição (qualquer medicamento)	44	81,4
Pergunta específica	6	11,1
Outros tipos de pergunta <sup>**</sup>	3	5,6
Não informado	1	1,9
Solicitado apresentação da embalagem		
Não	15	27,8
Sim	34	62,9
NSA <sup>§</sup>	5	9,3
Solicitado apresentação da receita		
Não	41	75,9
Sim	8	14,8
NSA	5	9,3

Tipo de medicamentos		
Uso regular ou contínuo e uso eventual	47	87,0
Só uso regular ou contínuo	7	13,0
Indicação dos medicamentos		
Prescritos e não prescritos	50	92,5
Só prescritos	3	5,6
Só não prescritos	1	1,9
Classificação por grupo farmacológico		
ATC*	12	22,2
AHF#	4	7,4
Outra&	13	24,1
Não indicado	22	40,7
NSA	3	5,6
Denominador utilizado nas análises		
Indivíduos	37	68,5
Indivíduos e medicamentos	16	29,6
Não indicado	1	1,9

† México, Filipinas, Uganda e Estados Unidos    † Cuidadores ou parentes próximos    § Não se aplica

\* Anatomical Therapeutic Chemical Classification System    # American Hospital Formulary System

& Outras classificações que apareceram somente uma vez

\*\* Parte sem restrição e parte específica ou sem restrição, mas induzida

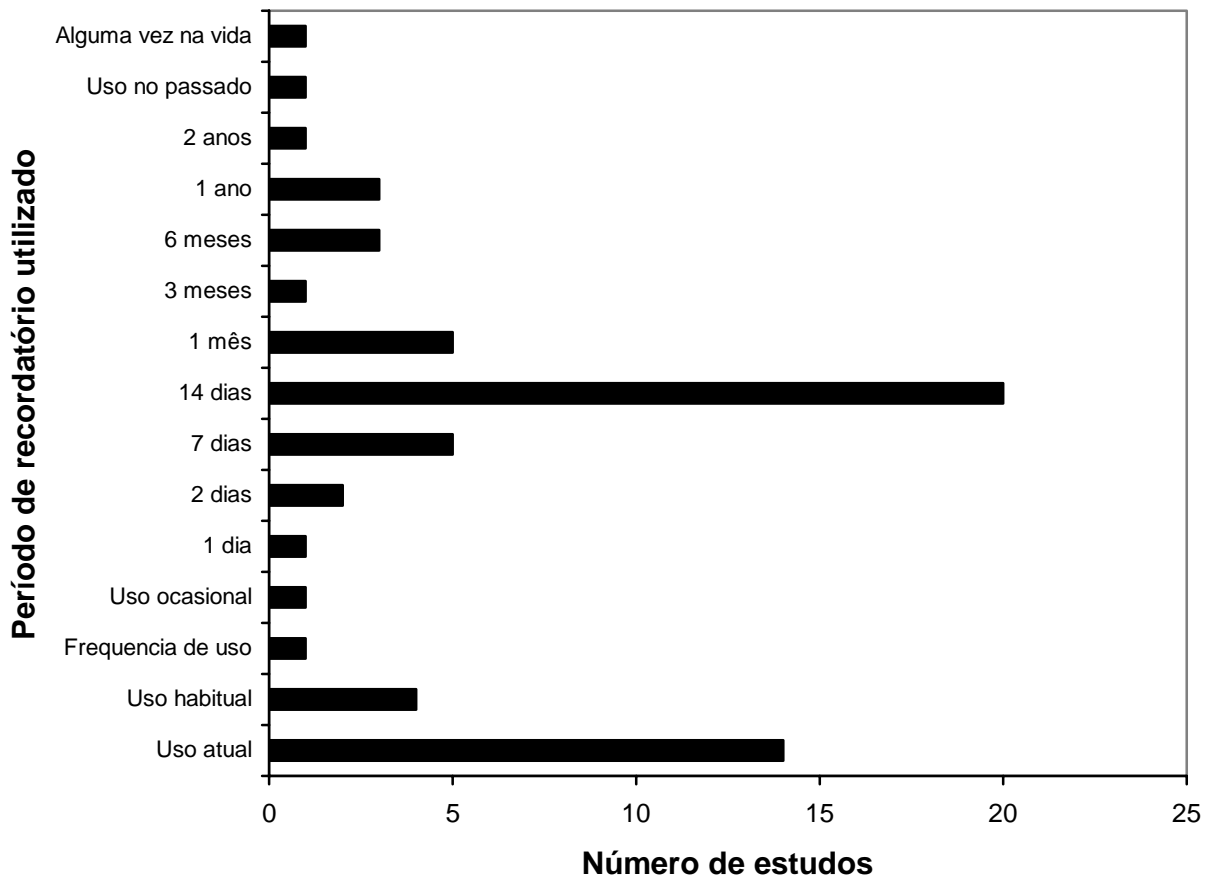


FIGURA 1. Distribuição dos estudos conforme o período de recordatório utilizado.

**RESUMO PARA  
DIVULGAÇÃO NA IMPRENSA**

---

## **Acesso a medicamentos em população atendida pelo**

### **Programa Saúde da Família**

Entre os meses de julho e setembro de 2003 um grande inquérito sobre saúde foi realizado em Porto Alegre-RS. O projeto foi coordenado pelo Prof. Dr. Aluísio J D Barros e financiado pelo Banco Mundial, visando avaliar se alguns programas de saúde e nutrição brasileiros estavam atingindo a população mais pobre. A coleta de dados foi realizada numa amostra de setores cobertos pelo Programa Saúde da Família (PSF). Neste estudo, foram investigados o acesso, a utilização e os gastos com medicamentos nesta população, sendo esse o tema da tese de doutorado da farmacêutica e mestre em epidemiologia Andréa Dâmaso Bertoldi, do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

O PSF é uma iniciativa do governo para oferecer atenção primária à saúde de alta qualidade, incluindo acesso gratuito a uma lista de medicamentos essenciais. Um total de 2988 pessoas foi entrevistado. Destes, metade utilizou pelo menos um medicamento nos 15 dias que antecederam a entrevista. Cerca de 4% dos entrevistados relataram que deixaram de utilizar algum medicamento que necessitavam nesse mesmo período. Do total de medicamentos usados, 42% foram comprados, 51% foram fornecidos gratuitamente pelo PSF e 7% foram conseguidos de outra forma. Vale destacar que quase 90% dos medicamentos prescritos pelos médicos do PSF foram fornecidos gratuitamente. Esses dados indicam um alto acesso aos medicamentos pela população atendida pelo PSF em Porto Alegre. Entretanto, quando essa população foi dividida em grupos socioeconômicos, notou-se que no grupo mais pobre da população, quase 25% dos medicamentos utilizados tiveram que ser comprados.

Fazendo parte da mesma tese de doutorado, também foram investigadas questões relativas a utilização e o conhecimento da população sobre medicamentos genéricos. Esse

estudo foi realizado em 2002 na cidade de Pelotas, incluindo 3182 indivíduos, com 20 anos de idade ou mais. Mais de 65% dos entrevistados haviam consumido pelo menos um medicamento nos 15 dias que antecederam a pesquisa. Do total de medicamentos utilizados, apenas 4% eram genéricos.

Pesquisou-se ainda o nível de conhecimento da população sobre os medicamentos genéricos. 70% dos entrevistados disseram que os genéricos têm qualidade equivalente aos originais e 86% sabiam que os genéricos eram mais baratos que os medicamentos de referência. No entanto, quando uma situação prática foi introduzida, foi possível notar que quase metade dos entrevistados confundiu um medicamento similar (medicamentos com marca comercial, freqüentemente comercializados com preços inferiores aos genéricos) com um genérico.

Estes resultados podem indicar que a população confunde os medicamentos genéricos com os similares, e na prática, muitas vezes adquire os similares pensando serem genéricos.

## **ANEXOS**

---

## Anexo 1 – Questionário domiciliar





### QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_ Código: \_\_ \_\_

Data da entrevista: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ Hora inicial: \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_

No. PSF: \_\_ \_\_

No. da família: \_\_ \_\_

**Número do questionário:** 0 0

#### NÚMERO DE MORADORES

1.  Total de pessoas que moram neste domicílio: \_\_ \_\_

NMORA \_\_ \_\_

2.  Total de residentes do sexo feminino: \_\_ \_\_

NMOFEM \_\_ \_\_

3.  Total de residentes do sexo masculino: \_\_ \_\_

NMOMASC \_\_ \_\_

#### RESPONDENTE E CHEFE DA FAMÍLIA

4.  Nome da pessoa que está respondendo o questionário:

\_\_\_\_\_

5.  Número de ordem do respondente na lista de moradores: \_\_ \_\_

NORDRESP \_\_ \_\_

6.  Sexo do chefe da família:

1 ( ) masculino

2 ( ) feminino

SEXOCH \_\_ \_\_

7.  Idade do chefe da família:

\_\_ \_\_ \_\_ anos (999 = IGN)

IDADECH \_\_ \_\_ \_\_

8. Qual a escolaridade do chefe da família?

1 ( ) nenhuma ou até 3ª série (primário incompleto)

2 ( ) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto

3 ( ) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto

4 ( ) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto

5 ( ) nível superior completo 9 ( ) IGN

ABEDUCH \_\_ \_\_

#### PSF - CADASTRO E VISITAS DOMICILIARES

9. Este domicílio está cadastrado no posto do Programa Saúde da Família, o PSF?

0 ( ) não → 19

1 ( ) sim

9 ( ) IGN

CADPSF \_\_ \_\_

10. Vocês já foram visitados alguma vez pelo agente de saúde do PSF, além da visita para cadastro?

0 ( ) não → 12

1 ( ) sim

9 ( ) IGN

ACSVIS \_\_ \_\_

11. Quando foi a última vez que o agente de saúde visitou o domicílio?

1 ( ) Há menos de 1 semana

2 ( ) Há mais de 1 semana, mas menos de 1 mês

3 ( ) Há mais de 1 mês, mas menos de 6 meses

4 ( ) Há mais de 6 meses

9 ( ) IGN

ACSQDO \_\_ \_\_

12. Que importância =☺= acha que tem a visita do agente de saúde? ☞ 1 ( ) muito importante      2 ( ) mais ou menos      3 ( ) sem importância	ACSIMP ___
13. Vocês já foram visitados alguma vez por um enfermeiro ou enfermeira do PSF? 0 ( ) <b>não →15</b> 1 ( ) sim      9 ( ) IGN	ENFVIS ___
14. Quando foi a última vez que ele (ou ela) visitou o domicílio? 1 ( ) Há menos de 1 semana 2 ( ) Há mais de 1 semana, mas menos de 1 mês 3 ( ) Há mais de 1 mês, mas menos de 6 meses 4 ( ) Há mais de 6 meses      9 ( ) IGN	ENFQDO ___
15. Que importância =☺= acha que tem a enfermeira na equipe do posto? ☞ 1 ( ) muito importante      2 ( ) mais ou menos      3 ( ) sem importância	ACSIMP ___
16. Vocês já foram visitados alguma vez pelo médico do PSF? 0 ( ) <b>não →18</b> 1 ( ) sim      9 ( ) IGN	MEDVIS ___
17. Quando foi a última vez que o médico visitou o domicílio? 1 ( ) Há menos de 1 semana 2 ( ) Há mais de 1 semana, mas menos de 1 mês 3 ( ) Há mais de 1 mês, mas menos de 6 meses 4 ( ) Há mais de 6 meses      9 ( ) IGN	MEDQDO ___
18. Que importância =☺= acha que tem o médico na equipe do posto? ☞ 1 ( ) muito importante      2 ( ) mais ou menos      3 ( ) sem importância	ACSIMP ___
<b>INFRA-ESTRUTURA DO DOMICÍLIO</b>	
19. 🏠 Tipo de domicílio: 1 ( ) casa      2 ( ) apartamento      3 ( ) cômodo      9 ( ) não sei	TIPOCASA ___
20. Quantos cômodos existem nessa casa? ___ cômodos (99 = IGN)	COMODO ___
21. Quantos cômodos as pessoas que moram usam para dormir? ___ cômodos (99 = IGN)	COMDOR ___
22. Essa casa é própria, alugada, ou? 1 ( ) própria – já paga      2 ( ) própria – ainda pagando      3 ( ) alugada 4 ( ) cedida, comodato      5 ( ) invadida, usucapião      6 ( ) outra condição 9 ( ) IGN	CONDCASA ___
23. De onde vem a água dessa casa? 1 ( ) rede geral      2 ( ) poço ou nascente (na propriedade)      3 ( ) outra      9 ( ) IGN	AGUAFON ___
24. A água utilizada nessa casa é canalizada? 1 ( ) canalizada em pelo menos um cômodo 2 ( ) canalizada só na propriedade ou terreno 3 ( ) não canalizada      9 ( ) IGN	AGUACAN ___
25. Quantos banheiros existem nessa casa? (Considere somente os que têm vaso mais chuveiro ou banheira). ___ (00 = <b>não tem →27</b> )	NBANHO ___
26. 🚰 A água usada do banheiro sai para onde? 1 ( ) rede de esgoto      2 ( ) direto em rede pluvial, rio, etc.      3 ( ) fossa 4 ( ) a céu aberto, vala      5 ( ) outro      9 ( ) IGN	ESGOTO ___

27. Agora eu vou fazer perguntas sobre coisas que vocês têm em casa. Esta informação é importante para que a gente possa comparar depois o uso dos serviços de saúde e a satisfação com eles, entre as famílias mais ricas e as mais pobres.									
<b>BENS DOMÉSTICOS</b>									
NESTE DOMICÍLIO VOCÊS TÊM:									
28. Aspirador de pó?	0 ( ) não	1 ( ) sim	ABASPIRA ___						
29. Máquina de lavar roupa? ( <i>não considerar o tanquinho</i> )	0 ( ) não	1 ( ) sim	ABLAVA ___						
30. Videocassete?	0 ( ) não	1 ( ) sim	ABVIDEO ___						
31. Geladeira?	0 ( ) não	1 ( ) sim	ABGELA ___						
32. Freezer ou geladeira duplex?	0 ( ) não	1 ( ) sim	ABFREEZ ___						
33. Forno de microondas?	0 ( ) não	1 ( ) sim	SEMICRO ___						
34. Microcomputador?	0 ( ) não	1 ( ) sim	SECOMPUT ___						
35. Telefone fixo (convencional)?	0 ( ) não	1 ( ) sim	SETEL ___						
NESTE DOMICÍLIO VOCÊS TÊM, E SE TÊM, QUANTOS?									
36. Rádio	0 ( )	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ou + ( )	9 ( )	IGN	ABRADIO ___	
37. Televisão preto e branco	0 ( )	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ou + ( )	9 ( )	IGN	SETVPB ___	
38. Televisão colorida	0 ( )	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ou + ( )	9 ( )	IGN	ABTVCOR ___	
39. Automóvel (de uso particular)	0 ( )	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ou + ( )	9 ( )	IGN	ABCARRO ___	
40. Aparelho de ar condicionado	0 ( )	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ou + ( )	9 ( )	IGN	SEARCOND ___	
<i>Se houver ar condicionado central marque o número de cômodos servidos.</i>									
41. Na casa trabalha empregado doméstico <b>por mês</b> ?									
0 ( ) não	1 ( ) uma	2 ( ) duas ou mais							ABEMPRE ___

## Anexo 2 – Questionário individual



### QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora inicial: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Número do PSF: \_\_\_\_\_

Número da família: \_\_\_\_\_

**Número do questionário:** \_\_\_\_\_

Número da pessoa: \_\_\_\_\_

#### DADOS GERAIS

42. ☞ Entrevista referente a: \_\_\_\_\_

43. ☞ Número de ordem na lista de moradores: \_\_\_\_

NORDEM \_\_\_\_

44. Possui telefone celular ou outro telefone para contato?  
\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

45. Quem responde o questionário é:

1 ( ) o próprio      2 ( ) pai, mãe      3 ( ) irmão, irmã      4 ( ) outro

RESPOND \_\_\_\_

46. Relação com o chefe da família (*chefe de acordo com a lista de moradores*):

1 ( ) é o chefe      2 ( ) cônjuge, companheiro(a)      3 ( ) filho(a)  
4 ( ) pai, mãe, sogro(a)      5 ( ) irmão, irmã      6 ( ) outro

RELACH \_\_\_\_

47. ☞ Sexo:

1 ( ) masculino      2 ( ) feminino

SEXO \_\_\_\_

48. Qual a sua data de nascimento?

dia \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ ano \_\_\_\_\_ *se souber, →50*  
*(se não souber, completar com 99 9999)*

NASCD \_\_\_\_

NASCM \_\_\_\_

NASCA \_\_\_\_

49. Qual a sua idade? (*Completar anos se mais de 1 ano ou meses se menos de 1 ano*)

\_\_\_\_ anos OU \_\_\_\_ meses

*(Completar com 8's o campo que não se aplica ou com 9's se não souber)*

IDANO \_\_\_\_

IDMES \_\_\_\_

50. Como =☺= se classifica em relação a cor ou raça?

1 ( ) branca      2 ( ) preta      3 ( ) parda (mulato)  
4 ( ) amarela      5 ( ) indígena      9 ( ) IGN

RACA \_\_\_\_

51. =☺= freqüenta escola ou creche? Que curso?

11 ( ) não freqüenta escola      12 ( ) creche  
13 ( ) pré-escolar      14 ( ) classe de alfabetização  
15 ( ) alfabetização de adultos      16 ( ) ensino fundamental ou 1º grau  
17 ( ) supletivo (ensino fundamental ou 1º grau)      18 ( ) ensino médio ou 2º grau  
19 ( ) supletivo (ensino médio ou 2º grau)      20 ( ) pré-vestibular  
21 ( ) superior      99 ( ) IGN

FREQESC \_\_\_\_

52. Qual o último ano de estudo que =☺= concluiu?

\_\_\_\_ série ou ano do \_\_\_\_ grau – **se 1º ou 2º grau →54**

SERIE \_\_\_\_

GRAU \_\_\_\_

<p>53. =☺= concluiu o curso superior?  0 ( ) não                      1 ( ) sim                      9 ( ) IGN</p> <p>54. <i>O bloco seguinte é para pessoas com 10 anos ou mais de idade. Se menor de 10 anos pule para a questão 79.</i></p>	<p>SUPCOMPL ____</p>															
<p><b>SITUAÇÃO CONJUGAL, HÁBITOS</b></p>																
<p>55. Qual a sua situação conjugal atual?  1 ( ) casado(a) ou com companheiro(a)                      2 ( ) solteiro(a) ou sem companheiro(a)  3 ( ) separado(a)                      4 ( ) viúvo(a)</p> <p>56. Qual é o seu peso atual?  ____ Kg (999 = IGN)</p> <p>57. Qual é a sua altura?  ____ cm (999 = IGN)</p> <p>58. =☺= fuma ou já fumou?  1 ( ) <b>não, nunca fumou →62</b>  2 ( ) <b>fuma atualmente (1+ cigarros/dia há mais de 1 mês) →60</b>  3 ( ) já fumou mas parou de fumar</p> <p>59. Há quanto tempo parou de fumar?  ____ anos OU ____ meses (8's = NSA; 9's =IGN)</p> <p>60. Há quanto tempo =☺= fuma, ou fumou durante quanto tempo?  ____ anos (marque 01 se 1 ano ou menos; 88 = NSA; 99 = IGN)</p> <p>61. Quantos cigarros =☺= fuma (ou fumava) por dia?  ____ cigarros (88 = NSA; 99 = IGN)</p>	<p>SITCONJ ____</p> <p>PESO ____</p> <p>ALT ____</p> <p>FUMO ____</p> <p>FUMOPA ____</p> <p>FUMOPM ____</p> <p>FUMOTMP ____</p> <p>FUMONUM ____</p>															
<p><b>EXERCÍCIO FÍSICO (levar em conta os últimos 30 dias)</b></p>																
<p>62. =☺= pratica algum tipo de exercício físico no seu tempo livre?  0 ( ) <b>não →66</b>                      1 ( ) sim</p> <p>63. Que tipo de exercício? (marque até 3 que sejam feitos regularmente)</p> <table border="0"> <tr> <td>11 ( ) caminhada</td> <td>12 ( ) corrida</td> <td>13 ( ) ciclismo</td> </tr> <tr> <td>14 ( ) natação</td> <td>15 ( ) hidroginástica</td> <td>16 ( ) alongamento</td> </tr> <tr> <td>17 ( ) dança</td> <td>18 ( ) aeróbica</td> <td>19 ( ) musculação</td> </tr> <tr> <td>20 ( ) luta (judô, caratê)</td> <td>21 ( ) esporte de campo</td> <td>22 ( ) esporte de quadra</td> </tr> <tr> <td colspan="3">23 ( ) outro _____</td> </tr> </table> <p>64. Normalmente, quantas vezes na semana?  ____ vezes</p> <p>65. Quanto dura cada sessão de exercício?  1 ( ) &lt; 30 minutos                      2 ( ) 30 a 59 minutos  3 ( ) 60 a 119 minutos                      4 ( ) 120+ minutos</p> <p>66. Quantas horas =☺= fica sentado ou deitado (não dormindo) por dia em um dia de semana normal (2ª a 6ª)?  ____ horas</p>	11 ( ) caminhada	12 ( ) corrida	13 ( ) ciclismo	14 ( ) natação	15 ( ) hidroginástica	16 ( ) alongamento	17 ( ) dança	18 ( ) aeróbica	19 ( ) musculação	20 ( ) luta (judô, caratê)	21 ( ) esporte de campo	22 ( ) esporte de quadra	23 ( ) outro _____			<p>EFSN ____</p> <p>EFTIP1 ____</p> <p>EFTIP2 ____</p> <p>EFTIP3 ____</p> <p>EFREQ ____</p> <p>EFDUR ____</p> <p>EFSENTA ____</p>
11 ( ) caminhada	12 ( ) corrida	13 ( ) ciclismo														
14 ( ) natação	15 ( ) hidroginástica	16 ( ) alongamento														
17 ( ) dança	18 ( ) aeróbica	19 ( ) musculação														
20 ( ) luta (judô, caratê)	21 ( ) esporte de campo	22 ( ) esporte de quadra														
23 ( ) outro _____																

<b>RENDIMENTOS</b>		
67. ☺= trabalhou nos últimos 30 dias? 0 ( ) não                      1 ( ) sim		TRABSN ___
68. Qual é a ocupação que ☺= exerce no trabalho ou a última ocupação que exerceu? _____		OCUP ___ ___
69. Qual é ou era a profissão, ocupação do seu pai (ou responsável masculino)? _____		OCUPAI ___ ___
70. Qual é ou era a profissão, ocupação da sua mãe (ou responsável feminino)? _____		OCUMAE ___ ___
71. ☺= ganhou algum dinheiro no mês passado, de qualquer fonte? 0 ( ) <b>não →79</b> 1 ( ) sim		RENDSN ___
<b>CONSIDERANDO O MÊS PASSADO, QUANTO ☺= RECEBEU (BRUTO)?</b>		
72. No trabalho principal? R\$ _____, 00		RENDTRP ___ ___ ___ ___
73. Nos demais trabalhos? R\$ _____, 00		RENDTRO ___ ___ ___ ___
74. De aposentadoria ou pensão? R\$ _____, 00		RENDAPO ___ ___ ___ ___
75. De aluguel? R\$ _____, 00		RENDALU ___ ___ ___ ___
76. De pensão alimentícia, mesada, doação recebida de não-morador? R\$ _____, 00		RENDPEN ___ ___ ___ ___
77. De renda mínima, bolsa-escola, seguro desemprego, etc? R\$ _____, 00		RENDSEG ___ ___ ___ ___
78. De outras fontes? R\$ _____, 00		RENDOUT ___ ___ ___ ___
<b>PLANO DE SAÚDE E GASTOS</b>		
79. ✎ ☺= tem plano de saúde? 0 ( ) <b>não →87</b> 1 ( ) sim, titular                      2 ( ) sim, dependente                      9 ( ) IGN		PLANO ___
80. O plano de saúde é de instituição de assistência de servidor público (federal, estadual ou municipal)? 0 ( ) não                      1 ( ) sim                      9 ( ) IGN		PLANPUB ___
81. O plano de saúde cobre consultas médicas? 0 ( ) não                      1 ( ) sim                      9 ( ) IGN		PLANCON ___
82. O plano de saúde cobre exames (laboratório, RX)? 0 ( ) não                      1 ( ) sim                      9 ( ) IGN		PLANEXA ___
83. O plano de saúde cobre internações em hospital? 0 ( ) não                      1 ( ) sim                      9 ( ) IGN		PLANHOS ___
84. ☺= tem cobertura para atendimento com dentista neste ou em outro plano de saúde? 0 ( ) não    1 ( ) sim, pelo plano    2 ( ) sim, por outro plano    9 ( ) IGN		PLANODO ___

<p>85. Nos últimos 30 dias quanto =☺= gastou do seu próprio bolso com a mensalidade do plano de saúde? R\$ _____, 00 (complete com 8's se é outra pessoa que paga; 9's = IGN)</p> <p>86. Além da mensalidade, este plano cobra algum valor pelas consultas ou exames? 0 ( ) não            1 ( ) sim            9 ( ) IGN</p> <p>87. Nos últimos 30 dias quanto =☺= gastou com remédios? R\$ _____, 00</p> <p>88. Nos últimos 30 dias quanto =☺= gastou com consultas médicas? R\$ _____, 00</p> <p>89. Nos últimos 30 dias quanto =☺= gastou com exames complementares ou raio X? R\$ _____, 00</p> <p>90. Nos últimos 30 dias quanto =☺= gastou com dentista? R\$ _____, 00</p> <p>91. Nos últimos 30 dias quanto =☺= gastou com outras coisas relacionadas à saúde (enfermeira, óculos, fisioterapia)? R\$ _____, 00</p>	<p>GASTPLAN — — — —</p> <p>PLANMOD —</p> <p>GASTMED — — — —</p> <p>GASTCON — — — —</p> <p>GASTEXA — — — —</p> <p>GASTODO — — — —</p> <p>GASTOUT — — — —</p>
<b>ESTADO DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS</b>	
<p>92. Em geral, como =☺= considera sua saúde? (Ler as alternativas) ☞ 1 ( ) muito boa    2 ( ) boa    3 ( ) regular    4 ( ) ruim    5 ( ) muito ruim</p> <p>93. Nas duas últimas semanas =☺= procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua própria saúde? 0 ( ) não →101    1 ( ) sim</p> <p>94. Qual o principal motivo deste atendimento?</p> <p>11 ( ) consulta de prevenção, rotina            12 ( ) consulta de pré-natal 13 ( ) parto            14 ( ) vacinação 15 ( ) acidente ou lesão            16 ( ) problema odontológico 17 ( ) atestado de saúde            18 ( ) buscar medicamento, ou receita 19 ( ) acompanhamento de doença crônica, reabilitação 20 ( ) problema de saúde (excluindo crônicas em tratamento) 21 ( ) outro _____</p> <p>95. Onde =☺= procurou atendimento em primeiro lugar?</p> <p>11 ( ) <b>PSF do seu bairro →97</b> 12 ( ) outro posto, centro de saúde, PSF 13 ( ) clínica, ambulatório de empresa, sindicato, igreja 14 ( ) ambulatório ou consultório de hospitais ou faculdades (públicos) 15 ( ) ambulatório ou consultório de hospitais particulares 16 ( ) clínica, consultório médico particular ou convênio 17 ( ) clínica, consultório odontológico particular ou convênio 18 ( ) consultório de outro profissional de saúde (psicólogo, fonoaudiólogo, etc.) 19 ( ) pronto-socorro ou emergência 20 ( ) hospital para internação 21 ( ) laboratório, clínica, hospital para exames complementares 22 ( ) farmácia 23 ( ) outro _____</p>	<p>AVSAUDE —</p> <p>SERV —</p> <p>SERVMOT — —</p> <p>SERVONDE__ —</p>



<p>96. Porque ☹= não procurou atendimento em primeiro lugar no PSF do seu bairro?</p> <p>1 ( ) já tratava com outro médico e não quer trocar</p> <p>2 ( ) estava fechado no horário que precisou</p> <p>3 ( ) não tem profissional ou atendimento da especialidade que necessitava</p> <p>4 ( ) acha que o serviço procurado é de melhor qualidade</p> <p>5 ( ) demora muito para ser atendido</p> <p>6 ( ) é mais fácil, mais prático, em outro local</p> <p>7 ( ) outro _____</p>	SERVPSF ____
<p>97. ☹= foi atendido quando buscou atendimento?</p> <p>0 ( ) <b>não →100</b>    1 ( ) sim</p>	SERVATEND ____
<p>98. Foi receitado algum remédio neste atendimento?</p> <p>0 ( ) não                    1 ( ) sim                    9 ( ) IGN</p>	SERVPRES ____
<p>99. Como ☹= avalia <b>este</b> atendimento? (<i>Ler as alternativas</i>)</p> <p>☞ 1 ( ) muito bom    2 ( ) bom    3 ( ) regular    4 ( ) ruim    5 ( ) muito ruim</p> <p><i>Fim do módulo de utilização →102</i></p>	SERVAVAL ____
<p>100. Porque ☹= não foi atendido no serviço?</p> <p>1 ( ) não conseguiu vaga ou senha</p> <p>2 ( ) não tinha médico atendendo</p> <p>3 ( ) não tinha serviço ou profissional especializado</p> <p>4 ( ) o serviço ou equipamento não estava funcionando</p> <p>5 ( ) não podia pagar</p> <p>6 ( ) esperou muito e desistiu</p> <p>7 ( ) outro _____</p> <p><i>Fim do módulo de utilização →102</i></p>	NATENDPQ ____
<p>101. Porque ☹= não procurou serviço de saúde?</p> <p>1 ( ) não houve necessidade</p> <p>2 ( ) sentiu necessidade mas não foi por _____</p>	NSERV ____
<p><b>ESPECIFICAMENTE EM RELAÇÃO AO PSF DO BAIRRO</b></p>	
<p>☞ Agora vamos perguntar algumas coisas sobre o posto do PSF desse bairro. Mas só vale sobre esse posto.</p>	
<p>102. Nos últimos 6 meses, ☹= procurou o posto do PSF do bairro para ☹= mesmo? Se sim, quantas vezes procurou? (<i>Cuidado com mãe respondendo para um filho</i>)</p> <p>___ vezes (0 = não procurou →112; 8 = 8 ou mais vezes; 9 = IGN)</p>	PSF6M ____
<p>103. Se ☹= procurou o PSF, indique até 3 motivos:</p> <p>11 ( ) consulta de prevenção, rotina                    12 ( ) consulta de pré-natal</p> <p>13 ( ) parto                    14 ( ) vacinação</p> <p>15 ( ) acidente ou lesão                    16 ( ) problema odontológico</p> <p>17 ( ) atestado de saúde                    18 ( ) buscar medicamento, ou receita</p> <p>19 ( ) acompanhamento de doença crônica, reabilitação</p> <p>20 ( ) problema de saúde (excluindo crônicas em tratamento)</p> <p>21 ( ) outro _____</p>	<p>PSFMOT1 ____ ____</p> <p>PSFMOT2 ____ ____</p> <p>PSFMOT3 ____ ____</p>

<p>104. Porque ☺= decidiu ir ao PSF, e não a outro lugar? <i>(Não ler as alternativas)</i></p> <p>0 ( ) porque é só lá que consigo atendimento    1 ( ) serviço mais próximo  2 ( ) consulta sempre lá e está acostumado    3 ( ) não precisa pagar  4 ( ) atendimento é de boa qualidade    5 ( ) ganha os remédios que precisa  6 ( ) não tem condição de ir a outro lugar    7 ( ) consegue atendimento logo  8 ( ) outro _____</p>	PSFUSO ___
<p>105. Como ☺= avalia o atendimento do PSF nestes atendimentos? <i>(Ler as alternativas)</i></p> <p>☞ 1 ( ) muito bom    2 ( ) bom    3 ( ) regular    4 ( ) ruim    5 ( ) muito ruim</p>	PSFAVAL ___
<p>106. Nos últimos 6 meses ☺= teve solicitação de exame (laboratório, RX) do PSF?</p> <p>0 ( ) <b>não →109</b>    1 ( ) sim    9 ( ) IGN</p>	PSFSOLEX ___
<p>107. ☺= conseguiu realizar estes exames pelo SUS?</p> <p>0 ( ) <b>não →109</b>    1 ( ) sim    9 ( ) IGN</p>	PSFREAEEX ___
<p>108. Como foi para realizar os exames solicitados? <i>(Ler as alternativas)</i></p> <p>☞ 1 ( ) muito fácil    2 ( ) fácil    3 ( ) mais ou menos    4 ( ) difícil    5 ( ) muito difícil</p>	PSFAVAEX ___
<p>109. Nos últimos 6 meses ☺= foi encaminhado para consulta com especialista pelo PSF?</p> <p>0 ( ) <b>não →112</b>    1 ( ) sim    9 ( ) IGN</p>	PSFSOLESP ___
<p>110. ☺= conseguiu realizar esta consulta com especialista?</p> <p>0 ( ) <b>não →112</b>    1 ( ) sim    9 ( ) IGN</p>	PSFREAESP ___
<p>111. Como foi para conseguir esta consulta? <i>(Ler as alternativas)</i></p> <p>☞ 1 ( ) muito fácil    2 ( ) fácil    3 ( ) mais ou menos    4 ( ) difícil    5 ( ) muito difícil</p>	PSFAVAESP ___
<p>112. <i>Os blocos seguintes se aplicam apenas a pessoas de 20 anos ou mais. Se menor de 20 anos, passe agora para o questionário de medicamentos.</i></p>	
<p><b>SITUAÇÕES HIPOTÉTICAS EM RELAÇÃO À BUSCA DE SERVIÇO</b></p>	
<p>Codificação:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posto (PSF) do seu bairro</li> <li>2. outro posto, centro de saúde, PSF (que não o do bairro)</li> <li>3. clínica, ambulatório de empresa, sindicato, igreja</li> <li>4. ambulatório ou consultório de hospitais ou faculdades (públicos)</li> <li>5. ambulatório ou consultório de hospitais particulares</li> <li>6. clínica, consultório médico particular ou convênio</li> <li>7. pronto-socorro ou emergência</li> <li>8. farmácia</li> <li>9. outro</li> </ol>	
<p>☞ Só para a gente entender melhor como ☺= escolhe os serviços de saúde, vamos imaginar diferentes situações em que aparece algum problema. Em cada uma delas, queremos que ☺= diga onde procuraria atendimento, dentro das possibilidades que ☺= tem hoje:</p>	
<p>113. Cansaço, falta de ar, fraqueza, muita tosse, não dá conta de fazer todas as atividades do dia a dia. Que serviço de saúde ☺= procuraria?</p> <p>Serviço código ___</p>	SITADA ___
<p>114. Caiu de um banquinho sobre o braço. Está com muita dor, inchou bastante e mal consegue movimentar o braço. Que serviço de saúde ☺= procuraria?</p> <p>Serviço código ___</p>	SITADB ___
<p>115. Tem que fazer tratamento e acompanhamento de pressão alta. Que serviço de saúde ☺= procuraria?</p> <p>Serviço código ___</p>	SITADC ___

<b>MULHER – Perguntas a serem aplicadas apenas a mulheres. Se homem →119.</b>	
116. =☺=, ou uma filha, quer conselho do médico sobre como evitar a gravidez. Que serviço de saúde =☺= procuraria ou indicaria? Serviço código ___	SITMUA ___
117. =☺=, ou uma filha, quer fazer a prevenção do câncer ginecológico. Que serviço de saúde =☺= procuraria ou indicaria? Serviço código ___	SITMUB ___
118. =☺=, ou uma filha, quer fazer acompanhamento da gravidez (pré-natal). Que serviço de saúde =☺= procuraria ou indicaria? Serviço código ___	SITMUC ___
<b>RESPONSÁVEL POR CRIANÇA – mãe ou responsável por criança de 0 a 10 anos. Se não for responsável por criança →123</b>	
119. Precisa levar uma criança para vacinar. Que serviço de saúde =☺= procuraria? Serviço código ___	SITCRIA ___
120. Tem em casa uma criança de 5 anos de idade com dor de cabeça, vomitando, febre alta e chorando. Que serviço de saúde =☺= procuraria? Serviço código ___	SITCRIB ___
121. Tem em casa uma criança com febre e tosse. Que serviço de saúde =☺= procuraria? Serviço código ___	SITCRIC ___
122. A criança que você está cuidando caiu, cortou a testa e está sangrando bastante. Que serviço de saúde =☺= procuraria? Serviço código ___	SITCRID ___
<b>OPINIÃO SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE LOCAL</b>	
☞ Algumas pessoas deram opiniões sobre o posto de saúde do PSF que elas usam. Eu vou ler algumas dessas opiniões e queria que =☺= dissesse se concorda ou se discorda. Se =☺= não entender bem, é só pedir para explicar melhor.	
123. “Os agentes de saúde são uma coisa muito boa deste posto.” 1 ( ) concordo      2 ( ) discordo	OPIN1 ___
124. “É melhor ter especialistas (pediatra, ginecologista) que atendem algumas horas do que um médico geral que atende o dia inteiro.” 1 ( ) concordo      2 ( ) discordo	OPIN2 ___
125. “Eu estou satisfeito com o atendimento do posto.” 1 ( ) concordo      2 ( ) discordo	OPIN3 ___
126. “O atendimento no pronto-socorro de um hospital é muito melhor do que o PSF, no caso de doença mais grave.” 1 ( ) concordo      2 ( ) discordo	OPIN4 ___
127. “O agente de saúde aproxima o posto das pessoas e as pessoas do posto.” 1 ( ) concordo      2 ( ) discordo	OPIN5 ___
128. “Se eu tivesse um plano de saúde, nunca mais ia ao posto do bairro.” 1 ( ) concordo      2 ( ) discordo	OPIN6 ___
129. “Eu consigo todo remédio que preciso no posto do bairro.” 1 ( ) concordo      2 ( ) discordo	OPIN7 ___
130. “O posto devia ficar aberto mais tempo, mais horas ou mesmo no fim de semana.” 1 ( ) concordo      2 ( ) discordo	OPIN8 ___
131. “Ter um posto do PSF no bairro me faz sentir melhor, mais importante.” 1 ( ) concordo      2 ( ) discordo	OPIN9 ___
132. “Não adianta ter um posto perto de casa porque eles não resolvem nada.” 1 ( ) concordo      2 ( ) discordo	OPIN10 ___

## Anexo 3 – Questionário de medicamentos



Universidade Federal de Pelotas  
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia  
Estudo "PSF: cobertura e acesso"



Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora inicial: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Número do PSF: \_\_\_\_

Número da família: \_\_\_\_

**Número do questionário:** \_\_\_\_\_

Número da pessoa: \_\_\_\_

☞ Pense em todos os remédios que =☺= usou nos últimos 15 dias. Pode ser qualquer remédio, como pílulas, comprimidos, xaropes, gotas, pomadas, colírios, injeções, xampus e sabonetes medicinais, produtos naturais ou qualquer outro, que use sempre ou só de vez em quando.

133. Nos últimos 15 dias, =☺= usou algum remédio?

0 ( ) **não** → 137

1 ( ) sim

9 ( ) **IGN** → 137

USO \_\_\_\_

134. Qual o nome dos remédios usados?

01 - \_\_\_\_\_

02 - \_\_\_\_\_

03 - \_\_\_\_\_

04 - \_\_\_\_\_

05 - \_\_\_\_\_

06 - \_\_\_\_\_

07 - \_\_\_\_\_

08 - \_\_\_\_\_

09 - \_\_\_\_\_

10 - \_\_\_\_\_

11 - \_\_\_\_\_

12 - \_\_\_\_\_

13 - \_\_\_\_\_

14 - \_\_\_\_\_

15 - \_\_\_\_\_

**=☺= usou mais algum?**

135. =☺= poderia trazer agora as receitas e as caixas ou embalagens de todos os remédios que usou?

136. † Número total de remédios usados:

\_\_\_\_ remédios

NTOT \_\_\_\_

137. Neste período de 15 dias =☺= deixou de tomar algum remédio que precisava? 0 ( ) não – preencher a ficha de medicamentos      1 ( ) sim					NAOUSO ___
138. Qual o nome do remédio?	139. Para que doença ou problema de saúde?	140. Quem indicou este remédio? 1-médico PSF 2-outro médico 3-a própria pessoa 4-mãe 5-outro	141. Procurou no posto de saúde ou PSF? 0-não 1-sim	142. Se não, por que não procurou? 1-não tinha receita 2-sabe ou acha que não tem no posto 3-foi atendido em outro local 4-não teve idéia 5-outro	143. Se sim, por que não conseguiu? 1-não tinha 2-receita vencida ou falta de receita 3-foi atendido em outro local 4-outro
_____	_____				
REM1	DOE1__ __ __	IND1 ___	POSTO1 ___	NMOT1 ___	SMOT1 ___
_____	_____				
REM2	DOE2__ __ __	IND2 ___	POSTO2 ___	NMOT2 ___	SMOT2 ___
_____	_____				
REM3	DOE3__ __ __	IND3 ___	POSTO3 ___	NMOT3 ___	SMOT3 ___
_____	_____				
REM4	DOE4__ __ __	IND4 ___	POSTO4 ___	NMOT4 ___	SMOT4 ___
_____	_____				
REM5	DOE5__ __ __	IND5 ___	POSTO5 ___	NMOT5 ___	SMOT5 ___

*Passa agora para o preenchimento das fichas de medicamentos, se for o caso.*

## Anexo 4 – Termo de consentimento



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO - PROJETO “PSF: COBERTURA E ACESSO”**

**Quando a entrevista for referente a um menor de idade:**

O abaixo assinado, responsável pelo menor \_\_\_\_\_  
concorda que este participe do estudo “Os programas de saúde e nutrição brasileiros estão atingindo os mais necessitados?”, estando plenamente ciente e de acordo com as condições abaixo:

**Quando a entrevista for respondida por um adulto:**

O abaixo assinado concorda em participar do estudo “Os programas de saúde e nutrição brasileiros estão atingindo os mais necessitados?”, estando plenamente ciente, e de acordo com as condições:

1. A pesquisa está sendo realizada pela Universidade Federal de Pelotas, com a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.
2. Esta pesquisa tem por objetivo estudar como e quanto as pessoas estão utilizando os diferentes serviços oferecidos pelos sistemas de saúde público e particular.
3. Participar do estudo significa somente responder a um questionário com perguntas sobre a sua saúde, o uso de serviços e despesas com consultas e tratamentos. O questionário será aplicado por um entrevistador do projeto treinado para esta função.
4. Todas as informações fornecidas são estritamente sigilosas. A análise dos dados será feita sem os nomes, sendo cada pessoa identificada apenas por um número. A divulgação dos resultados da pesquisa será feita com base no conjunto e não com informações individuais.
5. Da mesma forma, nenhuma informação individual será repassada para a Secretaria ou para os seus diferentes setores.
6. A participação é voluntária e isenta de custos, ou de qualquer outra responsabilidade.

A equipe do estudo está à disposição para dúvidas e esclarecimentos. O telefone do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia é (53) 271-2442 e os responsáveis pelo estudo são o Prof. Aluísio J D Barros e a Profa. Andréa D Bertoldi.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2003.

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



Anexo 5 – Regulamento técnico para  
medicamentos genéricos

## **Resolução - RDC nº. 92 de 23/10/2000**

### DEFINIÇÕES:

Alternativas Farmacêuticas - são medicamentos que contém a mesma molécula terapeuticamente ativa, ou seu precursor, mas não necessariamente na mesma quantidade, forma farmacêutica, sal ou éster. Devem cumprir, individualmente, com as especificações atualizadas da Farmacopéia Brasileira e, na ausência destas, com as de outros códigos autorizados pela legislação vigente ou, ainda, com outros padrões aplicáveis de qualidade, relacionados à identidade, dosagem, pureza, potência, uniformidade de conteúdo, tempo de desintegração e velocidade de dissolução, quando for o caso.

Biodisponibilidade - indica a velocidade e a extensão de absorção de um princípio ativo em uma forma de dosagem, a partir de sua curva concentração / tempo na circulação sistêmica ou sua excreção na urina.

Denominação Comum Brasileira (DCB) - denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária.

Denominação Comum Internacional (DCI) - denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo recomendada pela Organização Mundial da Saúde.

Equivalentes Farmacêuticos - São medicamentos que contém o mesmo fármaco, isto é, mesmo sal ou éster da mesma molécula terapeuticamente ativa, na mesma quantidade e forma farmacêutica, podendo ou não conter excipientes idênticos. Devem cumprir com as mesmas especificações atualizadas da Farmacopéia Brasileira e, na ausência destas, com as de outros códigos autorizados pela legislação vigente ou, ainda, com outros padrões aplicáveis de qualidade, relacionados à identidade, dosagem, pureza, potência, uniformidade de conteúdo, tempo de desintegração e velocidade de dissolução, quando for o caso.

Medicamento - produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidades profiláticas, curativas, paliativas ou para fins de diagnóstico. É uma forma farmacêutica terminada que contém o fármaco, geralmente em associação com adjuvantes farmacotécnicos.

Medicamentos Bioequivalentes - são equivalentes farmacêuticos ou alternativas farmacêuticas que, ao serem administrados na mesma dose molar, nas mesmas condições experimentais, não apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação a biodisponibilidade.

Medicamento Genérico - medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI;

Medicamento Inovador - medicamento apresentando em sua composição ao menos um fármaco ativo que tenha sido objeto de patente, mesmo já extinta, por parte da empresa responsável pelo seu desenvolvimento e introdução no mercado no país de origem, e disponível no mercado nacional.

Medicamento de Referência - medicamento inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no País, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro.

Medicamento Similar - aquele que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, preventiva ou diagnóstica do medicamento de referência registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca.

## Anexo 6 – Ficha de medicamentos

## FICHA DE MEDICAMENTOS

Número do medicamento: \_\_\_

Número do questionário \_\_\_\_\_

<p>a. Nome do remédio: _____</p>	<p><b>NOME</b></p>
<p>b. Apresentou a receita:      0 ( ) não              1 ( ) sim</p>	<p>REC ___</p>
<p>c. Apresentou a embalagem: 0 ( ) não →g      1 ( ) sim</p>	<p>CX ___</p>
<p>d. Qual o tipo de embalagem apresentada?            1 ( ) caixa    2 ( ) cartela ou envelope ou blister            3 ( ) pote ou vidro ou tubo                      4 ( ) bula</p>	<p>EMBALA ___</p>
<p>e. Laboratório: _____</p>	<p>LAB ___ ___</p>
<p>f. Medicamento é genérico: 0 ( ) não              1 ( ) sim</p>	<p>GEN ___</p>
<p>g. Dosagem: _____  <i>Procurar um número seguido de mg, mcg, %, UI, mg/ml UI/ml. Se não tem na embalagem ou a pessoa não sabe informar, complete com IGN.</i></p>	<p>DOSE ___ ___ ___</p>
<p>h. Apresentação: _____  <i>Por exemplo, comprimido, supositório, pomada, creme, gel, xarope, gotas, colírio.</i></p>	<p>APRES ___ ___</p>
<p>i. Quantidade por embalagem: _____  <i>Por exemplo, 20 comprimidos, 100 ml, 120 jatos, 60 doses, 25 g.            Se for cartela: Quantas cartelas por embalagem?</i></p>	<p>QUANT ___ ___ ___</p>
<p>j. Uso:    1 ( ) adulto              2 ( ) infantil/pediátrico              9 ( ) IGN</p>	<p>USOTIPO ___</p>
<p>k. Para que doença ou problema de saúde o remédio foi usado?</p>	<p>CID ___ ___ ___</p>
<p>l. Quem indicou este remédio?            1 ( ) médico do PSF      2 ( ) outro médico      3 ( ) a própria pessoa            4 ( ) mãe                      5 ( ) outro                      9 ( ) IGN</p>	<p>PRESC ___</p>
<p>m. Como =☺= conseguiu este remédio?            1 ( ) pagou pelo remédio    2 ( ) grátis do PSF            3 ( ) grátis do SUS              4 ( ) grátis por doação ou reembolso integral de convênio            5 ( ) parte foi comprada e parte foi ganha</p>	<p>AQUIS ___</p>
<p>n. Quando =☺= comprou / ganhou este remédio?            1 ( ) nos últimos 15 dias    2 ( ) nos últimos 30 dias    3 ( ) há mais de 30 dias</p>	<p>QUANDO ___</p>
<p>o. Quantas embalagens foram ganhas? ___ embalagens ou ___ unidades</p>	<p>GANH ___</p>
<p>p. Quantas embalagens foram compradas? ___ embalagens ou ___ unidades (se 0 → r)</p>	<p>COMP ___</p>
<p>q. Quanto gastou na compra desta quantidade do remédio?            R\$ __ __ __, __ __ (999 = IGN)</p>	<p>CUSTO            ___ ___ ___</p>
<p>r. Este remédio é de uso contínuo, isto é, usa todos os dias (ou quase todos) sem data para parar?            0 ( ) não →t                      1 ( ) sim</p>	<p>TRAT ___</p>
<p>s. Quanto tempo dura uma embalagem deste remédio?            ___ dias – se não souber anotar quanto usa por dia: _____</p>	<p>DURA ___ ___ ___</p>
<p>t. =☺= usou este remédio ontem?            0 ( ) não                      1 ( ) sim</p>	<p>ONTEM ___</p>

## Anexo 7 – Planilha do domicílio



Universidade Federal de Pelotas  
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia  
Estudo "PSF: cobertura e acesso"



### PLANILHA DO DOMICÍLIO

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do PSF: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_

Número da família: \_\_\_\_ (folha de conglomerado)

### IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

Endereço do domicílio

\_\_\_\_\_  
logradouro n° complemento

\_\_\_\_\_  
bairro ponto de referência

Telefone para contato \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_

### LISTA DOS MORADORES DO DOMICÍLIO

No. Ordem	Nome completo	Idade	Sexo
<b>01</b>	(chefe)		
<b>02</b>			
<b>03</b>			
<b>04</b>			
<b>05</b>			
<b>06</b>			
<b>07</b>			
<b>08</b>			
<b>09</b>			
<b>10</b>			
<b>11</b>			
<b>12</b>			
<b>13</b>			
<b>14</b>			
<b>15</b>			

Antes de continuar o preenchimento do questionário, leia o nome de todos os moradores. Verifique se não foi esquecida nenhuma criança, ou alguém que está temporariamente ausente por motivo de viagem, estudo, trabalho, internação hospitalar ou outra razão. Se ocorreu qualquer omissão, complete a lista.

## Anexo 8 – Manual de instruções



Universidade Federal de Pelotas  
Departamento de Medicina Social

Estudo "PSF: cobertura e acesso"

## **Manual de Instruções**

**PELOTAS – RS  
2003**

## **O projeto “PSF: cobertura e acesso”**

Este projeto de pesquisa está sendo desenvolvido pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, e tem o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. O projeto faz parte de uma iniciativa do Banco Mundial, que além deste, está apoiando outros 18 projetos em países de todo o mundo como Argentina, Armênia, Camboja, Bangladesh, China, Nepal, Etiópia e África do Sul.

A proposta básica do projeto é avaliar como diversos programas de saúde do Brasil estão atuando junto à população, especialmente os mais pobres. Pretendemos estudar o quanto as pessoas utilizam serviços de saúde, quais os tipos de serviço preferidos para diferentes tipos de problema e como eles são avaliados. Além disso, vamos avaliar o quanto as pessoas usam medicamentos, quais são os medicamentos mais utilizados e quanto se gasta com eles.

Em Porto Alegre, decidiu-se estudar uma população que é coberta pelo Programa Saúde da Família. Este programa é uma proposta relativamente nova do Ministério da Saúde que tem por objetivo oferecer atendimento de saúde através de uma equipe multidisciplinar formada por um médico geral, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Cada uma destas equipes, baseada em um posto de atendimento, atende cerca de mil famílias, numa área claramente delimitada. A finalidade desta proposta é fazer com que haja um vínculo maior entre a população e a equipe de saúde, resultando em melhor uso dos recursos disponíveis, especialmente por aqueles que mais precisam, e conseqüente melhora da saúde da população atendida.

### **A equipe do projeto**

O projeto tem como coordenador geral o Prof. Aluísio Jardim Dornellas de Barros, do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia (Departamento de Medicina Social) da Universidade Federal de Pelotas. A coordenação de campo está a cargo da Mestra Andréa Dâmaso Bertoldi, aluna de doutorado do mesmo programa.

Além destes, atuam no projeto dois supervisores de campo, 15 entrevistadores, dois digitadores (baseados em Pelotas) e um gerente de dados. Participam também do projeto alunos de graduação de Medicina como auxiliares de pesquisa.

## Orientações gerais

### A ROTINA DE TRABALHO

O entrevistador terá uma reunião semanal com seu supervisor, com duração de aproximadamente 2 horas. Fora deste horário, a atividade se concentra na realização das entrevistas – domiciliares e individuais.

O primeiro passo para iniciar as entrevistas em uma área é fazer o seu reconhecimento. Os agentes de saúde do PSF irão acompanhar os entrevistadores pelo menos na primeira visita ao domicílio. Depois desse contato, o entrevistador deve se apresentar, apresentar o projeto, obter o consentimento de cada morador (ou de seu responsável, em caso de criança) e, então, iniciar a aplicação dos questionários. Detalhes de cada um destes passos são apresentados abaixo.

### A ENTREVISTA

Apresentamos em seguida orientações gerais sobre como abordar e entrevistar. Elas são importantíssimas, são o código de conduta do entrevistador. Informações específicas são apresentadas mais para a frente.

- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um domicílio. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. **Nem pense em fumar quando estiver fazendo contato ou entrevistando qualquer morador.**
- Esteja sempre vestido com o avental e porte sempre o seu crachá de identificação. Se necessário mostre sua carta de apresentação, ou ainda forneça o número do telefone do Centro de Pesquisas para que a pessoa possa ligar e confirmar suas informações.
- **Nunca esquecer:** seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação em recebê-lo. A primeira impressão causada na pessoa que o recebe é **muito** importante.
- Ao chegar no domicílio, peça para conversar com a “dona da casa” ou responsável pela família. Atente que o termo “dona da casa” refere-se à mulher responsável pela família e não a proprietária do imóvel. Quando não houver nenhum responsável na casa descubra qual o melhor horário para voltar e já deixe avisado o seu retorno.

- No primeiro contato deixe claro logo de saída que você faz parte de um projeto de pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, em parceria com a Secretaria de Saúde, e que quer apenas conversar. É importante ressaltar que você não quer vender nada.
- Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com o entrevistado, tratando-o com respeito e atenção. **Nunca** demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.
- Trate os entrevistados adultos por Sr. e Sra., sempre com respeito. Só mude este tratamento se o próprio pedir para ser tratado de outra forma.
- Chame o entrevistado **sempre** pelo nome (p. ex., Dona Joana, Seu Paulo), assim como as crianças. Jamais chame alguém de tio, tia, vô, mãe. Isto é sempre interpretado como desinteresse pela pessoa.
- Durante a entrevista, de quando em quando faça referência ao nome do entrevistado. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do entrevistado. Por exemplo: “Dona Joana, agora vamos falar sobre...” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre...”
- **Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas.** Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre **neutra** em relação às respostas.
- Procure fazer com que o diálogo seja dinâmico, demonstre interesse pelo que lhe está sendo reportado.
- É essencial que você conheça profundamente o conteúdo do questionário que vai aplicar bem como o manual do entrevistador, estando totalmente familiarizado com os termos usados na entrevista, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte na hora de formular perguntas e anotar respostas. É só o entrevistado que tem o direito de hesitar.
- Seja claro na formulação das perguntas, **utilizando o texto do questionário.** Caso o entrevistado não entenda, repita. Só depois disso você deve reformular a questão para tentar que ele seja entendida.
- **Nunca** influencie ou sugira respostas. Dê tempo ao entrevistado para que reflita e encontre a resposta com suas próprias palavras. Se você não conseguir obter nenhuma resposta, leia **todas** as alternativas antes de deixar que o entrevistado responda. Assim ele não vai escolher logo a primeira possibilidade que for oferecida.

- Em casos específicos, as alternativas **devem** ser lidas. Isto estará claramente indicado no questionário.
- Procure manter um diálogo aberto com os supervisores do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que apareça no decorrer do treinamento e entrevistas. As suas sugestões são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo.
- Seja sempre pontual nas entrevistas agendadas.
- Não saia de casa sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis imprevistos favoráveis!
- **Mantenha sempre à mão o seu Manual do Entrevistador** e não tenha vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista.

## **ALGUMAS DEFINIÇÕES BÁSICAS**

### DOMICÍLIO

Domicílio é o local de moradia estruturalmente **separado** e **independente**, constituído por um ou mais cômodos. A **separação** fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes, muros, cercas etc., coberto por um teto, e permite que seus moradores se isolem, arcando com parte ou todas as suas despesas de alimentação ou moradia. A **independência** fica caracterizada quando o local de moradia tem acesso direto, permitindo que seus moradores possam entrar e sair sem passar por local de moradia de outras pessoas.

### FAMÍLIA

Considerar uma família como sendo constituída por todos aqueles que dormem no domicílio e compartilham a comida preparada na mesma cozinha. Observe que algumas vezes famílias diferentes moram no mesmo domicílio, outras vezes no mesmo terreno, mas em domicílios diferentes e independentes.

## MORADORES

São as pessoas que têm o domicílio como local de residência habitual na data da entrevista, podendo estar presentes ou ausentes temporariamente, por período não superior a 12 meses. Moradores que estiverem ausentes do domicílio durante todo o trabalho de campo devem ser listados, mas não serão entrevistados.

## CÔMODO

Considera-se como cômodo todo compartimento coberto por um teto e limitado por paredes, que seja parte integrante do domicílio, com exceção de corredor, alpendre, varanda aberta, garagem, depósito e outros compartimentos utilizados para fins não-residenciais.

## DORMITÓRIO

Dormitório é um cômodo utilizado para dormir, em caráter permanente, por morador do domicílio.

## PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS E FORMULÁRIOS

- Cuide bem de seus formulários. Eles devem ser mantidos sempre na pasta para que não amassem ou molhem. Use sempre a prancheta na hora de preencher as respostas.
- Posicione-se de preferência frente à frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.
- Os questionários devem ser preenchidos a lápis e com muita atenção, usando borracha para as devidas correções. Os formulários de controle serão preenchidos a caneta, sempre de cor azul.
- As letras e números devem ser escritos de maneira **absolutamente legível**, sem deixar margem para dúvidas. Lembre-se! Tudo isto vai ser relido e digitado. De preferência, use letra de forma.
- Vamos padronizar os números de acordo com o exemplo: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0. Em especial, o 1 não tem aba, nem pé. Quanto mais a gente capricha no um, mais parecido ele fica com o dois... Não se corta o sete. Faça um cinco bem diferente do nove!

- **Nunca** deixe **nenhuma** resposta em branco, a não ser as dos pulos indicados no questionário. Neste caso, faça um traço diagonal no bloco que está sendo pulado e siga em frente. Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, você poderá ter que voltar ao local da entrevista.
- Não use abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.
- Datas devem aparecer sempre na ordem: dia - mês - ano e todos os espaços devem ser preenchidos. Para datas anteriores ao dia e mês 10, escreva o número do mês precedido de 0 (zero). Exemplo: 02 / 04 / 1982.
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver **absolutamente** seguro de ter entendido o que foi dito pelo(a) entrevistado(a).
- Em caso de dúvida você poderá fazer um comentário escrevendo um número rodeado por um círculo na margem direita da folha. Repita o número no pé ou no verso da página e escreva o seu comentário. Essa iniciativa pode ser motivada pelo fato de nenhuma alternativa corresponder à resposta fornecida pelo entrevistado, ou pelo fato dele ter se mostrado particularmente inseguro ou hesitante ao responder.
- Preste muita atenção para **não pular** nenhuma pergunta, nenhum espaço. Ao final de cada página do questionário, procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas.
- **Nunca** confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.
- Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.
- Use o pé da página, ou o verso, para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o supervisor estas anotações são muito importantes.

Serão usados os seguintes símbolos no corpo do questionário: 📌 =☺= ➔56 📌📌

📌 : **Não leia a questão!** Este símbolo será encontrado no início das questões que não devem ser perguntadas ao entrevistado, isto é, devem ser completadas a partir de observação ou de informações coletadas anteriormente.

☞ : **Leia o texto a seguir!** Este símbolo será encontrado no início de frases introdutórias ou de opções de questões, indicando que o que está a seguir deve ser lido.

☺ : **Senhor, você, tu...** Este símbolo indica a forma como as pessoas devem ser tratadas, em função da idade. Se for um adulto, usar senhor ou senhora; se for um jovem, usar você e se for referente à uma criança, pode ser usado o nome da criança.

➔56 : **Pulo!** Esta seta seguida de um número indica para onde se deve pular o questionário quando uma determinada resposta é dada.

☞ : **Devagar!** Este símbolo será encontrado no início de questões que podem ser de difícil compreensão, ou que se prevê problemas ao responder. Cuidado dobrado aqui.

- As instruções nos questionários que estão em *ITÁLICO* servem apenas para orientar a entrevistadora, não devendo ser lidas para o entrevistado.
- Caso a resposta seja “OUTRO”, especificar o que foi respondido no espaço reservado, segundo as palavras do informante.

## CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

- Os questionários devem ser codificados **somente após** terem sido completamente aplicados. Isto significa copiar o código da resposta para o campo de codificação, como no exemplo abaixo:

<p>51. Nas duas últimas semanas ☺ procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua própria saúde?</p> <p>0 ( ) <b>não ➔59</b>      1 ( X ) sim</p>	<p style="text-align: right;">↓</p> <p style="text-align: right;">SERV <u>  1  </u></p>
<p>52. Qual o principal motivo deste atendimento?</p> <p>11 ( ) consulta de prevenção, rotina      12 ( ) consulta de pré-natal</p> <p>13 ( ) parto      14 ( ) vacinação</p> <p>15 ( ) acidente ou lesão      16 ( ) problema odontológico</p> <p>17 ( ) atestado de saúde      18 ( ) buscar medicamento</p> <p>19 ( ) acompanhamento de doença crônica, reabilitação</p> <p>20 ( X ) problema de saúde (excluindo crônicas em tratamento)</p> <p>21 ( ) outro _____</p>	<p style="text-align: right;">↓</p> <p style="text-align: right;">SERVMOT <u>  2  </u> <u>  0  </u></p>

- Não deixe questões puladas em branco durante a entrevista. Pode haver dúvida se isto for feito. Passe um traço em diagonal sobre elas e codifique-as posteriormente.

Há duas codificações especiais muito importantes: **não se aplica** e **ignorado**.



- NÃO SE APLICA (NSA) = 8, 88, 888, 8888 ou 88888. Este código deve ser usado quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso ou quando houver instrução para pular uma pergunta. Por exemplo, se a pessoa não fuma, **não se aplica** perguntar quantos cigarros fuma por dia.
- Todos os campos relativos a um bloco que foi pulado devem ser sempre codificados com 8's.
- IGNORADO (IGN) = 9, 99, 999, 9999 ou 99999. Este código deve ser usado quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como ignorada deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso e discutir com o supervisor. Use a resposta ignorada somente em último caso. Lembre-se que uma resposta não coletada é uma resposta perdida.
- A numeração do questionário é obtida através do número do PSF, seguida pelo número da família (número do domicílio na folha de conglomerados) e da pessoa (número de ordem da palhinha de domicílio). Exemplo: no questionário familiar: PSF nº16, Família nº 15, Pessoa nº 01 → NQUE 1 6 1 5 0 1. Proceder da mesma forma para todos os questionários.
- Todas as respostas devem ser registradas no corpo do questionário. Nunca registrar direto na coluna da direita. Não anote nada neste espaço, ele é de uso exclusivo para codificação.
- No final do dia de trabalho, revise seus questionários aplicados e codifique-os. A codificação dos questionários não deve ser deixada para outro dia. As questões abertas (aquelas que são respondidas por extenso) não devem ser codificadas. Isto será feito posteriormente.
- Caso seja necessário fazer algum cálculo, não o faça durante a entrevista, pois, a chance de erro é maior. Anote as informações por extenso e calcule posteriormente.
- Em respostas de idade, considere os anos completos. Exemplo: Se o entrevistado responder que tem 29 anos e 10 meses, considere 29 anos.

## **ESCALA DE REUNIÕES COM O SUPERVISOR**

Cada entrevistador deverá participar de uma reunião semanal com o supervisor, onde entregará todos os questionários completados na semana, já revistos e codificados. Qualquer dúvida que tenha ficado sobre estes questionários deverá estar listada e claramente marcada no questionário para ser discutida com o supervisor. Na reunião, o entrevistador também receberá mais material e orientações para prosseguir com o trabalho de campo.

As reuniões semanais com o supervisor serão realizadas no QG do estudo, no prédio da Secretaria Municipal de Saúde, conforme a escala a ser definida individualmente.

## **ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO**

### **RECONHECIMENTO DO PSF**

A primeira visita aos domicílios sorteados deverá ser sempre feita com o acompanhamento do agente comunitário de saúde (ACS). Para isso, deverá ser combinado previamente com o ACS o dia e hora da visita.

### **CASAS A VISITAR**

- Cada entrevistador receberá do supervisor a listagem com os PSF e domicílios selecionados para a realização das entrevistas.
- Note que a seleção dos domicílios é feita utilizando técnicas de amostragem, por “sorteio”. Assim, não foram escolhidos por alguma razão especial, e nem podem ser trocados por outro. Cuidado com o termo “sorteio”! As pessoas freqüentemente pensam que vão ganhar alguma coisa. Prefira falar que a casa foi **selecionada**.
- Quando chegar na frente da casa a ser visitada, o entrevistador deve bater e sempre aguardar que alguém apareça para recebê-lo. Se necessário, bater palmas e / ou pedir ajuda aos vizinhos para chamar o morador da casa. Em situações em que o morador esteja ausente no momento da entrevista, pergunta-se a dois vizinhos qual o melhor horário para encontrá-lo em casa. Assim, o entrevistador deverá voltar outro dia para nova tentativa.
- Muito cuidado com os CÃES. Às vezes, eles MORDEM!
- Serão consideradas PERDAS todas as situações em que o entrevistado não responder o questionário por outros motivos que não seja recusa, por exemplo, uma pessoa impossibilitada de falar, doente no momento, entre outros. Nesses casos sempre lembrar de anotar na planilha do domicílio, sendo que **não haverá substituições**.
- Casas onde moram apenas estudantes (*repúblicas*) devem ser consideradas como famílias e o chefe destas será aquele que receber a maior renda ou mesada.

## FOLHA DE CONGLOMERADO

A folha de conglomerado é a lista de todas as casas a serem visitadas em cada área, ou equipe de PSF. Ela é fundamental para a orientação do entrevistador e o controle do avanço do trabalho.

Exemplo:

PSF: 11

Entrevistador: 01

Domicílio	Endereço	Amostra	Completo	Observações
01	Rua 2, 34			
02	Rua 2, 40			
03	Rua 3, 5			
04	Rua 3, 12			
05	Rua 5, 42			
06	Rua 5, 54			
...				

- Cada PSF deverá ter a sua folha de conglomerado, a qual deve ser preenchida durante o trabalho de campo. Nessa planilha deverá constar o número do PSF e o nome do entrevistador.
- **Coluna AMOSTRA:** os códigos para amostra devem ser usados para identificar a situação encontrada nos domicílios amostrados. **Sim (S)** é usado quando pode-se realizar a pesquisa; **desabitada (D)** é usado quando ninguém estiver morando na casa sorteada; **recusa (R)** é usado quando todos os moradores da casa se negam a responder os questionários e **comércio (C)** é usado quando trata-se de um estabelecimento comercial e ninguém mora ali.
- **Coluna COMPLETO:** marcar com X os domicílios em que todos os moradores já foram entrevistados.
- O espaço de observações pode ser utilizado para anotar datas e horários agendados para retorno, ou quaisquer outras informações relevantes.

## ABORDAGEM E CONSENTIMENTO INFORMADO

- Explicar que você está trabalhando num projeto de pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas sobre a saúde da população de Porto Alegre em áreas atendidas pelo Programa Saúde da Família (PSF), e que o mesmo está sendo realizado em vários locais da cidade. No mínimo devem ser ditas as seguintes frases: “Sou da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e estamos fazendo um trabalho com pessoas que

moram nas áreas atendidas pelo Programa Saúde da Família. A sua casa foi selecionada e nós gostaríamos que você respondesse algumas perguntas aos moradores.”

- Dizer que gostaria de fazer algumas perguntas para as pessoas que moram na casa. Sempre salientar que “é muito importante a colaboração neste trabalho, pois, através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre a saúde da população, ajudando, assim, a melhorá-la”.
- Havendo a disposição da pessoa em participar, a etapa seguinte é muito importante – obter o **consentimento informado**. É necessário explicar os itens a seguir a cada um que vai responder o questionário e fazer com que a pessoa assine o termo de consentimento. Explicar que:
  1. A pesquisa está sendo realizada pela Universidade Federal de Pelotas, com a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.
  2. Esta pesquisa tem por objetivo estudar como e quanto as pessoas estão utilizando os diferentes serviços oferecidos pelos sistemas de saúde público e particular.
  3. Participar do estudo significa somente responder a um questionário com perguntas sobre a sua saúde, o uso de serviços e despesas com consultas e tratamentos.
  4. Todas as informações fornecidas são **estritamente sigilosas**. A análise dos dados será feita sem os nomes, sendo cada pessoa identificada apenas por um número. A divulgação dos resultados da pesquisa será feita com base no conjunto e não com informações individuais.
  5. Da mesma forma, nenhuma informação individual será repassada para o posto ou para a Secretaria de Saúde.
  6. A participação é **voluntária**, e todos têm o direito de não participar do estudo.
  7. Não há qualquer responsabilidade por parte de quem responde, nem qualquer custo.
- Após estas explicações, se colocar à disposição para responder qualquer outra pergunta do entrevistado. Só então pedir que ele assine o termo, junto com o entrevistador.
- Em caso de menores de idade, o consentimento deve ser obtido junto ao responsável.

## PLANILHA DO DOMICÍLIO

No primeiro contato com a dona da casa, ou quem primeiro responder o questionário, é necessário preencher a **planilha do domicílio**.

- Preencha cuidadosamente o primeiro quadro da planilha, com o seu nome, a data, o nome do PSF, o número do PSF, e o número do domicílio, de acordo com a lista de conglomerados.
- Anotar o endereço completo da moradia, com o nome da rua e número da casa. Quando necessário utilizar “complemento”, onde será informado número ou letra do bloco, número do apartamento, casa dos fundos, etc. Em caso de dúvida, verificar o endereço na conta de luz ou em outra correspondência.
- Não deixe de anotar um ponto de referência para futuros retornos e **insista em um número de telefone** para contato. Isso pode evitar um retorno ao domicílio!
- Em seguida, perguntar o nome de todas pessoas que moram na casa, incluindo aqueles que estão temporariamente ausentes. Veja a definição de **moradores!** Lembre-se: no caso de empregada doméstica que more no emprego, esta será considerada como outra família e portanto, será necessário preencher outra planilha do domicílio para o mesmo endereço, assim como deverão ser aplicados os questionários domiciliar e individual para o empregado.
- Comece listando os moradores pelo **chefe do domicílio** – a pessoa indicada por quem responde como sendo o chefe da família, ou da casa. Siga listando os moradores começando pelo mais velho até o mais jovem.
- A coluna da idade deverá ser preenchida em **anos completos**. Quando houver crianças menores de 1 ano, anotar o número de meses completos. Se menos de 1 mês colocar “zero”. Em caso de meses, escrever na coluna que são X “meses”. Este dado pode ser aproximado, caso a pessoa que esteja respondendo o questionário domiciliar não saiba responder com certeza.
- Anote também o sexo de cada um – o nome pode enganar!
- Ao final de cada entrevista individual, marque um X ao lado do número da pessoa entrevistada. Colocar um R (= recusa) quando uma pessoa se recusar a participar.

Exemplo:

	No. ordem	Nome completo	Idade	Sexo
X	<b>01</b>	<i>(chefe) João Silva</i>	40	<i>M</i>
X	<b>02</b>	<i>Maria Silva</i>	42	<i>F</i>
	<b>03</b>	<i>Ana Silva</i>	20	<i>F</i>
	<b>04</b>	<i>José Silva</i>	zero	<i>M</i>

## RECUSAS

- As recusas são um problema muito grande do ponto de vista da qualidade do trabalho de pesquisa. Como não fazemos substituições, uma recusa significa menos informação.
- A maioria das recusas são reversíveis, ou seja, é uma questão de momento inadequado para o respondente, ou de uma abordagem incorreta. Possivelmente, em um outro momento a pessoa aceite responder o questionário. Na primeira recusa, tente preencher os dados de identificação (sexo, idade) com algum familiar.
- NÃO desistir antes de mais duas tentativas em dias e horários diferentes. Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada e o quanto responder um questionário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração.
- Em caso de recusa, anotar na folha de domicílio e de conglomerado, e passe a informação para seu supervisor.
- Pessoas sem condições físicas ou mentais para responder o questionário, como por exemplo, surdos-mudos, idosos demenciados, etc, são considerados como exclusões (não fazem parte do estudo). Na planilha do domicílio, colete todas informações possíveis destas pessoas (nome, sexo, idade, etc) e escreva ao lado o motivo pelo qual não puderam ser entrevistados. Essas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas.

## O QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

Deve ser aplicado apenas uma vez em cada domicílio e aplicado, de preferência, à “dona da casa”. Caso outra pessoa responda, ela deve ter amplo conhecimento sobre a família e a casa.

- Nome do entrevistador : \_\_\_\_\_

Completar com o seu nome completo.

- Código: \_\_ \_\_

Cada entrevistador tem um código de 2 dígitos usado para sua identificação.

- Data da entrevista: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Anotar a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia /mês. Nos casos de dias com apenas um dígito, colocar um zero na frente.

- Hora inicial: \_\_ \_\_: \_\_ \_\_

Preencher com o horário observado no relógio no momento do início da entrevista. Utilizar o padrão de 24 horas → 3 horas = 15:00

- Número PSF: \_\_ \_\_

Anotar o número da equipe do PSF a que pertence o domicílio.

- Número do domicílio: \_\_ \_\_

Anotar o número do domicílio conforme a folha de conglomerado.

- Número do questionário: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 00

Anotar na seqüência os números do PSF e da família.

Os dados acima devem ser preenchidos antes de iniciar a entrevista. Os números de identificação são fundamentais para que se possa juntar depois os dados de todos os moradores do domicílio!

## NÚMERO DE MORADORES

- 1. Total de pessoas que moram neste domicílio:** \_\_ \_\_

Anotar o número de pessoas a partir da planilha de domicílio.

- 2. Total de residentes do sexo feminino:** \_\_ \_\_

A partir da planilha de domicílio. Somar adultos e crianças do sexo feminino.

- 3. Total de residentes do sexo masculino:** \_\_ \_\_

A partir da planilha de domicílio. Somar adultos e crianças do sexo masculino.

## RESPONDENTE E CHEFE DA FAMÍLIA

### **4. Nome da pessoa que está respondendo o questionário**

Anotar o nome da pessoa que vai responder o questionário, a partir da planilha de domicílio.

### **5. Número de ordem do respondente na lista de moradores**

Anotar o número de ordem da pessoa que responde conforme a planilha do domicílio.

### **6. Sexo do chefe da família**

Anotar a partir da planilha do domicílio.

### **7. Idade do chefe da família**

Anotar a partir da planilha do domicílio.

### **8. Qual a escolaridade do chefe da família?**

Deve ser considerado o último ano de escola completado com aprovação, e não apenas cursado. Tente obter a melhor informação possível, visto que nem sempre é o próprio que responde e este dado é essencial para a classificação econômica das famílias.

## PSF – CADASTRO E VISITAS DOMICILIARES

### **9. Este domicílio está cadastrado no posto do Programa Saúde da Família, o PSF?**

PSF ou Programa Saúde da Família é a unidade de saúde ou posto de saúde que atende a região onde está o domicílio. Estar cadastrado significa estar incluído na lista de famílias que são atendidas pelo posto. O domicílio pode estar cadastrado, mesmo que as pessoas não utilizem o serviço. Normalmente, o cadastro é feito pelo agente de saúde, na própria casa.

### **10. Vocês já foram visitados alguma vez pelo agente de saúde do PSF, além da visita para cadastro?**

Os agentes de saúde do PSF ou agentes comunitários de saúde são pessoas que moram no mesmo bairro e que trabalham no posto de saúde fazendo visitas aos moradores. Se a visita do agente aconteceu uma única vez com o objetivo de fazer o cadastro, a resposta a esta pergunta deve ser **não**. Para responder **sim** deve ter havido pelo menos uma visita posterior ao cadastro.



**11. Quando foi a última vez que o agente de saúde visitou o domicílio?**

Anotar a opção conforme a informação do respondente. Cuidado com os intervalos! Se a pessoa não souber claramente, tentar localizá-la no tempo através de eventos que possam servir de referência, como uma viagem, uma outra visita, etc.

**12. Que importância =☺= acha que tem o agente de saúde na equipe do posto?**

Anote a resposta **após ler todas as alternativas!**

**13. Vocês já foram visitados alguma vez por um enfermeiro ou enfermeira do PSF?**

Anote a resposta. Atenção ao pulo!

**14. Quando foi a última vez que ele (ou ela) visitou o domicílio?**

Veja orientação da questão 11.

**15. Que importância =☺= acha que tem a enfermeira na equipe do posto?**

Anote a resposta **após ler todas as alternativas!**

**16. Vocês já foram visitados alguma vez pelo médico do PSF?**

Anote a resposta. Atenção ao pulo!

**17. Quando foi a última vez que o médico visitou o domicílio?**

Veja orientação da questão 11.

**18. Que importância =☺= acha que tem o médico na equipe do posto?**

Anote a resposta **após ler todas as alternativas!**

**INFRA-ESTRUTURA DO DOMICÍLIO**

**19. Tipo de domicílio**

Apenas observar!

**Casa** – o domicílio que ocupa totalmente um prédio, de um ou mais pavimentos, ou dois ou mais prédios, de um ou mais pavimentos, localizados no mesmo terreno; ou ocupa parte de um prédio, de um pavimento, que não tivesse espaços comuns (tais como: vestíbulo, escada, corredor, portaria e outras dependências) para servir aos domicílios particulares permanentes ali existentes. Assim também se considera o domicílio situado em prédio de, no máximo, três pavimentos onde as demais unidades existentes não fossem domicílios particulares permanentes.

**Apartamento** – o domicílio situado em prédio de: um ou mais pavimentos, com mais de um domicílio particular permanente, servidos por espaços comuns (vestíbulo, escada, corredor, portaria e outras dependências); dois ou mais pavimentos, com mais de um domicílio particular permanente, e com entradas independentes para os andares; ou três ou mais pavimentos, onde as demais unidades fossem não-residenciais.

**Cômodo** – o domicílio que ocupa um ou mais cômodos de uma casa de cômodos, cortiço, cabeça-de-porco, etc.

#### **20. Quantos cômodos existem na casa?**

Cômodo é sinônimo de **peça**. Veja a definição na seção de definições básicas.

#### **21. Quantos cômodos as pessoas que moram usam para dormir?**

Veja a definição de **dormitório** na seção de definições básicas. Se morar apenas uma pessoa no domicílio, não é necessário perguntar. Pode-se marcar 01.

#### **22. Essa casa é própria, alugada, ou tem outra situação?**

As demais opções só devem ser lidas se necessário. Se a pessoa disser que a casa é própria, questionar se já foi paga ou ainda está pagando. Note que a pergunta se refere à construção e não ao terreno. É comum que as pessoas se refiram a “área de invasão”. Mas se o terreno é invadido e a casa (ou barraco) foi construída com recursos do morador, esta deve ser considerada como própria.

**Próprio - já pago** - domicílio de propriedade, total ou parcial, de morador e que estivesse integralmente quitado, independentemente da condição de ocupação do terreno.

**Próprio - ainda pagando** - domicílio de propriedade, total ou parcial, de morador e que não estivesse integralmente quitado, independentemente da condição de ocupação do terreno.

**Alugado** - domicílio cujo aluguel fosse, totalmente ou parcialmente, pago por morador.

**Cedido** - domicílio cedido gratuitamente por instituição ou pessoa não-moradora (parente ou não), ainda que mediante uma taxa de ocupação ou conservação.

**Invadido** – imóvel ocupado sem a concordância do proprietário e sem legalização da situação de posse por usucapião.

**Outra condição** - Para o domicílio ocupado em condição diferente das citadas anteriormente.

### **23. De onde vem a água da casa?**

**Rede geral** - Quando o domicílio for servido por água proveniente de uma rede geral de distribuição, com canalização interna ou, pelo menos, para o terreno ou propriedade em que se situava. Por exemplo, rede da Corsan.

**Poço ou nascente** - Quando o domicílio for servido por água proveniente de poço ou nascente localizado no terreno ou na propriedade em que se situa.

**Outra proveniência** - Quando o domicílio for servido por água proveniente de reservatório abastecido por carro-pipa, coleta de chuva ou outra procedência que não se enquadrasse nas anteriormente descritas.

### **24. A água utilizada na casa é canalizada?**

Se a resposta for positiva, perguntar se é só no terreno ou propriedade ou é canalizada para dentro da casa, isto é, tem torneira em casa, em pelo menos um cômodo.

### **25. Quantos banheiros existem na casa?**

Contar todos os banheiros que tenham vaso sanitário e chuveiro ou banheira, que estejam dentro do domicílio, não esquecendo de banheiro de empregada, vestiário de piscina, etc. Se não tiver anotar 00.

### **26. A água usada no banheiro sai para onde?**

Esta é uma pergunta potencialmente complicada. Queremos saber que destino tem a água usada nos banheiros da casa. Veja as definições e tente ajudar a pessoa que responde a escolher a melhor alternativa.

**Rede coletora de esgoto** - quando a canalização das águas servidas e dos dejetos estiver ligada a um sistema de coleta de esgoto da companhia de saneamento. Em geral, quem é servido por esgoto paga uma taxa de esgoto na conta de água.

**Rede pluvial** - quando a canalização das águas servidas e dos dejetos estiver ligada diretamente ao sistema de coleta de água de chuva. É canalizado, mas não é esgoto.

**Fossa ligada à rede coletora de esgoto ou pluvial** - quando as águas servidas e os dejetos fossem esgotados para uma fossa, onde passam por um processo de tratamento ou decantação, sendo a parte líquida canalizada para um desaguadouro geral da área, região ou município. Inclua nessa opção também fossa rudimentar, ou negra.

**Vala, a céu aberto** - quando os dejetos fossem esgotados diretamente para uma vala, ou a céu aberto. Por exemplo, os dejetos saem por um cano e são jogados mais abaixo na encosta do morro.

**Outra forma** - quando o escoadouro não se enquadrar em quaisquer dos tipos descritos anteriormente.

### **27. Frase introdutória para bens domésticos**

Esta frase deve ser lida tal qual está redigida, pois muitas vezes a pessoa tem receio de responder, temendo roubo. Então é importante que ela entenda por que se quer saber das coisas que se tem dentro de casa. Leia em voz alta e clara e passe para a próxima questão.

Deve-se considerar como **presente** na casa os bens nas seguintes situações: a) próprio, já pago, ou ainda pagando; b) alugado em caráter permanente; c) emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses; d) quebrado, e sem funcionar há **menos** de 6 meses.

**Não** considerar os bens nos seguintes casos: a) emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses; b) quebrado há mais de 6 meses; c) alugado em caráter eventual; d) de propriedade de empregados ou pensionistas.

## BENS DOMÉSTICOS

### **28. Tem aspirador de pó?**

Considerar aspirador de pó mesmo que seja portátil ou máquina de limpar a vapor - Vaporetto.

### **29. Tem máquina de lavar roupa?**

Não considerar o “tanquinho” como máquina de lavar roupa.

### **30. Tem videocassete?**

Videocassete de qualquer tipo, mesmo em conjunto com a televisão, deve ser considerado.

Aparelhos de DVD não devem ser considerados.

### **31. Tem geladeira?**

Para geladeira, não importa modelo, tamanho, etc. Também não importa número de portas.

### **32. Tem freezer ou geladeira duplex?**

Para o freezer o que importa é a presença do utensílio. Valerá como resposta “sim” se for um aparelho separado, ou em combinação com a geladeira (duplex). Uma pessoa que tenha apenas uma geladeira duplex, vai ter como resposta “sim” para geladeira e “sim” para freezer.

### **33. Tem forno de microondas?**

Não importa se tem tecla de pipoca ☺. Não incluir forno elétrico ou a gás.

### **34. Tem microcomputador?**

Considerar microcomputador independente de marca ou modelo (PC, Mac, etc.), ou de tamanho (modelo de mesa ou portátil). Não considerar agenda eletrônica ou palmtop.

### **35. Tem telefone fixo?**

Esta pergunta refere-se a telefone fixo ou convencional, com linha telefônica, não é telefone celular.

### **36. Rádio? Quantos?**

Em caso de resposta afirmativa, quantificar o número de rádios. Considerar qualquer tipo de rádio **dentro** do domicílio, portátil ou incorporado a outro aparelho de som. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1, micro-systems, rádio-relógio, etc. devem ser considerados. Não deve ser considerado o rádio do automóvel.

### **37. Televisão preto e branco? Quantas?**

Em caso de resposta afirmativa, quantificar o número de televisores em preto e branco. Não importa o tamanho da televisão, pode ser portátil, desde que seja preto e branco. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenham sido adquiridos pela família empregadora.

### **38. Televisão colorida? Quantas?**

Não considere televisão preto e branco. Não importa o tamanho da televisão, pode ser portátil, desde que seja colorida. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenham sido adquiridos pela família empregadora.

### **39. Automóvel? Quantos?**

Só contam veículos de passeio, não contam veículos como táxi, vans ou pick-ups usados para fretes ou qualquer outro veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

### **40. Aparelho de ar condicionado? Quantos?**

Em caso de resposta afirmativa, quantificar o número de aparelhos de ar condicionado. Se houver ar condicionado central, marcar o número de cômodos servidos pelo aparelho.

### **41. Na casa trabalha empregado doméstico *por mês*?**

Se o domicílio for pobre e você sentir que pode causar constrangimento fazer a pergunta diretamente, tente começar por “=☺= tem alguém que ajuda no serviço doméstico em sua casa?”. A partir daí explore se a ajuda é feita pelos familiares (geralmente filhas, noras), ou se existe uma pessoa paga para realizar tal tarefa. Se há alguém pago para isso, pergunte se é mensalista ou não (pelo menos 5 dias por semana, dormindo ou não no emprego). Não esquecer de incluir babá, motorista, jardineiro, cozinheira, considerando sempre os mensalistas.

## **QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL**

Deve ser aplicado a todas as pessoas do domicílio, incluindo crianças, adultos, idosos, desde que ali tenham residência permanente. Excluir (mas listar na planilha de domicílios) pessoas ausentes do domicílio por período que exceda a duração do trabalho de campo e pessoas com problemas físicos ou mentais que impeçam a entrevista (como por exemplo, surdos-mudos, deficientes mentais, Alzheimer avançado, etc.).

Os questionários referentes às crianças até 12 anos devem ser respondidos pela mãe ou responsável. A partir de 13 anos, até os 17, é necessário que o responsável esteja presente para o consentimento, mas preferível fazer a entrevista apenas com o adolescente.

### **PRIMEIRO QUADRO**

- Nome do entrevistador : \_\_\_\_\_

Completar com o seu nome completo.

- Código: \_\_ \_\_

Cada entrevistador tem um código de 2 dígitos usado para sua identificação.

- Data da entrevista: \_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_

Anotar a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia /mês. Nos casos de dias com apenas um dígito, colocar um zero na frente.

- Hora inicial: \_\_\_\_ \_\_\_\_ : \_\_\_\_ \_\_\_\_

Preencher com o horário observado no relógio no momento do início da entrevista. Utilizar o padrão de 24 horas → 3 horas = 15:00

- Número PSF: \_\_\_\_ \_\_\_\_

Anotar o número da equipe do PSF a que pertence o domicílio.

- Número do domicílio: \_\_\_\_ \_\_\_\_

Anotar o número do domicílio conforme a folha de conglomerado.

- Número da pessoa: \_\_\_\_ \_\_\_\_

Anotar o número de ordem da pessoa na planilha do domicílio.

- Número do questionário: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Anotar na seqüência os números do PSF, da família e da pessoa. Os dados acima devem ser preenchidos antes de iniciar a entrevista. Os números de identificação são fundamentais para que se possa juntar depois os dados de toda a família!

## DADOS GERAIS

### 1. Entrevista referente a:

Anotar o nome completo do entrevistado ou da pessoa (criança até 12 anos) a que se refere a entrevista.

### 2. Telefone celular ou outro telefone para contato:

Anotar para um contato que possa ser necessário.

### 3. Quem responde o questionário é:

O respondente deve ser sempre o próprio, à exceção das crianças até 12 anos, quando a mãe, pai ou responsável deve responder. Em casos excepcionais, uma outra pessoa poderá responder por alguém de mais de 12 anos. **Sempre** anote quem é a pessoa que responde.

#### **4. Relação com o chefe da família:**

Esta relação diz respeito à pessoa classificada como chefe na planilha do domicílio.

#### **5. Sexo**

Apenas observar e assinalar.

#### **6. Qual a sua data de nascimento?**

Preencher o dia e o mês sempre com dois dígitos - se menor que 10, colocar um zero na frente. Nos quatro últimos espaços anotar o ano sempre com quatro dígitos. Se a pessoa não souber o dia, preencha este espaço com 99 e anote mês e ano. Se não souber mês e ano, preencha tudo com 9's e passe para a questão seguinte.

#### **7. Qual a sua idade?**

Preencha somente se a pessoa não souber responder a data de nascimento. Neste caso, registre o número de anos completos **ou** o de meses completos, se criança menor de 1 ano. Não preencha anos e meses! Preencher com 8's os campos de anos ou meses não utilizados.

#### **8. Como =☺= se classifica em relação a cor ou raça?**

Perguntar exatamente como escrito e deixar a pessoa responder. Anotar o que for dito, sem questionamentos. O que nos interessa é a cor ou raça **como definido pelo respondente**, e não a avaliação do entrevistador, de forma a manter a compatibilidade com o IBGE. Se a pessoa usar um termo que deixe dúvida, como por exemplo, “escuro”, leia as alternativas disponíveis e peça para que a pessoa escolha uma destas – no caso, negra ou parda.

#### **9. =☺= frequênta escola (ou creche)? Que curso?**

Assinalar a resposta dada, levando em conta as equivalências dos diferentes nomes que os cursos receberam durante os últimos anos. O primário equivale às quatro primeiras séries do atual ensino fundamental. Este por sua vez já foi chamado de 1º grau. Ginásio equivale a 5ª a 8ª série do ensino fundamental. O antigo colegial passou a ser chamado de 2º grau e agora é o ensino médio, sempre com 3 séries.

#### **10. Qual o último ano de estudo que =☺= concluiu?**

Registrar a última série ou ano concluído com aprovação, e em seguida o grau. Para o grau, utilize 1 para ensino fundamental ou equivalente, 2 para ensino médio ou equivalente e 3 para ensino superior. Caso a pessoa não tenha completado nenhum ano de escola formal (como no caso de crianças), anotar 0 para ano e 0 para grau.



### **11. =☺= concluiu o curso superior?**

Para aqueles que declararem ter cursado pelo menos um ano de nível superior, assinalar se concluiu ou não o curso. Em caso de ter cursado mais de um curso de nível superior, anotar **sim** se concluiu pelo menos um dos que iniciou.

### **12. Instrução sobre pulo em função da idade**

As perguntas 13 até 35 somente serão aplicadas para pessoas com 10 anos de idade ou mais. **Cuidado** para não “atropelar” o pulo e constranger o respondente.

## SITUAÇÃO CONJUGAL, HÁBITOS

### **13. Qual a sua situação conjugal atual?**

Se o entrevistado não entender a expressão “situação conjugal”, pergunte sobre o estado civil, ou se tem companheiro. A situação civil (legal) não tem importância, queremos saber se a pessoa tem um companheiro (1), nunca teve (2), se já teve e separou e não tem outro (3), ou se o companheiro faleceu e não tem outro (4).

### **14. Qual é o seu peso atual?**

Anote o peso referido pelo entrevistado. Caso o entrevistado informar o peso com detalhamento de gramas (exemplo: 73,5 Kg), use a lei do arredondamento, isto é, de X,0 até X,4 arredonde para baixo (ou seja X); e de X,5 até X,9 arredonde para cima (ou seja, X+1). No exemplo, o peso anotado seria 074 Kg. No caso do entrevistado não saber informar seu peso, marque a opção “IGN”.

### **15. Qual é a sua altura?**

Anote a altura informada pelo entrevistado, mesmo que seja uma altura aproximada. Se o entrevistado não souber responder, marque a opção “IGN”. Anote a altura em centímetros (sem vírgula), mesmo que a altura informada seja em metros. Por exemplo, 1,78 m = 178 cm.

### **16. =☺= fuma ou já fumou?**

Será considerado fumante (ou ex-fumante) o entrevistado que disser que fuma (ou fumou) 1 ou mais de 1 cigarro por dia há (ou por) mais de um mês. Se parou de fumar há menos de um mês, considere como fumante atual. Se fuma menos de um cigarro por dia ou há menos de um mês, considere como não fumante.

**17. Há quanto tempo parou de fumar?**

Se o entrevistado responder que já fumou mas parou, preencher há quantos anos OU meses, colocando zero na frente dos números quando necessário. Preencher com 8's os campos de anos ou meses não utilizados.

**18. Há quanto tempo ☺= fuma, ou fumou durante quanto tempo?**

Preencher com o número de anos que a pessoa fuma ou fumou. Se foi por um ano ou menos de um ano, marcar 01.

**19. Quantos cigarros ☺= fuma (ou fumava) por dia?**

Preencher com o número de cigarros fumados por dia. Lembre-se que há 20 unidades num maço ou carteira de cigarros. Há uma forte tendência para as pessoas responderem em termos de maços – tente obter o número mais preciso possível.

**EXERCÍCIO FÍSICO**

**20. ☺= pratica algum tipo de exercício físico no seu tempo livre?**

Exercício físico é atividade física realizada de forma **regular** e com o **objetivo** de se obter um ganho na forma física, ou pelo manter a forma atual. Vamos levar em conta também a atividade física **regular** apenas com o intuito recreativo (p. ex., um jogo de futebol todos os sábados).

Não vamos considerar a atividade física realizada no trabalho (p. ex., carregar sacos de cimento, serviço doméstico pesado) ou no deslocamento para o trabalho (p. ex., uma pessoa que vai trabalhar de bicicleta).

Levar em conta o que aconteceu nos **últimos 30 dias**.

**21. Que tipo de exercício?**

Marcar até 3 tipos de exercício físico que sejam feitos **regularmente**, ou seja, pelo menos uma vez por semana.

**22. Quantos minutos de exercício ☺= faz normalmente em cada dia da semana?**

Seg \_\_\_ + Ter \_\_\_ + Qua \_\_\_ + Qui \_\_\_ + Sex \_\_\_ + Sab \_\_\_ + Dom \_\_\_  
= total \_\_\_\_\_

♯ No. de dias na semana que faz exercício: \_\_\_

Anote o número **total** de minutos de atividade física regularmente praticada para cada dia da semana. Por exemplo, uma pessoa que faz musculação 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> por 1 hora, e caminhada todos os dias da semana por meia hora, vamos anotar:

Seg 90 + Ter 30 + Qua 90 + Qui 30 + Sex 90 + Sab 30 + Dom 30

= total 0390

♯ No. de dias na semana que faz exercício: 7

**23. Quantas horas =☺= fica sentado ou deitado (não dormindo) por dia em um dia de semana normal (2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup>)?**

Um dia de semana normal é um dia qualquer em que a rotina seja parecida com os outros dias da semana. Não deve ser considerado um dia de final de semana (sábado ou domingo). O tempo dormindo não deve ser contado nesta pergunta. Se necessário, você deve dividir o dia em manhã, tarde e noite, por exemplo: durante a manhã, quanto tempo fica sentado? E pela tarde? E pela noite? E depois somar tudo.

## RENDIMENTOS

**24. =☺= trabalhou nos últimos 30 dias?**

Considerar como trabalho qualquer atividade remunerada, com qualquer carga horária. Não importa o vínculo, carteira, etc. Também não importa se o trabalho foi regular ou eventual.

**25. Qual é a ocupação que =☺= exerce no trabalho ou a última ocupação que exerceu?**

Anotar a ocupação como relatada pelo entrevistado, entendendo bem qual é a atividade. Depois codificar de acordo com a tabela do ocupação, no Anexo. Em caso de alguém que nunca tenha trabalhado, anotar por extenso: NUNCA TRABALHOU. Não anote ESTUDANTE em caso de criança que só vai à escola – use a expressão anterior.

**26. Qual é ou era o trabalho do seu pai (ou responsável masculino)?**

Da mesma forma que na questão anterior, anotar a ocupação do pai ou da pessoa responsável. Se não viveu com o pai, ou responsável masculino, escreva NSA e codifique com 888.

**27. Qual é ou era o trabalho da sua mãe (ou responsável feminino)?**

Da mesma forma que na questão anterior, anotar a ocupação da mãe ou da pessoa responsável do sexo feminino. Se não viveu com a mãe, ou responsável feminino, escreva NSA e com 888.

## **28. ☺= ganhou algum dinheiro no mês passado, de qualquer fonte?**

A pergunta inclui qualquer tipo de rendimento ou ganho: trabalho, presente, pensão, loteria, qualquer coisa. A referência desta pergunta é o mês civil passado, e não os últimos 30 dias como a maioria das outras perguntas. Isto é **muito** importante observar para que todos respondam da mesma forma. Vamos levar em conta o valor efetivamente recebido, e não o devido – por exemplo, uma firma que não efetuou o pagamento.

Se a resposta for não, procure se certificar de que a pessoa entendeu a pergunta, e insista que não é só rendimento do trabalho.

## **CONSIDERANDO O MÊS PASSADO, QUANTO ☺= RECEBEU? (BRUTO)**

### **29. Trabalho principal**

### **30. Demais trabalhos**

### **31. Aposentadoria ou pensão**

### **32. Aluguel?**

### **33. Pensão alimentícia, mesada, doação recebida de não-morador**

### **34. Renda mínima / bolsa-escola, seguro desemprego, etc**

### **35. Outras fontes**

A resposta deverá ser anotada em reais, e no total que recebeu no mês, **sem descontar o que ficou retido de impostos**.

➔ Caso a pessoa entrevistada responda salário/dia, ou salário/semana, trabalhe com a pessoa no sentido de chegar ao valor efetivamente recebido durante todo o mês.

Não esqueça que a renda se refere ao **mês civil anterior**. Se uma pessoa começou a trabalhar no mês corrente, não incluir o seu salário. Se uma pessoa está desempregada no momento mas recebeu salário no mês anterior, este deve ser incluído. Quando uma pessoa está desempregada a mais de um mês e estiver fazendo algum tipo de trabalho eventual (biscates), considere apenas a renda desse trabalho, anotando quanto ganha por biscate e quantos dias trabalhou neste último mês para obter a renda total.

- Para os autônomos, como proprietários de armazéns e motoristas de táxi, considerar o que a pessoa recebeu ou retirou da empresa. Não confundir com o faturamento da empresa! Já para os empregados deve-se considerar a renda bruta, não excluindo do valor do salário os valores descontados para pagamentos de seguros sociais.

- Não incluir rendimentos ocasionais ou excepcionais como o 13º salário ou recebimento de indenização por demissão, fundo de garantia, etc. Salário desemprego deve ser incluído. Se a pessoa trabalhou no último mês como safrista, mas durante o restante do ano trabalha em outro emprego, anotar as duas rendas especificando o número de meses que exerce cada trabalho.
- Se não houver valor para ser anotado, passe um traço no espaço (R\$ \_\_\_\_\_, 00) e posteriormente codifique com 0 0 0 0 0.
- Em caso de pulo do bloco todo, passe uma linha diagonal nas perguntas e depois codifique tudo com 8 8 8 8 8.

## PLANO DE SAÚDE E GASTOS

### **36. ☺= tem plano de saúde?**

➔ A partir daqui o questionário volta a ser aplicado a todas as idades!

Considerar qualquer plano, benefício, serviço que dê acesso a consultas, exames, hospitalização, que não seja do SUS. Pode ser pago, pode ser gratuito, pode ser de instituição pública (como o Instituto de Previdência do Estado) ou privada (como Unimed, Golden Cross).

Não considere como plano de saúde um serviço que ofereça **somente** remoção de emergência (p. ex., Ecco Salva).

➔ Se o entrevistado tiver mais de um plano de saúde, perguntar a ele qual é o principal e responder as perguntas seguintes em relação ao que é considerado principal.

### **37. O plano de saúde é de instituição de assistência de servidor público (federal, estadual ou municipal)?**

Várias instituições públicas oferecem assistência médica ou odontológica. Um exemplo de plano de instituição de assistência de servidor público é o IPÊ (Instituto de Previdência do Estado).

### **38. O plano de saúde cobre consultas médicas?**

Se tem algum tipo de cobertura a resposta é sim, mesmo que não seja integral.

**39. O plano de saúde cobre exames (laboratório, RX)?**

Se tem algum tipo de cobertura a resposta é sim, mesmo que não seja integral. Considerar exames de laboratório (exame de sangue, urina), radiologia (raio X simples, exames com contraste), exames complexos (como ultra-som, tomografia, ressonância magnética).

**40. O plano de saúde cobre internações em hospital?**

Se tem algum tipo de cobertura para hospitalização a resposta é sim, mesmo que não seja integral e a pessoa tenha que pagar alguma complementação. Não importa o tipo de hotelaria (apartamento coletivo, individual, etc.).

**41. =☺= tem cobertura para atendimento com dentista neste ou em outro plano de saúde?**

A resposta é sim se a pessoa tem direito a atendimento odontológico (consulta, tratamento, raio-X), mesmo que tenha que pagar alguma complementação. A cobertura aqui pode ser do plano principal ou de outro plano que a pessoa tenha (só para odontologia, ou não).

**42. Nos últimos 30 dias quanto =☺= gastou do seu próprio bolso com a mensalidade do plano de saúde?**

Registrar o valor efetivamente pago pela própria pessoa. Se é pago por outro, mas como dependente, ou como uma doação, completar com 8—8 e depois codificar com 8 8 8 8 8. Se não há nenhum encargo financeiro para ninguém – situação rara, mas possível – completar com um traço (R\$ \_\_\_\_\_, 00) e codificar com 0 0 0 0 0.

**43. Além da mensalidade, este plano cobra algum valor pelas consultas ou exames?**

Responder sim se a pessoa, quando utiliza algum dos serviços cobertos (consultas, tratamentos, exames, internações), tem que pagar parte do custo. Isto pode acontecer por pagamento de valor reduzido na hora do atendimento, ou por reembolso apenas parcial do valor pago. **Não considerar nesta questão o custo de medicamentos, que alguns planos reembolsam total ou parcialmente.**

- 44. Nos últimos 30 dias =☺= gastou algum dinheiro com remédios? Quanto?**
- 45. Nos últimos 30 dias =☺= gastou algum dinheiro com consultas médicas? Quanto?**
- 46. Nos últimos 30 dias =☺= gastou algum dinheiro com exames complementares ou raio X? Quanto?**
- 47. Nos últimos 30 dias =☺= gastou algum dinheiro com dentista? Quanto?**
- 48. Nos últimos 30 dias =☺= gastou algum dinheiro com outras coisas relacionadas à saúde (enfermeira, óculos, fisioterapia)? Quanto?**

Anote os gastos efetivamente realizados do próprio bolso consigo ou com outra pessoa residente no domicílio. Em cada questão, leve em conta todas as possibilidades. Por exemplo, dentista envolve o pagamento de uma consulta, de um tratamento, etc. **Não inclua** no total registrado gastos com transporte e alimentação feitos por ocasião do atendimento.

Se não gastou nada, completar com um traço (R\$ \_\_\_\_\_, 00) e codificar com 0 0 0 0 0.

#### ESTADO DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

- 49. Em geral, como =☺= considera sua saúde?**

As opções de resposta devem ser lidas para o entrevistado. Caso o entrevistado pergunte “COMPARADO COM QUEM?”, peça para ele se comparar com alguém de mesma idade e sexo. Se o entrevistado responder DEPENDE ou ficar em dúvida por causa do EM GERAL, diga para ele se referir a como se sente na maior parte do tempo. Em casos necessários, faça a pergunta novamente da seguinte forma: Na maior parte do tempo, como considera sua saúde? Muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?

- 50. Nas duas últimas semanas =☺= procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua própria saúde?**

Não deixar passar atendimentos de rotina, busca de remédios, vacina, etc. Veja as alternativas da questão seguinte. Não considerar o atendimento para outra pessoa, como para um filho. Este atendimento vai ser considerado no questionário do filho!

- 51. Qual o principal motivo deste atendimento?**

Deve ser anotado apenas um motivo identificado como o principal. Em caso de dúvida, por vários motivos, tente perguntar se para cada um em separado, a pessoa teria procurado o serviço.

**52. Onde =☺= procurou atendimento em primeiro lugar?**

Interessa saber o primeiro lugar que foi procurado para atendimento. Frequentemente a pessoa refere um serviço pelo nome. Por exemplo, o HPS (Hospital de Pronto Socorro). Esclareça que serviço procurou, pois a pessoa pode ter ido a um ambulatório e não ao PS.

**53. Porque =☺= não procurou atendimento em primeiro lugar no PSF do seu bairro?**

Deixe a pessoa dizer o motivo e tente classificar entre as alternativas. Não force uma resposta dentro delas! Se não se encaixa marque **7 (X) outro** e anote o motivo. Como sempre, se não couber no espaço, use o verso do questionário.

**54. =☺= foi atendido quando buscou atendimento?**

Anote a resposta.

**55. Foi receitado algum remédio neste atendimento?**

Leve em conta prescrição médica, de enfermagem, ou outro profissional qualificado.

**56. Como =☺= avalia este atendimento?**

Ler todas as alternativas, mesmo que a pessoa já vá respondendo ao final da pergunta. Ao final da leitura confirme a resposta.

**57. Porque =☺= não foi atendido no serviço?**

Deixe a pessoa dizer o motivo e tente classificar entre as alternativas. Não force uma resposta dentro delas! Se não se encaixa marque **7 (X) outro** e anote o motivo. Como sempre, se não couber no espaço, use o verso do questionário.

**58. Porque =☺= não procurou serviço de saúde?**

Algumas pessoas podem se surpreender com a pergunta. A resposta mais freqüente será, sem dúvida, “porque não precisei”. Se houve outro motivo, qualquer que seja, marque a opção **2 (X) sentiu necessidade mas não foi por ...** e complete com o motivo declarado.

ESPECIFICAMENTE EM RELAÇÃO AO PSF DO SEU BAIRRO

**59. Nos últimos 6 meses, =☺= procurou o posto do PSF do bairro para =☺= mesmo? Se sim, quantas vezes procurou?**

A procura se refere a um atendimento para quem responde. Não considere o atendimento para outro. No caso de ser uma pessoa respondendo por uma criança, a procura tem que ter sido para



atendimento da criança. Se não houve procura neste período, anotar 0. Se 8 atendimentos ou mais anotar 8. O 9 somente deverá ser usado se não souber o número de vezes.

**60. Se =☺= procurou o PSF, indique até 3 motivos:**

Podem ser marcados até três motivos para atendimentos neste período de 6 meses. Use a opção **outro** da mesma forma como acima.

**61. Porque =☺= decidiu ir ao PSF, e não a outro lugar?**

Deixe a pessoa dizer o motivo e tente classificar entre as alternativas. Não force uma resposta dentro delas! Se não se encaixa marque **8 (X) outro** e anote o motivo. Como sempre, se não couber no espaço, use o verso do questionário.

**62. Como =☺= avalia o atendimento do PSF nestes atendimentos?**

Ler todas as alternativas, mesmo que a pessoa já vá respondendo ao final da pergunta. Ao final da leitura confirme a resposta.

**63. Nos últimos 6 meses =☺= teve solicitação de exame (laboratório, RX) do PSF?**

Considere todo tipo de exame laboratorial, radiológico, ou qualquer outro.

**64. =☺= conseguiu realizar estes exames pelo SUS?**

Marque sim se a pessoa conseguiu realizar todos os exames solicitados em serviços do SUS. Se teve de recorrer a serviço particular ou convênio, marque não.

**65. Como foi para realizar os exames solicitados?**

Ler todas as alternativas, mesmo que a pessoa já vá respondendo ao final da pergunta. Ao final da leitura confirme a resposta.

**66. Encaminhamento para especialista pelo PSF**

Considere qualquer tipo de encaminhamento a especialista – em outro ambulatório, em hospital, internação, etc.

**67. Realização da consulta com especialistas**

Veja questão 66.

**68. Facilidade para conseguir a consulta com especialista**

Ler todas as alternativas, mesmo que a pessoa já vá respondendo ao final da pergunta. Ao final da leitura confirme a resposta.

## **69. Orientação sobre fim do questionário para menores de 20 anos**

Se o entrevistado for menor de 20 anos, passe para o questionário dos medicamentos. Para os outros leia o texto indicado abaixo.

➔ Cuidado com este bloco! Algumas pessoas reagem muito mal quando colocadas numa situação de doença, mesmo que imaginária. Use sua simpatia e capacidade de conversar para acalmar uma pessoa que se incomode com a proposta!

### SITUAÇÕES HIPOTÉTICAS EM RELAÇÃO À BUSCA DE SERVIÇO

- A codificação de 1 a 9 apresentada no quadro será usada nas questões 72 a 81.

#### **70. Situação de cansaço**

#### **71. Situação do banquinho**

#### **72. Situação de pressão alta**

Leia as situações com voz calma, sem grandes interpretações e anote a resposta com cuidado para não induzir.

- A questões 75 a 77 devem ser aplicadas **apenas para a mulheres**.

#### **73. Situação de evitar gravidez**

#### **74. Situação de prevenção do câncer ginecológico**

#### **75. Situação de pré-natal**

Leia as situações com voz calma, sem grandes interpretações e anote a resposta com cuidado para não induzir.

- As questões 78 a 81 devem ser respondidas apenas por pessoa responsável por crianças da casa até 10 anos de idade. Atenção! Pode ser um homem!

#### **76. Situação de vacinação**

#### **77. Situação de dor de cabeça, vômitos, etc**

#### **78. Situação de febre e tosse**

#### **79. Situação de corte com sangramento**

Leia as situações com voz calma, sem grandes interpretações e anote a resposta com cuidado para não induzir.

## **OPINIÃO SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE LOCAL**

Ler a frase introdutória calmamente, tal como está escrita. É muito importante não mostrar envolvimento ou cumplicidade para não induzir respostas. Deixe a pessoa totalmente à vontade.

Se a pessoa não entender a frase leia de novo. Só dê alguma explicação se solicitada. Mesmo que a pessoa hesite, há sempre uma posição forte ou fraca, mas a favor ou contra. Anote a concordância ou discordância, mesmo que não seja enfática.

**80. Agentes de saúde**

**81. Especialista**

**82. Satisfação**

**83. Pronto-socorro**

**84. Aproximação com o posto**

**85. Plano de saúde**

**86. Remédios**

**87. Fim de semana**

**88. Sentir-se importante**

**89. Não resolvem nada**

Se a pessoa disser sim = concordo, se disser não = discordo.

## **QUESTIONÁRIO DE MEDICAMENTOS**

### **PRIMEIRO QUADRO**

• Nome do entrevistador : \_\_\_\_\_

Completar com o seu nome completo.

• Código: \_\_ \_\_

Cada entrevistador tem um código de 2 dígitos usado para sua identificação.

• Data da entrevista: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Anotar a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia /mês. Nos casos de dias com apenas um dígito, colocar um zero na frente.

- Hora inicial: \_\_\_\_ \_\_\_\_ : \_\_\_\_ \_\_\_\_

Preencher com o horário observado no relógio no momento do início da entrevista. Utilizar o padrão de 24 horas → 3 horas = 15:00

- Número do PSF: \_\_\_\_ \_\_\_\_

Anotar o número da equipe do PSF a que pertence o domicílio.

- Número do domicílio: \_\_\_\_ \_\_\_\_

Anotar o número do domicílio conforme a folha de conglomerado.

- Número da pessoa: \_\_\_\_ \_\_\_\_

Anotar o número de ordem da pessoa na planilha do domicílio.

- Número do questionário: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Anotar na seqüência os números do PSF, do domicílio e da pessoa. Os dados acima devem ser preenchidos antes de iniciar a entrevista. Os números de identificação são fundamentais para que se possa juntar depois os dados de todo o domicílio!

- Se possível, solicitar ao entrevistado para ficar sozinho com ele no momento de responder o questionário. O motivo é para os outros não interferirem e para não se darem conta que, ao serem entrevistados, se disserem que não usaram nenhum medicamento, não precisarão se levantar para procurar e / ou trazer as embalagens e receitas.
- A frase introdutória deve ser lida calmamente. Ela é fundamental para o entrevistado entender que todo e qualquer produto usado para prevenir ou curar alguma doença ou estado de saúde, deve ser relatado.
- Sempre, antes de iniciar a entrevista, pense uma forma de localizar o entrevistado sobre o que significa os últimos 15 dias. Dê uma referência, se possível. O que foi consumido no dia da entrevista não conta. Entram os remédios usados no últimos 15 dias até o dia anterior da pesquisa. Ex: Se hoje é segunda a pergunta deve ser feita desde o domingo retrasado. O período a ser considerado é do domingo retrasado até ontem que era domingo.

### **1. Nos últimos 15 dias, =☺= usou algum remédio?**

- Considerar todo tipo de medicamento, por indicação médica ou por iniciativa própria. Mesmo coisas muito simples, como um comprimido de analgésico para dor de cabeça, devem ser

consideradas. Anotar também os produtos naturais, homeopatia, fórmulas feitas em farmácia de manipulação, florais, vitaminas, remédios caseiros, etc.

- Na dúvida de um item referido ser medicamento ou não, anote. Não esqueça que anticoncepcional também é remédio.
- Se a resposta for não, dar um tempo para a pessoa tentar se lembrar e estimular a memória com possíveis episódios frequentes, como um remédio para gripe, uma dor de cabeça, remédios para má digestão, para emagrecer etc.
- Se realmente a resposta for “não” ou “não sabe”, isto é, a pessoa não sabe informar, passar uma linha diagonal em todo o quadro e colocar “00” no número total de remédios usados (questão 4) e pular para a questão 5.

## 2. Qual o nome dos remédios usados?

- Em primeiro lugar, completa-se com os nomes de todos os medicamentos que o entrevistado se lembre de ter usado.
- Cada medicamento deve ser anotado em uma linha diferente.
- Nos casos em que o entrevistado relatar o uso de mais de 15 medicamentos, anotar o nome dos outros no verso desta folha. Neste caso, cada nome de medicamento deverá ser acrescido de um número seqüencial que o identifique (iniciando por 16).
- Se algum medicamento for uma fórmula de farmácia de manipulação que não tenha um nome comercial, anotar no lugar do nome do remédio apenas FÓRMULA e anotar atrás da ficha de medicamentos correspondente a fórmula detalhada.
- Atenção ao pulo!
- =☺= **usou mais algum?** Quando a pessoa já tiver acabado de relatar o que usou, perguntar se ela usou mais algum remédio que ela possa já ter eliminado a embalagem ou esquecido, além dos já citados. Se citar mais algum, incluí-lo no quadro. É comum acontecer complementação da lista no decorrer da entrevista. Se sobraem espaços de preenchimento, passar uma linha na diagonal dos espaços destinados ao nome dos remédios, ao final do preenchimento do questionário. Se o entrevistado é uma mulher em idade reprodutiva (13 a 49 anos) e não tiver citado uso de anticoncepcional, perguntar se não usou este tipo de remédio (lembre que muitas pessoas não sabem que anticoncepcional é um medicamento).

**3. ☺ poderia trazer agora as receitas e as caixas ou embalagens de todos os remédios que usou?**

Por embalagens entende-se a caixa, cartela, vidro. Dar preferência para a caixa, pois traz informações mais completas. É muito importante ter a caixa do medicamento na mão para poder preencher corretamente os dados individuais dos medicamentos. Explicar para o entrevistado que a finalidade é anotar também o nome do laboratório fabricante e observar se é um genérico. Estes dados certamente a pessoa não sabe sem ter a caixa ou embalagem ou bula na mão.

**4. Número total de remédios usados:**

Após encerrar o quadro, contar quantos itens de medicamentos foram citados e preencher o número (não esquecer de contar os medicamentos anotados no verso quando forem mais de 15). Se nenhum medicamento foi usado, preencher com 00.

**5. Neste período de 15 dias ☺ deixou de tomar algum remédio que precisava?**

- Estamos interessados em saber se as pessoas deixaram de tomar algum remédio por não ter tido acesso ao medicamento. Se a pessoa tinha o medicamento mas deixou de tomar porque estava fazendo mal ou porque não quis tomar, não será considerado.
- Estimule a pessoa a lembrar: pode ser um remédio simples que ia tomar e não tomou porque não tinha em casa na hora, pode ser um remédio de uso contínuo que parou porque acabou e não pôde comprar. Se a pessoa começou um tratamento mas não o completou por algum motivo, também é considerado um caso de ter deixado de tomar um medicamento que precisava.
- Se a resposta for “não”, pular o preenchimento do quadro seguinte e passar a preencher as fichas de medicamentos dos remédios que foram relatados. Neste caso, especificamente, não é necessário codificar o quadro, somente passar um traço na diagonal.
- Se nenhum remédio foi usado nos últimos 15 dias, acabou o questionário!
- As respostas das questões 6 até 11 são respondidas no quadro. Cada remédio deve ser colocado numa linha e as respostas que se referem a este remédio na mesma linha ao lado. Tem espaço para 5 remédios. Se precisar de mais, acrescentar a baixo.
- Atenção ao pulo!

**6. Qual o nome do remédio?**

Escrever com letra de forma o nome do remédio citado.

### **7. Para que doença ou problema de saúde?**

Escrever o que for relatado pelo entrevistado sobre motivo do uso para doença ou problema de saúde.

### **8. Quem indicou este remédio?**

Preencher no espaço de codificação com o número correspondente à resposta.

### **9. Procurou no posto de saúde ou PSF?**

Preencher no espaço de codificação com o número correspondente à resposta. Atenção ao pulo!

### **10. Se não, por que não procurou?**

Preencher no espaço de codificação com o número correspondente à resposta. Se for outro motivo diferente das alternativas, escrever no espaço do quadro ou abaixo, se necessário mais espaço (não esquecendo de identificar claramente sobre qual medicamento é a informação).

### **11. Se sim, por que não conseguiu?**

Preencher no espaço de codificação com o número correspondente à resposta. Se for outro motivo diferente das alternativas, escrever no espaço do quadro ou abaixo, se necessário mais espaço (não esquecendo de identificar claramente sobre qual medicamento é a informação).

## **FICHA DE MEDICAMENTOS**

Especificamente nestas fichas, alguns códigos não serão preenchidos pelos entrevistadores. Estão em negrito os códigos que devem ser deixados em branco para posterior codificação (**NOME, LAB, DOSE, APRES, QUANT, CID, GANH, COMP, DURA**)

- Número do medicamento: \_\_\_ \_\_\_
- Número do questionário: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Preencher uma folha para cada medicamento, e o número deve ser o mesmo utilizado na lista da questão número 2 do questionário de medicamentos.

A letra deve ser legível e de forma (**MAIÚSCULA**) não devendo se usar acentuação.

Das questões “a” até “f” deve-se preencher sem perguntar nada para o entrevistado, apenas se observa.

#### **a. Nome do remédio**

- O nome do medicamento deve ser anotado como relatado pelo entrevistado se não houver receita ou caixa (caixa = embalagem (vidro, frasco, ampola) = cartela = bula). Dar prioridade para a informação da caixa se esta estiver disponível, isto é, quando o entrevistado trouxer a caixa de um medicamento que já tinha sido citado, conferir para ver se tinha sido escrito da forma correta.
- Muitas vezes, o nome do medicamento apresentado será totalmente diferente daquele que havia sido citado. Ex: A pessoa disse que estava tomando Tylenol, mas a embalagem apresentada é de Dôrico. Neste caso deve-se apagar o nome anteriormente anotado e substituir pelo nome da embalagem apresentada (nome inteiro do medicamento, sem abreviaturas, sem usar acentuação e em letra de forma).
- Se a pessoa somente apresentar a receita anotar o nome ou nomes que estiverem na mesma. Observar que muitas vezes o médico coloca na receita várias alternativas de um mesmo remédio (não são prescrições diferentes), neste caso, anotar apenas o nome do medicamento que foi usado.
- Se, ao apresentar a receita, esta apresentar algum remédio que não tinha sido citado pelo entrevistado, perguntar se ele usou aquele remédio nos últimos 15 dias. Se a resposta for “sim”, incluí-lo no quadro. Se a resposta for “não”, não importa o motivo, ele não será incluído no quadro, mesmo estando na receita. Provavelmente, este será um caso de medicamento deixado de tomar, isto é, deverá fazer parte dos medicamentos citados na questão número 6 do questionário de medicamentos.
- Caso se trate de produtos naturais, fórmulas de farmácia de manipulação ou homeopatia e não houver um nome comercial, anotar a fórmula no verso da folha, colocando as substâncias químicas uma abaixo da outra, e ao lado de cada uma a sua dosagem. O nome da farmácia deve ser colocado no espaço do laboratório e a apresentação é preenchida como qualquer outro medicamento.

#### **b. Apresentou a receita:**

Assinalar sim quando tiver apresentado a receita do medicamento citado.



**c. Apresentou a embalagem:**

Assinalar sim quando tiver apresentado qualquer tipo de embalagem do medicamento citado. Lembrar que em vez da caixa poderá ser mostrada a bula ou o próprio remédio ou a embalagem que o contém. Atenção ao pulo!

**d. Tipo de embalagem apresentada:**

Assinalar o tipo de embalagem apresentada. Se for apresentado mais de um tipo, por exemplo, caixa e bula, anotar a caixa que sempre será a preferida para se coletar as informações seguintes.

**e. Laboratório:**

Somente será preenchido quando tiver sido apresentado algum tipo de embalagem. O nome do laboratório fabricante será observado nas embalagens fornecidas. Se, por não ser apresentada a caixa ou embalagem, não foi possível observar o nome do laboratório, usa-se o código 888 na variável LAB. Se não foi possível identificar o nome do laboratório na embalagem FORNECIDA, escrever no espaço do nome do laboratório que não foi possível identificar. Posteriormente será usado o código 000 para este caso na variável LAB.

**f. Medicamento genérico:**

Somente será preenchido quando tiver a embalagem na mão. Responder “sim” somente se constar a lei dos genéricos ou a letra G que identifica os medicamentos genéricos na embalagem fornecida. A bula pode não trazer a informação se o medicamento é genérico, logo, se só for apresentada a bula e não estiver claramente identificado, assinalar como não. Quando a embalagem não for apresentada, mesmo que a pessoa afirme que é um genérico, não será considerado.

**g. Dosagem**

- Se for apresentada a embalagem, anotar a dosagem que está na mesma. Caso não tenha sido apresentada a embalagem, perguntar para o entrevistado se ele sabe qual é a dosagem ou número de miligramas. Deve ser procurado um número seguido de mg, mg /g, mg / ml, mg /gota, mcg, mcg / g, UI, UI / ml ou %. Pode aparecer outro tipo de unidade que não se enquadre nas anteriores, na dúvida, não deixe de anotar.
- Podem acontecer casos da embalagem não apresentar nenhuma referência quanto à dosagem ou a pessoa não sabe informar, neste caso, anotar IGN. Quando se tratar de um medicamento com vários componentes, não se anotar a dosagem. Isto será comum de ocorrer.

- Se o remédio for composto por apenas duas substâncias, anotar ambas as dosagens. Ex: Sulfametoxazol 800mg + Trimetropim 160mg. Anotar no nome do remédio: SULFAMETOXAZOL + TRIMETROPIM e na dosagem: 800mg + 160mg.

#### **h. Apresentação:**

- Se for apresentada a embalagem, anotar a apresentação que está escrita ou que você está observando. Caso não tenha sido apresentada a embalagem, perguntar para o entrevistado se ele sabe qual é a apresentação, isto é, se é comprimido, supositório, xarope, etc. Se não souber preencher o espaço com IGN.

#### **i. Quantidade por embalagem:**

- Se for apresentada a embalagem, anotar a quantidade que está na mesma.
- Caso não tenha sido apresentada a embalagem, perguntar para o entrevistado se ele sabe qual é a quantidade do medicamento que vem numa embalagem fechada, isto é, número de comprimidos, ou de mililitros ou quantas doses ou gramas, dependendo da apresentação.
- No caso de ter sido fornecido gratuitamente pela unidade de saúde, anotar qual a quantidade recebida, pois em geral são fornecidos cartelas com um número definido de comprimidos.
- Se a embalagem apresentada for uma cartela de um medicamento que foi comprado, perguntar ao entrevistado o número de cartelas que vieram em uma embalagem fechada. Se ele não souber, anotar IGN.

#### **j. Uso adulto ou infantil / pediátrico:**

Somente será questionado se o uso é adulto ou infantil se for um remédio líquido (gotas, xaropes, solução, suspensão). Se a informação constar na embalagem, anotar sempre a opção a que se refere, caso contrário anotar IGN.

#### **k. Para que doença ou problema de saúde o remédio foi usado?**

Escrever com letra legível o que for relatado pelo entrevistado. Não interessa detalhes, apenas o uso principal do remédio que está sendo questionado.

#### **l. Quem indicou este remédio?**

Se a resposta for “médico” ou “dentista”, perguntar se era do PSF para marcar a alternativa adequada. Se não foi médico ou dentista do PSF, marcar a opção 2 (outro médico). O parente ou amigo ou vizinho, também pode ser um médico ou dentista, neste caso considerar a resposta

“médico / dentista”. Quando a resposta for “outro”, escrever o que o entrevistado respondeu ao lado (com letra legível). Obs: indicou = receitou = prescreveu.

**m. Como =☺= conseguiu este remédio?**

Se foi comprado, marcar a opção número 1. Se pagou algum dinheiro pelo remédio, mesmo que tenha recebido um grande desconto ou pagamento parcial de convênio, também se encaixa na opção número 1.

Se foi recebido gratuitamente do PSF da sua região, marcar a opção número 2.

Se foi recebido gratuitamente do SUS mas não do PSF da sua região, marcar a opção número 3.

Se recebeu gratuitamente por doação, amostra grátis ou teve um ressarcimento integral de algum convênio, mesmo que tenha pago inicialmente algum valor, marcar a opção número 4.

Se o remédio usado nos últimos 15 dias foi parte comprada e outra parte recebida gratuitamente, marcar a opção número 5.

**n. Quando =☺= comprou / ganhou este remédio?**

De acordo com a resposta dada, enquadrar a data no período adequado. Cuidado com a sobreposição de períodos. Escolher sempre o primeiro que for aplicável.

**o. Quantas embalagens foram ganhas?**

Se só foram compradas, o código será preenchido com 0's. O entrevistado poderá responder em termos de embalagens fechados ou número de unidades. Utilizar o espaço mais apropriado e o outro será preenchido com 8 ou 88.

**p. Quantas embalagens foram compradas?**

Se só foram ganhas, o código será preenchido com 0's. O entrevistado poderá responder em termos de embalagens fechadas ou número de unidades. Utilizar o espaço mais apropriado e o outro será preenchido com 8 ou 88. Se a resposta for 0, pule para a questão letra “r”.

**q. Quanto gastou na compra desta quantidade do remédio?**

Anotar o que foi gasto na compra da quantidade informada do medicamento em questão. Se não souber informar, preencher com 9's.

**r. Este remédio é de uso contínuo, isto é, usa todos os dias (ou quase todos) sem data para parar?**

- Pretende-se descobrir com esta pergunta se o medicamento é de uso contínuo ou se foi usado apenas para um determinado problema de saúde passageiro.
- Entende-se por uso contínuo as seguintes situações: medicamentos que são usados sempre pelo paciente, aqueles usados todos os dias, para os tratamentos de doenças crônicas ou incuráveis como por exemplo: remédio para a pressão, coração, diabetes, depressão, algumas doenças neurológicas e psiquiátricas.
- Também são de uso contínuo os anticoncepcionais (pílula).
- Não se enquadram neste tipo de uso os medicamentos usados para resolver um problema de saúde momentâneo (uso eventual / doença aguda ou passageira), ligado a uma doença aguda. Exemplo: remédio para dor, febre, cólica, enjôo, infecção, conjuntivite, gripe.
- Também não se enquadram neste tipo de uso os medicamentos para tratamentos um pouco mais prolongados mas que deixarão de ser usados quando a doença tiver fim (tempo limitado). Exemplo: infecções prolongadas, micoses, alergias, vitaminas, moderador do apetite.
- Por fim, também não se enquadram, aqueles que estão sempre com a pessoa, para sintomas de problemas crônicos, mas que só são usados eventualmente. Exemplo: bombinha para falta de ar usada eventualmente por asmáticos; remédio sublingual usado só para uma emergência de problemas do coração; antiinflamatório usado por pessoas com reumatismo, mas só quando sentem dor.
- Atenção ao pulo!

**s. Quanto tempo dura uma embalagem deste remédio?**

Esta pergunta só será respondida para os remédios de uso contínuo, isto é, onde se respondeu sim na pergunta anterior. A pessoa pode responder em dias, preferencialmente, mas se não souber, anotar quanto usa por dia.

**t. ☺= usou este remédio ontem?**

Marcar “sim” se foi usado até a meia-noite do dia anterior.

## ORIENTAÇÕES GERAIS FINAIS

Após o término do preenchimento das fichas de medicamentos, grampeá-las no questionário de medicamentos, ao término do preenchimento das mesmas . Verificar se o número de fichas está de acordo com o número total de remédios usados na questão número 4.

### **Códigos para Ocupações**

#### I- Atividades domésticas remuneradas

101. Faxineira / empregada doméstica / caseiro
102. Lavadeira / passadeira
103. Costureira
104. Babá
105. Salgadeira / doceira / quitandeira
106. Copeira

#### II- Funções burocráticas ou de escritório

201. Datilógrafo / digitador
202. Secretária
203. Recepcionista
204. Office boy
205. Expedidores e conferentes de material
206. Almozarife
207. Guardinha
208. Auxiliar de escritório / escriturário
209. Bancário
210. Assistente administrativo

#### III- Ocupações auxiliares da Medicina

301. Enfermeiro não diplomado

#### IV- Ocupações da construção civil e da indústria

401. Pedreiro / servente de pedreiro
402. Pintores / caiadores
403. Ladrilheiros / azulejistas / taqueiros
404. Encanadores (eletricistas=56)
405. Vidraceiros
406. Operário da indústria têxtil
407. Operário da indústria do couro
408. Operário da indústria do vestuário
409. Operário da indústria de madeira e móveis
410. Operário da indústria mecânica e metalúrgica
411. Operário da indústria de alimentos
412. Operário da indústria gráfica
413. Operário da indústria de cerâmica e vidro
414. Operário da indústria farmacêutica

- 415. Auxiliar de produção
- 416. Operador de máquinas pesadas
- 417. Inspetor de qualidade
- 418. Empreiteiro

#### V Ocupações do comércio

- 28 Vendedor / balconista
- 29 Caixa / tesoureiro
- 30 Repositor de mercadoria / demonstrador / empacotador
- 31 Carregador

#### VI- Vendedores ambulantes

- 32 Feirante
- 33 Doceiro / sorveteiro / baleiro
- 34 Quitandeiro / fruteiro
- 35 Bilheteiro
- 36 Vendedor de jornal e revista

#### VII- Trabalhadores do transporte urbano e rodoviário

- 37 Motorista
- 38 Trocador
- 69 Fiscal de tráfego

#### VIII- Prestação de serviços de alojamento e alimentação

- 39 Garçon
- 40 Cozinheiro de bar ou restaurante
- 41 Atendente de bar ou lanchonete

#### IX- Ocupações dos serviços de higiene pessoal

- 42 Cabeleleiro
- 43 Barbeiro
- 44 Maquilador / depilador / esteticista
- 45 Manicuro / pedicuro
- 46 Lavadeira / passadeira
- 47 Engraxate

#### X- Porteiros, ascensoristas, vigias e serventes e similares

- 48 Porteiro
- 49 Ascensorista
- 50 Vigia / segurança
- 51 Serviço de limpeza / serviços gerais
- 52 Contínuo
- 53 Zelador

#### XII- Outras ocupações

- 54 Agente penitenciário
- 55 Bombeiro / dedetizador

56 Eletricista  
57 Soldado da Forças Armadas / militar  
58 Guarda civil / guarda de trânsito / policial militar  
59 Jardineiro / Limpador de terreno  
60 Lixeiro  
70 Mecânico  
71 Carteiro  
72 Fotógrafo  
73 Protético dentário  
74 Técnico de nível superior  
75 Professora  
76 Monitora de creche  
77 outras profissões não codificadas

## Anexo 9– Controle de montagem de lotes





### CONTROLE DA NUMERAÇÃO DOS LOTES

**Tipo de Questionário:** ( ) Domiciliar ( ) Individual ( ) Medicamentos ( ) C.Q

Lote	Data Montagem	Responsável	Lote	Data Montagem	Responsável
01			46		
02			47		
03			48		
04			49		
05			50		
06			51		
07			52		
08			53		
09			54		
10			55		
11			56		
12			57		
13			58		
14			59		
15			60		
16			61		
17			62		
18			63		
19			64		
20			65		
21			66		
22			67		
23			68		
24			69		
25			70		
26			71		
27			72		
28			73		
29			74		
30			75		
31			76		
32			77		
33			78		
34			79		
35			80		
36			81		
37			82		
38			83		
39			84		
40			85		
41			86		
42			87		
43			88		
44			89		
45			90		

Anexo 10 – Controle de devolução dos questionários  
pelos entrevistadores



**Universidade Federal de Pelotas**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Estudo "PSF: cobertura e acesso"**



**CONTROLE DE RECEBIMENTO DOS QUESTIONARIOS DAS ENTREVISTADORAS**

PSF: \_\_\_ \_\_\_ Nome do PSF: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data início da Unidade: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Código do entrevistador: \_\_\_

Dom	N° Pessoas	Quest. Dom	Questionários Individual e Medicamentos / Termo de consentimento								Observação
			Pessoa 01	Pessoa 02	Pessoa 03	Pessoa 04	Pessoa 05	Pessoa 06	Pessoa 07	Pessoa 08	
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

## Anexo 11 – Folha de conglomerado











## Anexo 12 – Folha de lotes



## Anexo 13 – Carta de apresentação

# CARTA DE APRESENTAÇÃO

Pelotas, 01 de julho de 2003.

Prezado(a) Sr.(a),

Estamos realizando uma pesquisa sobre a saúde da população de Porto Alegre. O(a) Sr.(a) está recebendo a visita de uma de nossas entrevistadoras, que foi treinada e qualificada para esta função. Ela irá conversar com o(a) Sr.(a) e lhe explicar todos os detalhes sobre o projeto, assim como responder a qualquer pergunta que o(a) Sr.(a) queira fazer.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração no sentido de responder a algumas perguntas, que são essenciais para nosso estudo. Nós temos a preocupação em realizar nossa pesquisa sem provocar transtornos para o (a) Sr.(a). Portanto caso não possa responder às perguntas neste momento, pedimos que nos informe o horário mais adequado para a entrevista.

É muito importante que o(a) Sr.(a) saiba que os dados colhidos nesta pesquisa serão sigilosos e analisados com o auxílio de computadores, sem que o seu nome ou o nome de qualquer pessoa entrevistada apareça. Caso o(a) Sr.(a) se sinta desconfortável com qualquer uma das perguntas ou com a entrevista, não é obrigado(a) a realizá-la.

Muito obrigado pela sua atenção,

---

**Dr. Aluísio J.D. Barros**

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia  
Universidade Federal de Pelotas

Anexo 14 – Questionário de controle de qualidade  
domiciliar



### QUESTIONÁRIO CONTROLE DE QUALIDADE – VISITAS DOMICILIARES

Nome do supervisor: \_\_\_\_\_

Código: \_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número do PSF: \_\_\_\_

Número do domicílio: \_\_\_\_

**Número do questionário:** \_\_\_\_\_

Número da pessoa: \_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**Eu sou supervisor de uma pesquisa sobre a saúde dos porto-alegrenses. Eu queria saber se vocês receberam a visita de uma de nossas entrevistadoras alguns dias atrás.**

**Como ela tratou vocês? Foi simpática e atenciosa?**

**Ela conseguiu conversar com todos os moradores da casa?**

**Quanto tempo ela ficou conversando com cada um dos moradores?**

**Bem, então vou lhe refazer algumas perguntas apenas para controle da qualidade do trabalho. Não vai demorar mais do que 3 minutos.**

☞ **Total de pessoas que moram neste domicílio:** \_\_\_\_

QNMORA \_\_\_\_

☞ **Total de residentes do sexo feminino:** \_\_\_\_

QNMOFEM \_\_\_\_

☞ **Total de residentes do sexo masculino:** \_\_\_\_

QNMOMASC \_\_\_\_

1. ☞ Entrevista referente a:

\_\_\_\_\_

2. Qual a sua data de nascimento?

dia \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ ano \_\_\_\_ (se não souber, completar com 99 9999)

QNASCD \_\_\_\_

QNASCM \_\_\_\_

QNASCA \_\_\_\_

3. Qual é a sua altura?

\_\_\_\_ cm (999 = IGN)

QALT \_\_\_\_

4. ☞ =☺= tem plano de saúde?

0 ( ) não 1 ( ) sim, titular 2 ( ) sim, dependente 9 ( ) IGN

QPLANO \_\_\_\_



Anexo 15 – Questionário de controle de qualidade  
telefônico





Universidade Federal de Pelotas  
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia  
Estudo "PSF: cobertura e acesso"



### QUESTIONÁRIO CONTROLE DE QUALIDADE - TELEFONE

Nome do supervisor: \_\_\_\_\_

Código: \_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número do PSF: \_\_\_\_

Número do domicílio: \_\_\_\_

Número do questionário: \_\_\_\_\_

Número da pessoa: \_\_\_\_

Meu nome é \_\_\_\_\_

**Eu sou supervisor de uma pesquisa sobre a saúde dos porto-alegrenses. Eu queria saber se vocês receberam a visita de uma de nossas entrevistadoras alguns dias atrás.**

**Como ela tratou vocês? Foi simpática e atenciosa?**

**Ela conseguiu conversar com todos os moradores da casa?**

**Quanto tempo ela ficou conversando com cada um dos moradores?**

☛ **Total de pessoas que moram neste domicílio:** \_\_\_\_

QFNMORA \_\_\_\_

☛ **Total de residentes do sexo feminino:** \_\_\_\_

QFNMOFEM \_\_\_\_

☛ **Total de residentes do sexo masculino:** \_\_\_\_

QFNMOMASC \_\_\_\_

MUITO OBRIGADO(A) MAIS UMA VEZ PELA COLABORAÇÃO