



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

MARIA ENEIDA PORTO FERNANDES

A AUTOMEDICAÇÃO NO BRASIL: DIMENSÕES DE UMA PRÁTICA

Fortaleza
2018

MARIA ENEIDA PORTO FERNANDES

AUTOMEDICAÇÃO NO BRASIL: DIMENSÕES DE UMA PRÁTICA

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora em Ciências Farmacêutica. Área de concentração: Farmácia; Linha de Pesquisa: Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais.

Fortaleza
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F41a Fernandes, Maria Eneida Porto Fernandes.
A Automedicação no Brasil: dimensões de uma prática / Maria Eneida Porto Fernandes Fernandes. – 2018.
123 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Fortaleza, 2018.
Orientação: Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais.

1. Uso de medicamentos. 2. Automedicação. 3. Fatores socioeconômicos. 4. Farmacoepidemiologia. I. Título.

CDD 615

MARIA ENEIDA PORTO FERNANDES

AUTOMEDICAÇÃO NO BRASIL: DIMENSÕES DE UMA PRÁTICA

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora em Ciências Farmacêutica. Área de concentração: Farmácia; Linha de Pesquisa: Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Maria Angelina da Silva Medeiros
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof.^a Dr.^a Marta Maria de França Fonteles
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Míriam Parente Monteiro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde, em 2011, por meio do documento “Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde (PESS)”, elaborado e coordenado pela Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), diagnosticou os principais problemas de saúde que necessitavam do aporte de conhecimento científico e tecnológico com respectivas falhas existentes, determinando as linhas de pesquisas prioritárias. No referido documento a Assistência Farmacêutica foi estabelecida como prioridade nele sendo ressaltada a importância assumida no contexto saúde. A sua priorização, na agenda do governo Federal, tem como premissa atingir as diretrizes das Políticas Farmacêuticas, ou seja, ampliar o acesso da população brasileira aos medicamentos por meio do uso seguro e racional.

Foi assim instituído, por intermédio da PORTARIA Nº 2.077, DE 17 DE SETEMBRO DE 2012, do Gabinete do Ministro da Saúde, a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), tendo como pergunta norteadora ***“de que modo as políticas públicas de acesso a medicamentos vêm sendo executadas no país, e em que medida tais políticas atendem às necessidades de acesso, utilização e uso racional de medicamentos pela população brasileira?”***

Frente às necessidades de informações científicas de abrangência nacional, no que se refere ao acesso e uso racional de medicamentos no país, entre as diversas linhas do projeto, o estudo da automedicação no Brasil dimensionando sua prevalência e fatores associados, foi identificado como área que apresenta carência de aporte científico e de preenchimento de lacunas de conhecimento.

Tomando como referência o foco e a abrangência da PNAUM, em conjunto com a coordenação da pesquisa e dos pesquisadores do projeto, é que essa proposta de trabalho **A Automedicação no Brasil: Dimensões de uma Prática** foi objeto de tese de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, apresentada pela aluna Maria Eneida Porto Fernandes, tendo o assessoramento do professor Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais como orientador.

Assim, planejada e executada, a estrutura da tese “A Automedicação no Brasil: Dimensões de uma Prática” teve seus tópicos agregados em duas partes, que reunidas, buscaram atender a disposição dos elementos que dão sustentação e con-

formação ao regimento do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Desse modo:

PARTE I. Teve como escopo contextualizar o estudo, incluindo em sua estrutura o marco teórico da tese, objetivos e métodos de pesquisa. Levou em consideração que a automedicação é influenciada pela falta de acesso à saúde, estrutura demográfica, fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais, pelas características do mercado farmacêutico e das políticas públicas de saúde. Foi feita alusão, no tocante ao quadro teórico da tese, a importância do desenvolvimento econômico e condições de saúde no Brasil; políticas públicas de saúde como estratégias para reversão de iniquidades, incluindo as políticas farmacêuticas; os fatores condicionantes da problemática dos medicamentos no país; os aspectos do mercado brasileiro de medicamentos; aspectos da crise brasileira na prestação de serviços de atenção à saúde; os desafios do acesso à assistência sanitária e aos medicamentos; a necessária garantia do uso racional de medicamentos; as dimensões da automedicação envolvendo riscos e benefícios da prática.

PARTE II. Teve como proposta, após análise dos dados da pesquisa, trabalhar os resultados do estudo para caracterizar a amostra da PNAUM; traçar o perfil da automedicação no Brasil em relação aos aspectos sócio demográficos; abordar a automedicação por regiões geográficas brasileiras; descrever a automedicação em relação às condições de saúde e de acesso aos serviços de saúde no país; relacionar os medicamentos de fluxo na prática da automedicação; classificar os medicamentos utilizados na automedicação por classificação ATC e categoria legal e finalizar a análise dos dados discutindo e concluindo os achados da tese como um todo.

Vale ressaltar, que a publicação com dados prévios da tese, divulgando a automedicação como prática corrente no Brasil e que envolve, principalmente, o uso de medicamentos isentos de prescrição e sobre seus possíveis riscos, foi realizada através do artigo “Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados”, pela Revista de Saúde Pública, em 2016, mediante o Suplemento PNAUM-ID. Encontra-se incluído no corpo da tese, como apêndice, em cumprimento ao regimento do referido Programa de Pós- Graduação.

À minha filha Maria Clara, que entre todos os seres humanos, é a que mais me permite vivenciar o verdadeiro valor das relações para que eu possa compreender “o real sentido da vida”. Eu a amo mais do que tudo!

Ao Professor Edson Pereira, colega eterno cuja competência, comprometimento, reflexões excelentes, amizade, laços de companheirismo e insistente incentivo, foi decisivo para minha perseverança na vida acadêmica e a conclusão desta fase.

AGRADECIMENTOS

A DEUS! Por tudo na minha vida. Por sempre me conduzir por caminhos seguros e ajudar-me a vencer as metas gradativas da minha escalada.

Aos meus pais Francisca de Queiroz Porto Fernandes e Fernando Fernandes pelo amor, orientações, educação e apoio constantes. Pena que tenham partido tão cedo.

Este estudo não poderia ter sido realizado sem o apoio de muitas pessoas e instituições ao longo do seu percurso, a quem devo expressar gratidão especial:

Ao meu orientador Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais, pelo papel relevante desempenhado e que me fez chegar até aqui. Conseguiu, sem dúvida, contribuir para o meu aperfeiçoamento profissional. Deu-me a oportunidade de realizar o doutorado no Departamento de Farmácia da UFC, onde, nesses anos de convivência, me fez amadurecer enquanto profissional. Suas orientações serão fundamentais para minha jornada como pesquisadora e docente. Muito obrigada por acreditar em mim, por estar comigo nesta etapa da minha vida, onde sua contribuição está sendo essencial para que essa conquista;

Ao Ministério da Saúde, que por intermédio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS/ Processo 25000.111834/2, Descentralização de Recursos do FNS), demandou a necessidade da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), possibilitando sua encomenda, financiamento e apoio técnico para a realização do estudo, intermediando o seu desenvolvimento nas suas diferentes fases;

À equipe de pesquisadores, entrevistadores e entrevistados da PNAUM, pelas suas valiosas informações, que tornaram possível o desenvolvimento da pesquisa. Apresento o meu reconhecimento, ao grupo que trabalhou na coleta de dados, representada pela Profa. Dra. Alexandra Crispim Boing, e ao suporte estatístico do projeto nos nomes de Amanda Ramalho Silva, Andréia Turmina Fontanella e Luciano S. P. Guimarães. Meu agradecimento pelas contribuições, pelo aprendizado recebido e pelo trabalho decisivo que realizaram a favor da melhoria das condições de saúde da população do nosso país;

Aos Membros da Banca Examinadora de Qualificação do Projeto de Tese, Prof. Paulo Sérgio Dourado Arrais (orientador), Profa. Dra. Mírian Parente Monte-

ro, Profa. Dra. Marta Maria de França Fonteles, e ao Membro Suplente, Profa. Dra. Nirla Rodrigues Romero por terem participado da referida banca e pelas contribuições valiosas;

Aos Membros Titulares da Banca Examinadora de Defesa de Tese “A Auto-medicação no Brasil: Dimensões de uma Prática”, composta pelo Prof. Paulo Sérgio Dourado Arrais (orientador), e pelos membros Profa. Dra. Mírian Parente Monteiro, Profa. Dra. Marta Maria de França Fonteles, Profa. Dra. Maria Angelina da Silva Medeiros, Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva e aos membros suplentes Profa. Dra. Nirla Rodrigues Romero e Profa. Dra. Ângela Maria de Souza Ponciano por terem aceitado o convite para comporem e participarem da referida Banca Examinadora, assim como pelas contribuições valiosas;

Aos docentes e equipes de profissionais do Programa de Doutorado do Departamento de Farmácia da UFC, agradeço pela oportunidade de conviver com todos, pelos debates respeitosos e pelas reflexões feitas ao longo do curso;

Às minhas irmãs, Maria Jacinta e Maria Carmen Porto Fernandes e a tia Maria Daura de Queiroz Porto, incentivadoras e verdadeiras amigas. Fazem parte da minha vida com amor, lealdade, respeito, compreensão e apoio em todos os momentos;

À colega do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará, Prof^a. Dra. Ângela Ponciano pela amizade, sem a qual, a empreitada teria sido difícil. Sua cultura, conhecimento e humildade fazem com que me torne uma pessoa mais justa. Sua contribuição foi fundamental para essa conquista na qual me acompanhou e foi decisiva para que acontecesse;

Em particular aos alunos das disciplinas por mim ministradas, de Gestão Farmacêutica e Farmacoeconomia, pelo respeito, colaboração, amizade e apoio em vários momentos deste percurso;

À professora Dra. Mírian Parente Monteiro pela lealdade, leituras e reflexões trabalhadas por ocasião das suas disciplinas ministradas no curso, que muito contribuíram para a produção do conhecimento desenvolvido nesta tese;

Aos colegas do Curso de Doutorado que pacientemente acompanharam de perto todas as minhas angústias e em especial Ana Cláudia de Brito Passos, Eudíana Vale Francelino e Luciana Macatrão, com quem trilhamos esse caminho, juntas, desde os momentos da seleção até a etapa final da defesa. Sempre amigas;

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará pelo o apoio e os laços de companheirismo construídos.

“Ao longo do tempo os medicamentos têm sido o bálsamo e o veneno, a mercadoria e a fórmula que salva e cura. Um produto que envolve mistério, significado e história numa trajetória complexa e abrangente. Atinge, na atualidade, o espaço público, o econômico e o privado; o setor saúde e o comércio, a ciência e a tecnologia. Vive-se num panorama de grandes descobertas, mas também de graves problemas que o consumo abusivo, inadequado e irracional causa às populações humanas”. Clair C. Castilhos (2003).

RESUMO

O medicamento, importante bem social e considerado insumo estratégico no desenvolvimento das ações de saúde, tem nos últimos anos, a ampliação de sua disponibilidade, qualidade e uso racional, implementados no Brasil, por iniciativas governamentais através de políticas farmacêuticas. Apesar dos avanços, encontra obstáculos em sua execução uma vez que persistem, no país, dificuldade no acesso, demora e questionada qualidade na prestação dos serviços de saúde oferecidos à população. Soma-se a esses aspectos, as práticas mercadológicas, a facilidade na aquisição dos produtos, aliadas à crença de que os medicamentos tudo resolvem, constituindo fatores importantes para o exercício da automedicação. Centralizado nessa alternativa de tratamento, o propósito dessa tese é analisar a prevalência e os fatores associados à automedicação no Brasil. Mediante inquérito transversal de base populacional, o estudo foi desenvolvido utilizando dados da Pesquisa Nacional de Acesso Utilização e Promoção do Uso Racional de medicamentos (PNAUM), no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, por meio de 41433 entrevistas em domicílio nas cinco regiões geográficas do Brasil. Todas as pessoas que referiram usar qualquer medicamento sem prescrição por médico ou dentista foram classificadas como praticantes de automedicação. Foram calculadas razões de prevalência bruta e ajustada (regressão de Poisson) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% na investigação dos fatores associados ao consumo de medicamentos por automedicação. As variáveis independentes foram: aspectos sóciodemográficos, de condições de saúde e de acesso e utilização de serviços de saúde. Adicionalmente, foram identificados os medicamentos mais consumidos por automedicação. Observou-se que a prevalência da automedicação no Brasil foi de 16,1% (IC95% 15,0–17,5), sendo maior na região Nordeste (23,8%; IC95% 21,6–26,2). Após análise ajustada, a automedicação mostrou-se associada ao sexo feminino, pertencer às faixas etárias 10-19 anos, 20-29 anos, 40-59 anos e 60 anos ou mais, residir na região Norte, Nordeste ou Centro-Oeste, e ter uma ou duas ou mais doenças crônicas. Os analgésicos e os relaxantes musculares foram os grupos terapêuticos mais utilizados por automedicação, sendo a dipirona o fármaco com maior consumo. No geral, a maioria dos medicamentos usados por automedicação foi classificada como isentos de prescrição (65,5%). Pode-se afirmar que a automedicação é prática cor-

rente no Brasil e envolve, principalmente, o uso de medicamentos isentos de prescrição, devendo os usuários ficarem atentos aos seus possíveis riscos.

Palavras Chaves: Uso de medicamentos. Automedicação. Fatores Socioeconômicos. Farmacoepidemiologia.

ABSTRACT

The drugs are important social assets, being considered as strategic inputs in the development of health actions. They have, in recent years, the magnification of your availability, quality and rational use, implemented in Brazil, by governmental initiatives through pharmaceutical policies. In spite of the advances, it finds obstacles in your execution, since there are still in the country difficulty of access, delay and questionable quality in the provision of the health services offered to the population. It is added to these aspects, the marketing practices, the ease acquisition of the products, allied to the belief that the medicines all solve, being important factors for the exercise of the self-medication. Centralized in this treatment alternative, **the purpose** of this study is to analyze the prevalence and factors associated with self-medication in Brazil. Based on a cross-sectional population-based survey, the study was conducted using data from the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM) from September 2013 to February 2014, through 41433 household interviews in the five regions of the Brazil. All people who reported using any non-prescription medication by physician or dentist were classified as self-medication practitioners. Gross and adjusted prevalence ratios (Poisson regression) and their respective confidence intervals were calculated. 95% in the investigation of the factors associated to the consumption of drugs by self-medication. The prevalence of self-medication in Brazil was 16,1% (95% CI 15.0-17.5), being higher in the Northeast region (23,8%, 95% CI 21.6-26.2). After adjusted analysis, self-medication was associated with the female gender, belonging to the age groups 10-19 years, 20-29 years, 40-59 years and 60 years or more, living in the North, Northeast or Midwest regions, and have one or two or more chronic diseases. The analgesics, muscle relaxants, anti-inflammatory and antirheumatic were the most used therapeutic groups for self-medication, with metamizole (15.4%) being the drug with the highest consumption. Overall, most of the drugs used for self-medication were classified as non-prescription, as OTC (65,5%). It can be concluded that self-medication is current practice in Brazil and mainly involves the use of non-prescription drugs, and users should be aware of their possible risks.

Keywords: Use of medicines. Self-medication. Socioeconomic Factors; Pharmacoepidemiology.

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1	Distribuição das Farmácias e Drogarias por Regiões geográficas a. Brasil (2017)	37
Tabela 2	Grupos Etários, em anos, das Populações Estudadas (Domínios) do Inquérito PNAUM, 2014	54
Tabela 3	Renda Familiar por Classes pelo Critério ABEP	63
Tabela 4	Distribuição do número de entrevistas realizadas por região geográfica e por domínio geográfico. PNAUM, Brasil, 2014	66
Tabela 5	Descrição da amostra de acordo com características demográficas e socioeconômicas. PNAUM, Brasil, 2014. (N=41.433)	67
Tabela 6	Distribuição da prevalência de ao menos um medicamento por automedicação, em função dos aspectos demográficos, socioeconômicos, indicadores das condições de saúde e indicadores de acesso aos serviços de saúde. – PNAUM, Brasil, 2014. (N=40.833)	68
Tabela 7	Prevalência da utilização de pelo menos um medicamento por automedicação, segundo aspectos demográficos e socioeconômicos por região geográfica. PNAUM, Brasil, 2014 ^a . (N=40.833) .	70
Tabela 8	Razão de prevalência bruta e ajustada da utilização de pelo menos um medicamento por automedicação, segundo aspectos demográficos, aspectos socioeconômicos, indicadores das condições de saúde e indicadores de acesso ao serviço de saúde. PNAUM, Brasil, 2014. (N=40.833)	71
Tabela 9	Distribuição dos medicamentos utilizados na automedicação ATC (2º nível) – PNAUM, Brasil. 2014. (N=8545)	73
Tabela 10	Distribuição dos 12 fármacos mais utilizados por automedicação, segundo a classificação ATC (5º nível) e Categoria Legal – PNAUM, Brasil. 2014 ^a . (N=8545)	75

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos medicamentos mais utilizados por automedicação segundo Classificação ATC (1º nível) – PNAUM, Brasil. 2014. (N= 8545)	73
Gráfico 2	Distribuição dos medicamentos mais utilizados por automedicação segundo Categoria legal – PNAUM, Brasil. 2014. (N= 8545) ...	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Blocos Temáticos do Instrumento/ Questionário PNAUM 58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ICTQ	Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade.
AINES	Antiinflamatórios não Esteroides
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
ATC	<i>Anatomical Therapeutical Chemical Classification System</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NME	Número Mínimo de Entrevistas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OTC	<i>Over- the-Counter</i>
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PFPB	Programa Farmácia Popular
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do
URM	Uso Racional de Medicamentos.
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UF	Unidade da Federação

UPAS

Unidades Primárias de Amostragem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	<i>Justificativa</i>	21
PARTE I – CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO		24
2	MARCO TEÓRICO	24
2.1	<i>Desenvolvimento Econômico e Condições de Saúde no Brasil: Panorama geral</i>	24
2.2	<i>Políticas Públicas de Saúde como Estratégias para Reversão de Iniquidades</i>	26
2.3	<i>Políticas Farmacêuticas no Brasil: instrumentos para garantia do acesso e uso seguro de medicamentos</i>	29
2.4	<i>Aspectos da Problemática do Mercado de Medicamentos no Brasil</i>	31
2.4.1	<i>Panorama do Mercado Farmacêutico de Produção de Medicamentos</i>	32
2.4.2	<i>Panorama da Comercialização de Medicamentos no Brasil</i>	34
2.4.3	<i>Panorama do Mercado Consumidor Brasileiro de Medicamentos</i>	38
2.5	<i>Desafios para Garantia do Acesso à Assistência Sanitária e aos Medicamentos no Brasil</i>	39
2.6	<i>A Necessária Garantia do Uso Racional de Medicamentos</i>	43
2.7	<i>Dimensões da Automedicação: riscos e benefícios</i>	45
3	OBJETIVOS DO ESTUDO	52
3.1	<i>Geral</i>	52
3.2	<i>Específicos</i>	52
4	MATERIAL E MÉTODOS	53
4.1	<i>Descrição do Projeto PNAUM</i>	53
4.1.1	<i>Caracterização do Estudo</i>	53
4.1.2	<i>Desenho Amostral</i>	53
4.1.3	<i>Instrumentos da pesquisa</i>	56
4.1.4	<i>Equipe e Estrutura</i>	59
4.1.5	<i>Realização de Estudo Piloto</i>	61
4.1.6	<i>Controle de Qualidade</i>	61
4.1.7	<i>Coleta de Dados</i>	62
4.2	<i>Descrição da Metodologia Adotada para Automedicação.....</i>	62
4.2.1	<i>Variáveis do Estudo</i>	63
4.2.2	<i>Plano de Análise</i>	64

4.3 Aprovação do Estudo	65
PARTE II - RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	66
5.1 Resultados	66
5.1.1 Caracterização da Amostra da PNAUM	66
5.1.2 Perfil da automedicação com relação aos aspectos sociodemográficos, descritores da condição de saúde, do acesso, e da utilização dos serviços de saúde	67
5.1.3 Automedicação em relação aos aspectos sociodemográficos por regiões geográficas do país	69
5.1.4 Medicamentos utilizados por automedicação no Brasil	72
5.1.4.1 Automedicação: fármacos de maior consumo	72
5.1.4.2 Medicamentos utilizados por automedicação: Classificação ATC e Categoria Legal	74
5.2 Discussão dos dados	75
5.3 Limitações do Estudo	83
PARTE II - CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
6 CONCLUSÃO	85
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE	110
APÊNDICE A - ARTIGO PUBLICADO: PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS	111
ANEXOS	122
ANEXO A - RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS SORTEADOS NAS REGIÕES GEOGRÁFICA DO PAÍS	123
ANEXO B - INSTRUMENTO DA PESQUISA: QUESTIONÁRIO PNAUM	138
ANEXO C - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA – ABEP	194

1 INTRODUÇÃO

Medicamentos “produtos farmacêuticos, tecnicamente obtidos ou elaborados, a partir das preparações produzidas em farmácias ou na indústria, com finalidade preventiva, curativa, alívio de sintomas ou para fins de diagnóstico, consistindo em formas farmacêuticas”. Lei n. 5991/ 1973 (art. 4º)

A presente tese realiza um estudo a respeito da prevalência e dos fatores associados à prática da automedicação no Brasil. Considera que os resultados a respeito do assunto sejam de extrema relevância para retratar o real perfil de sua prática na população do país, gerando contribuições fundamentais para guiar políticas públicas, assim como novas pesquisas na área.

Embora as práticas informais de tratamento, entre estas a automedicação, não sejam recentes, o seu aperfeiçoamento é continuo em decorrência das inovações científico-tecnológicas peculiares à atual sociedade industrial e global. Em vista disso, considerando a automedicação como fenômeno mundial observa-se a grande importância e abrangência do tema da presente tese, que segundo definição da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1998) é considerada como “a seleção e o uso de medicamentos sem prescrição ou supervisão de um médico ou dentista”.

Tocante a isso, a grande importância e abrangência do tema da presente tese, e que merece amplo fomento nas variadas discussões, está em torno do uso não racional dos medicamentos e dos riscos que representam para a saúde coletiva. Deduz-se, por conseguinte, que a produção e distribuição de medicamentos também produzem e distribuem riscos, entre os quais se encontram os relacionados às dificuldades de acesso, (por razões diversas), à própria administração, como também, aos riscos relacionados às inúmeras fraudes que abastecem o mercado consumidor no país.

Por essa razão chama-se atenção, conforme ESQUIVEL (2016), a particular relação existente entre o direito à saúde e às condições materiais ou aos recursos imprescindíveis para o atendimento às necessidades básicas da coletividade e, particularmente, à manutenção da vida, representando o Estado o seu mais importante defensor. E entre tais recursos ou bens de interesse encontram-se os produtos terapêuticos e medicinais que devem ser seguros e acessíveis a todos os que deles necessitam.

Em uma perspectiva diversa, considerando-se o direito à saúde como um dos direitos sociais que se sobrepõe aos interesses de auto-conservação, e de que a condução da vida é um direito fundamental do homem e este, de acordo com ES-QUIVEL (2016), deve ser obrigatoriamente respeitado, influenciando as decisões do governo, cujo objetivo será sempre fazer o indivíduo viver com dignidade, satisfazer ao ideal de equidade e justiça, assegurando o bem-estar comunitário. Nessa condição, segundo o referido autor, o direito à saúde implica o direito que todos têm aos recursos de vida compreendendo, entre outros aspectos fundamentais, aquele relativo ao acesso a bens de interesse ou recursos destinados à promoção e à manutenção dos processos vitais como os produtos para a saúde, de uma forma geral e, particularmente, os medicamentos.

Por conseguinte, se deve destacar o direito à assistência farmacêutica e, sobretudo, à medicação segura. A segurança farmacêutica está relacionada ao direito do indivíduo por acesso aos produtos necessários à manutenção do seu estado de saúde e de ter preservadas as condições funcionais por meio dos medicamentos consumidos.

Convém chamar atenção para o fato de que o tema parte do pressuposto de que os medicamentos são bens sociais que se tornaram, ao longo do tempo, recursos terapêuticos indispensáveis na promoção e recuperação da saúde. Os medicamentos são considerados essenciais instrumentos para a qualidade e aumento da expectativa de vida da humanidade conforme LEITE *et al.* (2008), assumindo grande importância por se constituir na prática terapêutica mais frequente, como também por sua significação econômica. Tocante a isso o uso abusivo de medicamentos, na atualidade, cada vez mais assume papel de destaque, apoiado pelo estimulado consumo dos produtos farmacêuticos como substituto de saúde.

Considerado produto ético, o medicamento, de maneira geral, deve ser visto como insumo estratégico na assistência à saúde dos cidadãos. A redução da sua necessidade de utilização passa, conforme ARRAIS *et al.* (2005), pelas medidas de promoção e prevenção da saúde, assim como por medidas de melhor distribuição de renda.

Tais comportamentos se enquadram nas observações de CORDEIRO (1980), segundo o qual a decisão do homem para tomar medicamentos e administrá-los aos outros é uma das suas características diferenciais em relação aos demais animais, nos quais os que possuem mais conhecimentos cobram dos outros pelos ensina-

mentos sobre a sua forma de uso. Afirma que os medicamentos ocupam o lugar de símbolos e representações que tornam menos compreensíveis os determinantes sociais das doenças, iludindo os indivíduos com a aparência de eficácia científica e, como mercadoria, realizam o valor e garantem a acumulação e a lucratividade do capital industrial.

Ademais se verificou a grande importância e abrangência do tema levando-se em consideração que a busca da saúde imediata, apoiada pela ideia de que com a ciência todos os problemas podem ser resolvidos, vem fornecendo o apoio necessário para o uso indiscriminado dos medicamentos na medida em que o indivíduo e a comunidade utilizam produtos da tecnologia científica para resolver todos os problemas de saúde. A satisfação dessa necessidade pode favorecer o seu uso não seguro e racional expondo a população aos riscos de ocorrências de reações adversas, mascaramento de condições clínicas mais graves e/ ou evolutivas, interações medicamentosas, resistências e intoxicações, constituindo-se em importante causa de morbidade e mortalidade bem como da elevação dos custos com a assistência à saúde segundo ARRAIS, *et al.* (1997)ARRAIS, *et al.* (2005).

Todo esse panorama leva em consideração que os medicamentos são ferramentas essenciais no desenvolvimento das ações de saúde. Além de suas dimensões éticas primordiais, a representatividade econômica desses insumos é elevada, tanto no que tange aos seus aspectos diretos (gastos com as aquisições) quanto indiretos (redução das perdas econômicas por incapacidade produtiva, temporários ou definitivos, associados à morbimortalidades) afirmam VIEIRA (2009); MOTA *et al.* (2012). No Brasil, o aumento significativo do gasto com medicamentos, nos últimos anos, vem sendo objeto de preocupação, para os gestores públicos de saúde, observando que o gasto governamental em 2007 foi 3,2 vezes o de 2002, cuja participação dos medicamentos no gasto total do Ministério da Saúde aumentou de 5,4% em 2002 para 10,7% em 2007.

Nesse contexto, torna-se prioridade avaliar a utilização de medicamentos no país, incluindo a automedicação, através de amostras de base populacional uma vez que podem oferecer, como salienta BERTOLDI *et al.* (2016), um retrato real do perfil de uso de medicamentos na população, e assim contribuir para as estimativas de suas necessidades como recursos de saúde, com informações fundamentais para guiar políticas públicas e novas pesquisas na área de acordo com BARROS (2008), BERTOLDI *et al.* (2008), SZWARCWALD *et al.* (2014).

A presente tese leva em consideração que no Brasil estudos de base populacional traçando o padrão de consumo de medicamentos pela população como um todo são escassos. Deve-se destacar, portanto a importância da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), que tem como ponto forte a sua representatividade nacional e por regiões que permitiu, pela primeira vez, traçar um panorama da utilização global de medicamentos no Brasil de acordo com BERTOLDI *et al.* (2016) e nesse contexto possibilitou avaliar a situação da automedicação no país, como tema relevante, frente aos riscos de sua prática e possíveis aumentos de gastos em saúde.

1.1 Justificativa

Um conjunto de iniciativas governamentais na área das políticas farmacêuticas, cujo objetivo declarado é a melhoria do acesso, a garantia da qualidade e o uso racional de medicamentos vêm sendo implementadas no Brasil, nos últimos anos, com resultados ainda desconhecidos e por vezes questionados. A Descentralização da Assistência Farmacêutica, a Política de Medicamentos Genéricos, a Política de Fito-terapêuticos e a Farmácia Popular estão entre as medidas cujo prometido impacto positivo sobre o acesso da população aos medicamentos precisa ser avaliado. Apesar do pouco tempo de execução, tais políticas exigem uma avaliação continuada do seu processo de implantação para que distorções possam ser corrigidas a tempo.

Para VIEIRA, (2009) o acesso a medicamentos é fundamental na garantia do direito constitucional à saúde, no entanto tornou-se motivo de preocupação pela evolução dos gastos uma vez que apresenta descompasso no crescimento entre gastos com saúde e com medicamentos na esfera federal. Salienta que no Ministério da Saúde, enquanto os gastos totais com saúde aumentaram em 9,6%, aqueles com medicamentos tiveram incremento de 222% no período de 2002 a 2007, o que confirma a situação de aumento de gastos em medicamentos nos últimos anos.

Com efeito, os investimentos governamentais na área da saúde foram crescentes. Os gastos com medicamentos do Ministério da Saúde (MS) acompanharam esse crescimento, variando de R\$1,8 bilhão para R\$12,4 bilhões entre 2003 e 2014, ainda que mantendo a proporção média de cerca de 14,0% do seu orçamento, conforme COSTA *et al.* (2014). Aplicando a correção dos valores pela inflação do período, o aumento real foi de 3,6 vezes. Apesar dos crescentes gastos com medicamen-

tos, não existe até o momento uma avaliação do alcance dessas ações no acesso e no uso de medicamentos pela população brasileira. MENGUE, *et al* (2016).

(...) embora não se tenham dados sobre o número de pessoas com acesso a medicamentos, os valores alocados indicam incremento importante nos últimos anos, o que é relevante para a atenção à saúde, desde que o recurso seja bem utilizado. (VIEIRA (2009), p. 681).

(...) o aumento dos gastos com medicamentos pode estar associado mais ao número de medicamentos prescritos para determinadas faixas etárias / sexo e tipo de medicamento em diferentes classes terapêuticas, do que a mudanças demográficas da população. Isso reforça a importância da gestão eficiente da assistência farmacêutica e, consequentemente, da informação sobre os gastos com medicamentos como componente desse processo. (VIEIRA (2009), p. 681).

As iniciativas governamentais vêm contribuindo para a disponibilidade de medicamentos, mas o acesso aos considerados essenciais permanece como desafio para a saúde pública do país, sendo a assistência farmacêutica alvo frequente de críticas, relacionadas principalmente ao seu componente logístico de acordo com NASCIMENTO *et al.*(2017), ÁLVARES *et al.* (2017). Acredita-se na predominância de um sistema com deficiências nos processos de execução, controle e avaliação, agravado pela ausência de profissionais farmacêuticos na operacionalização de suas ações e de uma dispensação de medicamentos quase sempre desenvolvida por auxiliares técnicos e administrativos não habilitados para a referida função segundo CARVALHO *et al.*, (2017); KARNIKOWSKI *et al.*, (2017).

Todo esse panorama acompanhado de desigualdades sociais e econômicas persistentes no país, agravadas pela problemática dos recursos financeiros disponíveis e da prescrição e utilização não racional do medicamento, podem restringir o acesso e contribuir para o uso indevido de medicamentos, com comprometimento da saúde da população. Esses aspectos representam desafios à efetivação da Assistência Farmacêutica como política pública, e para que essa assistência se torne eficiente, é preciso buscar conhecimento e estratégias para potencializar os recursos investidos e obter melhorias nas condições de saúde da população brasileira.

Ademais, se deve garantir à população do país não apenas o acesso aos medicamentos que lhes são necessários, mas acima de tudo a adequada farmacoterapia.

pia, o que transcende à mera disponibilidade dos medicamentos, implicando uma correta prescrição, dispensação e utilização de recursos.

Por essa razão o estudo desenvolvido “A Automedicação no Brasil: Dimensões de sua Prática” que faz parte da “Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil” – PNAUM, leva em consideração a necessidade de conhecer aspectos relacionados à utilização e ao uso racional de medicamentos no Brasil como uma ferramenta estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável para reduzir a vulnerabilidade do acesso à saúde e à assistência farmacêutica no país.

Sob este aspecto, entende-se que a presente tese esteja de acordo com a perspectiva delineada, no sentido do redirecionamento de políticas públicas, do monitoramento de padrões e tendências observados na temática dos medicamentos, bem como do desenvolvimento de ações em saúde e da assistência farmacêutica, buscando contribuir com a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população brasileira.

As análises das informações geradas por meio do inquérito da PNAUM possibilitarão identificar as tendências relacionadas ao uso de medicamentos por autoconsumo, segundo características socioeconômicas e de saúde da população brasileira.

Levando em considerando os poucos estudos publicados com representatividade nacional, a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), desenvolvida pelo Ministério da Saúde, possibilitou avaliar a situação da automedicação no país, como temática relevante, dado os riscos inerentes à sua prática e o possível aumento dos gastos em saúde. No campo da automedicação, fortalece a garantia do acesso a medicamentos, com uso racional pela população assistida.

A PNAUM foi o primeiro inquérito nacional de grande porte que enfrentou o desafio de estudar detalhadamente a utilização de medicamentos no país, incluindo a automedicação. Acredita-se que poderá ser utilizada como uma linha de base para futuros estudos que pretendam avaliar o impacto de ações governamentais na área de acesso e de utilização de medicamentos. Nesse sentido, a avaliação dos aspectos da automedicação será uma fonte de dados para as mais variadas análises que podem ser conduzidas tanto no meio acadêmico como no âmbito governamental.

2 MARCO TEÓRICO

Saúde é um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença”. Organização Mundial de Saúde (OMS),

2.1 Desenvolvimento Econômico e Condições de Saúde no Brasil: Panorama geral

. As causas de enfermidades da população brasileira dependem cada vez menos da renda e cada vez mais da idade, com graves consequências sobre as despesas com saúde, conforme MARINHO (2006). No entanto, para o referido autor, as probabilidades de adoecimento, de cobertura dos serviços, de uso e o próprio acesso aos serviços de saúde (incluindo planos de saúde) dependem da renda e são ainda bastante desiguais no Brasil. No quadro geral das condições da saúde no Brasil fica evidente que:

“As principais causas de mortalidade geral seriam em ordem decrescente: as doenças do aparelho circulatório; as neoplasias, as causas externas; as doenças do aparelho respiratório; e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Entre as causas de internação hospitalar no SUS, destacam-se, em ordem decrescente: a gravidez, o parto e o puerpério; as doenças do aparelho respiratório; e as doenças do aparelho circulatório. As “doenças do aparelho circulatório vêm, ao longo do tempo, ganhando importância epidemiológica no Brasil”. Tais doenças, compreendendo as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares afetam todas as classes de renda.”. (MARINHO (2006) p.64).

À medida que a renda se eleva, aumenta a relação entre a procura pelos serviços de prevenção e a procura pelos serviços curativos. O consumo de serviços médicos estaria mais relacionado com o acesso – e, portanto, com a oferta de serviços – do que com as necessidades, a despeito da pretensão constitucional de igualdade, afirma MARINHO (2006).

Fica evidente que crescimento econômico, segundo SOUZA (2007) não significa desenvolvimento se a renda da população for muito baixa e os demais indicadores sociais desfavoráveis, exigindo saber como está evoluindo a qualidade de vida da população em termos de saúde, educação, segurança e liberdade. Implica, portanto em mudanças de estruturas econômicas, sociais, políticas e institucionais com melhoria da produtividade e da renda média da população. Para VIEIRA, SANTOS (2012) o conceito de desenvolvimento é, portanto, muito mais abrangente que o

conceito de crescimento econômico uma vez que representa melhoria das condições socioeconômicas dos indivíduos, ou seja, o desenvolvimento econômico é o crescimento econômico acompanhado da melhoria do padrão de vida da população, por alterações fundamentais nas estruturas econômica e social, que possibilitam a distribuição mais equânime das riquezas produzidas.

Desenvolvimento econômico envolve crescimento econômico contínuo, superior ao crescimento demográfico, acarretando mudanças e melhorias de estruturas e indicadores econômicos, sociais e ambientais. Com crescimento econômico superior ao crescimento demográfico, eleva-se a renda *per capita*, o nível de emprego e a arrecadação pública. O governo habilita-se a gastar mais nas áreas sociais, podendo atender às pessoas mais carentes e consequentemente obter melhorias nos indicadores sociais, de acordo com SOUZA (2007); VIEIRA, SANTOS (2012),

A ênfase brasileira no crescimento econômico como maior objetivo do desenvolvimento, levando a altos níveis de industrialização e urbanização, tem como resultado uma sociedade desigual, acentuando diferenças no desenvolvimento regional e na distribuição de renda e riqueza resultante deste crescimento. A pobreza está mais relacionada com a iniquidade da distribuição da riqueza entre nações, regiões e grupos populacionais, do que como consequência do aumento populacional, de acordo com PRATA, (1994), SOUZA (2007).

O Brasil ainda não conseguiu alcançar uma integração que produza efeitos satisfatórios entre saúde e desenvolvimento conforme PRATA, (1994), VIANA; ELIAS, (2007), BADZIAK, MOURA. (2010), COSTA (2014), BERTOLDI *et al.*(2016). É válido observar que o crescimento econômico sozinho não reduzirá a pobreza e a desigualdade existentes no país. A melhoria dos índices de longevidade da população representa conquistas sociais e sanitárias relevantes, mas constitui novos desafios, uma vez que demandam políticas públicas adequadas e novas formas de organização social para o enfrentamento de questões emergentes diz SOUZA (2007).

(....) uma comunidade saudável seria, portanto, aquela que fosse capaz de identificar e entender os determinantes e condicionantes da desigualdade, da miséria, de um meio de saúde insalubre, das doenças e do sofrimento entre os seus membros, sendo capaz de construir os meios de superação destes problemas, criando um desenvolvimento sustentável que dê suporte a uma vida saudável. (PRATA, (1994) p.391).

Apesar do elevado grau de pobreza e de desigualdade observado no Brasil, o nível de vida da população, como ocorre em todo o mundo, vem aumentando nas últimas décadas, em função de transformações sociais, econômicas e demográficas observadas no país. Referidas transformações resultaram em mudanças das condições de vida, trabalho e saúde, com esperança de vida ao nascer atingindo uma expectativa de 78,3 anos para as mulheres e 70,7 anos para os homens conforme dados PNUD (2015). Vale salientar que o desenvolvimento da medicina, assim como a generalização da educação, a propagação do uso da água tratada, esgoto sanitário e hábitos de higiene ajudam a prevenir doenças.

Dados do Relatório PNUD (2015) confirmam que o alto nível de desigualdade no país ainda persiste. Para ANDRADE *et al.* (2013), a distribuição desigual do desenvolvimento humano é medida em cada uma das três dimensões do IDH (longevidade, educação e renda) cabendo aos Estados brasileiros das Regiões Sul e Sudeste os maiores IDH aplicados, enquanto os Estados com menores índices ficam para os Estados da Região Nordeste.

Por essa razão, a luta pela equidade na saúde passa a ser um processo isolado e interminável se o problema da desigualdade na sociedade não é resolvido. Nesse sentido, uma grande proporção da população que vive em regiões pobres, ou em áreas pobres de regiões mais ricas, está mais suscetível a doenças e à morte prematura de acordo com BERTOLDI *et al.* (2016). A concepção de que as doenças possam ser um entrave ao crescimento econômico não leva em consideração que a pobreza é também o resultado de um desenvolvimento desigual. (PRATA, (1994)).

Os determinantes sociais da saúde constituem ferramentas não só para explicar as iniquidades em saúde, mas também um ponto de partida para combater as injustiças referentes aos diferentes graus de acesso à saúde, conforme BADZIAK , MOURA (2010).

Deve-se observar que a melhoria das condições de saúde da população não depende apenas do êxito das políticas de saúde, mas da combinação eficaz entre desenvolvimento econômico e social, ou seja, da conciliação entre economia de mercado, democracia e bem-estar coletivo afirmam VIANA; ELIAS, (2007).

2.2 Políticas Públicas de Saúde como Estratégias para Reversão de Iniquidades

As políticas públicas de âmbito nacional, entre elas as de saúde, definem a posição e configuram decisões de caráter geral do Governo com relação a interesses públicos, apontando os rumos e as suas linhas estratégicas de atuação, ou seja, os fins a que se destinam segundo COSTA (2014). Abordam questões relativas à saúde pública, mediante formulação e efetivação de diretrizes, planos, programas e desenvolvimento de ações do Estado no que se refere à proteção, promoção e recuperação da saúde em nível individual e coletivo.

Convém fazer referência a Constituição Federal de 1988 (CF/88), que, em seu artigo 196, estabelece: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, para a sua promoção, proteção e recuperação, MARINHO (2006), ESQUIVEL (2016).

Para garantir efetividade à política de saúde, é que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no Brasil, com princípios e diretrizes garantidos pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), cuja estruturação foi determinada através do artigo 198, com diretrizes de descentralização, de atendimento integral e de participação da comunidade, a ser financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios além de outras fontes.. O Sistema Único de Saúde (SUS) teve seus princípios e diretrizes regulamentados pela Lei Nº8080 de 19 de setembro de 1990, e a Lei Nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.

Para AZEVEDO, COSTA (2010) o impacto do SUS na ampliação do acesso aos serviços de saúde é hoje bem visível. Apesar das dificuldades existe uma cobertura da atenção básica em todo o país. A disponibilidade de serviços de saúde e de profissionais tem crescido; as hospitalizações têm diminuído; o acesso a medicamentos tem sido facilitado e os sistemas de saúde têm sido informatizados, permitindo maior eficácia no controle epidemiológico e também a organização de serviços. No entanto, algumas dificuldades ainda se destacam problemas provocados pela exclusão social, a falta de equipamentos e alguns serviços especializados não disponíveis. (CAMARGO-BORGES, JAPUR, (2008), AZEVEDO; COSTA (2010))

O SUS, segundo VIANA, ELIAS, (2007) se tornou efetivo em todos os lugares do território brasileiro enquanto norma (direito à saúde), mas não enquanto modernização, (existência de fato de serviços, equipamentos, profissionais e recursos financeiros), como consequência gerada pela separação entre política social e política

econômica. Para os autores o acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, foi introduzido, no país, em período de crise, de estagnação econômica, seguido de adoção de políticas econômicas de cunho liberal, que impuseram barreiras e limites para a efetiva implantação de um sistema universal e redistributivo.

A consolidação do SUS, como política de Estado, compreende a construção de um sistema de saúde universal, integrador e equânime. Para sua efetivação, ampla e abrangente, foi necessária a instituição de um conjunto de medidas voltadas para sua sedimentação por meio de ações promotoras, preventivas e assistenciais. A competência para cuidar da saúde deixa de ser atribuição unicamente da União. As funções próprias das unidades federadas e de seus municípios ganham espaço através do processo de descentralização das ações e recursos da saúde. A transferência, para o âmbito local, de recursos financeiros, antes concentrados na esfera federal, permite efetivar a regionalização e a municipalização da saúde. MARINHO (2006).

Ademais a consolidação do SUS implica considerar, continuamente, a análise de aspectos e fatores relativos: ao planejamento, formulação e gerenciamento de políticas nas três esferas de governo; ao financiamento do sistema; à estrutura institucional em âmbito federativo, que confere suporte as pactuações entre gestores, conselhos, comissões intergestores; a reestruturação organizacional dos serviços sob comando único em cada esfera administrativa com a composição de sistemas estaduais e municipais e as novas formas de articulação entre as esferas governamentais e foros de participação da sociedade; à prestação direta de ações e serviços de saúde à sociedade; à participação complementar do setor privado, dentre outros, segundo. MARINHO (2006), VIANA, ELIAS, (2007), COSTA, (2014).

Com a criação do SUS, em 1988, o Estado brasileiro assumiu a responsabilidade da oferta e o financiamento de todos os serviços de saúde. Desde então, diversas políticas têm sido implementadas e operacionalizadas, buscando garantir oferta mais eficiente e equitativa.

Nesse contexto surgem as políticas farmacêuticas, instituídas pelo Ministério da Saúde, como instrumentos essenciais para o desenvolvimento das ações de saúde, objetivando: a eliminação da fragmentação que caracterizava estas áreas, a descentralização da sua assistência, o apoio à capacitação farmacêutica, a prioridade em assegurar o acesso da população mediante ações integradas, o desenvolvi-

mento tecnológico e a capacitação do setor produtivo nacional bem como medidas destinadas a superar a atual dependência tecnológica e econômica do país.

2.3 Políticas Farmacêuticas no Brasil: instrumentos para garantia do acesso e uso seguro de medicamentos

O acesso aos medicamentos, na garantia do direito constitucional à saúde no Brasil, se dá mediante estratégias voltadas a fomentar a ampliação da sua cobertura por intermédio das Políticas Farmacêuticas. A partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde e da promulgação da Lei Orgânica da Saúde, assegurada pelo artigo 6º Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, a assistência farmacêutica passou a ser considerada como política pública de saúde necessária ao país. No entanto, mesmo sendo considerada área estratégica, somente dez anos após a implantação do SUS é que foi aprovada, a Política Nacional de Medicamentos, como parte fundamental para a consolidação do referido sistema.

Tendo por base os princípios e diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde, em 1998, aprovou e homologou a Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria nº 3.916/98. A referida política foi promulgada com o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, favorecer a promoção do seu uso racional e assegurar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 1998).

As políticas públicas farmacêuticas abordam questões, em âmbito nacional, na área do medicamento, envolvendo a formulação e efetivação de diretrizes, planos, programas e desenvolvimento de ações apontando os rumos e as linhas estratégicas de atuação farmacêuticas.

A PNM estabeleceu responsabilidades para cada nível de gestão, incluindo aquelas relativas ao seu financiamento. Foi o marco inicial de um conjunto de discussões, a respeito da necessidade de uma Política de Assistência Farmacêutica de caráter sistêmico, multidisciplinar e definida como: “*grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade*”, conforme Resolução nº 338/ 2004, do Ministério da Saúde.

Na sequência, o governo brasileiro tem investido em estratégias para melhorar o acesso aos medicamentos e à qualidade da assistência farmacêutica por meio de iniciativas como a regulamentação dos genéricos mediante Lei 9.787, de 10 de

Fevereiro de 1999), a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com a Lei 9782/1999, o Programa Farmácia Popular (Decreto 5.090, de 20 de maio de 2004), e o Qualifar SUS (Portaria GM/MS nº 1.214/2012).

A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) representou importante avanço quanto às questões referentes à regulação da produção e comercialização de medicamentos, tornando a Assistência Farmacêutica pauta obrigatória na construção e no desenvolvimento das políticas públicas de saúde, Lei 9782/1999.

Convém fazer alusão à “Lei dos Genéricos” quanto ao fato de que apesar de combatida por setores da indústria farmacêutica - que buscavam criar obstáculos para a referida lei objetivando consolidar ainda mais sua hegemonia e os monopólios conferidos pelas marcas comerciais no país- esta conseguiu expandir o acesso da população aos medicamentos essenciais no território brasileiro segundo BERTOLDI *et al.* (2005), BERTOLDI *et al.* (2016), OLIVEIRA *et al.* (2016), MENGUE *et al.* (2016), TAVARES *et al.* (2016). O efeito negativo sobre os preços dos medicamentos pioneiros de marca, que se tornaram referência em resposta à entrada dos genéricos no mercado, foi interessante do ponto de vista do bem-estar da sociedade brasileira, pois a redução dos preços dos medicamentos de marca provocou queda no custo de tratamentos e, consequentemente, uma melhoria para o consumidor, como também pelo menor preço do medicamento genérico frente ao seu medicamento de referência, afirma NISHIJIMA (2008).

Vale ressaltar a importância da Política Nacional de Medicamentos – PNM quanto à complementação e aprofundamento da Assistência Farmacêutica nos moldes de uma abordagem integradora conforme se apresentam na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), formulada em 2004 como política pública integrante da Política Nacional de Saúde – PNS. A necessidade de ações contínuas, que promovam o acesso qualificado e o uso racional de medicamentos na sociedade, é enfatizada como sendo prioridade e finalidade da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Brasil, (2004).

Para ALENCAR *et al.* (2012), LOPES (2017), com o advento das PNM (1998); PAF (2004), e a instituição do tripé segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a assistência farmacêutica voltou-se para atividades relacionadas aos medicamentos, sob dois aspectos: o primeiro relacionado às ações técnico gerenciais (compreendendo seus aspectos logísticos, adequação da estrutura física, tecnologia gerencial e de conhecimento), enquanto que o segundo passo se vincula às ações

técnico-assistenciais, envolvendo dispensação especializada, promoção do uso racional, educação em saúde, seguimento farmacoterapêutico, atenção farmacêutica entre outros.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica vem sendo consolidada, de forma articulada, por meio do envolvimento de municípios, estados e União, na qual as pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) acontecem com o objetivo de organizar tal política, ampliar o financiamento, atualizar os elencos dos medicamentos, estabelecer as formas para sua gestão e execução (definindo as questões relacionadas à sua estruturação e qualificação), objetivando estabelecer um novo ordenamento na forma de acesso aos medicamentos, (BRASIL (2007)).

2.4 Aspectos da Problemática do Mercado de Medicamentos no Brasil

A análise da situação brasileira, de acordo com CPI DOS MEDICAMENTOS (2000), ROZENFELD (2008), ESQUIVEL (2016), deixa claro que, no momento atual, a população do Brasil enfrenta problemas com o acesso e a garantia da qualidade dos produtos farmacêuticos colocados no mercado.

Barreiras na obtenção e no uso racional de medicamentos são identificadas através: do desabastecimento periódico; substituição de marcas; descontinuidade da produção dos que apresentam baixa lucratividade; denúncias de fraude; associações terapêuticas ilegais; aprofundamento da medicalização; estímulo ao uso de novas tecnologias; empurroterapia, propaganda enganosa, prescrição e consumo excessivo, dentre outras, que são entraves, de difícil solução, no campo da produção e comercialização de medicamentos no território nacional.

A esse respeito, tem-se verificado que estratégias adotadas nas organizações farmacêuticas para serem mais competitivas, terminam produzindo e distribuindo riscos inevitáveis e por vezes irreversíveis à saúde da população no que cabe à segurança e ao uso racional dos medicamentos, conforme CPI DOS MEDICAMENTOS (2000), ROZENFELD (2008), ESQUIVEL (2016).

Convém fazer referência ao fato de ser o medicamento um produto ético, diferenciado por rigorosas exigências de especificações e qualidade, por destinar-se ao organismo humano com a finalidade de explorar ou modificar estados fisiológicos e patológicos. No tocante a isso, ESQUIVEL (2016) destaca, que a sua produção, comercialização, prescrição, dispensação, orientação e venda deve ser imbuída de

exigentes instrumentos de eficiência, controle sanitário, sistema eficaz de vigilância relação risco-segurança, assegurando o direito à saúde e, por conseguinte, o bem-estar comunitário.

A modernidade tecnológica não vem sendo impulsionada por necessidades definidas por critérios epidemiológicos, mas pela pressão dos fabricantes, para vender muito e rápido. Os danos produzidos por novidades insuficientemente testadas, ou por produtos nocivos, consoante ROZENFELD (2008), cobram seu preço em recursos materiais, já escassos, e em riscos à saúde da população.

É importante destacar os problemas relativos às fraudes farmacêuticas que, segundo ESQUIVEL (2016), podem ser evidenciadas em todos os cantos do mundo, especialmente no Brasil, que já foi palco de diversos escândalos envolvendo: medicamentos sem nenhuma ação farmacológica, medicamentos contendo elementos diversos ou perigosos, medicamentos com o princípio ativo menor do que informa a embalagem e medicamentos que possuem o princípio ativo na quantidade correta, mas que, por se desviarem das boas práticas de fabricação, distribuição, armazenamento ou fornecimento, se tornam inseguros podendo produzir riscos a vidas humanas.

2.4.1 Panorama do Mercado Farmacêutico de Produção de Medicamentos

As consequências da parceria estabelecida entre os medicamentos e o poder tecnológico fizeram da indústria farmacêutica o segundo setor mais rentável do mundo. MACHADO, LESSA (2012); ESQUIVEL (2016). O Brasil possui um dos maiores mercados farmacêuticos do mundo, mas apresenta distorções principalmente no que se refere a: disputa de marcas comerciais; práticas mercadológicas inadequadas; marketing sem limites; reajustes desmedidos de preços dos medicamentos de uso contínuo; bonificações de pessoal de farmácias e assédio ao prescritor por parte da indústria, de acordo com a CPI, (2000), BERMUDEZ (1995), BERMUDEZ (2000), ROZENFELD (2008), ESQUIVEL (2016).

Embora, no momento, o país esteja sentindo impactos da crise econômica mesmo assim o mercado brasileiro de medicamentos continua crescendo. Beneficiando-se da expansão dos gastos do mercado de saúde no país, a indústria farmacêutica vem apresentando evolução positiva no seu faturamento. No que diz respeito ao setor farmacêutico, dados da Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa

(INTERFARMA), apresentados por RAPOPORT (2016), demonstram que essa fatu-rou cerca de 66 bilhões de reais entre abril de 2015 e março de 2016, um crescimen-to de 10%, comparado com o mesmo período um ano antes, Ao contrário de outras indústrias, as contratações na área farmacêutica aumentaram quase 20% em 2016, impulsionadas pelo avanço dos medicamentos genéricos e pelo crescimento do segmento de biotecnologia médica.

Convém considerar que essa expansão poderia ter sido maior frente às difi-culdades no cenário recente onde o desempenho do setor foi prejudicado pela alta do dólar (uma vez que 80% dos insumos são importados), e pelo encarecimento da energia elétrica, que elevou de forma significativa os custos de produção. (RAPO-PORT (2016)).

O atraso industrial e tecnológico do Brasil, associado à insuficiência de políti-ca de estímulo para a indústria farmacêutica nacional, impõem dificuldades para que possa competir com grandes grupos empresariais que apresentam estruturas oligopolizadas. Há total dominação da produção de medicamentos no país à custa da preponderância de indústrias transnacionais, com diretrizes desvinculadas das polí-ticas sociais e regidas tão-somente por interesses de mercado, conforme a CPI dos MEDICAMENTOS, (2000), BERMUDEZ (2000), VIANA, ELIAS (2007).

A baixa elasticidade da oferta interna da indústria farmacêutica no Brasil mer-rece ser destacada, uma vez que os preços dos medicamentos aumentam dispara-damente ano a ano, enquanto a produção média em termos de unidades permanece num patamar praticamente constante, sem aumentos significativos. Em razão do contínuo aumento de preços dos produtos, a rentabilidade do setor (retorno sobre o investimento) é uma das mais altas da indústria nacional segundo, a CPI, (2000). VIANA, ELIAS (2007), ROZENFELD (2008), ESQUIVEL (2016), CRF PARANÁ (2014).

A estrutura cartelizada, monopolizada e oligopolizada de fornecedores de ma-térias-primas, em nível mundial, se constitui entrave no sentido de restringir a con-corrência e elevar preços, além da dependência do país na importação de insumos e a falta de incorporação de tecnologias, de acordo com BERMUDEZ (2000), CPI MEDICAMENTOS, (2000) RAPOPORT (2016). Do ponto de vista da oferta de prin-cípios ativos, a elevada dependência de importação é de 80% da demanda. Resis-tem quanto à redução de preços com receio que possa desencadear competitividade

entre os mesmos. Preferem conceder descontos e investir em publicidade e diferenciação de produto, conforme a CPI DOS MEDICAMENTOS (2000).

Existe uma ampla competição por marcas, fruto do excessivo número de especialidades farmacêuticas licenciadas e mantidas em circulação no mercado interno, cuja concorrência é trabalhada por intensa estratégia de *marketing* por parte da indústria farmacêutica através de contínuas campanhas publicitárias em relação aos profissionais de saúde.

No âmbito da saúde, a forte dependência externa para produção de medicamentos se constitui obstáculo à construção de um sistema de saúde universal. O setor farmacêutico vem apresentando saldos negativos, sucessivos, na balança comercial com a taxa de crescimento das exportações mantendo-se acima da taxa de crescimento das importações. A partir de 2007, as importações apresentam-se cerca de quatro vezes superiores às exportações, conforme VIANA, ELIAS (2007).

2.4.2 Panorama da Comercialização de Medicamentos no Brasil

As farmácias e drogarias são o primeiro recurso de consulta de saúde, estabelecendo um elo importante no esquema de comercialização e consumo de medicamentos, levando em consideração os problemas com a baixa cobertura da assistência à saúde disponível para a população brasileira em várias regiões do país segundo MOTA *et al*, (2000).

No Brasil a comercialização de medicamentos encontra-se dividida entre o mercado varejista (69%) e o institucional (31%), conforme RAPOPORT (2016). As vendas de medicamentos no mercado varejista de 2007 a 2011 registraram um crescimento de 82,2% saltando de R\$ 23,6 bilhões para R\$ 43 bilhões segundo os dados da Interfarma, apresentados pela PWC BRASIL (2016). Em 2011, o total de vendas do varejo farmacêutico foi de US\$ 25,8 bilhões, dos quais US\$ 18,3 bilhões (71%) correspondiam a medicamentos prescritos e US\$ 7,5 bilhões (29%) a medicamentos isentos de prescrição. No grupo medicamentos que dependem de uma prescrição médica, 40,8% foram provenientes dos medicamentos de marca, 25% dos medicamentos genéricos e 18,8% dos medicamentos similares. PWC BRASIL (2016).

O mercado mundial movimentou cerca de US\$ 573,5 bilhões no ano de 2013, representando, nessa estatística, de 25% a 70% dos gastos em saúde. O setor far-

macêutico é um dos segmentos econômicos que mobiliza um volume financeiro considerável, alcançando pesquisa, força de trabalho, desenvolvimento e produção de medicamentos, promoção e propaganda. Por outro lado, estima-se que o mercado ilegal de fármacos movimente mais de US\$ 70 bilhões por ano, sendo que, desse, quase metade são dinamizados pela internet, segundo ESQUIVEL (2016).

No Brasil, em relação ao conjunto de especialidades farmacêuticas, o faturamento alcançou, em 2014, R\$ 125,1 bilhões, valor que anualmente é implementado com o crescimento do consumo. De acordo com a Comissão da Indústria Farmacêutica do CRF/PR, também em 2014, 871,7 milhões de unidades de medicamentos genéricos foram vendidas no país, um negócio que gerou um faturamento de R\$ 13,7 bilhões para as empresas do setor, 18,5% a mais, em relação ao ano anterior. Para 2015, o valor das vendas de medicamentos no país, considerando-se os três canais de comercialização (os próprios laboratórios, distribuidores e varejo farmacêutico) mais as exportações, alcançaria R\$ 132,15 bilhões.

Além disso, no que se refere à área de medicamentos o Brasil é um dos países que mais cresce, ocupando o 6º lugar no *ranking* de mercados farmacêuticos mundiais, sendo que, desse consumo, 35% refere-se à automedicação. Possui 360 estabelecimentos produtores de medicamentos para uso humano instalados no país (tanto nacionais como estrangeiros), 3.800 distribuidoras de medicamentos de acordo com ESQUIVEL (2016) e 100.040 farmácias e drogarias, conforme dados do Conselho Federal de Farmácia CFF (2017), colocando em circulação cerca de 2893 bilhões de unidades de medicamentos por ano no país, em suas diferentes formas farmacêuticas, que totalizam 22.020 apresentações distribuídas nos mais diversos produtos conforme ESQUIVEL (2016).

A distribuição das 100.040 farmácias e drogarias do país (tabela 1) de acordo com o CFF (2018) mostra que a Região Sudeste é a que apresenta maior concentração de estabelecimentos, ou seja, 43.555 (43,5%) do total, a Região Nordeste 22.636 (22,6%), a Sul 16.568 (16,6%), o Centro-Oeste 10.116 (10,1%) e a Norte apenas 7.169 (7,2%) do total, conforme dados do Conselho Federal de Farmácia (2017). Em termos de vendas, a Região Sudeste é responsável por 62% do faturamento do comércio farmacêutico nacional, enquanto as demais regiões apresentam: Sul 20% das vendas, a Nordeste 11% das vendas, a Centro-Oeste 7%.

A situação se agrava frente ao não cumprimento da Lei nº 5.991/73¹ e da Lei nº 13.021/2014² quanto à predominância de farmácias e drogarias funcionarem, em muitas regiões, sem a presença da responsabilidade técnica farmacêutica devida. A falta de assistência ao cliente e a não observância das exigências legais dirigidas ao comércio de produtos farmacêuticos, contribui para que suas ações não sejam desempenhadas com o grau de proficiência e o nível ético exigido para o fim estabelecido, favorecendo a descaracterização da farmácia como estabelecimento de saúde.

A fragilidade dos órgãos de fiscalização e vigilância é motivo de preocupação. Acredita-se que até mesmo produtos que exigem retenção de receituário sejam livremente comercializados no país (DOMINGUES *et al.*, 2017).. Pesquisa realizada pelo instituto Data folha e o Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade (ICTQ), realizada entre novembro e dezembro de 2012 em 12 capitais brasileiras verificou que mais de um terço da população de Fortaleza, 38%, consome medicamentos controlados (tarja preta ou vermelha), sem prescrição médica. O percentual apresentado em Fortaleza é o maior do Brasil. Atrás da capital cearense, está Goiânia (GO), com 33%, Salvador (BA) e Rio de Janeiro (RJ), com 25% e Belém (PA), com 24%. Segundo o estudo, os medicamentos viraram um produto de uso comum e isso aumenta a compra sem receita. O estudo mostra, ainda, que 83% dos consumidores veem a farmácia como um supermercado ou loja de conveniência e que 52% consumidores não conseguem identificar o farmacêutico dentro do estabelecimento, e acaba consumindo sem orientação. Quando o medicamento provoca uma reação adversa, somente 36% buscam o hospital e 13% pedem ajuda a um farmacêutico.

Importante instrumento de poder do mercado farmacêutico é o que se refere à assimetria da informação. A aquisição dos medicamentos éticos depende de uma prescrição médica cabendo ao paciente à decisão de comprá-lo ou não, uma vez que não consta da receita referência a denominação genérica do produto. O poder se dá mediante a impossibilidade de fazer a substituição de um medicamento por outro mesmo nos casos em que possa haver uma opção idêntica à do medicamento receitado, segundo ESQUIVEL (2016).

Verifica-se, apesar da Lei nº 13.021/14, mudar o conceito de farmácia no Brasil, permitindo que farmácias e drogarias deixem de ser apenas estabelecimentos

¹ Lei nº 5.991/73 - Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências.

² Lei 13.021, de 8 de agosto de 2014, transforma a Farmácia em Estabelecimento de Saúde e reitera a obrigatoriedade da presença permanente do farmacêutico.

comerciais, para se transformar em unidades de prestação de assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, e das Resoluções nº 585 e nº 586 do Conselho Federal de Farmácia, que dispõem sobre as boas práticas e as atribuições clínicas do farmacêutico, que grande parte desses estabelecimentos continuam descaracterizados de seu compromisso de saúde para com a população assistida. Persiste no país farmácias como lojas de comercialização de vários produtos e medicamentos, cuja venda, cumpre estratégias publicitárias, buscando atrair clientes, que quase sempre aguardam ser ouvidos e aconselhados.

Tabela 1: Distribuição das Farmácias e Drogarias por Regiões geográficas ^a Brasil (2017)

REGIÃO GEOGRÁFICA / ESTADO DA FEDERAÇÃO	Nº FARMÁCIAS E DROGARIAS ^b
REGIÃO NORTE	
Acre	278
Amapá	275
Amazonas	1.206
Pará	3.162
Rondônia	929
Roraima	254
Tocantins	1.065
Total Norte	(7,2%) 7.169
REGIÃO NORDESTE	
Alagoas	1.416
Bahia	5.169
Ceará	3.004
Maranhão	3.146
Paraíba	1.763
Pernambuco	3.600
Piauí	2.054
Rio Grande do Norte	1.582
Sergipe	902
Total Nordeste (%)	(22,6%) 22.636
REGIÃO SUDESTE	
Espírito Santo	2.274
Minas Gerais	12.165
Rio de Janeiro	8.080
Total Sudeste (%)	(43,5%) 43.555
REGIÃO SUL	
Paraná	6.326
Santa Catarina	4.135
Rio Grande do Sul	6.107
Total Sul (%)	(16,6%) 16.568
REGIÃO CENTRO-OESTE	
Distrito Federal	1.636
Goiás	4.830
Mato Grosso	2.128

Mato Grosso do Sul		1.522
Total Centro Oeste (%)	(10,1%)	10.116
TOTAL BRASIL		100. 044

^aFonte:Conselho Federal de Farmácia

^bNo número de Farmácias e Drogarias estão incluídas as públicas, hospitalares e privadas.

2.4.3 Panorama do Mercado Consumidor Brasileiro de Medicamentos

O uso de medicamentos, na maioria das vezes está interligado aos problemas sociais, ambientais e ao modo de vida da população. Estudos demonstram que a utilização de medicamentos é influenciada pelo sexo e idade; grau de escolaridade; renda familiar; classe social; ocupação; auto percepção do estado de saúde; cuidados com a saúde e sofrer de doença crônica, conforme FRANCO (1987); SIMÕES (1988); SIMÕES (1990); MESTANZA, PAMO (1992); FERNANDES, (1998); BERTOLDI *et al* (2004); LOYOLA *et al* (2002); OLIVEIRA *et al* (2012); ARRAIS *et al.* (2016); MENGUE.*et al* (2016); BERTOLDI *et al* (2017), COSTA *et al.* (2017), ARRAIS *et al.* (2017), DOMINGUEZ *et al.* (2017),

As mulheres juntamente com os idosos destacam-se como usuários de medicamentos. No Brasil a maior parcela dos compradores de farmácias e drogarias é do público feminino (55%), exerce atividade remunerada e pertence à classe C possuindo em média 41 anos de idade. Os consumidores do sexo masculino somam 45%, conforme dados revelados na pesquisa Perfil do Consumidor de Medicamentos no Brasil 2013 conforme, ICTQ, (2016). A pesquisa mostra ainda que 43% dos consumidores brasileiros têm grau de escolaridade médio; 34% têm nível fundamental e 23% superior, ou seja, o nível médio corresponde à maior parte da população. Salvador é a cidade que detém o maior número de compradores de nível médio, com 57%; Recife tem a maior concentração de compradores com nível fundamental, 43%; já São Paulo e Curitiba são as praças de maior presença de compradores com nível superior, com 28% cada.

Estudo realizado no Brasil por BERTOLDI *et al* (2017) reforça os dados a cima apresentados, onde a prevalência global de uso de medicamentos encontrada foi de 50,7%, com maior percentual entre as mulheres em relação aos homens. Aumenta com a idade (exceto de zero a quatro anos) e diminui em grupo mais pobre e na região Norte. No país. a prevalência de uso de medicamentos para doenças crônicas foi de 24,3% e para doenças agudas foi de 33,7% (IC95% 32,1–35,4).

Para o ICTQ (2016) “O Brasil é um país emergente onde 27 milhões de pessoas, em 2011, deixaram as classes D e E para se enquadrarem na classificação econômica C, transformando-a na maior fatia socioeconômica da atualidade. Informa que 94% dos brasileiros consomem medicamentos, sendo a maioria pertencente à classe C”. Os consumidores que possuem maior renda (classe A) são os que mais consomem e os que vão às farmácias e drogarias com uma maior frequência (56% semanalmente ou quinzenalmente), contudo, esses consumidores, da classe A, não representam a maior parcela da população – somam apenas 5% dos entrevistados.

A principal característica do mercado de medicamentos é a baixa elasticidade da procura, embora seja diferenciada para os diferentes segmentos de renda e produto, conforme BRASIL CPI MEDICAMENTOS, (2000):

Nos estratos superiores e intermediários de renda, o preço pouco influencia os níveis de consumo no caso dos produtos éticos, cuja demanda é constituída por um grande número de consumidores finais, os quais não têm opções de compra, tendo em vista que o medicamento é receitado pelo médico. A procura é, portanto inelástica às variações de preços. Quanto aos medicamentos que podem ser comprados sem receita, a procura dos grupos superiores e intermediários de renda, pode ser elástica, pois de modo geral existe a possibilidade de substituição de um medicamento por outro. (p.3). Já nas camadas de baixa renda, pode-se dizer que a procura é altamente inelástica ao preço e extremamente elástica a renda. Assim, se houver reduções nos preços dos medicamentos, mesmo significativas, a renda é tão baixa que ainda poderá tornar o seu consumo difícil. Todavia como a elasticidade-renda é elevada, incrementos da renda nesse estrato podem significar grande aumento de consumo. (p.3).

Esse padrão de consumo evidencia, claramente, que a estrutura da demanda de medicamentos no Brasil reflete as distorções inerentes ao processo cada vez mais acentuado da concentração de renda.

2.5 Desafios para Garantia do Acesso à Assistência Sanitária e aos Medicamentos no Brasil.

A prática médica, fundamentada pela ciência moderna, busca controlar a enfermidade, lutando constantemente na área da doença. Para BLANK, BRAUNER, (2009) a arte da saúde não pressupõe unicamente uma batalha contra enfermidade por meio da recuperação, contudo também o seu cuidado, por intermédio da promoção e da prevenção. Na relação entre saúde e doença, a vida é o que mais importa,

sendo o profissional de saúde um elemento fundamental na seleção do tratamento mais adequado.

Progressos na área de saúde vêm sendo obtidos, mediante a expansão dos serviços de atenção a saúde que oferecem intervenções cada vez mais eficazes, mesmo diante dos inúmeros problemas econômicos e de natureza social que o país enfrenta. Percebe-se, no entanto, que apesar da melhoria e da oferta dos serviços de saúde, muitos são os desafios a serem enfrentados na atualidade principalmente no tocante ao acesso integral ao sistema de saúde.

O conceito de acesso para AZEVEDO, COSTA (2010) está profundamente preso ao princípio da integralidade no campo da saúde, exprimindo-se na concretização do direito universal ao atendimento das suas necessidades.

A análise do acesso integral ao sistema de saúde é sempre tema central para estudiosos da política de saúde uma vez que parte do entendimento de que a existência de um serviço em determinado local, apesar de constituir um aspecto importante, não garante sua efetiva utilização ESQUIVEL (2016). Nessa perspectiva, conforme AZEVEDO, COSTA (2010) a existência de serviços, associada à ampliação da cobertura da atenção a saúde, ainda que importante, não implica acesso efetivo.

Problemas relativos ao acesso na estrutura de atenção à saúde no Brasil revelam, a existência de gargalos no sistema que podem comprometer toda sua estrutura de organização e funcionamento. E mais, podem implicar a exclusão de milhares de indivíduos cujas condições precárias de vida já os mantêm à margem de muitos direitos de cidadania. (AZEVEDO, COSTA, 2010. p.806).

Acesso é definido por DONABEDIAN, (1984) *apud* AZEVEDO, COSTA (2010) como “o grau de ajuste entre as características dos recursos da saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde”. É resultante de uma combinação de fatores que envolvem dimensões de ordem geográfica, organizacional, sociocultural e econômica. O acesso a atenção de saúde requer, portanto a eliminação de barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais. Baseada nesta concepção, FEKETE (1996), identificou quatro dimensões da acessibilidade:

- a) Dimensão geográfica – refere-se a distância média entre a população e os serviços, como também características físicas (rios, grandes avenidas)

- que dificultam o acesso, como o tempo consumido pelos meios usuais de transporte para obtenção da assistência;
- b) Convém fazer mencionar outros elementos (credibilidade do serviço, preferência por médicos existência do terceiro turno) que fazem com que a população não utilize os serviços mais próximos de seu domicílio. Por essa razão a alta acessibilidade não garante ampla utilização dos serviços por parte da população;
 - c) Dimensão organizacional – refere-se aos obstáculos que dificultam o contato inicial com a unidade de saúde, como também os que surgem na continuidade da assistência pelas deficiências nos mecanismos de referência e contra referência, assim como o grau de hierarquização da rede de serviços de saúde;
 - d) No tocante a isso a população normalmente enfrenta dificuldades:
 - na entrada: demora em obter uma consulta, tipo de marcação de horário;
 - pós-entrada: turnos de funcionamento, longo tempo de espera para atendimento pelo médico, continuidade da atenção que se relaciona aos mecanismos de referencia e contra referência e para fazer exames laboratoriais, poucos vagas e falta constante dos médicos.
 - e) Dimensão Sociocultural – refere-se aos obstáculos relativos à população, bem como as dificuldades relativas ao sistema de saúde;
 - f) A população leva em consideração: a percepção do indivíduo sobre a gravidade de sua enfermidade; o medo do diagnóstico e das intervenções dele decorrentes; as crenças e os hábitos saúde quanto aos cuidados de saúde; dificuldades de comunicação com a equipe de saúde e vergonha no caso de doenças sexualmente transmissíveis ou que levem a discriminação social; vergonha em afirmar a não compreensão do seu esquema medicamentoso, que leva com frequência a falta de adesão dos tratamentos;
 - g) Ao sistema de saúde deve-se considerar: deficiências na formação dos profissionais de saúde quanto à realidade das condições de vida e de saúde da população; falta de preparo das equipes de saúde e das instituições diante da diversidade de pacientes com distintas características so-

- cioculturais; deficiente participação dos usuários na organização dos serviços de saúde;
- h) Dimensão Econômica: Refere-se aos gastos realizados na busca e obtenção da assistência a saúde, os prejuízos por perda de dias de trabalho, as possíveis perdas decorrentes de afastamento por doenças, o custo do tratamento medicamentoso e outros. Sendo o acesso universal um princípio constitucional, não deveriam existir obstáculos de natureza econômica para as ações e serviços de saúde. A oferta insuficiente de ações e serviços de saúde eleva os gastos com saúde das famílias brasileiras.

Vale ressaltar, na dimensão organizacional, os transtornos provocados pela desestruturação da Assistência Farmacêutica nos serviços de saúde da maioria das regiões do país. A população quase sempre enfrenta: longo tempo de espera em filas exageradas para dispensação de medicamentos, que na maioria das vezes estão em falta; pessoal de apoio sem preparo para a função de auxiliar de farmácia; ausência de profissionais farmacêuticos do seu quadro de pessoal. Demonstram assim, a ineficiência nos processos de gestão, regulação e controle do sistema farmacêutico público.

Acessibilidade aos serviços farmacêuticos, mediante o grau de ajuste, permite identificar fatores que dificultam, bem como os que facilitam a busca da atenção farmacêutica e a obtenção dos medicamentos. O acesso aos medicamentos extra-pola, portanto, a sua mera disponibilidade, ultrapassando os limites da avaliação quantitativa em certo lugar por determinado tempo.

O acesso aos medicamentos é um direito fundamental a saúde, que dentre outros direitos humanos, se reflete em fatores determinantes e condicionantes da saúde, que manifestam a melhoria das condições de vida de uma população conforme ESQUIVEL (2016). Envolve assegurar a sua plena utilização, vinculando-o a qualidade da assistência prestada.

Para COSTA (2014), ESQUIVEL (2016) o acesso deve contemplar produtos eficazes, seguros e produzidos com qualidade. Contempla uma relação entre a necessidade e a oferta de medicamentos, na qual a necessidade é satisfeita no momento e no lugar solicitado pelo usuário, com a garantia de qualidade em termos de suficiência e regularidade, contendo as informações adequadas para sua utilização.

Tomando a saúde como um bem público, o acesso tem seu entendimento ampliado, configurando-se como direito de cidadania. Nesse contexto o conceito de acesso se refere não somente às estruturas físicas de atendimento ao usuário, mas também acesso aos bens públicos necessários a prevenção, promoção e recuperação da saúde. (CAMARGO – BORGES, JAPUR (2008), ESQUIVEL (2016)).

O acesso é bastante complexo e difícil de fazer programar em função do cenário mercadológico da saúde, que acaba por torná-lo seletivo e excludente. Apenas uma privilegiada camada populacional é contemplada, comprometendo os princípios do SUS e a qualidade da atenção prestada. Para que uma efetiva mudança ocorra é necessário o redimensionamento de novas práticas de atenção e gestão à saúde numa lógica mais democrática e participativa. (CAMARGO – BORGES, JAPUR (2008)).

2.6 A Necessária Garantia do Uso Racional de Medicamentos

Racionalizar é tornar racional. É tornar mais eficiente (atividade, trabalho, outros) com planejamento ou pelo emprego de métodos científicos ou técnicas mais adequadas. O uso racional de medicamentos envolve, portanto, o emprego da razão, no correto diagnóstico do problema de saúde, bem como na indicação dos produtos a serem utilizados. Exclui impulsos e desejos inconscientes no seu consumo tornando a farmacoterapia mais eficiente e segura. A racionalidade, portanto, conforme SHERMANN, (2008), trata efetivamente de como fazer as escolhas mais favoráveis aos objetivos do sujeito em questão, em função das restrições de recursos.

Para ESQUIVEL (2016) os medicamentos são recursos fundamentais de interesse para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Agrega-se que o medicamento é considerado elemento essencial para a efetividade do direito à saúde e que só pode ser garantido em sua plenitude mediante seu acesso seguro. Segurança, nesse caso, significa que os medicamentos possam ser efetivamente concedidos àqueles que deles necessitam para prevenir, controlar ou curar determinadas enfermidades, seja no âmbito público ou no privado.

¹Ademais da acessibilidade ao medicamento, é imprescindível que qualquer modalidade de medicamento disponibilizada ao consumo tenha qualidade e que seja eficaz, além de não ser tóxico ou prejudicial à saúde e de não ser produzido em desconformidade com as disposições que regem a sua segurança. Exprime-se também que deve conter as propriedades esperadas pelo consumidor como boa qualidade, eficiência e ausência de contaminantes

de natureza química, biológica, física ou de quaisquer substâncias. Por sua vez, os medicamentos inseguros podem causar prejuízos irreversíveis à saúde e até mesmo a morte do paciente ou consumidor. (ESQUIVEL, 2016. p.55)

Através do relatório Perspectivas Políticas de la OMS sobre Medicamentos. Promoción del Uso Racional de Medicamentos: componentes centrales”, (2015), a OMS salienta que 15% da população mundial consome mais de 90% da produção de medicamentos e a maioria das pessoas faz uso de pelo menos um medicamento. Além disso, cerca de um terço consome cinco ou mais simultaneamente, muitos desses não prescritos, o que movimentou cerca de US\$ 573,5 bilhões no ano de 2013. Nessa estatística, de 25% a 70% dos gastos em saúde, nos países em desenvolvimento, correspondem a medicamentos e 50% a 70% das consultas médicas geram prescrição medicamentosa.

Mediante a necessidade do uso racional dos medicamentos a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1987), através do Informe da Conferência de Expertos em Nairóbi, em 1985, propôs que o mesmo seja selecionado apropriadamente, levando em consideração critérios de eficácia e segurança comprovados e aceitáveis. Para tanto: que o medicamento deve ser prescrito adequadamente na forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento; que responda aos critérios de qualidade exigidos; que estejam oportunamente disponíveis no mercado interno; que sejam dispensados em condições adequadas com a necessária orientação e responsabilidade; e que se cumpra o regime terapêutico prescrito. Nesse contexto, faz-se também necessário, para o uso racional de medicamentos que os pacientes tenham acesso aos medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, a um preço acessível, nas doses e posologias corretas, por um período de tempo adequado.

O elevado consumo e o consumo inadequado de medicamentos são práticas observadas em todos os estratos sociais do País, ocorrendo por herança cultural, de forma instintiva, irracional, pela facilidade na sua aquisição, estimulada, quase sempre, por balonistas motivados pela comissão sobre as vendas, segundo AQUINO, (2008). Soma-se a isso a estratégia publicitária que desperta no consumidor a impressão que são produtos inócuos, ressaltando unicamente os benefícios e minimizando ou omitindo os possíveis riscos de acordo com ROZENFELD (2008)

Para ARRAIS *et al.* (2005) o medicamento é um recurso terapêutico fundamental para a melhoria da qualidade de vida da população, no entanto as consequências do seu consumo abusivo e uso irracional, aliada as restrições orçamentárias do setor público de saúde no Brasil, elevam os seus gastos, inviabilizando o desenvolvimento de suas ações

A influencia da indústria farmacêutica sobre os médicos, a venda de produtos farmacêuticos sem barreiras nas farmácias brasileiras, à publicidade abusiva dos medicamentos de venda livre na mídia leiga, problemas no acesso aos serviços de saúde, elevados preços dos planos privados de saúde e das consultas médicas particulares, elevados preços dos produtos, a falta de informação segura para a tomada de decisão, estão entre os fatores que favorecem o uso irracional de medicamentos, conforme SCHMID *et al* (2010).

No Brasil a exagerada diversificação de produtos comercializados nos estabelecimentos farmacêuticos contribui para banalizar o medicamento, que aliada a deficiente estrutura de vigilância e de orientações contribuem para o seu uso não racional, de acordo com DOMINGUES *et al.* (2017), ICTQ (2016); ROZENFELD (2008). As farmácias e drogarias em muitas regiões do país ficam praticamente entregues ao interesse mercantilista de balonistas, portanto de leigos, preocupados em cumprir metas de produtividade exigida pelos proprietários. Nesse contexto o medicamento dissemina uma falsa noção de inocuidade sendo dispensado sem informações e orientações subestimando, portanto os riscos inerentes ao seu uso ROZENFELD (2008).

2.7 Dimensões da Automedicação: riscos e benefícios

Os obstáculos aos serviços formais de saúde dificultam a ampla obtenção por atenção à saúde, na qual a população busca nas alternativas informais de tratamento, a opção de solução imediata para suas enfermidades, mesmo em casos de problemas que necessitam de exames clínicos e laboratoriais para o seu diagnóstico, conforme LOYOLA *et al.* (2002). Aliada à baixa cobertura dos serviços de atenção a saúde, convém fazer alusão, as falhas na fiscalização e na dispensação, associado ao lucro econômico como única finalidade, que fortalece essa alternativa no país.

A automedicação é um dos recursos empregados no auto cuidado, entendida como: a prática dos cidadãos em tratar seus próprios sintomas e males menores

com medicamentos aprovados pelas autoridades sanitárias, disponíveis sem a prescrição ou receita médica e seguros e eficazes quando usados segundo as instruções (WHO, 1998. p.3).

É uma prática generalizada e aceita em muitos países, que pode não provocar danos à saúde desde que realizada de forma responsável e assistida, caso contrário, pode mascarar doenças evolutivas (OLIVEIRA *et al.* (2012); NAVES *et al.*(2010); VILARINO *et al.*(1998)).

A automedicação é um fenômeno mundial e sua prevalência difere em função da população estudada, do método de investigação aplicado e do período recordatório utilizado. Na Espanha, 12,7% (FIGUEIRAS *et al.* (2000)); na região da Catalunha-Espanha, 34,0% entre os homens e 25,0% entre as mulheres (SANS *et al.* (2002)); em Portugal, foi de 26,2% (MENDES *et al.* (2004)); em Atenas-Grécia, 23,4% (ATHANASOPOULOS *et al.* (2013)); e em Puducherry-Índia, foi igual a 11,9% (SELVARAJ *et al.* (2014)).

No Brasil, poucos estudos de base populacional traçaram o padrão de consumo de medicamentos da população brasileira como um todo. No estudo de CARVALHO *et al.* (2005), a prevalência geral de utilização de medicamentos pela população maior de 18 anos, nos 15 dias anteriores a entrevista, foi de 49,0% e a automedicação, de 24,6%. Estudo realizado por COSTA *et al.* (2017) em serviços de atenção primária de 272 municípios brasileiros com usuários de 18 ou mais anos e considerando período recordatório de 30 dias identificou uma prevalência de automedicação referida de 38,8%

Outros estudos enfocam as populações de municípios brasileiros. Em adultos maiores de 20 anos, que residem no Distrito Federal a prevalência de automedicação foi de 14,9% (DOMINGUES *et al* 2017). Entre os moradores de São Paulo, SP, com idade acima de 40 anos, a prevalência da automedicação variou entre 27,0% e 32,0% (SCHIMID *et al* (2010)); já no estudo de Bambuí, MG, com pessoas de idade maior ou igual a 18 anos, a prevalência de consumo exclusivo de medicamentos não prescritos foi de 28,8% (LOYOLA *et al.* 2002). Em Santa Maria, RS, 76,1% das pessoas entrevistadas afirmaram ter se automedicado pelo menos uma vez (VILARINO *et al.*(1998)).

Fatores econômicos, políticos e culturais têm contribuído para o aumento e propagação da automedicação no mundo, tornando-a um problema de saúde pública. “O processo de globalização da economia desvincula o Estado da condição de

força motriz do desenvolvimento socioeconômico, e o ajustamento das contas internas resulta numa redução de investimentos sociais, entre eles os gastos com saúde." conforme LOYOLA (2002)p.56, Nesse cenário o acesso da população aos serviços de saúde é dificultado e os gastos com a produção e distribuição de medicamentos são reduzidos.

A automedicação segundo ARRAIS *et al* (1997); FLORES, MENGUE (2005); NAVES *et al* (2010); LOYOLA *et al* (2002); OLIVEIRA *et al* (2012); COSTA *et al.* (2017), é uma conduta influenciada por:

- a) Fatores sociais: a indicação de familiares que oferecem alternativas para os problemas de saúde baseados em sua própria experiência; o baixo nível de escolaridade da população, especialmente dos chefes de famílias, que desconhecem os riscos envolvidos na automedicação;
- b) Fatores culturais: a deficiência no processo de educação sanitária; pouca informação sobre medicamentos (assimetria da informação); função simbólica que exercem; consumo influenciado pelo ostensivo trabalho de marketing farmacêutico por parte da indústria de produção que induz à medicalização e que cria facilidade e familiaridade motivando o usuário para o autoconsumo;
- c) Fatores econômicos: o desemprego; as más condições de trabalho; as péssimas condições de vida da população e a falta de acesso aos serviços de atenção médica; o crescente número de especialidades farmacêuticas em circulação e disponíveis no mercado; o excessivo número de pontos de venda aliada a falta de barreiras na aquisição de medicamentos nas farmácias e drogarias do país.

Ademais a automedicação é estimulada nos países desenvolvidos de forma segura para os medicamentos de venda livre, através de normas e políticas, como estratégia que beneficia os sistemas de saúde, melhorando a acessibilidade, cobertura e qualidade do serviço. Conta com o respaldo da Organização Mundial da Saúde, (1998), que estabelece o papel do farmacêutico nos sistemas de saúde, com recomendação para que os medicamentos de venda livre sejam dispensados através de um Programa de Atenção Farmacêutica. Essa recomendação, conforme LOPEZ *et al* (2009), requer a existência de pessoal idôneo, qualificado e capacitado

nas farmácias à frente do processo de dispensação de medicamento e de atenção farmacêutica.

Para que a automedicação não traga complicações ao indivíduo e a saúde pública, é fundamental que seu manejo seja subsidiado por informações suficientes, para que garantam a autonomia responsável (OLIVEIRA *et al.* 2012, p.341). Como elemento do autocuidado, a automedicação confere, portanto ao usuário a devida responsabilidade na tomada de decisão no cuidado de sua saúde, Nesse sentido torna-se imperativo que o consumidor esteja devidamente consciente, informado e educado quanto à seleção e utilização correta dos medicamentos para o êxito da farmacoterapia.

Buscando o tratamento de um transtorno real ou imaginário, com medicamentos selecionados, a automedicação ocorre, de acordo com ARRAIS (1997); LOYOLA *et al.* (2002); GUSHIKEN *et al.* (2013); COSTA *et al.* (2017) mediante:

- a) A reutilização de receitas médicas anteriores estabelecendo familiaridade com o medicamento;
- b) Experiências positivas anteriores;
- c) Indicações ou compartilhamento com outros membros da família ou do círculo social;
- d) Uso de sobras de produtos de terapias anteriores mantidos nas farmácias domiciliares;
- e) Descumprimento de uma prescrição formal prolongando ou interrompendo precocemente a dosagem e o período de tempo indicado na receita;
- f) Indicação de profissionais da farmácia.

Todo esse panorama mostra ter relação com a autonomia no cuidado e no restabelecimento de um estado de saúde desejado pelo paciente, que decide quando e como fará uso dos recursos terapêuticos que lhe pareçam convenientes afirma NAVES *et al* (2010).

O interesse governamental, na implementação da automedicação, como alternativa informal de tratamento de doenças é crescente, como prática que, quando administrada de forma racional, contribui na diminuição dos custos com a assistência a saúde, tanto para o sistema de serviços como para a população para MOTA *et al* (2000). Para os referidos autores, a indústria farmacêutica também possui grande

interesse nessa alternativa de tratamento, estimulando e aumentando, mediante orientado trabalho de marketing, o consumo de medicamentos.

No Brasil, segundo AQUINO (2008), a automedicação leva em consideração a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, onde o usuário tem que aguardar horas em filas, e ou esperar dias e até meses para ser atendido por um médico. Impossibilitada de pagar por uma consulta médica, a população de baixo poder aquisitivo, tem como opção o autotratamento, onde sem uma receita e encontrando facilidades, pode adquirir nas farmácias do país, os medicamentos que julga necessários para seu problema de saúde.

Conforme anteriormente relatado, no Brasil, onde os obstáculos no acesso aos serviços de saúde dificultam a ampla obtenção à saúde, a farmácia comunitária ocupa posição privilegiada como lugar de busca por atendimento primário de saúde de acordo com MOTA *et al* (2000); OLIVEIRA *et al* (2012). Afirmam que nestes estabelecimentos a automedicação e a indicação terapêutica são práticas usuais e frequentes, mesmo em caso de doenças que necessitam de exames clínicos e laboratoriais para o seu diagnóstico.

Dada à restrição de recursos, a automedicação pode ser considerada como uma prática não racional diante da possibilidade de aumentar o risco de eventos adversos e de mascaramento de doenças, podendo inclusive retardar o diagnóstico correto da enfermidade. Tratamentos mais complexos, invasivos, recuperação mais lenta, poderão tornar-se necessários, implicando em maiores custos para o paciente e sistemas de saúde, conforme ARRAIS *et al.* (1997)

A automedicação torna-se preocupante no Brasil, levando-se em consideração alguns aspectos da comercialização e dispensação dos medicamentos geralmente realizada sem barreiras. O não cumprimento da obrigatoriedade da apresentação da receita médica e a carência de informações por ocasião da dispensação nas farmácias e drogarias do país, aliada ao baixo nível de instrução da população, justificam a preocupação com a qualidade dessa prática informal de tratamento segundo FERNANDES (1998).

A fácil aquisição, não apenas aos medicamentos de venda livre, e a falta de conhecimentos para avaliar os agravos à saúde pelo consumo abusivo desses produtos, levam a população ao seu uso indiscriminado, conforme NAVES *et al.*, (2010); DOMINGUES *et al.* (2017);. Considerados pelos usuários como produtos sem riscos na sua utilização, a análise de possíveis problemas que os medicamen-

tos possam apresentar é menosprezada, sendo ressaltado apenas os seus benefícios, com prejuízos para a saúde pública do país.

O interesse da automedicação como forma alternativa de tratamento para doenças leves, sem o recurso da consulta médica, apesar dos motivos e necessidades crescentes dos governos de diferentes países, assim como da própria indústria farmacêutica, deve levar em consideração que os fármacos não são substâncias inócuas e seguras ao organismo. Os consumidores e os profissionais de saúde devem ser alertados que os medicamentos podem provocar efeitos secundários graves e reações adversas mediante seu uso não racional afirmam ARRAIS (1997); RUEDA-SANCHES (2013); PAULA BOCHNER, (2012) e MARTINEZ *et al.* (2014) A automedicação, segundo MOTA (2000) e ARRAIS (1997), pode:

- a) Retardar disfarçar, ou não permitir o diagnóstico correto e tratamento oportuno de enfermidades graves;
- b) Desenvolver reações adversas, intoxicações graves e interações com outros fármacos ou alimentos;
- c) Fazer uso de produtos sem qualidade garantida; procedência duvidosa ou ainda falsificados, adulterados, vencidos ou mal conservados;
- d) Incrementar a resistência dos antimicrobianos pela utilização indevida de um grupo de medicamentos que tem sua aquisição mediante restrita prescrição médica;
- e) Contribuir para o aumento dos gastos com saúde em função de falências ou problemas outros com o Autotratamento.

Concorda-se com MOTA (2000) e OLIVEIRA *et al* (2012) no que se refere à automedicação como uma alternativa a não ser combatida e sim reformulada mediante a aplicação de princípios e critérios ético-sanitários na redução dos custos individuais e públicos. Entretanto, os referidos autores concordam que a automedicação só será isenta de riscos se bem orientada por profissionais de saúde, entre os quais deve ser destacado o farmacêutico no auxílio nos cuidados gerais de saúde a um maior número de pessoas que recorrerão mais intensamente à farmácia.

Nesse contexto, a contribuição e o papel do farmacêutico nas farmácias e drogarias do país vale ser referenciado, como um educador em saúde, para mudar

comportamentos, costumes e hábitos dos usuários da automedicação não orientada, e da comunidade em geral, como fator determinante no controle de riscos à saúde.

3. OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 Geral

Analisar a prevalência e os fatores associados à utilização de medicamentos por automedicação no Brasil.

3.2 Específicos:

- a) Determinar a prevalência da automedicação pela população brasileira;
- b) Analisar a relação entre automedicação e características demográficas, socioeconômica, de condições de saúde e de utilização de serviços de saúde;
- c) Descrever os aspectos sociodemográficos entre os praticantes da automedicação por regiões geográficas do país;
- d) Identificar os medicamentos mais utilizados por automedicação no Brasil.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Descrição do Projeto PNAUM

4.1.1 Caracterização do Estudo

“A Automedicação no Brasil: Dimensões de uma prática” é um estudo de delineamento transversal clássico, de base populacional, realizado em 300 municípios brasileiros. Os dados analisados na presente tese são oriundos da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM).

As informações da composição da amostra, dos procedimentos de amostragem e dos demais procedimentos da PNAUM incluindo os instrumentos utilizados na entrevista, aspectos operacionais de campo e especificidades da coleta de dados, estão disponíveis no artigo metodológico da PNAUM, apresentados por MENGUE *et al.* (2016).

A PNAUM baseou-se em amostra probabilística com cobertura nacional dos domicílios de zonas urbanas do Brasil. Teve realização restrita à população urbana do País levando em consideração as dificuldades operacionais e o custo adicional para inclusão da zona rural (MENGUE *et al.*, 2016).

A população estudada inclui residentes em domicílios particulares, permanentes em zonas urbanas do território brasileiro, de forma a garantir a representatividade da área territorial para sua realização. Totalizou 41433 pessoas entrevistadas, em domicílios, de todos os Estados das cinco regiões geográficas do País, no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014.

4.1.2 Desenho Amostral

Segundo MENGUE *et al.* (2016), o uso de medicamentos varia de acordo com a faixa etária e o sexo em relação à quantidade e ao tipo de medicamentos utilizados. Para garantir então a precisão das estimativas de cada grupo, a amostra incluiu oito domínios demográficos (faixas etárias): (1) 0-4 anos, ambos os sexos; (2) 5-19 anos, ambos os sexos; (3) 20-39 anos, feminino; (4) 20-39 anos, masculino; (5) 40-59 anos, feminino; (6) 40-59 anos, masculino; (7) 60 anos ou mais, feminino; (8) 60 anos ou mais, masculino Tabela1.

Tabela 2: Grupos Etários, em anos, das Populações Estudadas (Domínios) do Inquérito PNAUM, 2014.

Grupo Etário (em anos)	Masculino	Feminino	Total
0 a4	-	-	1
5 a19	-	-	1
20 a39	1	1	2
40 a59	1	1	2
60 e mais	1	1	2
Total	3	3	8

Os oito domínios demográficos foram replicados para cada uma das cinco grandes regiões geográficas brasileiras, resultando em 40 domínios amostrais, garantindo a precisão dos indicadores de interesse para os subgrupos escolhidos dentro de cada uma das regiões.

Para a definição do tamanho amostral, foram utilizadas estimativas obtidas a partir da PNAD 2008, sendo: 34,0% de acesso totalmente gratuito a medicamentos, 44,0% de acesso pago e o restante de acesso misto. Utilizou-se também uma estimativa de 12,0% de falta de acesso a medicamentos necessários. A PNAUM também adotou um critério de precisão que fixou em 0,05 o valor máximo para os coeficientes de variação das estimativas de interesse. Foi encontrado um tamanho mínimo de 960 entrevistas por domínio amostral, totalizando 38.400 entrevistas.

O sorteio da amostra da PNAUM foi feito por amostragem por conglomerado em três estágios: município (unidade amostral primária), setor censitário e domicílio:

- No primeiro estágio, os municípios foram selecionados (Anexo I) por amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho, dentro de cada região, totalizando 60 conglomerados para cada uma delas. Os municípios foram sorteados, com probabilidade proporcional ao número de domicílios, 60 município sem cada região geográfica. Essa amostra foi estratificada segundo unidade da federação e tamanho do município. A probabilidade de seleção do município foi calculada por $(60xD_i/\sum_i D_i)$; onde D_i é o número de domicílios de cada município (i) situado em uma região geográfica brasileira;
- No segundo estágio, dois setores censitários urbanos foram selecionados dentro de cada município sorteado no estágio anterior, com probabilidade

proporcional ao tamanho, totalizando 120 setores por região geográfica. A probabilidade de seleção é calculada por $\frac{2xD_{i,j}}{D_i}$; sendo $D_{i,j}$ o número de domicílios existentes no j -ésimo setor do município (i) sorteado no estágio anterior. Para esse estágio os arquivos agregados por setores censitários do Censo 2010 foram utilizados para fins de sorteio;

- c) No terceiro estágio, foram sorteados 86, 72, 70, 54 e 61 domicílios nas regiões Norte (86), Nordeste (72), Centro-Oeste (70), Sudeste (54) e Sul (61), respectivamente. Esse total corresponde ao número de domicílios acrescido de 10,0% devido à recusa;
- d) No terceiro estágio diferentes amostras compostas por (d) domicílios foram sorteadas, considerando diferentes padrões de densidade demográfica para o conjunto dos oito domínios demográficos. Todas as unidades elegíveis encontradas em um domicílio sorteado foram entrevistadas compondo a amostra de elementos dos respectivos domínios. A probabilidade de sorteio do indivíduo nesse estágio foi igual à probabilidade de sorteio do domicílio, calculada por $\frac{d}{D_{i,j}}$;
- e) A amostra de indivíduos de um mesmo domínio demográfico em fixada região é auto ponderada, pois o produto das probabilidades nos três estágios de seleção (expressão abaixo) resulta em probabilidade igual para todos os domicílios dessa região;
- f)
$$\frac{60xD_i}{\sum_i D_i} \times \frac{2xD_{i,j}}{D_i} \times \frac{d}{D_{i,j}} = \frac{120 \times d}{\sum_i D_i}$$
- g) Para o sorteio de domicílio, utilizou-se o Cadastro Nacional de Endereços do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Previamente ao início do trabalho de campo, os setores foram visitados para uma contagem rápida de domicílios para detectar mudanças no setor. Os setores com menos de 90,0% de atualização para endereços válidos foram atualizados imediatamente antes do processo de seleção e entrevistas PNAUM (2016);
- h) O sorteio de domicílios em cada domínio se baseou na proporção esperada de cada grupo de idade e sexo. Os entrevistadores recebiam já definidos o número de indivíduos de cada grupo de forma a compor a amostra com os números desejados. No processo de seleção da amostra, os dados do Censo Demográfico de 2010 foram utilizados como fonte do

número de domicílios e de indivíduos. Pesos amostrais foram calculados para o indivíduo e, ainda, pesos de pós-estratificação foram utilizados para reduzir o vício decorrente da baixa taxa de resposta. Para calcular as taxas de resposta, foram utilizadas as seguintes categorias:

- 1D – amostra real (domicílio com morador elegível);
 - 2D – perfis incompatíveis (domicílio sem morador elegível);
 - 3D – domicílio inexistente ou não localizado ou inacessível;
 - 4D – domicílios fechados ou abandonados;
 - 5D – recusa (em informar sobre população elegível no domicílio);
 - 6D – não residenciais;
 - 7D – não visitado (diferença entre o previsto e o número de endereços procurados).
- A taxa de resposta para os domicílios (TR_D) foi calculada por:

$$TR_D = 1 - \frac{1D - 3D + 4D + 5D + 7D}{1D + 2D + 3D + 4D + 5D + 7D}$$

A PNAUM excluiu os domicílios não residenciais do cálculo, assim como deveriam ser excluídos os domicílios vagos. Estes últimos não o foram por não haver informação sobre eles. Os domicílios fechados (considerados como sem resposta) e os domicílios abandonados estavam incluídos em uma única categoria. Para os moradores, a taxa de resposta (TR_M) foi calculada por:

$$TR_M = \frac{1M}{2M}$$

1M – Morador entrevistado
2M – Morador elegível

Com base no manual de amostragem do DHS – *Demographic and Health Surveys – Phase IIIh*, adotou-se como taxa de resposta global:

$$TR = TR_D * TR_M$$

4.1.3 Instrumentos da Pesquisa

As entrevistas da PNAUM foram realizadas utilizando questionário contendo 11 blocos (Quadro II), desenvolvido para adultos, mas com adaptação para ser respondido pela pessoa responsável pelos cuidados de incapazes e crianças. Os ques-

tionários utilizados estão disponíveis, na íntegra, no site da PNAUM (<http://www.ufrgs.br/pnaum>). (Anexo nº02)

Antes de iniciar a entrevista propriamente dita, foram arrolados todos os moradores do domicílio com nome, sexo e idade. Essas informações foram utilizadas para identificar os domínios a serem entrevistados naquele domicílio. Para as “crianças” (pessoas com idade menor que 15 anos), os blocos 2 e 4 foram adaptados e os blocos 5, 7, 8 e 9 não foram aplicados. Os blocos 5, 7, 8 e 9 também não foram aplicados às pessoas incapazes, definidas aqui como aquelas sem capacidade de se comunicar ou de prestar informações sobre si devido à doença física ou mental, privação da fala ou falta de discernimento para responder às questões:

- a) O bloco 1 - apresenta dados do entrevistado aplicado aos três grupos de pessoas;
- b) O bloco 2 - investiga as doenças crônicas e o uso atual de medicamentos em cada doença. A seleção dos motivos de uso de medicamentos foi baseada nos problemas de saúde de maior prevalência na população e na avaliação da PNAD Saúde de 2008 (IBGE). Foi perguntado sobre a existência de diagnóstico médico de: hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração, hipercolesterolemia, acidente vascular cerebral, doença pulmonar, artrite, artrose ou reumatismo, depressão e outras doenças crônicas com seis meses ou mais de duração. Para cada medicamento, foram coletadas informações detalhadas sobre o produto (genérico, data de validade, forma farmacêutica, concentração) e sua utilização (tempo de uso, posologia, fonte de obtenção, entre outras informações);
- c) O bloco 3 - investiga os tipos de serviços de saúde utilizados;
- d) O bloco 4 - investiga eventos ou doenças (agudas) perguntando sobre o uso de medicamentos nos últimos 15 dias. Para o preenchimento dos dados sobre os medicamentos referidos nos blocos 2 e 4, foi solicitado ao entrevistado que mostrasse todos os “remédios” em uso. Foi considerado remédio qualquer tipo de produto utilizado para curar ou aliviar doenças, sintomas, desconforto ou mal-estar. Dessa forma, um remédio poderia ser tanto um medicamento manipulado ou industrializado, quanto um chá, produtos homeopáticos e plantas medicinais;

- e) O bloco 5 - investiga a utilização atual e acesso aos contraceptivos orais e injetáveis, incluindo locais de obtenção e nome dos produtos, além de dados sobre efeitos indesejáveis e adesão ao tratamento em mulheres entre 15 e 49 anos. As perguntas foram adaptadas a partir de questões da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006);
- f) O bloco 6 - foi desenhado para identificar detalhadamente os locais de obtenção dos diferentes medicamentos, considerando que os indivíduos podem utilizar vários serviços para a obtenção do total de seus medicamentos;
- g) O bloco 7- traz questões visando a avaliar comportamentos que podem afetar o uso de medicamentos;
- h) No bloco 8 - são investigados hábitos dos entrevistados quanto à leitura de bulas e a guarda das embalagens;
- i) O bloco 9 - contém questões relacionadas ao uso de tabaco e álcool;
- j) O bloco 10 - questiona se o entrevistado possui ou não plano de saúde e os itens cobertos pelo plano, com interesse na cobertura de medicamentos;
- k) O bloco 11 - composto por duas seções, com informações do domicílio. Na primeira seção foram coletadas as informações do domicílio como bens, móveis, renda familiar e número de cômodos, necessárias para operacionalizar o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP). Na segunda seção foram coletadas as informações sociodemográficas da pessoa de referência na família.

Quadro I: Blocos Temáticos do Instrumento – PNAUM

BLOCO	DESCRÍÇÃO DO BLOCO TEMÁTICO
IA1	Informações gerais do entrevistado
IA2	Doenças crônicas (de alta prevalência) e seus cuidados
2.1.	Ficha de medicamentos para doenças crônicas
IA3	Uso de serviços de saúde

IA4	Doenças eventuais (agudas) tratadas com medicamentos
4.1.	Ficha de medicamentos para doenças e eventos agudos
IB5	Contraceptivos
IB6	Serviços de farmácia
IB7	Comportamentos que podem afetar ao uso de medicamentos
IB8	Comportamentos frente o uso de Bulas e embalagens
IB9	Estilo de vida
IB10	Planos de saúde
IB11	Informações do domicílio e da pessoa de referência

As informações relativas às pessoas com idade inferior a 15 anos como também para as incapacitadas, foram dadas por seus responsáveis para este subgrupo populacional o questionário recebeu modificações, excluindo alguns blocos de perguntas que necessitavam do julgamento do entrevistado, conforme MENGUE *et al* (2016).

4.1.4 Equipe e Estrutura

A equipe de campo foi formada por uma coordenação central, equipe de apoio operacional e equipe de entrevistadores. Havia ainda uma estrutura de prontidão para esclarecimento de dúvidas e resolução de problemas operacionais das equipes, funcionando em tempo integral durante toda a pesquisa.

Foram treinados 217 potenciais entrevistadores, dos quais 165 participaram efetivamente da coleta dos dados. O treinamento, com duração de três dias, foi oferecido pela equipe de apoio operacional e pelos pesquisadores da PNAUM. Os treinamentos dos entrevistadores foram organizados em seis diferentes grupos conforme a região do País onde foram realizadas as entrevistas.

Para treinamento dos entrevistadores “Um Manual de Entrevista” foi elaborado envolvendo os aspectos relacionados à pesquisa de campo, incluindo: atuação do entrevistador; conceitos fundamentais; uso de instrumental auxiliar na identificação e localização das unidades domiciliares; descrição do questionário da pesquisa; sequências dos itens e dos quesitos; como fazer as indagações e registrar as respostas nos questionários e características da unidade domiciliar.

À coordenação central foi responsável pela supervisão de todos os processos e etapas da coleta. Coube à essa coordenação assegurar o material necessário ao desenvolvimento da referida coleta, bem como, planejar, organizar, coordenar e acompanhar as atividades dos pesquisadores, entrevistadores e supervisores na revisão final dos questionários aplicados, para posterior processamento e análise de dados.

A equipe de apoio operacional realizou a supervisão do campo e ofereceu o apoio logístico e administrativo às equipes que coletaram os dados

Os supervisores de campo (de empresa de pesquisa especializada na área, contratada pelo projeto) ofereceram todo o suporte necessário ao trabalho de campo, principalmente quanto ao fato de: reconhecer previamente as áreas a serem investigadas com levantamento e identificação de pontos de referência que facilitasse a localização dos setores censitários, ruas e quarteirões para aplicação dos questionários; preparar e distribuir com os entrevistadores o material necessário; revisar os questionários aplicados e reaplicá-los em 20% dos domicílios selecionados, já entrevistados, como medida de controle para garantia da qualidade dos dados coletados.

Os entrevistadores (de empresa de pesquisa especializada na área, contratada pelo projeto) tiveram a função de localizar corretamente as unidades domiciliares selecionadas para a amostra; realizar as entrevistas seguindo rigorosamente as instruções; entregar aos supervisores os questionários corretamente preenchidos e fazer verificações de entrevistas quando necessário.

Após coletar informações sobre os moradores do domicílio selecionado, o pesquisador explicava ao entrevistado, os objetivos do estudo, solicitando sua adesão mediante assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

A média de visitas por entrevistador para cada domicílio selecionado em função da pesquisa foi de duas. A primeira usada para localização da área, seleção da unidade domiciliar e identificação do domicílio e de seus moradores. A segunda

dando início ao preenchimento do instrumento de coleta das informações pertinentes ao estudo.

4.1.5 Realização de Estudo Piloto

Os instrumentos e as estratégias de campo foram avaliados em estudos-piloto, antes de terem sua aplicação definitiva em campo, a fim de permitir o ajuste das questões e a correção de eventuais falhas de linguagem e dificuldades de compreensão.

Para testar toda a logística do campo, foram realizados seis estudos pilotos em diferentes regiões, envolvendo 10% do total de domicílios, sendo um em cada capital onde ocorreu o treinamento, totalizando 251 entrevistas, a fim de: a) contemplar as diversidades culturais de cada região; b) avaliar a adequação do desenho do questionário; c) quantificar o tempo necessário para localização dos setores censitários e seleção das unidades domiciliares; d) quantificar o tempo necessário para a coleta de dados e identificar dificuldades.

Por ocasião do piloto foram testados: o instrumento de coleta de dados, o manual de apoio, o funcionamento do *software* de registro dos dados, o manejo do *tablete* a transmissão dos dados que foi utilizado na etapa de campo da pesquisa.

4.1.6 Controle de Qualidade

O controle de qualidade das entrevistas se deu pelas reentrevistas de parte da amostra, pela análise regular durante a pesquisa da frequência das variáveis investigadas e pela análise de consistência do banco. As reentrevistas foram realizadas por meio de ligações telefônicas, aplicando-se aos sorteados um questionário padronizado. Nessa etapa foram realizadas 5.123 reentrevistas, correspondendo a 12,0% da amostra. A partir das respostas, testou-se a reprodutibilidade das variáveis e obtiveram-se valores de Kappa que mostraram alta concordância, variando de 0,723 a 0,879. Além disso, durante todo o trabalho de campo, foram acompanhadas as frequências de variáveis sociodemográficas, de doenças autorreferidas, de uso de serviço de saúde, de uso de medicamentos sobre estilos de vida, posse de plano de saúde e posse de bens. Os valores verificados eram comparados rotineiramente com os resultados mais recentes de pesquisas nacionais.

4.1.7 Coleta de Dados

Dispor da quantidade necessária de domicílios por setor censitário era essencial para o sorteio dos domicílios a serem incluídos na amostra. Assim, em 124 setores censitários foi necessário realizar o arrolamento do setor por não haver informação atualizada sobre o total de domicílios.

Nos domicílios com os grupos etários elegíveis, o entrevistador identificava todos os moradores, por meio da pessoa disponível no primeiro contato, e realizava a entrevista com os indivíduos da faixa etária sorteada. As perguntas referentes ao domicílio foram respondidas pela pessoa responsável por ele, enquanto aqueles referentes aos demais blocos foram respondidas individualmente pelos entrevistados.

No caso de menores de 15 anos e de incapazes, a entrevista foi realizada com a pessoa indicada como responsável pelos medicamentos do indivíduo.

4.2 Descrição da Metodologia Adotada para Automedicação

Tendo a automedicação como desfecho, as informações sobre o consumo de medicamentos foram obtidas de três formas:

- a) A primeira por meio de perguntas diretas sobre o uso de medicamentos por indicação médica para tratar, entre outras, doenças crônicas de alta prevalência no momento da entrevista (hipertensão, diabetes; doenças do coração; colesterol alto; acidente vascular cerebral; doença pulmonar crônica; artrite ou reumatismo; depressão ou outra doença com mais de 6 (seis) meses de duração);
- b) A segunda, por meio de perguntas sobre o uso de medicamentos eventuais para tratar doenças agudas (para dormir ou para os nervos; infecções; problemas do estomago ou intestino; febre; dor; gripe, resfriado ou rinite alérgica; náusea e vômito ou outro problema agudo), nos últimos 15 dias anteriores a entrevista;
- c) A terceira sobre o uso de contraceptivos (orais e injetáveis) no momento da entrevista.

Na segunda e terceira, foi perguntado quem indicava o medicamento (médico ou dentista; enfermeiro; farmacêutico; outro profissional de saúde; por conta própria; parente, amigo ou vizinho; esposo (a) ou companheiro (a); parceiro ou namorado; balcônista de farmácia; outro).

Nesse contexto, todas as pessoas que referiram usar pelo menos um medicamento, sem prescrição de médico ou dentista, foram classificadas como praticantes da automedicação.

Os entrevistadores solicitaram a todos os entrevistados que lhes apresentassem os medicamentos de uso contínuo ou utilizados nos últimos 15 dias, no momento da entrevista. Os medicamentos foram classificados de acordo com o WHO (2013)/ *Anatomical Therapeutical Chemical Classification System*, classificação ATC (nível 1, órgãos ou sistemas; nível 2, grupo terapêutico; nível 5, fármaco) e, conforme sua categoria legal, em medicamento isento de prescrição (MIP) de acordo com MS/ ANVISA/Resolução RDC nº 138/ 2004, de venda sob prescrição médica e medicamento controlado conforme MS/ ANVISA/ Portaria nº 344/ 1998.

Para verificar a situação econômica foi adotado o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa conforme discriminado na Tabela 3, com respectivas classes de rendimentos, (A/B, C, D/E) – Critério APEB válido a partir de 01/01/2013 – www.abep.org – abep@abep.org (Anexo 4).

Tabela 3: Renda Familiar por Classes pelo Critério ABEP

Classe	Renda Média Bruta Familiar (R\$)
A	9.263
B1	5.241
B2	2.654
C1	1.685
C2	1.147
D/E	776

Fonte: ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2012 – www.abep.org – abep@abep.org.

*Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2011 - IBOPE

4.2.1 Variáveis do Estudo

O estudo tem, portanto a utilização de medicamentos por automedicação como desfecho.

As variáveis exploratórias foram relativas às características sociodemográficas, descriptores da condição de saúde, do acesso, e da utilização dos serviços de saúde:

- a) Variáveis sociodemográficas foram:
 - Sexo: (feminino e masculino);
 - Idade: (0-19, 20-49, 50 ou mais);
 - Situação conjugal: casado/unido, solteiro e separado/ viúvo);
 - Cor da pele autorreferida: (branca, negra, amarela, parda, indígena)
 - Região geográfica do Brasil: (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste, e Centro-Oeste);
 - Escolaridade em anos completos: (nunca estudou, 1 – 8 anos, 9 ou mais anos de estudo);
 - Classificação econômica: (A/B, C, D, E).
- b) Descriptores de condições de saúde foram:
 - Doente (sim ou não);
 - Quantitativo de doença crônica referida pelo indivíduo (nenhuma; uma; duas ou mais);
 - Auto percepção do estado de saúde (muito bom/ bom, regular e ruim/ muito ruim);
- c) Descritor de acesso aos serviços de saúde: Plano de saúde (sim ou não);
- d) Descritor da utilização de serviço de saúde: Hospitalização nos 12 meses anteriores a entrevista.

4.2.2 Plano de Análise

Realizou-se análise descritiva exploratória de todas as variáveis envolvidas no estudo e apresentação das frequências relativas e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Utilizou-se modelo de regressão de Poisson para estimar razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas e IC95%. Essas análises foram realizadas no programa estatístico Stata versão 12, utilizando o conjunto de comandos *svy* apropriado para a

análise de amostras complexas e garantindo a necessária ponderação, considerando-se o desenho amostral. Variáveis com $p < 0,20$ foram incluídas no modelo múltiplo e adotou-se nível de significância de 5% para permanência das variáveis no modelo, com seleção *backward* das variáveis. A significância estatística das razões de prevalências obtidas nos modelos de regressão de Poisson foi avaliada pelo teste de Wald.

Na análise, do banco de dados dos medicamentos referidos pela população como por automedicação ($n = 8.545$) estes foram estratificados pela fonte de categoria legal (livre de prescrição e com prescrição ou retenção de receita) e classificados segundo os níveis 1 e 2 da Classificação ATC (anatômica, terapêutica e química) proposta da Organização Mundial da Saúde (WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, 2012).

4.3 Aprovação do Estudo: Aspectos Éticos

A pesquisa foi conduzida conforme as recomendações da Declaração de Helsinki e legislação brasileira de ética em pesquisa, submetida e aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Protocolo 18947013.6.0000.0008) através do parecer CONEP nº 398.131 de 16/09/2013. (Anexo 6.) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul Protocolo 19997). As entrevistas foram realizadas após leitura do termo de consentimento e assinatura do entrevistado ou seu responsável legal (no caso de incapazes), sendo garantido aos entrevistados sigilo e anonimato.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Resultados

5.1.1 Caracterização da amostra da PNAUM

O estudo foi realizado em 20.404 domicílios de regiões urbanas do País, onde foram entrevistados 41.433 indivíduos que, após os ajustes por região, sexo e idade, representam os aproximadamente 171 milhões de

brasileiros residentes nas áreas urbanas do País. Os números de entrevistas realizadas por região e por domínio demográfico estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição do número de entrevistas realizadas por região geográfica e por domínio demográfico. PNAUM, Brasil, 2014.

REGIÃO	Domínios*								Total	
	Idade (anos) e sexo									
	0-4	5-19	20-39	20-39	40-59	40-59	≥ 60	≥ 60		
	MF	MF	M	F	M	F	M	F		
Norte	1.835	667	552	2.538	1.539	1.778	899	1.115	10.923	
Nordeste	1.267	618	454	1.881	991	1.521	794	1.268	8.794	
Sudeste	817	606	533	1.63	1.059	1.267	728	1.125	7.498	
Sul	872	877	562	1365	1078	1299	784	1009	7846	
Centro-Oeste	989	537	336	1281	838	1093	554	743	6372	
Total	5780	3305	2437	8428	5506	6958	759	5260	41433	

* Os domínios se referem aos grupos de idade e sexo (M = masculino; F = feminino; MF = masculino e feminino).

As características gerais da população do inquérito PNAUM segundo faixa, etária, sexo, cor da pele autorreferida, escolaridade, situação conjugal, classe econômica e região geográfica, apresentadas na Tabela 5 pode observar que: entre os entrevistados do estudo, foi encontrada leve predominância do sexo feminino (52,8%). 31,9% dos participantes se encontravam entre as faixas etárias de 20-39 anos 46,0% e se declararam brancos. Os pretos e pardos somados são maioria na população (52,5%). Os 55,3% dos entrevistados estavam concentrados na classe econômica C e que apenas 0,5% pertencia a classe A.

A região Sudeste representou 45,9% da amostra; a Nordeste, 24,3%; a Sul, 14,3%; o Centro-Oeste, 7,9%; e a Norte, 7,5%. Dos indivíduos com 20 anos ou mais, 36,1% indicaram escolaridade de zero a três anos de estudo.

Tabela 5: Descrição da amostra de acordo com características demográficas e socioeconômicas. PNAUM, Brasil, 2014. (N = 41.433)

VARIÁVEL	CATEGORIA	% ^a	IC 95%
Faixa etária (anos)	0-4	6,2	5,9-6,3
	5-10	9,1	8,3-9,8
	11-19	14,4	13,3-15,5
	20-39	31,9	30,4-33,3
	40-59	25,3	24,3-26,4
	≥60	13,2	12,4-14,0
Sexo	Masculino	47,2	46,3-48,1
	Feminino	52,8	51,9-53,7
Cor da pele ou raça (autorreferida)	4		
	Branca	46,0	3,5-48,6
	Preta	8,7	0,9-1,3
	Parda	43,8	41,5-46,1
	Amarela	1,1	0,9-1,3
Escolaridade^b	Indígena	0,4	0,3-0,5
	0-3 anos	36,1	34,5-37,7
	4-11 anos	31,9	30,8-33,0
	≥12 anos	32,0	30,6-33,5
Situação Conjugal^b	Com companheiro	60,7	59,4-62,1
	Sem companheiro	39,3	37,9-40,6
ABEP^c	A	0,5	0,3-0,9
	B	21,9	20,0-23,9
	C	55,3	53,7-57,0
	D	17,7	16,1-19,5
	E	4,6	4,0-5,3
Região	Norte	7,5	5,9-9,5
	Nordeste	24,3	20,1-29,1
	Sudeste	45,9	40,0-52,0
	Sul	14,3	11,5-17,8
	Centro-Oeste	7,9	6,2-10,0

^a Percentual ajustado por pesos amostrais e por pós-estratificação segundo idade e sexo.

^b Apenas para adultos com 20 anos ou mais.

^c Segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil 2013 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Disponível em: <http://www.abep.org>

5.1.2 Perfil da automedicação com relação aos aspectos sociodemográficos, descriptores da condição de saúde, do acesso, e da utilização dos serviços de saúde

Das 41.433 pessoas entrevistadas, foram excluídas 600 por ausência de informação sobre quem indicou o medicamento em uso.

A prevalência de automedicação na população brasileira foi de 16,1% (IC95% 15,0–17,5); maior no sexo feminino, na faixa etária entre 20-39 anos, entre os indivíduos que declararam ser de raça indígena e amarela, com nível de escolaridade igual ou maior que 12 anos de estudos, moradores da região Nordeste, entre os que tinham uma e duas ou mais doenças crônicas e os que foram hospitalizados uma ou mais vezes no último ano (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição da prevalência de ao menos um medicamento por automedicação, em função dos aspectos demográficos, socioeconômicos, indicadores das condições de saúde e indicadores de acesso aos serviços de saúde. – PNAUM, Brasil, 2014. (N= 40.833)

VARIÁVEIS	PREVALÊNCIA ^a (%)	IC 95%	VALOR P
SEXO			< 0,001
Feminino	19,0	17,4 – 20,5	
Masculino	13,1	11,7 – 14,6	
FAIXA ETÁRIA (ANOS)			< 0,001
0 – 19	6,6	5,8 – 8,0	
10 – 19	12,6	10,7 – 14,7	
20 – 39	21,6	19,6 – 23,7	
40 – 59	17,7	16,2 – 19,4	
≥ 60	14,3	12,9 – 15,8	
COR			< 0,001
Branca	15,4	14,1 – 16,9	
Negra	18,4	16,6 – 21,0	
Amarela	25,2	19,1 – 32,6	
Parda	17,2	15,5 – 19,1	
Indígena	29,8	17,6 – 45,7	
Escolaridade (anos)			< 0,001
0-8	14,7	13,4 – 16,0	
9-11	19,0	17,1 – 21,0	
≥ 12	19,4	16,8 – 22,3	
CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA			0,866
A/ B	16,3	14,4 – 18,5	
C	16,3	14,8 – 17,8	
D/ E	15,8	14,1 – 17,7	
DOENTE CRÔNICO			< 0,001
Sim	19,8	18,2 – 21,5	
Não	15,4	14,1 – 16,7	

Número de Doença Crônica			< 0,001
0	14,6	13,3 – 15,9	
1	18,8	16,8 – 21,1	
>2	20,4	18,6 – 22,3	
COBERTURA PLANO DE SAÚDE			0,709
DE			
Sim	16,5	14,5 – 18,7	
Não	16,1	14,7 – 17,5	
HOSPITALIZADO NO ÚLTIMO ANO			<0,001
Sim	20,6	18,2 – 23,3	
Não	16,16	14,7 – 17,3	
AUTO PERCEPÇÃO DA SAÚDE			<0,001
Muito bom/ Bom	16,4	15,1 – 17,9	
Regular	26,8	24,9 – 29,9	
Ruim/ Muito ruim	25,4	15,4 – 18,0	
REGIÃO			< 0,001
Norte	17,8	15,0 – 21,0	
Nordeste	23,8	21,6 – 26,2	
Sudeste	12,8	10,9 – 14,9	
Sul	11,4	10,1 – 12,9	
Centro-Oeste	19,2	17,3 – 21,3	
TOTAL	16,7	15,4 – 18,0	

^a Percentuais ajustados por pesos amostrais e por pós-estratificação segundo idade e sexo.

5.1.3 Automedicação em relação aos aspectos sociodemográficos por regiões geográficas do país

Com relação à distribuição da prevalência da automedicação, segundo aspectos sociodemográficos, pelas cinco regiões do Brasil (Tabela 7), mulheres e pessoas que se encontravam na faixa etária de 20 a 39 anos tiveram maior consumo de medicamentos por automedicação em todas as regiões do País, em relação aos homens. Em ambas as situações, a maior prevalência ocorreu no Nordeste e no Centro-Oeste. Em todas as regiões, a prevalência aumentou gradativamente da faixa etária de 0-9 anos até 20-39 anos e depois diminuiu.

A prevalência também aumentou com a escolaridade e o melhor nível socioeconômico, com exceção da região Norte.

Tabela 7: Prevalência da utilização de pelo menos um medicamento por automedicação, segundo aspectos demográficos e socioeconômicos por região geográfica. PNAUM, Brasil, 2014^a. (N = 40.833)

VARIÁVEL	PREVALÊNCIA DE AUTOMEDICAÇÃO POR REGIÃO DEMOGRÁFICA									
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	% IC95%
SEXO										
Feminino	19,2	15,9 – 23,0	27,5	25,1 – 30,0	15,3	13,0 – 18,0	13,1	11,6 – 14,8	22,9	20,3 – 25,6
Masculino	16,3	13,4 – 19,6	19,6	16,9 – 22,6	9,9	7,8 – 12,4	9,5	8,1 – 11,2	15,5	13,1 – 18,4
FAIXA ETÁRIA (ANOS)										
0-9	10,9	8,1–14,5	11,9	9,2–15,2	2,5	1,4–4,3	3,6	2,3 – 5,6	8,7	6,5 – 11,5
10-19	15,5	10,8–21,7	19,6	15,6–24,3	9,3	6,7–12,8	5,6	3,7–8,2	17,0	12,6–22,7
20-39	23,1	19,5–27,0	31,2	27,5–35,2	17,4	14,4–20,9	15,1	12,8–17,8	24,3	20,9–28,0
40-59	18,9	15,4–22,9	25,6	23,1–28,3	14,8	12,3–17,7	13,8	12,0–15,8	20,0	17,7–22,5
≥ 60	14,3	11,9–17,1	21,4	18,8–24,2	11,3	9,3–13,7	11,9	10,0–14,1	19,6	16,9–22,6
ESCOLARIDADE (ANOS)										
0-8	17,3	14,3–20,7	21,8	19,6–24,3	11,0	9,2–13,0	10,5	9,1–12,1	18,0	15,8–20,5
9-11	19,9	16,1–24,3	29,4	23,7–31,4	16,0	13,2–19,4	13,1	11,0–15,6	20,5	17,9–23,3
≥ 12	16,1	10,9–23,2	32,9	28,1–38,2	16,1	12,1–21,0	13,5	10,4–17,4	22,7	18,2–28,0
CLASSIF. ECONÔMICA^b										
A/B	17,7	13,1–23,5	26,6	20,8–32,6	15,0	12,1–18,6	12,2	10,3–14,4	20,5	17,2–24,3
C	18,8	15,6–22,5	24,5	21,9–27,4	12,6	10,5–15,0	11,3	9,7–13,1	19,0	17,0–21,2
D/E	15,7	12,5–19,6	22,2	19,7–24,9	10,1	7,7–13,1	10,2	7,5–13,7	18,0	14,5–22,0

^a Percentuais ajustados por pesos amostrais e por pós-estratificação segundo idade e sexo.

^b Segundo o Critério de Classificação Econômica do Brasil 2013 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Disponível em: www.abep.org

Na análise multivariada (Tabela 8), o consumo de medicamentos por automedicação apresentou associação positiva e significante para sexo feminino (RP 1,33; IC95% 1,21–1,47), as faixas etárias de 10 a 19 anos (RP 2,03; IC95% 1,66–2,47), 20 a 39 anos (RP 3,46; IC95% 2,94–4,08), 40 a 59 anos (RP 2,68; IC95% 2,26–3,17) e 60 ou mais anos (RP 1,95; IC95% 1,63–2,34), residir na região Norte (RP 1,76; IC95% 1,44–2,16), Nordeste (RP 2,33; IC95% 2,00–2,72) e Centro-Oeste (RP 1,74; IC95% 1,49–2,04), e ter uma (RP 1,17; IC95% 1,06–1,29) e duas ou mais doenças crônicas (RP 1,33; IC95% 1,18–1,50).

Tabela 8: Razão de prevalência bruta e ajustada da utilização de pelo menos um medicamento por automedicação, segundo aspectos demográficos, aspectos socioeconômicos, indicadores das condições de saúde e indicadores de acesso aos serviços de saúde. PNAUM, Brasil, 2014. (N = 40.833)

Variável	RP bruta	IC95% p	p	RP ajustada	IC95%	P
SEXO	< 0,001				<0,001	
Masculino	1			1		
Feminino	1,44	1,31-1,59		1,33	1,21-1,47	
FAIXA ETÁRIA	< 0,001				<	
(ANOS)					0,001	
0-9	1			1		
10-19	1,89	1,54-2,33		2,03	1,66-2,47	
20-39	3,25	2,72-3,89		3,46	2,94-4,08	
40-59	2,68	2,22-3,21		2,68	2,26-3,17	
≥ 60	2,15	1,78-2,59		1,95	1,63-2,34	
COR	< 0,001				0,045	
Branca	1			1		
Negra	1,19	1,04-1,37		0,93	0,81-1,07	
Amarela	1,63	1,25-2,13		1,11	0,88-1,40	
Parda	1,11	1,00-1,23		0,90	0,82-1,00	
Indígena	1,93	1,18-3,16		1,37	0,89-2,12	
ESCOLARIDADE	< 0,001					
(ANOS)						
0-8	1					
9-11	1,30	1,17-1,43				
≥ 12	1,32	1,15-1,52				
CLASSIFICAÇÃO					0,858	
ECONÔMICA*						

D/E	1				
A/B	1,03	0,90–1,20			
C	1,03	0,93–1,13			
REGIÃO			<0,001		0,001
Norte	1,56	1,27–1,92		1,76	1,44–2,16
Nordeste	2,10	1,79–2,44		2,33	2,00–2,72
Sudeste	1,12	0,92–1,36		1,18	0,97–1,42
Sul	1			1	
Centro-Oeste	1,68	1,44–1,98		1,74	1,49–2,04
Nº DOENÇAS CRÔNICAS			< 0,001		< 0,001
0	1			1	
1	1,33	1,20–1,48		1,17	1,06–1,29
≥ 2	1,33	1,20–1,47		1,33	1,18–1,50
COBERT PLANO DE SAÚDE			0,708		
Não	1				
Sim	1,03	0,90–1,18			
Hospitalizado no último ano			< 0,001		
Não	1				
Sim	1,29	1,14–1,47			

* Segundo o Critério de Classificação Econômica do Brasil 2013 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Disponível em: www.abep.org

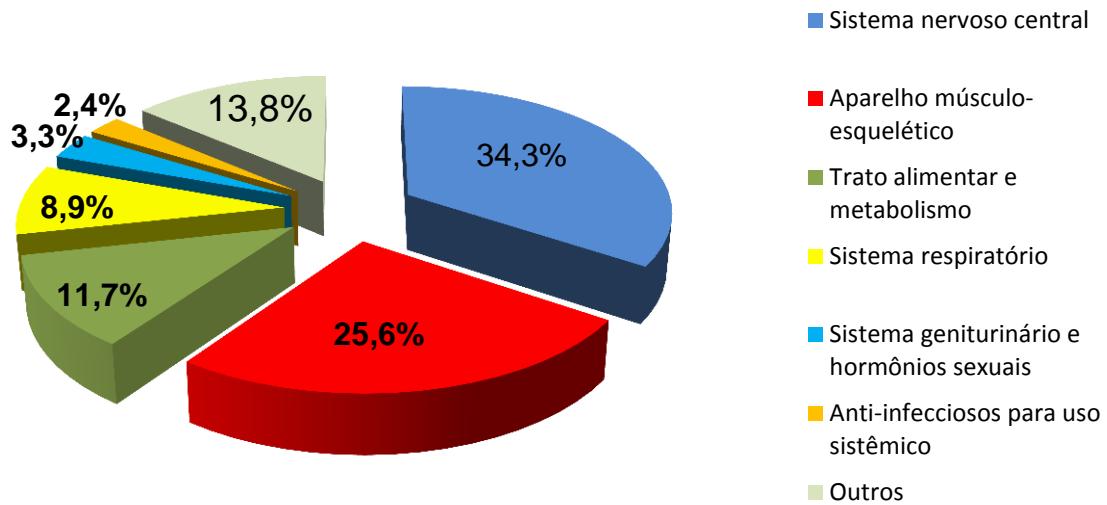
5.1.4 Medicamentos Utilizados por Automedicação no Brasil

5.1.4.1 Automedicação: fármacos de maior consumo

Os entrevistados referiram uso de 57.424 medicamentos, dos quais 8.545 (17,8%) caracterizavam-se por automedicação. Para 3.258 medicamentos, não foi possível caracterizar a indicação, sendo consideradas perdas.

Os medicamentos mais consumidos de acordo com o primeiro nível da classificação ATC foram os utilizados para sistema nervoso central (34,3%), seguido dos produtos utilizado para o aparelho músculo-esquelético (25,6%), trato alimentar e metabolismo (11,7%), sistema respiratório (8,9%), sistema genitourinário e hormônios sexuais (3,3%), anti-infecciosos para uso sistêmico (2,4%) e outros (13,8%).

Gráfico 1: Distribuição dos medicamentos mais utilizados por automedicação segundo Classificação ATC (1º nível) – PNAUM, Brasil. 2014. (N= 8545)



Quanto à distribuição dos medicamentos por grupo terapêutico da classificação ATC (segundo nível), os mais frequentes foram: os analgésicos (33,4%; IC95% 31,4–35,4), seguidos dos relaxantes musculares e anti-inflamatórios ou antirreumáticos, perfazendo 58,9% dos medicamentos consumidos (Tabela 9).

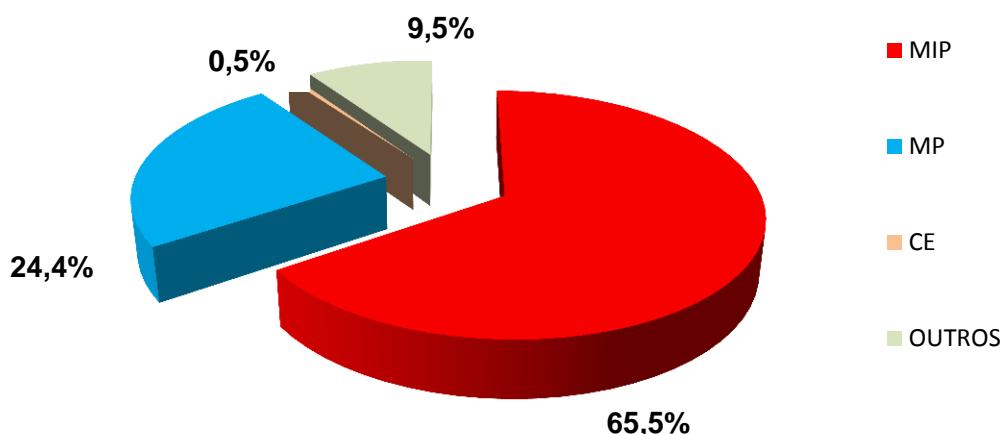
Tabela 9: Distribuição dos Medicamentos Utilizados na Automedicação, segundo a Classificação ATC (2º nível) – PNAUM, Brasil. 2014. (N= 8545)

SUBGRUPO TERAPÊUTICO	%	IC 95%
Analgésicos	33,4	31,4 – 35,4
Relaxantes Musculares	13,8	12,5 – 15,3
Anti-inflamatórios e Antirreumáticos	11,7	10,4 – 13,2
Preparações para Tosse e Resfriado	5,9	5,0 – 6,9
Suplementos (nutrientes gerais)	3,9	3,3 – 4,6
Medicamentos para Transtornos Relacionados à Acidez	3,8	3,1 – 4,6
Hormônios Sexuais e Moduladores do Sistema Genital	2,5 – 3,7	
	3,1	
Medicamentos para Transtornos Gastrointestinais Funcionais	2,3 – 3,3	
Plantas	2,8	
Vitaminas	2,7	2,2 – 3,4
Antibacterianos para Uso Sistêmico	2,4	1,8 – 3,1
Outros	2,3	1,9 – 2,8
TOTAL	100	

5.1.4.2 Medicamentos Utilizados por Automedicação: Classificação ATC e Categoria Legal

Os fármacos mais consumidos por automedicação foram dipirona (15,4%), associação em dose fixa cafeína-orfenadrina-dipirona (12,1%) e paracetamol (11,4%) (Tabela 10). No que se refere a categoria legal, no geral, a maioria dos medicamentos foi classificada como isentos de prescrição (65,5%), seguidos dos de venda com apresentação da prescrição médica (24,4%), venda mediante retenção da prescrição médica, ou seja, de controle especial (0,5%) e outros (9,5%). (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuição dos medicamentos utilizados na automedicação, segundo a categoria legal – PNAUM, BRASIL. 2014. (n= 8545)



Entre os 12 fármacos mais utilizados na prática da automedicação, 48,5% eram medicamentos isentos de prescrição, ou seja, de medicamentos sem tarja e isentos da apresentação de receita médica para aquisição, conhecidos como OTCs (*over the counter* que significa “sobre o balcão”). (Tabela 10).

Tabela 10: Distribuição dos 12 Fármacos mais Utilizados por Automedicação, segundo a Classificação ATC (5º nível) e Categoria Legal – PNAUM, Brasil. 2014 ^a. (N= 8545)

FÁRMACOS	%	IC 95%	MIP _B	MP ^c
Dipirona	15,4	13,9 – 17,1	X	
Cafeína + Orfenadrina + Dipirona	12,1	10,8 – 13,6	X	
Paracetamol	11,4	10,2 – 12,8	X	
Cafeína + Carisoprodol + Diclofenaco + Paracetamol	3,6	3,0 – 4,4		X
Diclofenaco	3,5	2,7 – 4,5		X
Cafeína + Dipirona + Isometepeno	3,3	2,5 – 4,2	X	
Etinilestradiol + Levonorgestrel	2,5	2,0 – 3,0		X
Ibuprofeno	2,3	1,8 – 3,0		X
Feniefrina + Clorfeniramina + Paracetamol	2,2	1,6 – 2,9	X	
Omeprazol	1,8	1,4 – 2,4		X
Cafeína + Clorferniramina + Dipirona	1,8	1,4 – 2,5	X	
Nimesulida	1,6	1,2 – 2,1		X
TOTAL	61,4^c		46,2	15,3

^a Medicamento Isenção de Prescrição

^b Medicamento de Venda com Prescrição ou retenção da Receita (tarja vermelha + tarja preta).

^c Corresponde a 61,4% dos medicamentos utilizados por automedicação

5.2 Discussão dos dados

O medicamento é normalmente considerado uma resposta imediata e fácil para condições que requerem ações individuais e sociais para sua resolução conforme AQUINO (2008). Para o autor, a proposta do alívio imediato do sofrimento é um apelo atraente cujo preço pode não envolver um desembolso financeiro, podendo ser a própria saúde. Conforme ARRAIS (2005); AQUINO (2008); BLANK, BRAUNER (2009), o mesmo medicamento que cura pode matar ou causar danos irreversíveis à saúde, ou seja, da mesma forma que proporcionam benefícios, também podem acarretar riscos à saúde. Seu uso abusivo, indevido e desordenado pode aumentar a demanda por serviços de saúde e consequentemente seus gastos. ARRAIS (2005), MOTA *et al.* (2012), MOTA *et al* (2014). .

Num sistema insatisfatório, onde os determinantes sociais, comportamentais, culturais e psicológicos das doenças não são percebidos, os medicamentos assumem o papel da saúde, conforme ROZENFELD (2008), NAVES *et al.*(2010). No to-

cante a isso, o consumo é influenciado pelo acesso aos serviços de saúde; a cultura médica; na facilidade da aquisição e no marketing farmacêutico conforme ARRAIS *et al.* (2005) e MACHADO. LESSA. (2012). Os medicamentos passam a desempenhar importante papel social na medida em que funcionam como “amortecedores químicos” para situações cotidianas em tempos de intolerância às frustrações e da tendência a considerar que o prazer imediato e individual é a finalidade da vida segundo MACHADO, LESSA. (2012).

A análise dos dados do presente trabalho permitiu verificar que a prevalência da automedicação no Brasil foi menor do que a encontrada por CARVALHO *et al* (2005), em estudo realizado no Brasil (24,6%) e por KNOPF E GRAMS (2013), na Alemanha (27,7%), e foi maior do que a encontrada por WIJESINGHE *et al.* (2012), no Sri Lanka (12,2%); por GARCIA *et al.* (2009) em Cuba (7,2%), e por FIGUEIRAS *et al.* (2000) na Espanha (12,7%). Deve-se, no entanto observar que estes resultados variam em função da população-alvo, do método empregado e do período recordatório utilizado.

O estudo também apresentou variações significativas entre as cinco regiões do Brasil. As regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte apresentaram prevalências maiores que a prevalência nacional, o que pode estar associada às dificuldades de acesso aos serviços médicos e as facilidades na aquisição de medicamentos de baixo custo em farmácias e drogarias.

BERTOLDI *et al.* (2016), alertam que o consumo de medicamentos no Brasil é considerado alto porém desigual, pois da mesma forma que a renda nacional também está concentrado. O acesso aos medicamentos no país o segue o padrão da inequidade social e em saúde onde existe uma elevada variabilidade (35,7% a 76,5%) nas prevalências globais do uso de medicamentos por regiões brasileiras. Conforme CARVALHO *et al.* (2005) e BERTOLDI *et al.* (2016), as regiões geográficas consideradas mais pobres (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) apresentaram menores prevalências de uso de medicamentos. Para GALVÃO *et al.* (2014), em Brasília (DF) a prevalência foi de 35%; em Florianópolis (SC) foi de 76,5% segundo BOING *et al.* (2011); em Fortaleza (CE) foi de 49,7% conforme e ARRAIS (2005); em Campinas (SP) foi de 48,5% de acordo com COSTA *et al.* (2011) e em Pelotas (RS) 65,9% segundo BERTOLDI *et al.* (2004). Estudo desenvolvido pelo CONASS (2003) constatou que a prevalência do uso de medicamentos foi maior nas regiões

Sul ("62,3%) e Sudeste (62,2%), seguidas do Centro-Oeste (50,5%), Nordeste (50,2%) e Norte (43,1%).

Os resultados da PNAUM, não apenas em relação a automedicação, comprovam as significantes divergências nas prevalências da utilização de medicamentos, entre as regiões geográficas do Brasil. TAVARES *et al.* (2016), avaliando o acesso aos medicamentos para tratamento de doenças crônicas no país, verificou que os residentes nas regiões Norte e Sudeste apresentaram maior prevalência de acesso gratuito a todos os medicamentos enquanto que a região Nordeste possuía a menor prevalência. Considerando que na região Nordeste 78,0% dos municípios possuem baixo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e de Renda e que o comprometimento de renda na compra de medicamentos pode ser quase três vezes maior entre os mais pobres (7,3%), quando comparado aos mais ricos (2,7%), estes resultados podem indicar que a população desta região possa estar mais vulnerável à descontinuidade dos tratamentos frente a incapacidade de pagamento. (BOING *et al.*, (2011)).

Segundo BERTOLDI *et al.*(2016) percebe-se, ao estratificar os medicamentos por grupos de doenças, que as regiões consideradas mais pobres (Norte, Nordeste e Centro-Oeste), segundo o Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE – <http://www.ibge.gov.br>), apresentam as menores prevalências de uso de medicamentos para doenças crônicas em relação ao Brasil como um todo. Para os autores estes dados podem estar associados à maior dependência e ineficiência do sistema público para acesso aos medicamentos, menos diagnósticos médicos gerados por dificuldades de acesso aos serviços médicos e ainda um provável menor número de locais para aquisição de medicamentos no setor privado do que em outras regiões brasileiras.

Nos últimos anos, progressos na área de saúde vêm sendo obtidos, mediante a expansão dos serviços de atenção a saúde, que oferecem intervenções cada vez mais eficazes. Percebe-se, no entanto, que o ritmo desse avanço tem sido desigual (BERTOLDI. *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016; TAVARES *et al.*, 2016; BRAGA *et al.*, 2015; PNUD, 2015; ANDRADE *et al.*, 2013; GARCIA. *et al.*, 2013; FLEURY, 2011; BOING, 2010; PAULA, 2008; VIEIRA, SOUZA, 2007; MARINHO, 2006; TRAVASSOS *et al.*, 2006).

Para COMES *et al.* (2016) são evidentes as desigualdades na distribuição de médicos nas regiões brasileiras, comprometendo o acesso da população a atenção

de saúde. Atingem, principalmente, os habitantes das regiões Norte e Nordeste, não cumprindo o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), além de aprofundar inequidades. Essa situação poderá induzir a população ao autotratamento, e a automedicação frente a não disponibilidade de serviços de saúde acessíveis.

Outros autores também comungam do mesmo pensamento e agregam outros fatores:

(...) se o brasileiro tende a se automedicar, é também porque não encontra disponibilidade dos serviços de saúde mais acessíveis. Precisa ficar horas em uma fila e às vezes, esperar dias e até meses para ser atendido por um médico. O baixo poder aquisitivo do brasileiro e a precariedade dos serviços de saúde contrastam com a facilidade de obter medicamentos sem pagamento de consulta e sem receita médica em qualquer farmácia, onde, não raro, se encontra o estímulo de um balcônista interessado em ganhar uma comissão. (AQUINO, 2008 p. 134)

GARCIA *et al.* (2013) apresentam esses fatores em diferentes momentos de seu texto.

(....)Sendo os medicamentos bens essenciais, em algumas situações as famílias não podem prescindir de sua compra, independentemente do peso desse gasto em relação a sua renda, pois o acesso a determinado medicamento pode significar a sobrevivência ou não de um de seus membros. (GARCIA *et al.* 2013, p.42)

(...)Estas desigualdades sugerem ainda a maior probabilidade de dificuldade de adesão ao uso de medicamentos por parte da população dos estratos inferiores de renda, quando elas têm acesso a diagnóstico médico. Isto ocorre simplesmente em razão da ausência de capacidade de compra de medicamentos ou, mesmo, pela dificuldade de seguir a posologia recomendada pelo protocolo clínico do tratamento. O paciente pode não tomar a dose recomendada por falta de recursos para comprar o medicamento prescrito (p.42)

Na sequencia foram consideradas que todas essas dificuldades levam a grande maioria das pessoas à farmácia para prática da automedicação, que quase sempre resulta: em indicação inapropriada, medicação inadequada, forma de administração imprópria, abandono de tratamento, desperdícios de recursos e danos à saúde.

Diante disso, convém fazer referência às ações de saúde exercidas em escala crescente no sistema governamental que perdem grande parte de sua eficácia quando o paciente não tem possibilidade de adquirir e utilizar de forma irracional os medicamentos prescritos para o seu adequado tratamento. Para contornar essa situação é que um programa de Assistência Farmacêutica deve ser fortalecido e dirigido às populações carentes, em cumprimento as diretrizes da política de saúde, na busca da universalização dessa assistência, para que as ações médico-sanitárias tenham sua complementação e alcancem o grau de resolutividade esperado. Fica evidente de acordo com BARROS (2004) que assegurar uma política farmacêutica nacional que valorize a saúde, como um direito humano inalienável, são instrumentos decisivos para o aperfeiçoamento de uma assistência farmacêutica integral, bem como na luta por melhores condições de saúde.

Atualmente, o Brasil passa por muitas transformações na área da saúde, que possui investimentos financeiros e de infraestrutura para aumentar a oferta de serviços de saúde, principalmente na área da atenção primária, com a Estratégia Saúde da Família, e na área da assistência farmacêutica para garantir o acesso gratuito e uso racional dos medicamentos pelos profissionais e comunidade em geral de acordo com VIEIRA, ZUCCHI (2013) e OPAS (2012); Essas transformações ocorrem de forma diferente entre as regiões, mas, mesmo com as desigualdades regionais expostas, o maior acesso aos serviços médicos pode estar promovendo menor automedicação.

Pode-se, considerar que automedicação esteja dentro de uma faixa de magnitude aceitável, pois, conforme se constatou no presente trabalho, o uso de medicamentos por automedicação limitou-se a tratar doenças agudas autolimitadas, como problemas no estômago ou intestino, febre, dor, gripe, resfriado ou rinite alérgica, náusea e vômito, entre outros, e na maioria das vezes com produtos isentos de prescrição (65,5%). Esse resultado está de acordo com o estudo de ARRAIS *et al.* (1997), realizado no Brasil, no qual os sintomas dolorosos foram responsáveis por 24,3% dos motivos que levaram as pessoas a praticarem a automedicação e os quadros viróticos ou infecciosos (infecção respiratória alta e diarreia), por 21,0%. Conforme VILARINO *et al.* (1998) e FERNANDES (1998), a cefaleia foi a principal queixa para a prática da automedicação, seguida por sintomas respiratórios e digestivos. No estudo de CARRERA-LASFUENTES *et al.* (2013), a dor foi a situação mais relacionada.

A classificação econômica não apresentou associação significante com a prática da automedicação. Isso pode ser explicado pelo fato de os medicamentos mais consumidos serem de baixo custo, de fácil acesso e de prescrição frequente conforme CARVALHO *et al.* (2005), CONASS (2003), inclusive aqueles disponíveis tanto pelo Sistema Único de Saúde, de forma gratuita, como subsidiado na Farmácia Popular (como ocorre com a dipirona, o paracetamol e o ibuprofeno).

A constatação de que a automedicação é praticada pelas pessoas do sexo feminino também foi encontrada em outras publicações segundo CARVALHO *et al.* (2003); ATHANASOPOULOS *et al.* (2013); KNOPF H,GRAMS (2013), apesar de em outros estudos realizados por MENDES *et al.* ((2004); GARCIA *et al.* (2009); LÓPEZ *et al.* (2009); WIJESINGHE *et al.* (2012); CARRERA-LASFUENTES *et al.* (2013) e SELVARAJ *et al.* (2014), indicarem que a automedicação é maior entre os homens. Acredita-se que o fato de as mulheres sofrerem mais com dores de cabeça, dores musculares e condições dolorosas crônicas, como a enxaqueca, e utilizarem desde muito cedo analgésicos e relaxantes musculares para o alívio da dor durante a menstruação ou dismenorreia conforme ATHANASOPOULOS *et al.* (2013), KNOPF GRAMS (2013) pode ter influenciado nos resultados do presente trabalho.

A automedicação também esteve associada com as diversas faixas etárias do estudo, com maior destaque para os de idade entre 20 e 39 anos. De maneira geral, esse resultado pode ser atribuído ao tipo de problema de saúde que envolve doenças agudas autolimitadas, comuns a todas as idades, e ao tipo de medicamento consumido, sendo os analgésicos o principal grupo terapêutico utilizado na prática da automedicação, independentemente da população alvo investigada e do tempo recordatório. (VILARINO *et al.* (1998);), SANS *et al.* (2002); CARVALHO *et al.* (2003); MENDES *et al.* (2004,); GARCIA *et al.* (2009); LÓPEZ *et al.* (2009);), Knopf H, Grams (2013); ETICHA, MESFIN (2014); SELVARAJ *et al.* (2014)).

Este fato também poderia explicar a associação positiva da prática da automedicação com as várias regiões do País e entre pessoas com doenças ou condições crônicas, já que, de maneira geral, os analgésicos/antipiréticos aparecem como o segundo medicamento mais utilizado no Brasil e nas cinco regiões do País, perdendo apenas para os anti-hipertensivos conforme CONASS (2003)

No caso da associação da automedicação com a idade e a presença de doenças crônicas, os resultados do presente trabalho diferem dos dados do estudo realizado em Bambuí, Minas Gerais por LOYOLA *et al.* (2002), onde foi encontrada

associação negativa para a idade e a automedicação não apresentou associação com história de doenças ou condições crônicas selecionadas. O fato pode ser explicado pela diferença de época em que foram realizadas as pesquisas, já que o surgimento de novas e velhas doenças transmissíveis, como dengue, zika e chikungunya, o aumento da prevalência de doenças resultantes da degradação do meio ambiente, da poluição ambiental e das mudanças climáticas OPAS (2012) podem ter intensificado o aparecimento de quadros agudos autolimitados que favorecem a prática da automedicação.

Com relação às variáveis cor da pele, plano de saúde e hospitalizações no último ano, não foram encontrados resultados em estudos realizados em outros países para comparação. No Brasil, estudo realizado por OLIVEIRA *et al* (2012), em Campinas-SP, com idosos, não encontrada, pelos autores, associação da cor da pele com a automedicação.

Em relação aos medicamentos, os analgésicos, os relaxantes musculares e os antiinflamatórios e antireumáticos foram os medicamentos mais consumidos na forma de automedicação. Dados semelhantes foram encontrados em vários estudos internacionais e nacionais. CARVALHO *et al* (2005), em estudo realizado no Brasil, encontrou perfil semelhante. Nos estudos realizados em Catalunha-Espanha (SANS *et al.*, 2002); Bogotá-Colombia (LOPES, DENNIS, MOSCOSO, 2009); Cuba (MILLIAN *et al*, 2009); Aragón-Espanha (CARRERA-LASFUENTES *et al.*, 2013); Puducherry-Índia (SELVARAJ *et al.*, 2014), e Mekelle-Ethiopia (ETICHA, MESFIN,(2014), os analgésicos estiveram em primeiro lugar. Estudo realizado na Grécia por ATHANASOPOULOS *et al* (2013), encontrou os analgésicos e os antiinflamatórios como os mais consumidos, já nos estudos desenvolvidos por MENDES *et al*. (2004), em Lisboa e Porto-Portugal, e por KNOPF E GRAMS (2013), na Alemanha, os analgésicos ficaram em segundo lugar. De maneira geral, esses subgrupos terapêuticos são os mais encontrados nos estoques domiciliares de medicamentos e normalmente empregados para aliviar sinais e sintomas ou incômodos agudos menores ou autolimitados, e como são isentos de prescrição, na maioria das vezes, estão ao alcance de seus usuários nas farmácias/drogarias. (LASTE *et al.*, 2012),

No Brasil, a automedicação está presente em todos as faixas etárias e os analgésicos e AINES são os medicamentos mais consumidos, sejam entre crianças e adolescentes (DA SILVA DAL PIZZOL *et al*, 2016; PROLUNGATTI *et al*, 2014; BERTOLDI *et al* 2014; PEREIRA *et al.*, 2007), gestantes (ARAÚJO *et al*, 2013;

BRUM *et al.*, 2011), com uso mais restrito ao paracetamol, idosos (OLIVEIRA *et al.* 2012) e até universitários (GAMA; SECOLI, 2017; MARTINEZ *et al.*, 2014).

Os fármacos mais consumidos foram a dipirona, a associação em dose fixa de dipirona, orfenadrina e cafeína, e o paracetamol. Dados semelhantes foram encontrados em estudos nacionais (GAMA; SECOLI, 2017; BERTOLDI *et al.*, 2016; PRADO *et al.*, 2016; VILARINO *et al.*, 1998; ARRAIS *et al.*, 1997) e internacionais (GARCIA *et al.*, 2009; LÓPEZ *et al.*, 2009). De maneira geral, esses medicamentos são os mais encontrados nos estoques domiciliares (LASTE *et al.*, 2012; FERNANDES, 1998) e normalmente empregados para aliviar sinais e sintomas ou incômodos agudos menores ou autolimitados (LOYOLA *et al.*, 2002; LÓPEZ *et al.*, 2009).

O elevado uso de analgésicos na prática da automedicação reflete a alta prevalência de dor na população em geral, afirma CARRERA-LASFUENTES *et al.* (2013), motivada por tensão, situação estressante ou demanda física, prejudicando a qualidade de vida das pessoas. O uso abusivo de analgésicos pode levar à cronificação da cefaleia. Estudo realizado na Colômbia por RUEDA-SANCHEZ (2013) mostrou que a prevalência de cefaleia por uso excessivo de analgésicos foi de 4,8%, superior à prevalência em países desenvolvidos. Por outro lado, o mesmo analgésico que alivia a dor é o que trata os quadros febris de doenças virais ou bacterianas ou inflamatórias (GAMA; SECOLI, 2017; DA SILVA DAL PIZZOL *et al.*, 2016; PROLUNGATTI *et al.*, 2014;).

Os anti-inflamatórios não esteróides (AINES) são atrativos por terem ação múltipla: analgésica, antipirética e anti-inflamatória (OLIVEIRA; PELÓGIA, 2011). Outro aspecto que favorece e influencia desse consumo é a propaganda da indústria farmacêutica veiculada na mídia em geral (DIAS *et al.*, 2017; NAVES *et al.* 2010).

Apesar de a grande maioria dos medicamentos consumidos serem isentos de prescrição, não se pode menosprezar as possíveis intoxicações e efeitos adversos que eles podem causar a seus usuários. No caso dos analgésicos e AINES, pode-se citar, entre outros, os distúrbios gastrointestinais, reações alérgicas e efeitos renais (MENDES *et al.* 2004). No estudo de MARTINEZ *et al.* (2014), os autores evidenciaram que a prática da automedicação, entre os entrevistados, resultou em uma prevalência de efeitos adversos igual a 15,1%; já o estudo de PAULA (2012), que avalia as internações de idosos por intoxicação e efeito adverso a medicamentos no Brasil, os analgésicos, antitérmicos e antirreumáticos não opiáceos relacionaram-se a 37,0% das internações por autointoxicação, ocuparam a quarta posição nas interna-

ções de acordo com essas situações e foram os mais relacionados aos casos de traumatismo.

5.3 Limitações do Estudo

O grau de detalhamento na avaliação do uso de medicamentos, em inquéritos de saúde, apresenta-se como grande limitação frente uma abordagem ampla de temas. A aferição do uso de medicamentos, conforme MENGUE *et al.* (2016), é complexa, envolvendo desde desigualdades operacionais no correto registro do nome dos medicamentos até questões como diversos motivos de uso e suas fontes de obtenções.

Nesse contexto pode-se citar que algumas limitações foram apresentadas quanto a informações restritas à população urbana pelas dificuldades logísticas e custo operacional que estudar a área urbana representaria.

Neste estudo, não foi analisado o local de aquisição dos medicamentos utilizados na prática da automedicação, mas é provável que a grande maioria tenha sua origem nas compras realizadas nas farmácias ou drogarias ou na utilização das sobras de tratamento ou reservas encontradas nas farmácias caseiras, como atesta LASTE *et al.* (2012) e PROLUNGATTI *et al.* (2014). As farmácias e drogarias, no país, são o primeiro recurso de consulta de saúde, estabelecendo um elo importante no esquema de comercialização e consumo de medicamentos, levando em consideração os problemas com a baixa cobertura da assistência à saúde disponível para a população brasileira em várias regiões do país (PROLUNGATTI *et al.*, 2014; MOTA *et al.*, 2000).

Além da fonte de obtenção, importantes aspectos relacionados à prática da automedicação não foram considerados quanto: motivo da opção pelo autotratamento; fonte de acesso à informação ou indicação para o uso do medicamento selecionado; conhecimento sobre os medicamentos utilizados; tempo de utilização; satisfação com o autotratamento entre outros aspectos que muito poderiam contribuir para o desenvolvimento de inferências em prol de um trabalho educativo buscando o uso racional de medicamentos no País.

Convém esclarecer que também não foram analisados os dados das despesas envolvidas na automedicação, no entanto segundo a PWC Brasil (2016) cerca

de 80% das despesas com medicamentos são realizadas com produtos de baixo custo, fenômeno relacionado ao baixo poder aquisitivo da população.

Outras limitações do estudo estão relacionadas com os diferentes períodos recordatórios utilizados para investigar o uso de medicamentos e a possibilidade de viés de memória. Isso ocorre, sobretudo no caso do uso de medicamentos eventuais nos 15 dias que antecederam a entrevista e também nas informações dadas pelos responsáveis pelos menores de 15 anos ou pelos que apresentaram algum distúrbio cognitivo ou incapacidade para responder as perguntas. A época de realização do estudo também pode ter subestimado o uso de alguns medicamentos, como os utilizados para tratar problemas respiratórios, de uso comum durante o inverno, principalmente no sul do País.

6 CONCLUSÃO

Realizada a análise do estudo pode-se destacar como seu ponto forte, a representatividade nacional da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), desenvolvida pelo Ministério da Saúde, que permitiu pela primeira vez, traçar um panorama da utilização de medicamentos por automedicação no Brasil, como temática relevante, dado os riscos inerentes à sua prática (intoxicações medicamentosas e reações adversas) e o possível aumento dos gastos em saúde.

Em conclusão a população brasileira é adepta da prática da automedicação, havendo algumas diferenças regionais que caracterizam a maior prevalência influenciada pelo sexo feminino, por residir nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte, e pela presença de doenças ou condições crônicas.

As áreas identificadas com menor utilização de medicamentos para tratamento de doenças crônicas, como é o caso das regiões Norte e Nordeste, devem ser priorizadas para minimizar as desigualdades observadas no acesso aos medicamentos.

A maioria dos medicamentos consumidos é isenta de prescrição, mas não é isenta de risco, o que merece maior atenção por parte dos gestores e profissionais da saúde, dada a possibilidade do desenvolvimento de intoxicações e eventos adversos. Além do que, o alívio momentâneo dos sinais e sintomas podem mascarar doenças de base, contribuindo inclusive, para retardar o correto diagnóstico e agravar enfermidades.

Frente à restrição de recursos da população brasileira, a automedicação pode ser considerada como uma prática não racional, onde tratamentos mais complexos, invasivos, recuperação mais lenta, poderão tornar-se necessários, pelas suas complicações, implicando maiores custos para o paciente e sistemas de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito à saúde, garantido constitucionalmente, como aquele relativo ao acesso a bens de interesse ou recursos destinados à promoção e à manutenção da vida, agrega os medicamentos como elemento essencial para a sua efetividade. O medicamento é um insumo estratégico para a melhoria das condições de saúde, devendo-se ressaltar que nenhum outro recurso, isoladamente, apresenta maior impacto sobre a capacidade resolutiva dos serviços de atenção à saúde.

O Estado, frente à nova forma de pensar saúde como direito a vida, cada vez mais deverá se comprometer com estratégias para o desenvolvimento de ações direcionadas para a prevenção de riscos, onde a educação em saúde é um importante instrumento para trabalhar consciências. Aplicar meios buscando uma consciência e mudanças de hábito da população, relacionada ao perigo da automedicação, pelos profissionais de saúde, é de suma importância para a sua utilização de forma racional. A informação e respectiva orientação sobre os riscos das reações adversas e intoxicações, que os medicamentos podem apresentar no tratamento de doenças, se constituem como desafios a ser enfrentado pelos órgãos de saúde pública.

A automedicação precisa ser vista como uma prática de tratamento não segura à saúde individual e coletiva, partindo do pressuposto que nenhum medicamento é inofensivo. Deverá sempre ser observado que, até mesmo nos classificados como isentos de prescrição (MIP), as reações de hipersensibilidade; resistência bacteriana; estímulo desnecessário para a produção de anticorpos e hemorragias digestivas; dentre outros, mediante uso indevido, podem ser desenvolvidas. É válido observar que os conservantes, corantes, e coadjuvantes produtos utilizados na farmacotécnica, também podem apresentar riscos a saúde frente a possíveis reações de hipersensibilidade e intoxicações aos ingredientes contidos na preparação farmacêutica.

É de fundamental importância combater, a mercantilização da saúde e o consumo abusivo, e nesse contexto, torna-se importante descharacterizar o medicamento como mercadoria, inserindo-o como instrumento estratégico na assistência à saúde, para tanto, reiterando o papel do Estado na garantia das condições de acesso e da qualidade dos recursos necessários à efetividade das ações de assistência farmacêuticas a serem desenvolvidas.

A exagerada proliferação de farmácias e drogarias, em associação ao aumento do número de especialidades farmacêuticas disponíveis no mercado contribui pa-

ra banalizar a utilização dos medicamentos, que aliada à facilidade na sua aquisição e comercialização, colabora de forma significativa com a automedicação no país. Cada vez mais os medicamentos disseminam uma falsa noção de inocuidade sendo dispensado sem informações e orientações, subestimando, portanto os riscos inerentes ao seu uso não racional. .

O governo brasileiro tem investido em iniciativas com vista a melhorar o acesso e a utilização de medicamentos de forma segura e racional e a qualidade da assistência farmacêutica. No entanto, algumas estratégias voltadas para o controle de riscos à saúde, no campo dos medicamentos, merecem ser objeto de atenção a ser posta em prática pelo Ministério da Saúde, no Brasil. Devem estar relacionadas: à prática da automedicação responsável; ao maior investimento governamental na área da promoção do uso racional de medicamentos e ao desenvolvimento de parcerias com as instituições formadoras de recursos humanos, para que os futuros profissionais de saúde participem efetivamente como educadores capazes de direcionar comportamentos, costumes e hábitos comprometidos com a qualidade de vida da população.

Os medicamentos, na grande maioria das vezes, estão interligados aos problemas sociais, ambientais e ao modo de vida da população (ARRAIS *et al* (2005), fazendo-se necessário que as autoridades sanitárias e os profissionais de saúde invistam no desenvolvimento de práticas de prevenção e promoção da saúde para redução da sua utilização. Práticas essas que deverão ser planejadas e desenvolvidas por equipes multiprofissionais, assim como contar com a ajuda da própria comunidade.

Algumas considerações se fazem ainda necessárias:

a) Valorização da assistência farmacêutica;

- É necessário que as farmácias e drogarias do País sejam reconhecidas como estabelecimentos sanitários, oferecendo aos pacientes orientações em saúde e assessoria farmacêutica na busca do uso racional de medicamentos e de melhores custos na farmacoterapia estabelecida no autocuidado ou na prescrição médica. Convém fazer referência direta ao cumprimento da Lei nº 5991/73 e da Lei nº 13021/2004, para que as farmácias brasileiras assumam atribuição, com a garantia da permanência de farmacêutico habilitado durante todo o horário de funcionamento,

incluindo as do sistema público (SUS), é no mínimo desejável. É importante implementar as práticas de atenção farmacêutica previstas nas Resoluções nº 585 e nº 586 do Conselho Federal de Farmácia, na forma da qual o farmacêutico habilitado deverá ser possuidor de conhecimento científico e estar capacitado para a atividade a ele atribuída.

Os consumidores se tornam cada vez mais utilizadores de cuidados de saúde, mais habilitados e mais proativos na procura de informação sobre os seus problemas de saúde e opções de tratamento disponíveis. Sendo a automedicação uma prática generalizada, é fundamental que possam contar com informações confiáveis sobre os mesmos. Nesse contexto o farmacêutico deverá acompanhar esta tendência e, mediante participação mais ativa, contribuir para uma automedicação mais responsável.

(...)Para o farmacêutico o envolvimento na automedicação constitui não só um desafio, mas também uma oportunidade de transformar a farmácia, cada vez mais, em espaços de saúde, divulgadores de hábitos responsáveis e promotores da saúde pública. (BASTOS, 2014 p.35)

Cabe ao farmacêutico, como profissional do medicamento, desenvolver habilidades técnicas para uma dispensação mais efetiva, fornecendo a assistência e a orientação necessárias aos pacientes, para o seu uso correto e racional. Tem importante contribuição na adesão aos regimes terapêuticos, na administração de múltiplos produtos e na atenção a pacientes idosos ou crônicos. A sua ausência, nos turnos de funcionamento das farmácias e drogarias no país, se constitui uma barreira na assistência ao usuário e na observância das exigências legais dirigidas ao comércio de produtos farmacêuticos no País. Contribui para que as ações e a atenção sejam desempenhadas com o grau de proficiência e o nível ético exigido para o fim estabelecido, resgatando a farmácia como estabelecimento de saúde;

- b) Controle na divulgação de tecnologias em Saúde: foco na propaganda e publicidade de medicamentos;

- Conforme o artigo 196 da Constituição Brasileira “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visam a redução do risco de doenças e de outros agravos. A expressão “redução de risco”, respalda a necessidade da atuação preventiva no controle da publicidade sanitária. O poder público tem, portanto o direito e o dever de controlar, de forma rigorosa, a publicidade de medicamentos no país afirma BUENO, TAITELBAUM (2008).

Os medicamentos constituem o principal recurso tecnológico adotado na prevenção promoção e recuperação da saúde, cuja aproximação com o usuário é estimulada continuadamente pela estratégia de marketing farmacêutico, que trabalha de forma eficiente, a comunicação de seus produtos através da publicidade e da propaganda, que deveria ser direcionada, unicamente aos prescritores.

Questões relativas à indústria farmacêutica e à propaganda de medicamentos no Brasil precisam ser continuamente aperfeiçoadas, uma vez que a fiscalização e a regulamentação desse setor são indispensáveis para o aprimoramento da prescrição, dispensação, uso e consumo de medicamentos. Através da publicidade a indústria farmacêutica intensifica seu volume de vendas, e estabelece canais de comunicação direta com os consumidores. Embora seja um importante instrumento na divulgação de novos produtos, esta também apresenta efeitos indesejados pela indução ao uso desconhecido dos medicamentos, negligenciando a qualidade da informação que deverá transmitir.

Uma forma de combater o uso desnecessário de medicamentos seria possível por intermédio da revisão da legislação vigente, no sentido de tornar mais rígido o controle, ou mesmo a proibição da publicidade e da propaganda das especialidades farmacêuticas, pela *mídia*, mesmo para os que não exijam prescrição médica, como forma de desestimular o seu uso abusivo. A referida recomendação chama atenção para o marketing farmacêutico, que é diferenciado na medida em que existe, entre o usuário e o medicamento a ser adquirido, a pessoa do prescritor, responsável por essa escolha. Ao paciente é dado o direito de optar entre os considerados como referência, genérico ou similar, mas não cabe

a ele a seleção sobre que produto irá adquirir e sim ao médico mediante uma prescrição.

Conforme BUENO, TAITELBAUM (2008) a RDC nº 102, com suas respectivas complementações, comprovam que as peças publicitárias deixaram de ser puramente comerciais e passaram a atender questões de saúde pública. No entanto ainda têm muito a melhorar no ponto de vista da comunicação exibida. Para os autores as peças publicitárias inserem itens obrigatórios apenas para cumprir com a legislação, sem esclarecer a população.

Sabe-se que a internet, cada vez mais interativa, é o grande meio de comunicação do século, cuja difícil fiscalização e controle encontram desafios ainda maiores do que os trazidos pelos outros veículos de informação. Nela a propaganda de medicamentos divulga, na maioria das vezes, produtos suspeitos e sem registro junto a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. É necessário que a fiscalização da ANVISA concentre esforços para autuar e inativar sites e suas propagandas enganosas, apreendendo produtos e fechando laboratórios clandestinos que oferecem medicamentos falsificados. Conforme BUENO, TAITELBAUM (2008) a promoção de vendas pela *internet* é um território promissor para um país com tendência à automedicação.

c) Valorização da prática farmacêutica;

- É essencial priorizar a humanização dos serviços de saúde, de forma contínua e permanente, principalmente na rede de serviços públicos, ampliando e garantindo o acesso da população a atenção farmacêutica a ser prestada: com qualidade assegurada; articulando a valorização dos recursos humanos; a disponibilização dos recursos tecnológicos e as condições de trabalho.

É imprescindível valorizar e referenciar a colaboração do farmacêutico nas farmácias e drogarias do país, como um educador em saúde, para mudar comportamentos, costumes e hábitos dos usuários da automedicação não orientada, e da comunidade em geral, como fator determinante no controle de riscos à saúde.

Os consumidores, na atualidade, buscam autonomia nos cuidados de saúde, e cada vez mais se habilitam, de forma ativa, na procura de

informação sobre os seus problemas e opções de tratamento disponíveis. Nesse sentido farmacêutico deve participar mais ativamente no assessoramento farmacoterapêutico, contribuindo para uma automedicação mais responsável. Para o farmacêutico, o seu envolvimento na automedicação se constitui não só como um desafio, mas acima de tudo como uma oportunidade de transformar a farmácia, cada vez mais, em importantes estabelecimentos de saúde, divulgadores de hábitos responsáveis e promotores da saúde pública.

Sendo o farmacêutico, muitas vezes, o profissional de saúde mais próximo do consumidor, cabe-lhe a responsabilidade de uma indicação farmacêutica de qualidade, capaz de influenciar atitudes, mudar comportamentos individuais de risco e, desta forma, melhorar a saúde de todos. Para tanto é fundamental desenvolver uma nova abordagem centrada no atendimento e na satisfação do cliente estabelecendo com ele uma relação de confiança, de empatia e respeito pelas suas necessidades específicas, de acordo com BASTOS (2014).

É fundamental aprimorar o processo de resgate da farmácia como estabelecimento sanitário. A extensa rede de estabelecimentos farmacêuticos no Brasil, que representam mais de 100.000 unidades distribuídas no país, conforme dados do CFF (2017), precisa vencer este grande desafio, no qual o fornecimento de medicamentos seria uma de suas funções e não a única. Concorda-se com NAVES *et al.* (2010), para que os farmacêuticos participem como educadores e como elo entre os usuários e os serviços de saúde contribuindo, em suas atividades, para que os medicamentos não sejam usados em substituição ao enfrentamento dos determinantes sociais e ambientais das doenças.

REFERÊNCIAS

ABA FARMA – Associação Brasileira do Atacado Farmacêutico. Disponível em: <<http://abafarma.com.br/noticias.asp>>.

ACEVEDO, D.V. *et al.* Características de la Adquisición de medicamentos en Morehoy (Michoacán, México). **Bol Oficina Sanit Panam**, v. 119, p.237–242, 1995.

ALBUQUERQUE, C. *et al.* Avaliação de Tecnologias em Saúde – desafios e perspectivas. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**, 2008.

ÁLVARES, J. *et al.* Access to medicines by patients of the primary health care in the Brazilian Unified Health System. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.51 (sup. 2), 2017 ISSN 0034-8910

ANDRADE, M.V. *et al.* Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, v.17, n. 4, 2013, p. 623-645, 2013.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **O que devemos saber sobre medicamentos**. 2010. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/>>

AQUINO, D.S. *et al.* A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, n.15, v.5, p.2.533–38,2010.

AQUINO, D.S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13 (sup.), p.733-736. 2008. Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1413-81232008000700023&lng=pt&nrm=iso Acesso em 13 de março de 2017

ARAÚJO, W.R.M. *et al.* ACESSO A MEDICAMENTOS ESSENCIAIS: cenário da Assistência Farmacêutica no Brasil. **VII Jornada Internacional Políticas Públicas**, 2015. Universidade Federal do Maranhão.

ARRAIS, P.S.D. *et al.* Perfil da automedicação no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 31, n.1, p.71-7, 1997. DOI: 10.1590/S0034-89101997000100010.

ARRAIS, P.S.D. *et al.* Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1737-1746, 2005.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.13, p.2863-2875. 2012.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M.M.A. Acesso aos serviços de Saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Cienc. Saúde Colet**, v.8, n.3, p.815 – 23, 2003.

Associação Médica Brasileira. [acessado 2007 Set 19]. Disponível em: http://www.amb.org.br/mc_noticias1_abre.php3?w_id=1829

ATHANASOPOULOS, C. *et al.* Is drug utilization in Greece sex dependent? A population-based study. **Basic Clin Pharmacol Toxicol**, v.112, n.1, p.55-62, 2013. DOI:10.1111/j.1742-7843.2012.00920.x

AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde. **Interface – Comunicação Saúde**, v.14, n.35, p.795-810, 2010.

BADZIAK, R.P.R.; MOURA, V.E.V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **R. Saúde Públ. Santa Cat.**, Santa Catarina, v.3, n.1, p.69-79, 2010.

BANCO MUNDIAL. **Relatório do desenvolvimento mundial**. Disponível em: <http://www.worldbank.org/>.

BARROS AJ, BERTOLDI AD. Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. **J Epidemiol.**, v.37, n.4, p.758-65, 2008. DOI:10.1093/ije/dyn063

BARROS, J.A.C. de. Medicación y salud, Cuad. **Med. Soc.**, n. 28, p. 25-31, 1984.

BARROS, J.A.C. de. **Políticas farmacêuticas**: a serviço dos interesses da saúde? Brasília, DF: UNESCO, 2004.

BARROS, J.A.C. de. **Propaganda de medicamentos**: atentado à saúde? São Paulo: Hucitec, 1995.

BASTOS, C.M.S. **Publicidade Vs. Indicação Farmacêutica**: fatores influenciadores da decisão de compra de medicamentos não sujeitos a receita médica. Lisboa, 2014. Dissertação (Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde, 2014.

BECKHAUSER, G.C. *et al.*; Utilização de Medicamentos na Pediatria: a prática da automedicação em crianças por seus responsáveis. **Rev Paul Pediatr**, v.28, n.3, p.262-8, 2010.

BERMUDEZ, J. *et al.* Assistência farmacêutica. In: GIOVANELLA, S.; ESCOREL, S.; LO

BATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, I; organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.761-793.

BERMUDEZ, J.A.Z. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade**: Critérios da Política de Medicamentos. São Paulo: HucitecSobravime. 1995.

BERMUDEZ, J.A.Z. Medicamentos: acesso e perspectivas na virada do século. **Boletim da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Pública**. Ano XXIII. 2000.

BERTOLDI, A.D. *et al.* Household expenditures for medicines and the role of free medicines in the Brazil public health system. **Am J Public Health**, v.101, n.5, p.916-21, 2011.
DOI:10.2105/AJPH.2009.175844

BERTOLDI, A.D. *et al.* Perfil sociodemográfico dos usuários de medicamentos no Brasil: resultados da PNAUM 2014. **Rev Saúde Pública**, v.50 (sup. 2), 2016.
DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006119:5s.

BERTOLDI, A.D. *et al.* Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.2, p.228-38, 2004. DOI: 10.1590/S0034-89102004000200012

BEVILACQUA, G. *et al.* Aquisição de medicamentos genéricos em município de médio porte. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.3, p. 583-9, 201.

BLANK, D.M.P.; BRAUNER, M.C. Medicalização da Saúde: Biomercado, Justiça e responsabilidade social. **JURIS**, Rio Grande, v.14, p.7–24, 2009.

BOING, A.C. **Desigualdades socioeconômicas e de gênero relacionadas ao uso, gastos e ao comprometimento de renda com medicamentos no sul do Brasil: estudo populacional em adultos**. Florianópolis, 2009/ Alexandra Crispim Boing. 110p. Dissertação (mestrado) - Universidade federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. 2010

BOING, A.C. *et al.* Acesso a medicamentos no Setor Público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v.29, n.4, p;691 – 701, 2013.

BOING, A.C. *et al.* Desigualdades Socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.5, p.897 – 905, 2011.

BONFIM, J.R. de A. A mercadização de produtos farmacêuticos e a inação governamental no Brasil. In: BERMUDEZ, Jorge Antônio Zepeda;

BONFIM, J.R. de A. **Medicamentos e a reforma do setor saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

BRAGA, G.B. *et al.* Análise da distribuição espacial das estruturas voltadas à Atenção Primária à Saúde do Sudeste brasileiro. **Revista Espaço Para A Saúde**, Londrina; v.16, n.3, p.14-26, 2015

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar os reajustes de preços e as falsificações de medicamentos, materiais hospitalares e insumos de laboratórios. **Relatório da CPI – Medicamentos: relatório final da comissão...** relator Dep. Ney Lopes/ Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicação, 2000.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

BRASIL. Lei n. 13.021, de oito de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. e medidas de fiscalização. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. 11 de agosto de 2014

BRASIL. Lei n. 5.991 de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 19 dez 1973

BRASIL. Lei N° 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 20 set 1990. p. 18.055 – 9.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parecer ASTEC N° 18/92**. Brasília: MS/ASTEC; 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 2438. Cria a Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos. **Diário Oficial da União** 2005; 7 dez

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 3.916, 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, s. 1, n. 215-E, p.18, 10 nov, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Apoio à Modernização da produção pública de medicamentos**. Brasília: MS/SCTIE/DAF; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf>.

BUENO, E.; TAITELBAUM, P. **Vendendo saúde**: história da propaganda de medicamentos no Brasil. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008. (Série I. História da Saúde).

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; v.7, n.1, p.64–71, 2008.

CARRERA-LASFUENTES, P. *et al.* Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo. **Aten Primaria**, v.45, n.10, p.528-35, 2013. DOI: 10.1016/j.aprim.2013.05.006

CARVALHO, M.F. *et al.* Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. **Cad SaudePublica**, v.21 (sup. 1), p.100-8, 2005. DOI:10.1590/S0102-311X2005000700011

CARVALHO, M.N. *et al.* Workforce in the pharmaceutical services of the primary health care of SUS, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v.51 (sup. 2), 2017. ISSN 0034-8910

COMES, Y. *et al.* Avaliação da Satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.9, p. 2749-2759, 2016.

COMISSÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA. Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná. **As 10 maiores indústrias farmacêuticas do país em 2014**. Disponível: <<http://varejo.espm.br/13065/as-10-maiores-industrias-farmaceuticas-do-pais-em-2014>>. Acesso em: 31 jan. 2015

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros**: um estudo prospectivo. Brasília (DF): CONASS.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. [acessado 2007 Set 19]. Disponível em: <http://www.cff.org.br:80/cff/cff/mostraPagina.asp?codServico=67&codPagina=287>

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providencias. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasilia,DF, Seção 1, p.186-188, 25 de setembro, 2013. Disponível em <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf>>

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasilia,DF, Seção 1, p.136-138, 25 de setembro, 2013. Disponível em <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf>>

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ. Comissão da Indústria Farmacêutica. **As 10 maiores indústrias farmacêuticas do País em 2014.** Disponível: <<http://varejo.espm.br/13065/as-10-maiores-industrias-farmacuticas-do-pais-em-2014>>.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/cartilha_medicamentos.pdf

CORDEIRO, H. **A indústria da Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1980.

COSTA, C.M.F.N. *et al.* Use of medicines by patients of the primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Rev. Saúde Pública**, v.51, (sup. 2), 2017. ISSN 0034-8910

COSTA, K.S. **Acesso e uso de medicamentos:** inquéritos de saúde como estratégia de avaliação. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 2014

COSTA, K.S. *et al.* Utilização de Medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional, no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.4, p.649-58, 2011. DOI: 10.1590/S0102-311X2011000400004.

COSTA, K.S. *et al.* Utilização e fontes de obtenção de Medicamentos: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro.; v.32, n.1, e00067814, 2016.

DIAS, I.M *et al.* Specialists' perception and opinion about self-medication of patients with temporomandibular disorders and orofacial pain. **Rev. dor**, v.18, n.1, p.32-37, 2017.

DIAS, I.M. *et al.* Specialists' perception and opinion about self-medication of patients with temporomandibular disorders and orofacial pain. **Rev. dor**, vol.18, v.1, p.32-37, 2017.

DOMINGUES, P.H.F. *et al.* Prevalência e fatores associados à automedicação em adultos no Distrito Federal: estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.26, n.2, p.319-330, 2017. ISSN 2237-9622

ESQUIVEL, C.L.W. **Tratamento jurídico-penal das fraudes farmacêuticas no âmbito da saúde pública brasileira na atualidade.** Curitiba, 2016. Tese (Doutorado em Direito) - Universidade Federal do Paraná, 2016 347f

ETICHA, T.; MESFIN, K. Self-medication practices in Mekelle, Ethiopia. **PLoS One**, v.9, n.5, p.e97464, 2014. DOI:10.1371/journal.pone.0097464

FEKETE, M.C. Estudos da acessibilidade na avaliação dos serviços da saúde. In: **Ministério da Saúde (BR), Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde no distrito sanitário.** Brasília (BR): Projeto Gerus; 1996. 17–84. Disponível: www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoiopub06U1t1.pdf

FERNANDES, M.E.P. **A utilização de medicamentos na atenção à saúde, em nível domiciliar, no município de Fortaleza.** Fortaleza, 1998. 147p. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, 1998.

FIGUEIRAS, A. *et al.* Socio-demographic factors related to self-medication in Spain. **Eur J Epidemiol.** 2000;16(1):19-26. DOI:10.1023/A:1007608702063.

FLEURY, S. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. **Psicologia & Sociedade**, v.23, p.45-52, 2011.

FRANCO, R.C.S. *et al.* Consumo de medicamentos em um grupo populacional da área urbana de Salvador – Ba. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v.13, n.14, p.113–121, 1987.

GADELHA, C.A.G.; COSTA, L.S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. **Rev Saúde Pública**, v.46 (sup.), p;13-20, 2012.

GALVÃO, T.F. *et al.* Medication use in adults living in Brasilia, Brazil: a cross- sectional, population- based study. **Pharmacoepidemiol Drug Saf.**, v.25, n.5, p.507-14, 2014. DOI: 10.1002/pds.3583

GAMA, A.S.M.; SECOLI, S.R. Automedicação em estudantes de enfermagem do Estado do Amazonas – Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.38, n.1, e65111, 2017.

GARCÍA MILIÁN, A.J. *et al.* Consumo de medicamentos referidos por la población adulta de Cuba, año 2007. **Rev Cubana MedGen Integral**, v.25, n.4, p.5-16, 2009.

GARCIA, L.P. et al. **Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil**: perfil das desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002 – 2003 e 2008 – 2009. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

GARCIA, L.P. et al. Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v.29, n.8, p.1605-1616, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00070912>.

GUSHIKEN, V.O. et al. A. Self-medication in Students of the Faculty of Medicine. **Perspectivas Médicas**, v.24, n.1, p.10–19, 2013.

HAA, K.H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, v.23, p.143–51, 1989.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.

KARNIKOWSKI, M.G. de O. et al. Characterization of the selection of medicines for the Brazilian primary health care. **Rev. Saúde Pública**, v.51 (sup. 2), 2017. ISSN 0034-8910

KNOPF, H; GRAMS, D. Medication of adults in Germany, results of the German health interview and examination survey for adults (DEGS1). **Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung gesundheitsschutz**, v.56, n.5-6, p.868-77, 2013. DOI:10.1007/s00103-013-1667-8.

KORNIS, G.E.M. et al. A regulação em saúde no Brasil: um breve exame das décadas de 1999 a 2008. **Physis Revista de saúdeColetiva**, Rio de Janeiro; v.21, n.3, p.1077-1101, 2011.

LAFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LAPORTE, J.-R. et al. **Epidemiologia dos medicamentos: princípios gerais**. Trad. Margaret de Fátima Rodrigues; Vera Lúcia Edais Pepe. São Paulo: Hucitec, 1989.

LASTE, G. *et al.* Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. **Cienc. Saude Coletiva**, v.17, n.5, p.1305-12, 2012. DOI:10.1590/S1413-81232012000500024

LEITE, S.N. *et al.* Estudo de Utilização de Medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Cienc. Saude Coletiva**, v.13 (sup.), p.793-802, 2008. DOI: 101590/S143-81232008000700029

LIMA-COSTA, M.F. *et al.* Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saude Publica**, v.19, n.3, p.735-43, 2003. DOI:10.1590/S0102-311X2003000300006

LOPES, N.M. de S. “**A saúde mental me ensinou mais do que eu a ela**”: da formação do farmacêutico à sua atuação no campo da saúde mental”. Tese de Doutorado. 2017. Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas. 2017 Tese de Doutorado130f.

LÓPEZ, J.J. *et al.* Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. **Rev Salud Publica**. v.11, n.3, p.432-42, 2009. DOI:10.1590/S0124-00642009000300012

LOYOLA FILHO, A.I. *et al.* Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambu. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.1, p.55–62, 2002.

LOYOLA FILHO, A.L. *et al.* Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev Saude Publica**, v.36, n.1, p.55-62, 2002. DOI:10.1590/S0034-89102002000100009.

LUÍZA, V.L. *et al.* Gasto Catastrófico com medicamentos no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.50 (sup. 2), 2016. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006172.

MACHADO, L.V.; LESSA, P.S. Medicinalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. **Psicologia & Sociedade**, v.24, n.3, p.741-743, 2012.

MAIA, S. **O mercado negro de medicamentos.** Carta Capital, out. 2014. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/revista/821/o-mercado-negro-de-medicamentos-1645.html>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

MARINHO, A. Propostas para o Sistema de Saúde Brasileiro. In: **Uma Agenda para o Crescimento Econômico e a Redução da Pobreza**. Levy PM, Villela R(orgs.) Rio de Janeiro, novembro de 2006. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – Brasília: Rio de novembro: Ipea, 2006.

MARQUES, D.C.; ZUCCHI, P. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais. **Rev. Panam Salud Pública**, v.19, n.1, p.58-63, 2006.

MARSIGLIA, R.M.G. Universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde no Brasil: desafios para a Atenção Primária à Saúde. 2012. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v.20, n.3, p.317-325, 2012.

MARTINEZ, J.E. *et al.* Estudo da automedicação para dor musculoesquelética entre estudantes dos cursos de enfermagem e medicina da Pontifícia Universidade Católica -São Paulo. **Rev Bras Reumatol**, v.54, n.2, p.90-4, 2014.
DOI:10.1016/j.rbr.2014.03.002

MASTROIANNI, P.C. *et al.* Acesso, segurança e uso de medicamentos por usuários. **Rev. Ciênc. Ext.** v.8, n.2, p.6-24, 2012.

MELO, D.O. *et al.* Capacitação e intervenções de técnicos de farmácia na dispensação de medicamentos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.1, p.261-268, 2017.

MENDES, Z. *et al.* Prevalência da automedicação na população urbana portuguesa. **Rev BrasCienc Farm**, v.40, n.1, p.21-5, 2004. DOI:10.1590/S1516-93322004000100005

MENGUE, S.S. *et al.* Acesso e Uso de Medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Rev Saúde Pública**, 50 (sup. 2), 2016. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006154.

MENGUE, S.S. *et al.* Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. **Saúde Pública**, 50 (sup. 2), 2016. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006156

MENGUE, S.S. *et al.* Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. **Rev Saude Publica**, v.50 (sup. 2), p.4s, 2016. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006156

MESTANZA, F.; PAMO, O. Estudio muestral del consumo de medicamentos y auto-medication em Lima metrópole. **Rev. Med. Hered.**, v.3, p.101–108, 1992.

MOTA, D.M. *et al.* A Farmácia Comunitária, a Automedicação e o Farmacêutico: Projeções para o Século XXI. **O Mundo da Saúde**, São Paulo; v.24, n.2, p.98-105, 2000.

MOTA, D.M. *et al.* Há irracionais no consumo de inibidores de apetite no Brasil? Uma análise farmacoeconómétrica de dados em painel. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.5, p.1389-1400, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014195.17242013.

MOTA, D.M. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro; v.13 (sup), p.589-601, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700008&lng=en&nrm=iso>

MUSIAL, D.C. *et al.* A automedicação entre os brasileiros. **SaBios-Revista de Saúde e Biologia**, v.2, n.2 p.5-8, 2007.

NASCIMENTO, A.C.; SAYD, J.D. Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado: isto é regulação?. **Physis**, Rio de Janeiro; v.15, n.2, p. 305-332, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0103-73312005000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 de março de 2017.

NASCIMENTO, J. P., VALDÃO, G. B. M. Automedicação: Educação para prevenção. **GIESGESI- Conferência Internacional de Estratégia em Gestão, Educação e Sistemas de Informação**- Goiania, GO, Brasil, 22-23 de junho de 2012

NASCIMENTO, R.C.R.M. do *et al.* Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Rev. Saúde Pública**, v.51 (sup. 2), 2017.

NAVES, J.O.S. *et al.* Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Cienc Saude Coletiva**, v.15 (sup. 1), p.1751-62, 2010. DOI:10.1590/S1413-81232010000700087

NISHIJIMA, M. Os preços dos Medicamentos de referência após a entrada dos medicamentos genéricos no mercado farmacêutico brasileiro. **RBE**, Rio de Janeiro; v.62, n.2, p.189-206, 2008.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública**, v.34, n.5, p.547-59, 2000.

OLIVEIRA, A.L.M. de; PELÓGIA, N.C.C. Cefaleia como principal causa de automedicação entre os profissionais da saúde não prescritores. **Rev. dor**, v.12, no.2, p.99-103, 2011.

OLIVEIRA, L.C.F. et al. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15 (sup. 3), p.3561-3567, 2010.

OLIVEIRA, M.A. de et al. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. saúde pública**, v.28, n.2, p. 335-345, 2012.

OLIVEIRA, M.A. et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Rev Saúde Pública**, v.50 (supl 2), p.4s, 2016. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006161.

OLIVEIRA, M.A. et al. **Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p.36

OLIVEIRA, N.S.C. et al. **Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica**. Disponível em:

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**. BrasíliaDF: Ministério da Saúde, 2005.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Saúde nas Américas: edição de 2012: panorama regional e perfis de países. Washington (DC): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. (Publicação científica e técnica, nº 636).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Calcula que metade dos remédios vendidos na internet é falsa**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/videos/t/edicoes/v/oms-calcula-que-metade-dos-remedios-vendidos-na-internet-e-falsa/3604715/>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segurança dos medicamentos**: um guia para detectar e notificar reações adversas a medicamentos. Por que os profissionais de saúde precisam entrar em ação. Brasília, DF: OPAS/OMS, 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Em 2015 a OMS anunciou, entretanto, que estes números podem ser ainda maiores (15% da produção mundial) como noticia: **MEDICAMENTOS falsificados podem representar 15% do mercado, aponta OMS.** Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2015/07/medicamentos-falsificados-podem-representar-15-do-mercado-aponta-oms>>. Acesso em: 22 abr. 2016

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: componentes centrales, acesso em 08 de março de 2017: Disponível <<http://www.who.int/medicnedocs/collect/medicinedocs/pdf/s4874s.pdf>>.

PALHARES, P.H.F. **Propriedade Intelectual, Concorrência e Desenvolvimento: O caso dos Medicamentos Genéricos.** Brasília, 2013. Dissertação (Mestrado). Mestrado em Direito e Políticas Públicas do Centro Universitário de Brasília – Uni-CEUB. 2013. 138 f.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Brasil Health System Profile.** Washington (DC/USA): OPS; 2005.

PAULA, P.A.B. **Acesso aos medicamentos: direito ou privilégio?** Juiz de Fora-Minas Gerais, 2008. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Juiz de Fora. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social, 2008.

PAULA, T.C. Análise clínica e epidemiológica das internações hospitalares de idosos decorrentes de intoxicações e efeitos adversos de medicamentos, Brasil, de 2004 a 2008. **Rev Bras Epidemiol.** v.15, n.4, p.828-44, 2012. DOI: 10.1590/S1415-790X2012000400014.

PEREIRA, L.R.L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a Perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas.** v.44, n.4, p.601-612, 2008.

PFAFFENBACH, G. Automedicação em crianças: um problema de saúde pública. **Rev Paul Pediat.** v.28, p.26-1, 2010.

PIOLA, S.; JORGE, E. Organizadores. Economia da Saúde: **1º Prêmio Nacional – 2004: Coletânea Premiada** – Brasília: IPEA: DFID, 2005. 365 p.

PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Faixas IDHM. Evolução do Desenvolvimento Humano nos Municípios Brasileiros.** Disponível em <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/data/rwdata/idhm-do-brasil.pdf>>, acesso em março de 2017

PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2015.** Brasília: PNUD, Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/rdh/>>. Acesso em março de 2017.

PRADO, M.A.M.B. do *et al.* Uso de medicamentos prescritos e automedicação em homens. **Rev. bras. epidemiol.**, v.19, n.3, p.594-608, 2016.

PRATA, P.R. Desenvolvimento Econômico, Desigualdade e Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v.10, n.3, p.387-391, 1994.

PROLUNGATTI, C.N. *et al.* Use of analgesic and anti-inflammatory drugs before assistance in a children's first aid unit. **Rev. dor**, v.15, n.2, p.96-99, 2014.

PROTEC – Pró-Inovação na Indústria Farmacêutica. **Mercado nacional deve movimentar R\$ 132 bilhões em 2015.** Disponível em: <<http://protec.org.br/farmacos-e-medicamentos/33005/mercado-nacional-deve-movimentar-r-132-bilhoes-em-2015>>.

PROTEC – PRÓ-INOVAÇÃO NA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA. **MERCADO nacional deve movimentar R\$ 132 bilhões em 2015.** PROTEC – Pró-Inovação na Indústria Farmacêutica. Disponível em: <<http://protec.org.br/farmacos-e-medicamentos/33005/mercado-nacional-deve-movimentar-r-132-bilhoes-em-2015>>.

RADIOS EBC. **Medicamentos falsificados podem representar 15% do mercado, aponta OMS.** Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2015/07/medicamentos-falsificados-podem-representar-15-do-mercado-aponta-oms>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

RAPOPORT, I.D. **Apesar da crise, indústria farmacêutica aumentou em 20% as contratações e continua crescendo.** Acessado em 18 abr 2017, 12h50 - Publicado em 30 set 2016, 08h00 more_horiz Revista Exame

ROZENFELD, S. Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13 (sup), p.561-568, 2008

RUBINSTEIN, F. *et al.* Relação entre a indústria farmacêutica e Estado na Propaganda de medicamentos. In: Grarrafa; Mello DR; Porto D. **Bioética e Vigilância Sanitária**, Brasília, DF. ANVISA, 2007. p.79-87.

RUEDA-SANCHEZ, M. Cefalea por uso excesivo de analgésicos en Bucaramanga, Colombia: prevalencia y factores asociados. **Acta Neurol Colomb**, v.29, n.1, p.20-6, 2013.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam Salud Pública**, v.31, n.3, p.260-268, 2012.

SANS, S. *et al.* Prevalencia del consumo de medicamentos en la poblaciónadulta de Cataluña. **Gac Sanit**, v.16, n.2, p.121-30, 2002.

SCHMID, B. *et al.* Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. **Rev Saude Publica**, v.44, n.6, p.1039-45, 2010. DOI: 10.1590/S0034-89102010000600008

SELVARAJ, K. *et al.* Prevalence of self-medication practices and its associated factors in Urban Puducherry, India. **Perspect Clin Res**, v.5, n.1, p.32-6, 2014. DOI:10.4103/2229-3485.124569.

SHERMAN, F. *et al.* **A Economia da Saúde**. – 5^a ed. – Porto Alegre: BOOKMAN, 2008. 736 p.

SILVEIRA, F.G. *et al.* Os gastos das famílias com saúde. **Cienc Saude Coletiva**, v.7, n.4, p.719-31, 2002. DOI:10.1590/S1413-81232002000400009

SIMÕES, M.I.S.; FARACHE FILHO, A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1985. **Rev. Saúde Pública**, v.22, p.494–499, 1988.

SOUZA, N.J. Desenvolvimento Econômico. In: **Economia Básica**. – São Paulo: Atlas, 2007. p.251 –275.

TAVARES, N.U.L. *et al.* Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.50 (sup. 2), p.7s, 2016. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006118.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades Geográficas e sociais ao acesso aos serviços de Saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência& Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.975-986, 2006.

Vialle-Valentin CE, Ross-Degnan D, Ntaganira J, Wagner AK. Medicines coverage and community-based health insurance in low-income countries. *Health Res Policy Syst.* 2008;6:11. DOI:10.1186/1478-4505-6-11

VIANA, A.L.D'A.; ELIAS, P.E. Saúde e Desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12 (sup), p.1765–1777, 2007.

VIEIRA, E.T.; SANTOS, M.J. Desenvolvimento econômico regional – uma revisão histórica e teórica. **Rev Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**. v.8, n.2, p.344-369, 2012.

VIEIRA, F.S. Gasto do Ministério da Saúde com Medicamentos: tendência das programas de 2000 a 2007. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.4, p.674-81, 2009.

VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Saude Soc.**, v.22, n.1, p.73-84, 2013. DOI: 10.1590/S0104-12902013000100008.

VILARINO, J.F. *et al.* Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Rev Saude Publica**, v.32, n.1, p.43-9, 1998. DOI: 10.1590/S0034-89101998000100006.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. **Guidelines for ATC classification and DDD assignment** 2014. 17 ed. Oslo:

WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; 2013.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The rational use for drugs**: report of the conference of experts. Nairobi, 1985, jul 25-29. geneva: WHO; 1987.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The role of the pharmacist in self-care and self-medication**. Report of the 4th WHO Consultive Group on the role of the pharmacist. Netherlands: WHO; 1998

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2006**: working together for health. Geneva; 2006.

WIJESINGHE, P.R. *et al.* Prevalence and predictors of self-medication in a selected urban and rural district of Sri Lanka. **WHO South-East Asia Journal of Public Health**, v.1, n.1, p.28-41, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ARTIGO PUBLICADO: PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO NO BRASIL E FATORES ASSOCIADOS

Rev Saúde Pública 2016;50(supl 2):13s

Suplemento PNAUM-ID
Artigo Original



Revista de
Saúde Pública

<http://www.rsp.fsp.usp.br/>

Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados

Paulo Sérgio Dourado Arrais^I, Maria Eneida Porto Fernandes^I, Tatiane da Silva Dal Pizzol^{II}, Luiz Roberto Ramos^{III}, Sotero Serrate Mengue^{IV}, Vera Lucia Luiza^V, Noemíia Urruth Leão Tavares^{VI}, Marení Rocha Farias^{VII}, Maria Auxiliadora Oliveira^V, Andréa Dâmaso Bertoldi^{VIII}

^I Departamento de Farmácia. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil

^{II} Departamento de Produção e Controle de Medicamentos. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

^{III} Departamento de Medicina Preventiva. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{IV} Departamento de Medicina Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

^V Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{VI} Departamento de Farmácia. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

^{VII} Departamento de Ciências Farmacêuticas. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^{VIII} Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a prevalência e os fatores associados à utilização de medicamentos por automedicação no Brasil.

MÉTODOS: Este estudo transversal de base populacional foi realizado com dados da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de medicamentos (PNAUM), coletados de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, por meio de entrevistas em domicílio. Todas as pessoas que referiram usar qualquer medicamento sem prescrição por médico ou dentista foram classificadas como praticantes de automedicação. Foram calculadas razões de prevalência bruta e ajustada (regressão de Poisson) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% na investigação dos fatores associados ao consumo de medicamentos por automedicação. As variáveis independentes foram: aspectos sociodemográficos, de condições de saúde e de acesso e utilização de serviços de saúde. Adicionalmente, foram identificados os medicamentos mais consumidos por automedicação.

RESULTADOS: A prevalência da automedicação no Brasil foi de 16,1% (IC95% 15,0–17,5), sendo maior na região Nordeste (23,8%; IC95% 21,6–26,2). Após análise ajustada, automedicação mostrou-se associada a ser do sexo feminino, pertencer às faixas etárias 10–19 anos, 20–29 anos, 40–59 anos e 60 anos ou mais, residir na região Norte, Nordeste ou Centro-Oeste, e ter uma ou duas ou mais doenças crônicas. Os analgésicos e os relaxantes musculares foram os grupos terapêuticos mais utilizados por automedicação, sendo a dipirona o fármaco mais consumido. No geral, a maioria dos medicamentos usados por automedicação foram classificados como isentos de prescrição (65,5%).

CONCLUSÕES: A automedicação é prática corrente no Brasil e envolve, principalmente, o uso de medicamentos isentos de prescrição, devendo os usuários ficarem atentos aos seus possíveis riscos.

DESCRITORES: Automedicação. Uso de Medicamentos. Fatores Socioeconômicos. Farmacoepidemiologia. Inquéritos Epidemiológicos.

Correspondência:

Paulo Sérgio Dourado Arrais
Rua Nunes Valente, 1427/802
60125-070 Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: parrais@ufc.br

Recebido: 14 jan 2015

Aprovado: 25 fev 2016

Como citar: Arrais PSD, Fernandes MEP, da Silva Dal Pizzol T, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. Rev Saude Publica. 2016;50(supl 2):13s.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Medicamentos são importantes bens sociais. Sua utilização pela população brasileira é alta⁴ e influenciada por vários fatores. Dentre estes, o aumento da expectativa de vida da população e o consequente aumento da carga de doença crônica, o surgimento de novas e velhas doenças transmissíveis, o aumento da prevalência dos transtornos de humor, as doenças resultantes da degradação do meio ambiente, da poluição ambiental e das mudanças climáticas, e os crescentes investimentos financeiros por parte do governo brasileiro para garantir o acesso universal aos serviços de saúde¹⁷.

Apesar dos avanços, persistem dificuldades de acesso, demora e baixa qualidade do atendimento nos serviços de saúde, tanto do setor público quanto do privado. Soma-se a esses aspectos, a veiculação de propagandas de medicamentos isentos de prescrição na mídia, a presença da farmacinha caseira nos domicílios e a crença de que os medicamentos resolvem tudo, constituindo fatores importantes para a prática da automedicação¹⁶.

A Organização Mundial da Saúde^a (1998) define automedicação como a seleção e o uso de medicamentos sem prescrição ou supervisão de um médico ou dentista. A automedicação é um fenômeno mundial e sua prevalência difere em função da população estudada, do método e do período recordatório utilizado: na Alemanha⁹, a prevalência de uso de medicamentos por automedicação foi de 27,7%; em Portugal¹⁴, foi de 26,2%; na Espanha⁷, 12,7%; em Cuba⁸, 7,3%; em Atenas-Grécia², 23,4%; na região da Catalunha-Espanha²⁰, 34,0% entre os homens e 25,0% entre as mulheres; e em Puducherry-Índia²², foi igual a 11,9%.

No Brasil, poucos estudos de base populacional traçaram o padrão de consumo de medicamentos da população brasileira como um todo^{5,6}. No estudo de Carvalho et al.⁴ (2005), a prevalência geral de utilização de medicamentos pela população maior de 18 anos, nos 15 dias anteriores a entrevista, foi de 49,0% e a automedicação, de 24,6%. Outros estudos enfocam as populações de municípios brasileiros. Entre os moradores de São Paulo, SP, com idade acima de 40 anos²¹, a prevalência da automedicação variou entre 27,0% e 32,0%; já no estudo de Bambuí, MG, com pessoas de idade maior ou igual a 18 anos¹², a prevalência de consumo exclusivo de medicamentos não prescritos foi de 28,8%. Em Santa Maria, RS, 76,1% das pessoas entrevistadas afirmaram ter se automedicado pelo menos uma vez²⁴.

Nesse contexto, considerando os poucos estudos publicados com representatividade nacional, a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), desenvolvida pelo Ministério da Saúde, possibilita avaliar a situação da automedicação no País como temática relevante, dado os riscos inerentes à sua prática (intoxicações medicamentosas e reações adversas) e o possível aumento dos gastos em saúde^{13,18,19}.

Portanto, o presente trabalho teve por objetivo analisar a prevalência e os fatores associados à utilização de medicamentos por automedicação no Brasil.

MÉTODOS

Neste estudo transversal de base populacional, foram utilizados dados da PNAUM. O inquérito foi realizado no Brasil, de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, por meio de sorteio de amostras probabilísticas em oito domínios demográficos segundo faixa etária e sexo, de pessoas residentes em áreas urbanas de cada região brasileira, incluindo as capitais, com amostragem por conglomerados em três estágios. No primeiro, foram sorteados os municípios (n = 60 por região); no segundo, os setores censitários (dois em cada município); e no terceiro, os domicílios. No total, foram entrevistadas 41.433 pessoas. Mais informações sobre o plano de amostragem e o tamanho da amostra estão descritas no artigo metodológico da PNAUM¹⁵.

O questionário estruturado foi elaborado pela equipe de pesquisadores da PNAUM e testado previamente. As entrevistas foram realizadas nos domicílios selecionados por pesquisadores treinados, que utilizaram equipamento eletrônico (*tablet*) para coleta dos dados.

^aWorld Health Organization. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4th WHO Consultative Group on the role of the pharmacist. The Hague: World Health Organization; 1998.

Informações relativas às pessoas com idade inferior a 15 anos e pessoas incapacitadas foram dadas por seus responsáveis (*proxies*). Para este subgrupo populacional, o questionário foi modificado, excluindo alguns blocos de perguntas que necessitavam do julgamento do entrevistado (ver artigo metodológico¹⁵).

O estudo tem a utilização de medicamentos por automedicação como desfecho. A informação sobre o consumo de medicamentos foi obtida de três formas: a primeira, por meio de perguntas diretas sobre o uso de medicamentos com indicação médica para tratar doenças crônicas de alta prevalência (hipertensão; diabetes; doenças do coração; colesterol alto; acidente vascular cerebral; doença pulmonar crônica; artrite, artrose ou reumatismo; depressão) e outras doenças com mais de seis meses de duração, no momento da entrevista. A segunda, por meio de pergunta sobre o uso de medicamentos eventuais para tratar doenças agudas (infecção; medicamento para dormir ou para os nervos; problemas no estômago ou intestino; febre; dor; gripe; resfriado ou rinite alérgica; para náusea e vômito ou outro problema agudo), nos 15 dias anteriores à entrevista. A terceira perguntava sobre o uso de contraceptivos (orais e injetáveis), no momento da entrevista. Na segunda e terceira, foi perguntado quem indicava o medicamento (médico ou dentista; enfermeiro; farmacêutico; outro profissional da saúde; por conta própria; parente, amigo ou vizinho; esposo(a) ou companheiro(a); parceiro ou namorado; balonista de farmácia; outro). Dessa forma, todas as pessoas que afirmaram consumir pelo menos um medicamento sem prescrição médica ou de dentista, nos 15 dias anteriores à entrevista, incluindo contraceptivos, foram classificadas como praticantes da automedicação.

Os entrevistadores solicitaram a todos os entrevistados que lhes apresentassem os medicamentos de uso contínuo ou utilizados nos últimos 15 dias, no momento da entrevista. Os medicamentos foram classificados de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*, classificação ATC (nível 1, órgãos ou sistemas; nível 2, grupo terapêutico; nível 5, fármaco)²⁵ e, conforme sua categoria legal, em medicamento isento de prescrição (MIP)^b, de venda sob prescrição médica e medicamento controlado^c.

As variáveis exploratórias foram as seguintes: características sociodemográficas, descriptores da condição de saúde, do acesso e da utilização de serviços de saúde. As variáveis sociodemográficas foram: sexo; idade em anos completos; cor da pele (branca, negra, amarela, parda, indígena); região do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul, Sudeste); escolaridade em anos completos (0-8 anos, 9-11, 12 ou mais anos de estudo); classificação econômica (A/B, C, D/E), segundo o Critério Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (CCEB 2013/ABEP – <http://www.abep.org>). Os descriptores da condição de saúde foram: número de doença crônica referida pelo indivíduo (nenhuma; uma; duas ou mais). O descriptor de acesso aos serviços de saúde foi: cobertura de plano de saúde (sim; não). O descriptor de utilização de serviços de saúde foi: internação hospitalar nos 12 meses anteriores à entrevista (sim; não). No estudo, obteve-se a distribuição da prevalência da automedicação nas cinco regiões do País, segundo os aspectos sociodemográficos.

Realizou-se análise descritiva exploratória de todas as variáveis envolvidas no estudo e apresentação das frequências relativas e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Utilizou-se modelo de regressão de Poisson para estimar razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas e IC95%. Essas análises foram realizadas no programa estatístico Stata versão 12, utilizando o conjunto de comandos *svy* apropriado para a análise de amostras complexas e garantindo a necessária ponderação, considerando-se o desenho amostral. Variáveis com $p < 0,20$ foram incluídas no modelo múltiplo e adotou-se nível de significância de 5% para permanência das variáveis no modelo, com seleção *backward* das variáveis. A significância estatística das razões de prevalências obtidas nos modelos de regressão de Poisson foi avaliada pelo teste de Wald.

O presente trabalho foi conduzido conforme as recomendações da Declaração de Helsinque e legislação brasileira de ética em pesquisa e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Parecer 398.131, de 16/9/2013).

^b Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 138, de 29 de maio de 2003. Dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos. *Diário Oficial Uniao*. 6 jan 2004.

^c Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial Uniao*. 1 fev 1999.

RESULTADOS

Das 41.433 pessoas entrevistadas, foram excluídas 600 por ausência de informação sobre quem indicou o medicamento em uso.

A prevalência de automedicação na população brasileira foi de 16,1% (IC95% 15,0–17,5); maior no sexo feminino, na faixa etária entre 20-39 anos, entre os indivíduos que declararam ser de raça indígena e amarela, com nível de escolaridade igual ou maior que 12 anos de estudos, moradores da região Nordeste, entre os que tinham uma e duas ou mais doenças crônicas e os que foram hospitalizados uma ou mais vezes no último ano (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência da utilização de ao menos um medicamento por automedicação, segundo os aspectos demográficos, socioeconômicos, indicadores das condições de saúde e Indicadores de acesso aos serviços de saúde. PNAUM, Brasil, 2014. (N = 40.833)

Variável	Prevalência (%) ^a	IC95%	p
Sexo			< 0,001
Feminino	19,0	17,4–20,5	
Masculino	13,1	11,7–14,6	
Faixa etária (anos)			< 0,001
0-9	6,6	5,5–8,0	
10-19	12,6	10,7–14,7	
20-39	21,6	19,6–23,7	
40-59	17,7	16,2–19,4	
≥ 60	14,3	12,9–15,8	
Cor			< 0,001
Branca	15,4	14,1–16,9	
Negra	18,4	16,0–21,0	
Amarela	25,2	19,1–32,6	
Parda	17,2	15,5–19,1	
Indígena	29,8	17,6–45,7	
Escolaridade (anos)			< 0,001
0-8	14,7	13,4–16,0	
9-11	19,0	17,1–21,0	
≥ 12	19,4	16,8–22,3	
Classificação econômica ^b			0,866
A/B	16,3	14,4–18,5	
C	16,3	14,8–17,8	
D/E	15,8	14,1–17,7	
Região			< 0,001
Norte	17,8	15,0–21,0	
Nordeste	23,8	21,6–26,2	
Sudeste	12,8	10,9–14,9	
Sul	11,4	10,1–12,9	
Centro-Oeste	19,2	17,3–21,3	
Nº doenças crônicas			< 0,001
0	14,6	13,3–15,9	
1	18,8	16,8–21,1	
2 +	20,4	18,6–22,3	
Cobertura plano de saúde			0,709
Sim	16,5	14,5–18,7	
Não	16,1	14,7–17,5	
Hospitalizado no último ano			< 0,001
Sim	20,6	18,2–23,3	
Não	16,0	14,7–17,3	
Total	16,7	15,4–18,0	

^a Percentuais ajustados por pesos amostrais e por pós-estratificação segundo idade e sexo.

^b A variável de classificação econômica segundo o Critério de Classificação Econômica do Brasil 2013 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Disponível em: www.abep.org

Com relação à distribuição da prevalência da automedicação, segundo aspectos sociodemográficos, pelas cinco regiões do Brasil (Tabela 2), mulheres e pessoas que se encontravam na faixa etária de 20 a 39 anos tiveram maior consumo de medicamentos por automedicação em todas as regiões do País, em relação aos homens. Em ambas as situações, a maior prevalência ocorreu no Nordeste e no Centro-Oeste. Em todas as regiões, a prevalência aumentou gradativamente da faixa etária de 0-9 anos até 20-39 anos e depois diminuiu. A prevalência também aumentou com a escolaridade e o melhor nível socioeconômico, com exceção da região Norte.

Na análise multivariável (Tabela 3), o consumo de medicamentos por automedicação apresentou associação positiva para sexo feminino (RP 1,33; IC95% 1,21-1,47), as faixas etárias de 10 a 19 anos (RP 2,03; IC95% 1,66-2,47), 20 a 39 anos (RP 3,46; IC95% 2,94-4,08), 40 a 59 anos (RP 2,68; IC95% 2,26-3,17) e 60 ou mais anos (RP 1,95; IC95% 1,63-2,34), residir na região Norte (RP 1,76; IC95% 1,44-2,16), Nordeste (RP 2,33; IC95% 2,00-2,72) e Centro-Oeste (RP 1,74; IC95% 1,49-2,04), e ter uma (RP 1,17; IC95% 1,06-1,29) e duas ou mais doenças crônicas (RP 1,33; IC95% 1,18-1,50).

Os entrevistados referiram uso de 57.424 medicamentos, dos quais 8.545 (17,0%) caracterizavam-se por automedicação. Para 3.258 medicamentos, não foi possível caracterizar a indicação, sendo considerados perdas.

Os medicamentos mais consumidos de acordo com o primeiro nível da classificação ATC foram os utilizados para sistema nervoso central (34,3%), seguido dos produtos utilizados para o aparelho músculo-esquelético, trato alimentar e metabolismo, sistema respiratório, sistema geniturinário e hormônios sexuais, anti-infecciosos para uso sistêmico e outros. Quanto à distribuição dos medicamentos por grupo terapêutico da classificação ATC (segundo nível), os mais frequentes foram: os analgésicos (33,4%; IC95% 31,4-35,4), seguidos

Tabela 2. Prevalência da utilização de pelo menos um medicamento por automedicação, segundo aspectos demográficos e socioeconômicos por região geográfica. PNAUM, Brasil, 2014^a. (N = 40.833)

Variável	Prevalência de automedicação										
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%
Sexo											
Feminino	19,2	15,9-23,0	27,5	25,1-30,0	15,3	13,0-18,0	13,1	11,6-14,8	22,9	20,3-25,6	
Masculino	16,3	13,4-19,6	19,6	16,9-22,6	9,9	7,8-12,4	9,5	8,1-11,2	15,5	13,1-18,4	
Faixa etária (anos)											
0-9	10,9	8,1-14,5	11,9	9,2-15,2	2,5	1,4-4,3	3,6	2,3-5,6	8,7	6,5-11,5	
10-19	15,5	10,8-21,7	19,6	15,6-24,3	9,3	6,7-12,8	5,6	3,7-8,2	17,0	12,6-22,7	
20-39	23,1	19,5-27,0	31,2	27,5-35,2	17,4	14,4-20,9	15,1	12,8-17,8	24,3	20,9-28,0	
40-59	18,9	15,4-22,9	25,6	23,1-28,3	14,8	12,3-17,7	13,8	12,0-15,8	20,0	17,7-22,5	
≥ 50	14,3	11,9-17,1	21,4	18,8-24,2	11,3	9,3-13,7	11,9	10,0-14,1	19,6	16,9-22,6	
Escolaridade (anos)											
0-8	17,3	14,3-20,7	21,8	19,6-24,3	11,0	9,2-13,0	10,5	9,1-12,1	18,0	15,8-20,5	
9-11	19,9	16,1-24,3	29,4	23,7-31,4	16,0	13,2-19,4	13,1	11,0-15,6	20,5	17,9-23,3	
≥ 12	16,1	10,9-23,2	32,9	28,1-38,2	16,1	12,1-21,0	13,5	10,4-17,4	22,7	18,2-28,0	
Classificação econômica^b											
A/B	17,7	13,1-23,5	26,6	20,8-32,6	15,0	12,1-18,6	12,2	10,3-14,4	20,5	17,2-24,3	
C	18,8	15,6-22,5	24,5	21,9-27,4	12,6	10,5-15,0	11,3	9,7-13,1	19,0	17,0-21,2	
D/E	15,7	12,5-19,6	22,2	19,7-24,9	10,1	7,7-13,1	10,2	7,5-13,7	18,0	14,5-22,0	

^a Percentuais ajustados por pesos amostrais e por pós-estratificação segundo idade e sexo.

^b Segundo o Critério de Classificação Econômica do Brasil 2013 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Disponível em: www.abep.org

Tabela 3. Razão de prevalência bruta e ajustada da utilização de pelo menos um medicamento por automedicação, segundo aspectos demográficos, socioeconômicos, indicadores das condições de saúde e indicadores de acesso aos serviços de saúde. PNAUM, Brasil, 2014. (N = 40.833)

Variável	RP bruta	IC95%	p	RP ajustada	IC95%	p
Sexo			< 0,001			< 0,001
Masculino	1			1		
Feminino	1,44	1,31–1,59		1,33	1,21–1,47	
Faixa etária (anos)			< 0,001			< 0,001
0-9	1			1		
10-19	1,89	1,54–2,33		2,03	1,66–2,47	
20-39	3,25	2,72–3,89		3,46	2,94–4,08	
40-59	2,68	2,22–3,21		2,68	2,26–3,17	
≥ 60	2,15	1,78–2,59		1,95	1,63–2,34	
Cor			< 0,001			0,045
Branca	1			1		
Negra	1,19	1,04–1,37		0,93	0,81–1,07	
Amarela	1,63	1,25–2,13		1,11	0,88–1,40	
Parda	1,11	1,00–1,23		0,90	0,82–1,00	
Indígena	1,93	1,18–3,16		1,37	0,89–2,12	
Escolaridade (anos)			< 0,001			
0-8	1					
9-11	1,30	1,17–1,43				
≥ 12	1,32	1,15–1,52				
Classificação econômica*				0,858		
D/E	1					
A/B	1,03	0,90–1,20				
C	1,03	0,93–1,13				
Região			< 0,001			0,001
Norte	1,56	1,27–1,92		1,76	1,44–2,16	
Nordeste	2,10	1,79–2,44		2,33	2,00–2,72	
Sudeste	1,12	0,92–1,36		1,18	0,97–1,42	
Sul	1			1		
Centro-Oeste	1,68	1,44–1,98		1,74	1,49–2,04	
Nº doenças crônicas			< 0,001			< 0,001
0	1			1		
1	1,33	1,20–1,48		1,17	1,06–1,29	
≥ 2	1,33	1,20–1,47		1,33	1,18–1,50	
Cobertura plano de saúde				0,708		
Não	1					
Sim	1,03	0,90–1,18				
Hospitalizado no último ano			< 0,001			
Não	1					
Sim	1,29	1,14–1,47				

* Segundo o Critério de Classificação Econômica do Brasil 2013 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Disponível em: www.abep.org

dos relaxantes musculares e anti-inflamatórios ou antirreumáticos, perfazendo 58,9% dos medicamentos consumidos (Tabela 4).

Os fármacos mais consumidos por automedicação (Tabela 5) foram: dipirona, associação em dose fixa cafeína-orfenadrina-dipirona e paracetamol. No geral, a maioria dos medicamentos foram classificados como isentos de prescrição (65,5%), seguidos dos de venda sob prescrição médica (24,4%) e os de controle especial (0,5%) (Tabela 5). Entre os 12 fármacos mais utilizados na prática da automedicação, 48,5% eram medicamentos isentos de prescrição.

Tabela 4. Distribuição dos medicamentos utilizados na automedicação, segundo a classificação ATC (2º nível). PNAUM, Brasil, 2014. (N = 8.545)

Subgrupo terapêutico	%	IC95%
Analgésicos	33,4	31,4–35,4
Relaxantes musculares	13,8	12,5–15,3
Antiinflamatórios e antirreumáticos	11,7	10,4–13,2
Preparações para tosse e resfriado	5,9	5,0–6,9
Suplementos (nutrientes gerais)	3,9	3,3–4,6
Medicamentos para transtornos relacionados à acidez	3,8	3,1–4,6
Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	3,1	2,5–3,7
Medicamentos para transtornos gastrointestinais funcionais	2,8	2,3–3,3
Plantas	2,7	2,2–3,4
Vitaminas	2,4	1,8–3,1
Antibacterianos para uso sistêmico	2,3	1,9–2,8
Outros	14,3	13,1–15,6
Total	100	

Tabela 5. Distribuição dos 12 fármacos mais utilizados por automedicação, segundo a classificação ATC (5º nível) e categoria legal. PNAUM, Brasil, 2014^a. (N = 8.545)

Fármaco	%	IC95%	MIP ^b	MP ^c
Dipirona	15,4	13,9–17,1	X	
Cafeína + orfénadrina + dipirona	12,1	10,8–13,6	X	
Paracetamol	11,4	10,2–12,8	X	
Cafeína + carisoprodol + diclofenaco + paracetamol	3,6	3,0–4,4		X
Diclofenaco	3,5	2,7–4,5		X
Cafeína + dipirona + isometepeno	3,3	2,5–4,2	X	
Etinilestradiol + levonorgestrel	2,5	2,0–3,0		X
Ibuprofeno	2,3	1,8–3,0	X	
Fenilefrina + clorfeniramina + paracetamol	2,2	1,6–2,9	X	
Omeprazol	1,8	1,4–2,4		X
Cafeína + clorfeniramina + dipirona	1,8	1,4–2,5	X	
Nimesulida	1,6	1,2–2,1		X

^a Corresponde a 61,4% dos medicamentos utilizados por automedicação.^b Medicamento isento de prescrição.^c Medicamentos de venda com prescrição ou retenção da receita (tarja vermelha + tarja preta).

DISCUSSÃO

A prevalência da automedicação no Brasil foi menor do que a encontrada por Carvalho et al.⁴ (2005), em estudo realizado no Brasil, e por Knopf e Grams⁹ (2013), na Alemanha. Entretanto, foi maior do que a encontrada no Sri Lanka²⁶, em Cuba⁸ e na Espanha⁷. Apresentou variações entre as cinco regiões do Brasil – as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte apresentaram prevalências maiores que a prevalência nacional.

Atualmente, o Brasil passa por muitas transformações na área da saúde, que possui investimentos financeiros e de infraestrutura para aumentar a oferta de serviços de saúde, principalmente na área da atenção primária, com a Estratégia Saúde da Família, e na área da assistência farmacêutica para garantir o acesso gratuito e uso racional dos medicamentos pelos profissionais e comunidade em geral^{17,23}. Essas transformações ocorrem de forma diferente entre as regiões, mas, mesmo com as desigualdades regionais expostas, o maior acesso aos serviços médicos pode estar promovendo menor automedicação. Pode-se também considerar que a automedicação esteja dentro de uma faixa de magnitude considerada aceitável^a, pois, conforme constatou-se no presente trabalho, o uso de medicamentos por automedicação limita-se a tratar doenças agudas

autolimitadas, como problemas no estômago ou intestino, febre, dor, gripe, resfriado ou rinite alérgica, náusea e vômito, entre outros, e na maioria das vezes com produtos isentos de prescrição (65,5%). Esse resultado está de acordo com o estudo de Arrais et al.¹ (1997), realizado no Brasil, no qual os sintomas dolorosos foram responsáveis por 24,3% dos motivos que levaram as pessoas a praticarem a automedicação e os quadros viróticos ou infecciosos (infecção respiratória alta e diarreia), por 21,0%. No estudo realizado por Vilarino et al.²⁴, a cefaleia foi a principal queixa para a prática da automedicação, seguida por sintomas respiratórios e digestivos. No estudo de Carrera-Lasfuentes et al.³, a dor foi a situação mais relacionada.

A classificação econômica não apresentou associação significante com a prática da automedicação. Isso pode ser explicado pelo fato de os medicamentos mais consumidos serem de baixo custo, de fácil acesso e de prescrição frequente^{4,5}, inclusive aqueles disponíveis tanto pelo Sistema Único de Saúde, de forma gratuita, como subsidiado na Farmácia Popular (como ocorre com a dipirona, o paracetamol e o ibuprofeno).

A constatação de que a automedicação é praticada pelas pessoas do sexo feminino também foi encontrada em outras publicações^{2,9}, apesar de estudos nacionais¹¹ e internacionais^{3,8,14,22,26} indicarem que a automedicação é maior entre os homens. O fato de as mulheres sofrerem mais com dores de cabeça, dores musculares e condições dolorosas crônicas, como a enxaqueca, e utilizarem desde muito cedo analgésicos e relaxantes musculares para o alívio da dor durante a menstruação ou dismenorreia^{2,19} pode ter influenciado nos resultados do presente trabalho.

A automedicação também esteve associada com as diversas faixas etárias do estudo, com maior destaque para os de idade entre 20 e 39 anos. De maneira geral, esse resultado pode ser atribuído ao tipo de problema de saúde que envolve doenças agudas autolimitadas, comuns a todas as idades, e ao tipo de medicamento consumido, sendo os analgésicos o principal grupo terapêutico utilizado na prática da automedicação^{4,6,8,9,11,14,20-22,24} independentemente da população alvo investigada e do tempo recordatório.

Este fato também poderia explicar a associação positiva da prática da automedicação com as várias regiões do País e entre pessoas com doenças ou condições crônicas, já que, de maneira geral, os analgésicos/antipiréticos aparecem como o segundo medicamento mais utilizado no Brasil e nas cinco regiões do País, perdendo apenas para os anti-hipertensivos⁵.

No caso da associação da automedicação com a idade e a presença de doenças crônicas, os resultados do presente trabalho diferem do que foi encontrado em Bambuí, Minas Gerais¹², onde foi encontrada associação negativa para a idade e a automedicação não apresentou associação com história de doenças ou condições crônicas selecionadas. O fato pode ser explicado pela diferença de época em que foram realizadas as pesquisas, já que o surgimento de novas e velhas doenças transmissíveis, como dengue, zika e chikungunya, o aumento da prevalência de doenças resultantes da degradação do meio ambiente, da poluição ambiental e das mudanças climáticas¹⁷ podem ter intensificado o aparecimento de quadros agudos autolimitados que favorecem a prática da automedicação.

Os fármacos mais consumidos foram a dipirona, a associação em dose fixa de dipirona, orfenadrina e cafeína, e o paracetamol. Dados semelhantes foram encontrados em estudos nacionais^{1,24} e internacionais^{8,11}. De maneira geral, esses medicamentos são os mais encontrados nos estoques domiciliares¹⁰ e normalmente empregados para aliviar sinais e sintomas ou incômodos agudos^{11,12}, menores ou autolimitados.

O elevado uso de analgésicos na prática da automedicação reflete a alta prevalência de dor na população em geral³, motivada por tensão, situação estressante ou demanda física, prejudicando a qualidade de vida das pessoas. O uso abusivo de analgésicos pode levar à cronificação da cefaleia. Estudo realizado na Colômbia¹⁹ mostrou que a prevalência de cefaleia por uso excessivo de analgésicos foi de 4,8%, superior à prevalência em países desenvolvidos. Por outro lado, o mesmo analgésico que alivia a dor é o que trata os quadros febris de doenças

virais ou bacterianas ou inflamatórias. Os anti-inflamatórios não esteróides (AINES) também são atrativos por terem ação múltipla: analgésica, antipirética e anti-inflamatória. Outro aspecto que favorece e influencia esse consumo é a propaganda da indústria farmacêutica veiculada na mídia em geral¹⁶.

Apesar de a grande maioria dos medicamentos consumidos serem isentos de prescrição, não se pode menosprezar as possíveis intoxicações e efeitos adversos que eles podem causar a seus usuários. No caso dos analgésicos e AINES, pode-se citar, entre outros, os distúrbios gastrointestinais, reações alérgicas e efeitos renais¹⁴. No estudo de Martinez et al.¹³ (2014), os autores evidenciaram que a prática da automedicação, entre os entrevistados, resultou em uma prevalência de efeitos adversos igual a 15,1%; já o estudo de Paula, Bochner e Montilla¹⁸ (2012), que avalia as internações de idosos por intoxicação e efeito adverso a medicamentos no Brasil, os analgésicos, antitérmicos e antirreumáticos não opióceos relacionaram-se a 37,0% das internações por autointoxicação, ocuparam a quarta posição nas internações de acordo com essas situações e foram os mais relacionados aos casos de traumatismo.

Neste estudo, não foi analisado o local de aquisição dos medicamentos utilizados na prática da automedicação, mas é provável que a grande maioria tenha sua origem nas compras realizadas nas farmácias ou drogarias ou na utilização das sobras de tratamento ou reservas encontradas nas farmácias caseiras, como atesta Laste et al.¹⁰ (2012).

Outras limitações do estudo estão relacionadas com os diferentes períodos recordatórios utilizados para investigar o uso de medicamentos e a possibilidade de viés de memória. Isso ocorre sobretudo no caso do uso de medicamentos eventuais nos 15 dias que antecederam a entrevista e também nas informações dadas pelos responsáveis pelos menores de 15 anos ou pelos que apresentaram algum distúrbio cognitivo ou incapacidade para responder as perguntas. A época de realização do estudo também pode ter subestimado o uso de alguns medicamentos, como os utilizados para tratar problemas respiratórios, de uso comum durante o inverno, principalmente no sul do País.

Em conclusão, a população brasileira é adepta da prática da automedicação, havendo algumas diferenças regionais. Essa prática aparece influenciada pelo sexo feminino, por residir nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte, e pela presença de doenças ou condições crônicas. A maioria dos medicamentos consumidos são isentos de prescrição, mas não são isentos de risco, o que merece maior atenção por parte dos gestores e profissionais da saúde, pois as possíveis intoxicações e efeitos adversos podem aumentar os gastos com a saúde. Considerando o exposto, a prática da automedicação responsável, incentivada pela Organização Mundial da Saúde^a, o maior investimento por parte do governo na área da promoção do uso racional de medicamentos e o emprego de suas estratégias na formação dos futuros profissionais de saúde devem ser aspectos a serem dado continuidade ou colocados em prática pelo Ministério da Saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saude Publica*. 1997;31(1):71-7. DOI:10.1590/S0034-89101997000100010
2. Athanasopoulos C, Pitychoutis PM, Messari I, Lionis C, Papadopoulos-Daifoti Z. Is drug utilization in Greece sex dependent? A population-based study. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2013;112(1):55-62. DOI:10.1111/j.1742-7843.2012.00920.x
3. Carrera-Lasfuentes P, Aguilar-Palacio I, Roldán EC, Fumanal SM, Hernandez MJR. Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo. *Aten Primaria*. 2013;45(10):528-35. DOI:10.1016/j.aprim.2013.05.006
4. Carvalho MF, Oascin ARP, Souza-Junior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad Saude Publica*. 2005;21(suppl 1):S100-8. DOI:10.1590/S0102-311X2005000700011

5. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A saúde na opinião dos brasileiros: um estudo prospectivo. Brasília (DF): Conass, 2003.
6. Eticha T, Mesfin K. Self-medication practices in Mekelle, Ethiopia. *PLoS One*. 2014;9(5):e97464. DOI:10.1371/journal.pone.0097464
7. Figueiras A, Caamano F, Gestal-Otero JJ. Socio-demographic factors related to self-medication in Spain. *Eur J Epidemiol*. 2000;16(1):19-26. DOI:10.1023/A:1007608702063
8. García Milián AJ, Alonso Carbonell L, López Puig P, Yera Alós I, Ruiz Salvador AK, Blanco Hernández N. Consumo de medicamentos referidos por la población adulta de Cuba, año 2007. *Rev Cubana Med Gen Integral*. 2009;25(4):5-16.
9. Knopf H, Grams D. [Medication of adults in Germany, results of the German health interview and examination survey for adults (DEGS1)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung gesundheitsschutz*. 2013;56(5-6):868-77. German. DOI:10.1007/s00103-013-1667-8.
10. Laste G, Deitos A, Kauffmann C, Castro LC, Torres ILS, Fernandes LC. Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(5):1305-12. DOI:10.1590/S1413-81232012000500024
11. López JJ, Dennis R, Moscoso SM. Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2009;11(3):432-42. DOI:10.1590/S0124-00642009000300012
12. Loyola Filho AL, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev Saude Pública*. 2002;36(1):55-62. DOI:10.1590/S0034-89102002000100009
13. Martinez JE, Pereira GAF, Ribeiro LGM, Nunes R, Ilias D, Navarro LGM. Estudo da automedicação para dor musculoesquelética entre estudantes dos cursos de enfermagem e medicina da Pontifícia Universidade Católica - São Paulo. *Rev Bras Reumatol*. 2014;54(2):90-4. DOI:10.1016/j.rbr.2014.03.002
14. Mendes Z, Martins AP, Miranda AC, Soares MA, Ferreira AP, Nogueira A. Prevalência da automedicação na população urbana portuguesa. *Rev Bras Cienc Farm*. 2004;40(1):21-5. DOI:10.1590/S1516-93322004000100005
15. Mengue SS, Bertoldi AD, Boing AC, NUL Tavares, da Silva Dal Pizzol T, Oliveira MA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. *Rev Saude Pública*. 2016;50(supl 2):4s. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006156
16. Naves JOS, Castro LLC, Carvalho CMS, Merchán-Hamann E. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15(supl 1):1751-62. DOI:10.1590/S1413-81232010000700087
17. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Saúde nas Américas: edição de 2012: panorama regional e perfis de países. Washington (DC): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. (Publicação científica e técnica, nº 636).
18. Paula TC, Bochner R, Montilla DER. Análise clínica e epidemiológica das internações hospitalares de idosos decorrentes de intoxicações e efeitos adversos de medicamentos, Brasil, de 2004 a 2008. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(4):828-44. DOI:10.1590/S1415-790X2012000400014
19. Rueda-Sánchez M. Cefalea por uso excesivo de analgésicos en Bucaramanga, Colombia: prevalencia y factores asociados. *Acta Neurol Colomb*. 2013;29(1):20-6.
20. 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.
21. Schmid B, Bernal R, Silva NN. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. *Rev Saude Pública*. 2010;44(6):1039-45. DOI:10.1590/S0034-89102010000600008
22. Selvaraj K, Kumar SG, Ramalingam A. Prevalence of self-medication practices and its associated factors in Urban Puducherry, India. *Perspect Clin Res*. 2014;5(1):32-6. DOI:10.4103/2229-3485.124569
23. Vieira FS, Zucchi P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Saude Soc*. 2013;22(1):73-84. DOI:10.1590/S0104-12902013000100008
24. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rödel APP, Bortoli R, Leos RR. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. *Rev Saude Pública*. 1998;32(1):43-9. DOI:10.1590/S0034-89101998000100006

25. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2014. 17 ed. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; 2013.
26. Wijesinghe PR, Jayakody RL, Seneviratne RA. Prevalence and predictors of self-medication in a selected urban and rural district of Sri Lanka. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*. 2012;1(1):28-41.

Financiamento: Departamentos de Ciência e Tecnologia (Decit) e de Assistência Farmacêutica (DAF) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS – Processo 25000.111834/2).

Contribuição dos Autores: Contribuíram na concepção, análise e interpretação dos resultados e revisão crítica do conteúdo intelectual: PSDA, MEPF, ADB, SSM. Todos os autores participaram da redação, aprovaram a versão final do manuscrito e declararam ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Agradecimentos: Aos Departamentos de Ciência e Tecnologia (Decit) e de Assistência Farmacêutica (DAF) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS), pelo financiamento e apoio técnico para a realização da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos e, em especial, à equipe que trabalhou na coleta de dados, aqui representada pela Profa. Dra. Alexandra Crispim Boing, e à equipe de suporte estatístico do projeto nos nomes de Amanda Ramalho Silva, Andréia Turmina Fontanella e Luciano S. P. Guimarães.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ANEXOS

ANEXO A - RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS SORTEADOS NAS REGIÕES GEO-GRÁFICA DO PAÍS

Quadro 1 – UNIDADE PRIMÁRIA DE AMOSTRAGEM - UPAS sorteadas da região Norte

REGIÃO	UF	UPA	MUNICÍPIO	DOMICÍLIOS	f1
NORTE	PA	1	ABAETETUBA	30917	0,467
NORTE	PA	2	ALENQUER	12106	0,183
NORTE	PA	3	ALMEIRIM	7862	0,119
NORTE	PA	4	ANANINDEUA-1	62900	0,949
NORTE	PA	5	ANANINDEUA-2	62900	0,949
NORTE	PA	6	BARCARENA	24844	0,375
NORTE	PA	7	BELÉM-1	61480	1,000
NORTE	PA	8	BELÉM-2	61480	1,000
NORTE	PA	9	BELÉM-3	61480	1,000
NORTE	PA	10	BELÉM-4	61480	1,000
NORTE	PA	11	BELÉM-5	61480	1,000
NORTE	PA	12	BELÉM-6	61480	1,000
NORTE	PA	13	BENEVIDES	13665	0,206
NORTE	PA	14	BRAGANÇA	26222	0,396
NORTE	PA	15	CAPANEMA	16862	0,254
NORTE	PA	16	JACUNDÁ	12576	0,190
NORTE	PA	17	JURUTI	9294	0,140
NORTE	PA	18	MARABÁ	60457	0,912
NORTE	PA	19	MOCAJUBA	5352	0,081
NORTE	PA	20	NOVO PROGRESSO	6923	0,104
NORTE	PA	21	NOVO REPARTIMENTO	15139	0,228
NORTE	PA	22	ÓBIDOS	11254	0,170

NORTE	PA	23	PARAUAPEBAS	42726	0,645
NORTE	PA	24	PIÇARRA	3495	0,053
NORTE	PA	25	PORTO DE MOZ	6060	0,091
NORTE	PA	26	SANTARÉM	70015	1,000
NORTE	PA	27	SÃO FRANCISCO DO PARÁ	3935	0,059
NORTE	PA	28	TUCURUÍ	23548	0,355
NORTE	TO	29	BARROLÂNDIA	1572	0,024
NORTE	TO	30	GUARAÍ	6978	0,105
NORTE	TO	31	GURUPI	23242	0,351
NORTE	TO	32	NOVO ALEGRE	689	0,010
NORTE	TO	33	SÃO MIGUEL DO TOCANTINS	2728	0,041
NORTE	TO	34	PALMAS	68679	1,000
NORTE	AP	35	MACAPÁ-1	47108	0,711
NORTE	AP	36	MACAPÁ-2	47108	0,711
NORTE	AP	37	TARTARUGALZINHO	2816	0,042
NORTE	RO	38	CACOAL	24215	0,365
NORTE	RO	39	JI-PARANÁ	35567	0,537
NORTE	RO	40	OURO PRETO DO OESTE	11652	0,176
NORTE	RO	41	PORTO VELHO-1	58432	0,882
NORTE	RO	42	PORTO VELHO-2	58432	0,882
NORTE	RO	43	SÃO MIGUEL DO GUAPORÉ	6391	0,096
NORTE	RO	44	ALTO ALEGRE DOS PARECIS	3696	0,056
NORTE	RR	45	BOA VISTA	76250	1,000
NORTE	AM	46	ALVARÃES	2481	0,037
NORTE	AM	47	EIRUNEPÉ	6254	0,094
NORTE	AM	48	IRANDUBA	9797	0,148
NORTE	AM	49	MANACAPURU	18165	0,274

NORTE	AM	50	MANAUS-1	65835	1,000
NORTE	AM	51	MANAUS-2	65835	1,000
NORTE	AM	52	MANAUS-3	65835	1,000
NORTE	AM	53	MANAUS-4	65835	1,000
NORTE	AM	54	MANAUS-5	65835	1,000
NORTE	AM	55	MANAUS-6	65835	1,000
NORTE	AM	56	MANAUS-7	65835	1,000
NORTE	AM	57	NOVO ARIPUANÃ	4255	0,064
NORTE	AC	58	CAPIXABA	2353	0,036
NORTE	AC	59	CRUZEIRO DO SUL	18581	0,280
NORTE	AC	60	RIO BRANCO	47221	0,713

Quadro 2 - UNIDADE PRIMÁRIA DE AMOSTRAGEM – UPAS sorteadas da região Nordeste

REGIÃO	UF	UPA	MUNICÍPIO	DOMICÍLIOS	f1
NORDESTE	MA	1	BARREIRINHAS	12133	0,0488
NORDESTE	MA	2	GOVERNADOR NEWTON BELLO	2833	0,0114
NORDESTE	MA	3	IMPERATRIZ	68561	0,2757
NORDESTE	MA	4	PAÇO DO LUMIAR	27114	0,1090
NORDESTE	MA	5	PINDARÉ-MIRIM	7754	0,0312
NORDESTE	MA	6	SÃO LUÍS	276812	1,0000
NORDESTE	MA	7	TRIZIDELA DO VALE	5102	0,0205
NORDESTE	PI	8	BURITI DOS LOPES	4855	0,019

					5
NORDESTE	PI	9	PICOS	21171	0,085 1
NORDESTE	PI	10	SÃO LOURENÇO DO PIAUÍ	1297	0,005 2
NORDESTE	PI	11	TERESINA	222154	0,893 2
NORDESTE	CE	12	CATARINA	5020	0,020 2
NORDESTE	CE	13	FORTALEZA-1	236689	1,000 0
NORDESTE	CE	14	FORTALEZA-2	236689	1,000 0
NORDESTE	CE	15	FORTALEZA-3	236689	1,000 0
NORDESTE	CE	16	JUAZEIRO DO NORTE	69151	0,278 0
NORDESTE	CE	17	LIMOEIRO DO NORTE	17143	0,068 9
NORDESTE	CE	18	MILAGRES	7835	0,031 5
NORDESTE	CE	19	PEDRA BRANCA	11933	0,048 0
NORDESTE	CE	20	QUIXADÁ	22124	0,089 0
NORDESTE	CE	21	SENADOR SÁ	1824	0,007 3
NORDESTE	RN	22	CAICÓ	18618	0,074 9
NORDESTE	RN	23	NATAL	235522	0,947 0
NORDESTE	RN	24	SÃO JOSÉ DO CAMPESTRE	3449	0,013 9
NORDESTE	PB	25	ITAPORANGA	6424	0,025 8

NORDESTE	PB	26	JOÃO PESSOA	213256	0,857 4
NORDESTE	PB	27	MANAÍRA	2929	0,011 8
NORDESTE	PB	28	PATOS	28869	0,116 1
NORDESTE	PE	29	FEIRA NOVA	6229	0,025 0
NORDESTE	PE	30	IPOJUCA	22016	0,088 5
NORDESTE	PE	31	ITAMBÉ	9457	0,038 0
NORDESTE	PE	32	OLINDA	113238	0,455 3
NORDESTE	PE	33	PAULISTA	90635	0,364 4
NORDESTE	PE	34	RECIFE	235377	1,000 0
NORDESTE	PE	35	RECIFE	235377	1,000 0
NORDESTE	PE	36	SALGUEIRO	15028	0,060 4
NORDESTE	PE	37	VITÓRIA DE SANTO ANTÃO	39446	0,158 6
NORDESTE	PE	38	XEXÉU	3666	0,014 7
NORDESTE	AL	39	MACEIÓ	274059	1,000 0
NORDESTE	AL	40	PENEDO	16362	0,065 8
NORDESTE	AL	41	SÃO JOSÉ DA LAJE	5913	0,023 8
NORDESTE	SE	42	ARACAJU	169493	0,681 5
NORDESTE	SE	43	PACATUBA	3529	0,014

					2
NORDESTE	SE	44	SÃO CRISTÓVÃO	22379	0,0900
NORDESTE	BA	45	ALAGOINHAS	41637	0,1674
NORDESTE	BA	46	ARACI	13612	0,0547
NORDESTE	BA	47	BAIXA GRANDE	5716	0,0230
NORDESTE	BA	48	BOM JESUS DA SERRA	2624	0,0106
NORDESTE	BA	49	BRUMADO	18506	0,0744
NORDESTE	BA	50	CÍCERO DANTAS	10161	0,0409
NORDESTE	BA	51	FEIRA DE SANTANA	162864	0,6548
NORDESTE	BA	52	ITABUNA	63020	0,2534
NORDESTE	BA	53	ITAGI	3691	0,0148
NORDESTE	BA	54	NOVA SOURE	6904	0,0278
NORDESTE	BA	55	PILÃO ARCADÔ	8204	0,0330
NORDESTE	BA	56	PONTO NOVO	4501	0,0181
NORDESTE	BA	57	SALVADOR-1	286296	1,0000
NORDESTE	BA	58	SALVADOR-2	286296	1,0000
NORDESTE	BA	59	SALVADOR-3	286296	1,0000
NORDESTE	BA	60	SANTO ANTÔNIO DE JESUS	27427	0,1103

Quadro 3 - UNIDADE PRIMÁRIA DE AMOSTRAGEM – UPAS sorteadas da região Centro-Oeste

REGIÃO	UF	UPA	MUNICÍPIO	DOMICÍLIOS	f1
CENTRO-OESTE	MS	1	CAMPO GRANDE-1	62450	0,864
CENTRO-OESTE	MS	2	CAMPO GRANDE-2	62450	0,864
CENTRO-OESTE	MS	3	CAMPO GRANDE-3	62450	0,864
CENTRO-OESTE	MS	4	CHAPADÃO DO SUL	6117	0,085
CENTRO-OESTE	MS	5	COXIM	10508	0,145
CENTRO-OESTE	MS	6	DOURADOS	60851	0,842
CENTRO-OESTE	MS	7	GLÓRIA DE DOURADOS	3296	0,046
CENTRO-OESTE	MS	8	IVINHEMA	7201	0,100
CENTRO-OESTE	MS	9	NAVIRAÍ	14690	0,203
CENTRO-OESTE	MS	10	TRÊS LAGOAS	31959	0,442
CENTRO-OESTE	MT	11	ALTA FLORESTA	15142	0,210
CENTRO-OESTE	MT	12	CÁCERES	25306	0,350
CENTRO-OESTE	MT	13	CAMPO VERDE	9432	0,131
CENTRO-OESTE	MT	14	CHAPADA DOS GUIMARÃES	5538	0,077
CENTRO-OESTE	MT	15	COLNIZA	7640	0,106
CENTRO-OESTE	MT	16	CUIABÁ-1	55228	0,764

CENTRO-OESTE	MT	17	CUIABÁ-2	55228	0,764
CENTRO-OESTE	MT	18	FELIZ NATAL	2940	0,041
CENTRO-OESTE	MT	19	GENERAL CARNEIRO	1422	0,020
CENTRO-OESTE	MT	20	VILA BELA DA SANTÍSSIMA TRINDADE	61398	0,850
CENTRO-OESTE	MT	21	RONDONÓPOLIS	34020	0,471
CENTRO-OESTE	MT	22	SINOP	74641	1,000
CENTRO-OESTE	MT	23	VÁRZEA GRANDE	4010	0,056
CENTRO-OESTE	GO	24	ABADIA DE GOIÁS	2132	0,030
CENTRO-OESTE	GO	25	ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS	44228	0,612
CENTRO-OESTE	GO	26	ANÁPOLIS	52129	0,722
CENTRO-OESTE	GO	27	APARECIDA DE GOIÂNIA-1	68191	1,000
CENTRO-OESTE	GO	28	APARECIDA DE GOIÂNIA-2	68191	1,000
CENTRO-OESTE	GO	29	BOM JARDIM DE GOIÁS	2828	0,039
CENTRO-OESTE	GO	30	CAIAPÔNIA	5676	0,079
CENTRO-OESTE	GO	31	CIDADE OCIDENTAL	15862	0,220
CENTRO-OESTE	GO	32	CRISTALINA	13364	0,185
CENTRO-OESTE	GO	33	FORMOSA	30025	0,416
CENTRO-	GO	34	GOIÂNIA-1	70452	1,000

OESTE					
CENTRO-OESTE	GO	35	GOIÂNIA-2	70452	1,000
CENTRO-OESTE	GO	36	GOIÂNIA-3	70452	1,000
CENTRO-OESTE	GO	37	GOIÂNIA-4	70452	1,000
CENTRO-OESTE	GO	38	GOIÂNIA-5	70452	1,000
CENTRO-OESTE	GO	39	GOIÂNIA-6	70452	1,000
CENTRO-OESTE	GO	40	IPORÁ	11074	0,153
CENTRO-OESTE	GO	41	LUZIÂNIA	49847	0,690
CENTRO-OESTE	GO	42	MUTUNÓPOLIS	1311	0,018
CENTRO-OESTE	GO	43	NOVA AURORA	733	0,010
CENTRO-OESTE	GO	44	NOVA CRIXÁS	3934	0,054
CENTRO-OESTE	GO	45	NOVO GAMA	26513	0,367
CENTRO-OESTE	GO	46	PIRACANJUBA	8461	0,117
CENTRO-OESTE	GO	47	PLANALTINA	22840	0,316
CENTRO-OESTE	GO	48	RIO VERDE	55487	0,768
CENTRO-OESTE	GO	49	SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA	7264	0,101
CENTRO-OESTE	GO	50	TRINDADE	31934	0,442
CENTRO-OESTE	DF	51	BRASÍLIA-1	70366	1,000

CENTRO-OESTE	DF	52	BRASÍLIA-2	70366	1,000
CENTRO-OESTE	DF	53	BRASÍLIA-3	70366	1,000
CENTRO-OESTE	DF	54	BRASÍLIA-4	70366	1,000
CENTRO-OESTE	DF	55	BRASÍLIA-5	70366	1,000
CENTRO-OESTE	DF	56	BRASÍLIA-6	70366	1,000
CENTRO-OESTE	DF	57	BRASÍLIA-7	70366	1,000
CENTRO-OESTE	DF	58	BRASÍLIA-8	70366	1,000
CENTRO-OESTE	DF	59	BRASÍLIA-9	70366	1,000
CENTRO-OESTE	DF	60	BRASÍLIA-10	70366	1,000

Quadro 4 - UNIDADE PRIMÁRIA DE AMOSTRAGEM – UPAS sorteadas da região Sudeste

REGIÃO	UF	UPA	MUNICÍPIO	DOMICÍLIOS	f1
SUDESTE	MG	1	BELO HORIZONTE-1	381038	1,0000
SUDESTE	MG	2	BELO HORIZONTE-2	381038	1,0000
SUDESTE	MG	3	BETIM	112591	0,2681
SUDESTE	MG	4	CAPINÓPOLIS	4982	0,0119
SUDESTE	MG	5	GOVERNADOR VALADA-RES	81703	0,1945
SUDESTE	MG	6	LAGOA SANTA	15734	0,0375
SUDESTE	MG	7	LAMIM	1068	0,0025
SUDESTE	MG	8	MERCÊS	3301	0,0079
SUDESTE	MG	9	MONTE SANTO DE MINAS	7092	0,0169
SUDESTE	MG	10	OURO BRANCO	10380	0,0247

SUDESTE	MG	11	PARACATU	23811	0,0567
SUDESTE	MG	12	PATOS DE MINAS	45621	0,1086
SUDESTE	MG	13	SÃO MIGUEL DO ANTA	2058	0,0049
SUDESTE	MG	14	UBÁ	32159	0,0766
SUDESTE	MG	15	UBERLÂNDIA	195807	0,4662
SUDESTE	ES	16	MARATAÍZES	10633	0,0253
SUDESTE	ES	17	VITÓRIA	108515	0,2584
SUDESTE	RJ	18	CABO FRIO	59443	0,1415
SUDESTE	RJ	19	NOVA IGUAÇU	248186	0,5909
SUDESTE	RJ	20	PETRÓPOLIS	96319	0,2293
SUDESTE	RJ	21	RESENDE	38744	0,0922
SUDESTE	RJ	22	RIO DE JANEIRO-1	428889	1,0000
SUDESTE	RJ	23	RIO DE JANEIRO-2	428889	1,0000
SUDESTE	RJ	24	RIO DE JANEIRO-3	428889	1,0000
SUDESTE	RJ	25	RIO DE JANEIRO-4	428889	1,0000
SUDESTE	RJ	26	RIO DE JANEIRO-5	428889	1,0000
SUDESTE	RJ	27	SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA	13497	0,0321
SUDESTE	RJ	28	SÃO GONÇALO	325882	0,7759
SUDESTE	RJ	29	SÃO JOÃO DE MERITI	147450	0,3511
SUDESTE	SP	30	ARAÇATUBA	60614	0,1443
SUDESTE	SP	31	ARARAQUARA	68750	0,1637
SUDESTE	SP	32	ATIBAIA	38353	0,0913
SUDESTE	SP	33	BAURU	109875	0,2616
SUDESTE	SP	34	CAMPINAS	348268	0,8292
SUDESTE	SP	35	CAMPO LIMPO PAULISTA	21958	0,0523
SUDESTE	SP	36	FERRAZ DE VASCONCELOS	48383	0,1152

SUDESTE	SP	37	GUARULHOS	360540	0,8584
SUDESTE	SP	38	ITAQUAQUECETUBA	89670	0,2135
SUDESTE	SP	39	ITUVERAVA	12603	0,0300
SUDESTE	SP	40	JANDIRÁ	32536	0,0775
SUDESTE	SP	41	JUNDIAÍ	118243	0,2815
SUDESTE	SP	42	MOJI MIRIM	27038	0,0644
SUDESTE	SP	43	MURUTINGA DO SUL	1439	0,0034
SUDESTE	SP	44	OLÍMPIA	15985	0,0381
SUDESTE	SP	45	PALESTINA	3759	0,0090
SUDESTE	SP	46	PIRAJU	9290	0,0221
SUDESTE	SP	47	PRAIA GRANDE	83445	0,1987
SUDESTE	SP	48	RIBEIRÃO PRETO	195338	0,4651
SUDESTE	SP	49	SANTO ANDRÉ	215617	0,5134
SUDESTE	SP	50	SANTO ANTÔNIO DE POSSE	6297	0,0150
SUDESTE	SP	51	SANTOS	144600	0,3443
SUDESTE	SP	52	SÃO PAULO-1	397143	1,0000
SUDESTE	SP	53	SÃO PAULO-2	397143	1,0000
SUDESTE	SP	54	SÃO PAULO-3	397143	1,0000
SUDESTE	SP	55	SÃO PAULO-4	397143	1,0000
SUDESTE	SP	56	SÃO PAULO-5	397143	1,0000
SUDESTE	SP	57	SÃO PAULO-6	397143	1,0000
SUDESTE	SP	58	SÃO PAULO-7	397143	1,0000
SUDESTE	SP	59	SÃO PAULO-8	397143	1,0000
SUDESTE	SP	60	SÃO PAULO-9	397143	1,0000

Quadro 5 - UNIDADE PRIMÁRIA DE AMOSTRAGEM – UPAS sorteadas da região Sul

REGIÃO	UF	UPA	MUNICÍPIO	DOMICÍLIOS	f1

SUL	PR	1	BITURUNA	4478	0,0302
SUL	PR	2	BORRAZÓPOLIS	2747	0,0185
SUL	PR	3	CAMBÉ	30370	0,2049
SUL	PR	4	CAMPO LARGO	34202	0,2308
SUL	PR	5	CARAMBEÍ	5577	0,0376
SUL	PR	6	COLOMBO	63624	0,4293
SUL	PR	7	CURITIBA-1	143975	1,0000
SUL	PR	8	CURITIBA-2	143975	1,0000
SUL	PR	9	CURITIBA-3	143975	1,0000
SUL	PR	10	CURITIBA-4	143975	1,0000
SUL	PR	11	DOIS VIZINHOS	11667	0,0787
SUL	PR	12	FAZENDA RIO GRANDE	23736	0,1602
SUL	PR	13	LARANJEIRAS DO SUL	9610	0,0649
SUL	PR	14	LONDRINA	164917	1,0000
SUL	PR	15	MARINGÁ	116794	0,7881
SUL	PR	16	ORTIGUEIRA	7326	0,0494
SUL	PR	17	PONTA GROSSA	94849	0,6401
SUL	PR	18	SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	80714	0,5447
SUL	PR	19	SÃO MANOEL DO PARANÁ	677	0,0046
SUL	PR	20	TAMARANA	3676	0,0248
SUL	PR	21	TOLEDO	39003	0,2632
SUL	PR	22	TUNAS DO PARANÁ	1794	0,0121
SUL	PR	23	UNIÃO DA VITÓRIA	16391	0,1106
SUL	SC	24	CHAPECÓ	58774	0,3966
SUL	SC	25	FLORIANÓPOLIS	147437	0,9949
SUL	SC	26	IÇARA	18507	0,1249
SUL	SC	27	JARAGUÁ DO SUL	45143	0,3046

SUL	SC	28	JOINVILLE	160651	1,0000
SUL	SC	29	MASSARANDUBA	4493	0,0303
SUL	SC	30	PARAÍSO	1263	0,0085
SUL	SC	31	SÃO JOSÉ	69589	0,4696
SUL	SC	32	TANGARÁ	2820	0,0190
SUL	SC	33	TIJUCAS	9779	0,0660
SUL	SC	34	TUBARÃO	32466	0,2191
SUL	SC	35	URUSSANGA	6449	0,0435
SUL	SC	36	VIDEIRA	15357	0,1036
SUL	RS	37	ALVORADA	60211	0,4063
SUL	RS	38	ARROIO GRANDE	6494	0,0438
SUL	RS	39	CAÇAPAVA DO SUL	12100	0,0817
SUL	RS	40	CACHOEIRINHA	38874	0,2623
SUL	RS	41	CANOAS	103914	0,7012
SUL	RS	42	CAXIAS DO SUL	146830	0,9908
SUL	RS	43	ERECHIM	33097	0,2233
SUL	RS	44	ESTEIO	26387	0,1781
SUL	RS	45	GRAVATAÍ	82378	0,5559
SUL	RS	46	JÓIA	2689	0,0181
SUL	RS	47	MACHADINHO	1907	0,0129
SUL	RS	48	MONTENEGRO	19940	0,1346
SUL	RS	49	MOSTARDAS	4128	0,0279
SUL	RS	50	NOVO HAMBURGO	80409	0,5426
SUL	RS	51	PELOTAS	113951	0,7690
SUL	RS	52	PORTO ALEGRE-1	169485	1,0000
SUL	RS	53	PORTO ALEGRE-2	169485	1,0000
SUL	RS	54	PORTO ALEGRE-3	169485	1,0000

SUL	RS	55	SÃO LEOPOLDO	71208	0,4805
SUL	RS	56	SOLEDADE	9970	0,0673
SUL	RS	57	TRAMANDAÍ	13768	0,0929
SUL	RS	58	TURUÇU	1074	0,0072
SUL	RS	59	VENÂNCIO AIRES	23011	0,1553
SUL	RS	60	VERANÓPOLIS	7704	0,0520

ANEXO B - INSTRUMENTO DA PESQUISA – QUESTIONÁRIO PNAUM

PNAUM – Pesquisa Nacional de Acesso e Utilização de Medicamentos

Formulário do Domicílio

Cidade: _____ UF: _____

Endereço do domicílio: _____

Data do preenchimento: ___/___/___

Entrevistador: _____

Moradores elegíveis para a amostra, de acordo com a folha amostral:

- 0-4 anos
- 5-19 anos
- 20-39 Masc
- 20-39 Fem
- 40-59 Masc
- 40-59 Fem
- 60 ou + Masc
- 60 ou + Fem

Moradores do domicílio:

Nº de ordem	Nome do morador	Idade	Sexo	Entra na amostra	Incapaz ou < 15 anos	Nº do informante do incapaz e < 15 anos	Presente /Ausente	Agendamento entrevista
1								
2								
3								
4								
5								
6								
Total*								

*Se Total de “entra na amostra”= 0, domicílio não é elegível

Nº de ordem do enrevistado: _____

Telefone (s) de contato: _____

**PNAUM - Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e
Uso Racional de Medicamentos**

Questionário do Inquérito Domiciliar.

Horário do Início da entrevista |__|:|__|

IA01- INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO

1.1	Nº na lista de identificação dos moradores	__ __
1.2	Qual a cidade onde o(a) Sr(a) nasceu?	_____
1.3	Em qual estado fica esta cidade?	__ __ Se fora do Brasil: _____
1.4	É casado(a) ou vive com companheiro(a)?	1 [] Sim 2 [] Não, mas já viveu antes 3 [] Nunca viveu
1.5	A sua cor ou raça é: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 [] Branca 2 [] Preta 3 [] Amarela 4 [] Parda 5 [] Indígena
1.6	Qual é o seu peso atual?	__ __ __ Kg NR/NS = 999
1.7	Qual é a sua altura?	__ , __ __ metros NR/NS = 999
1.8	Sabe ler e escrever?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.1.0
1.9	Até que série e grau o(a) Sr(a) estudou? <i>*Considere as séries completas de estudo*</i>	
	Curso primário	[] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 []
	Admissão	[] 4 []
	Curso ginásial ou ginásio	[] 1 [] 2 [] 3 [] 4 []
	1º grau ou fundamental ou supletivo de primeiro grau ou EJA	[] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 [] 8 [] 9 []
	2º grau ou colégio técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de segundo grau ou EJA	[] 1 [] 2 [] 3 []
	3º grau ou curso superior	[] [] Completo [] Incompleto
	Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)	[]
	Nunca estudou	[]
	NS/NR	[]

IA02 – INQUÉRITO DE DOENÇAS CRÔNICAS

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre a sua saúde.

HIPERTENSÃO

2.1.0	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem hipertensão ou pressão alta?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.2.0
2.1.1	Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez em que o médico lhe disse que tinha pressão alta? <i>*Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele*</i>	__ __ anos 00 = Se menos de 1 ano 99 = NS/NR
2.1.2	O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para a pressão alta?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.1.8
2.1.3	O(a) Sr(a) está tomando algum desses remédios?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.1.7
2.1.4	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>
2.1.4a	Remédio 1	
2.1.4b	Remédio 2	
2.1.4c	Remédio 3	
2.1.5	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.1.6 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 2.1.6
2.1.5a	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	<input type="checkbox"/> Remédio 1 <input type="checkbox"/> Remédio 2 <input type="checkbox"/> Remédio 3
	Remédio 1:	
2.1.5b	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.1.5c	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 2:	
2.1.5d	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.1.5e	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 3:	
2.1.5f	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.1.5g	Por que ficou sem este remédio?	
2.1.6	Tem algum remédio, que o(a) Sr(a) deveria estar usando, nos últimos 30 dias, para a pressão alta, e não está?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.1.8 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 2.1.8
2.1.7	Qual(is) os remédios que o(a) Sr(a) deveria estar usando e não está?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>
2.1.7a	Remédio 4	
2.1.7b	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.1.7c	Remédio 5	
2.1.7d	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.1.7e	Remédio 6	
2.1.7f	Por que ficou sem usar este remédio?	

2.1.8	Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) mediou a pressão?	<input type="checkbox"/> 1 no último mês <input type="checkbox"/> 2 de 1 mês a 6 meses <input type="checkbox"/> 3 mais de 6 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> 4 mais de 1 ano a 5 anos <input type="checkbox"/> 5 mais de 5 anos <input type="checkbox"/> 9 NS/NR
2.1.9	Algum médico já lhe disse que a pressão alta causou algum outro problema de saúde no(a) Sr(a)?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não => Passe para 2.1.11 <input type="checkbox"/> 9 NS/NR => Passe para 2.1.11
2.1.10	Qual(is) problema(s)? <i>*Ler as alternativas*</i>	<input type="checkbox"/> Problema de vista, fundo de olho? => Passe para 2.1.11 <input type="checkbox"/> Problema nos rins? => Passe para 2.1.11 <input type="checkbox"/> Problema circulatório, AVC, derrame? => Passe para 2.1.11 <input type="checkbox"/> Outro? <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 2.1.11
2.1.10a	Qual?	
2.1.11	No dia a dia, quanto a pressão alta limita as suas atividades habituais? <i>*Ler as alternativas*</i>	<input type="checkbox"/> 1 Não limita <input type="checkbox"/> 2 Um pouco <input type="checkbox"/> 3 Moderadamente <input type="checkbox"/> 4 Intensamente <input type="checkbox"/> 5 Muito intensamente

DIABETES		
2.2.0	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não => Passe para 2.3.0
2.2.1	Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez que o médico lhe disse que tinha diabetes? <i>*Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele*</i>	<input type="checkbox"/> __ __ anos 00= Se menos de 1 ano 99 = NS/NR
2.2.2	O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para diabetes que não seja a insulina?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não => Passe para 2.2.6
	Para controlar o diabetes:	
2.2.3	O(a) Sr(a) está usando algum destes remédios?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não => Passe para 2.2.6
2.2.4	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>
2.2.4a	Remédio 1	
2.2.4b	Remédio 2	
2.2.4c	Remédio 3	
2.2.5	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum destes remédios por algum tempo?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não => Passe para 2.2.6 <input type="checkbox"/> 9 NS/NR => Passe para 2.2.6
2.2.5a	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	<input type="checkbox"/> Remédio 1 <input type="checkbox"/> Remédio 2 <input type="checkbox"/> Remédio 3
	Remédio 1:	
2.2.5b	Por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> __ __ dias 99 = NS/NR
2.2.5c	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 2:	
2.2.5d	Por quanto tempo?	<input type="checkbox"/> __ __ dias 99 = NS/NR
2.2.5e	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 3:	

2.2.5f	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.2.5g	Por que ficou sem este remédio?	
2.2.6	O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar insulina?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.2.18 9 [] NS/NR => Passe para 2.2.18
2.2.6a	O(a) Sr(a) usa insulina?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.2.18
2.2.7	Quantas vezes ao dia?	1 [] Apenas uma vez 2 [] Duas ou mais vezes => Passe para 2.2.9 9 [] Tantas quanto necessário => Passe para 2.2.9
2.2.8	Qual horário?	1 [] Manhã => Passe para 2.2.9 2 [] Noite => Passe para 2.2.9 3 [] Outro
2.2.8a	Qual?	
2.2.9	Como o(a) Sr(a) adquire as seringas e agulhas para utilizar para aplicar a insulina?	- [] Compra => Passe para 2.2.9b - [] Ganha do SUS => Passe para 2.2.9b - [] Outro - [] NS/NR => Passe para 2.2.9b
2.2.9a	Como?	
2.2.9b	O(a) Sr(a) utiliza as mesmas seringas e agulhas mais de uma vez?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] As vezes 9 [] NS/NR
2.2.10a	Antes de usar insulina, faz teste de glicose, ou açúcar no sangue?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.2.14 3 [] As vezes
2.2.10b	Quantas vezes costuma fazer o teste de glicose por dia?	__ __ vezes 66 = Não faz todos os dias 77 = Sempre que tem tiras 88 = Tantas quanto necessário 99 = NS/NR
2.2.11a	O(a) Sr(a) possui o aparelho para medir a glicose?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.2.14 9 [] NS/NR
2.2.11b	Como o(a) Sr(a) obteve este aparelho?	- [] Comprou => Passe para 2.2.12 - [] Ganhou do SUS => Passe para 2.2.12 - [] Outro - [] NS/NR => Passe para 2.2.12
2.2.11c	Como?	
2.2.12	Como o(a) Sr(a) adquire as tiras para o aparelho?	- [] Compra => Passe para 2.2.13 - [] Ganha do SUS => Passe para 2.2.13 - [] Outro - [] NS/NR => Passe para 2.2.13
2.2.12a	Como?	

2.2.13	O(a) Sr(a) utiliza as mesmas tiras para o aparelho mais de uma vez?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] As vezes 9 [] NS/NR
2.2.14	Algum médico, farmacêutico ou enfermeiro lhe explicou como utilizar a insulina?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] NS/NR
2.2.15	Alguém já lhe explicou sobre a possibilidade da glicose, ou açúcar no sangue, baixar muito?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] NS/NR
2.2.16	O(a) Sr(a) , ou os seus familiares, sabem o que fazer quando a glicose baixa muito?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] NS/NR
2.2.17	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem usar insulina por algum tempo?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.2.18
2.2.17a	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.2.17b	Qual foi o motivo?	
2.2.18	Tem algum remédio, que o(a) Sr(a) deveria estar usando, nos últimos 30 dias, para a diabetes, e não está?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.2.20 9 [] NS/NR => Passe para 2.2.20
2.2.19	Qual(is) os remédios que o(a) Sr(a) deveria estar usando e não está?	*Listar abaixo os remédios*
2.2.19a	Remédio 4	
2.2.19b	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.2.19c	Remédio 5	
2.2.19d	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.2.19e	Remédio 6	
2.2.19f	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.2.20	O(a) Sr(a) faz dieta para diabetes?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] As vezes 9 [] NS/NR
2.2.21	Algum médico já lhe disse que o diabetes causou algum problema de saúde no(a) Sr(a)?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.2.23 9 [] NS/NR => Passe para 2.2.23
2.2.22	Qual(is) problema(s)? <i>*Ler as alternativas*</i>	- [] Problema de vista/visão? => Passe para 2.2.23 - [] Problema nos rins? => Passe para 2.2.23 - [] Problema circulatório, pé diabético? => Passe para 2.2.23 - [] Problema de cicatrização? => Passe para 2.2.23 - [] Outro? - [] NS/NR => Passe para 2.2.23
2.2.22a	Qual?	

2.2.23	No dia a dia, quanto o diabetes limita as suas atividades habituais? <i>*Ler as alternativas*</i>	<input type="checkbox"/> 1 Não limita <input type="checkbox"/> 2 Um pouco <input type="checkbox"/> 3 Moderadamente <input type="checkbox"/> 4 Intensamente <input type="checkbox"/> 5 Muito intensamente
--------	--	--

DOENÇAS DO CORAÇÃO		
2.3.0	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem, ou teve, doença do coração, como infarto, angina, insuficiência cardíaca, arritmia ou outra?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não => Passe para 2.4.0
2.3.1	Quais doenças do coração o médico disse que o(a) Sr(a) tem ou teve:	<input type="checkbox"/> - Infarto => Passe para 2.3.2 <input type="checkbox"/> - Angina => Passe para 2.3.2 <input type="checkbox"/> - Insuficiência cardíaca => Passe para 2.3.2 <input type="checkbox"/> - Arritmia => Passe para 2.3.2 <input type="checkbox"/> - Outra <input type="checkbox"/> - NS/NR => Passe para 2.3.2
2.3.1a	Qual?	
2.3.2	Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez que o médico lhe disse que tinha esta(s) doença(s)? <i>*Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele*</i>	__ __ anos 00= Se menos de 1 ano 99 = NS/NR
2.3.3	O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para esta(s) doença(s)?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não => Passe para 2.3.9
2.3.4	O(a) Sr(a) está usando algum desses remédios?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não => Passe para 2.3.8
2.3.5	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>
2.3.5a	Remédio 1	
2.3.5b	Remédio 2	
2.3.5c	Remédio 3	
2.3.6	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não => Passe para 2.3.7 <input type="checkbox"/> 9 NS/NR => Passe para 2.3.7
2.3.6a	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	<input type="checkbox"/> Remédio 1 <input type="checkbox"/> Remédio 2 <input type="checkbox"/> Remédio 3
	Remédio 1:	
2.3.6b	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.3.6c	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 2:	
2.3.6d	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.3.6e	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 3:	
2.3.6f	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.3.7	Tem algum remédio, que o(a) Sr(a) deveria estar usando, nos últimos 30 dias, para o coração, e não está?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não => Passe para 2.3.9 <input type="checkbox"/> 9 NS/NR => Passe para 2.3.9
2.3.8	Qual(is) os remédios que o(a) Sr(a) deveria estar usando e não está?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>
2.3.8a	Remédio 4	
2.3.8b	Por que ficou sem usar este remédio?	

2.3.8c	Remédio 5	
2.3.8d	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.3.8e	Remédio 6	
2.3.8f	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.3.9	No dia a dia, quanto esta doença limita as suas atividades habituais? <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Não limita 2 <input type="checkbox"/> Um pouco 3 <input type="checkbox"/> Moderadamente 4 <input type="checkbox"/> Intensamente 5 <input type="checkbox"/> Muito intensamente

COLESTEROL ALTO		
2.4.0	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem colesterol alto?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.5.0
2.4.1	Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez que o médico lhe disse que tinha colesterol alto? <i>*Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele*</i>	__ __ anos 00 = Se menos de 1 ano 99 = NS/NR
2.4.2	O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para o colesterol?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.4.8
2.4.3	O(a) Sr(a) está usando algum desses remédios?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.4.7
2.4.4	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>
2.4.4a	Remédio 1	
2.4.4b	Remédio 2	
2.4.4c	Remédio 3	
2.4.5	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.4.6 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 2.4.6
2.4.5a	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	<input type="checkbox"/> Remédio 1 <input type="checkbox"/> Remédio 2 <input type="checkbox"/> Remédio 3
	Remédio 1:	
2.4.5b	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.4.5c	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 2:	
2.4.5d	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.4.5e	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 3:	
2.4.5f	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.4.5g	Por que ficou sem este remédio?	
2.4.6	Tem algum remédio, que o(a) Sr(a) deveria estar usando, nos últimos 30 dias, para o colesterol, e não está?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.4.8 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 2.4.8
2.4.7	Qual(is) os remédios que o(a) Sr(a) deveria estar usando e não está?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>
2.4.7a	Remédio 4	
2.4.7b	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.4.7c	Remédio 5	

2.4.7d	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.4.7e	Remédio 6	
2.4.7f	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.4.8	Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) fez exame de sangue para medir o colesterol e triglicerídeos?	1 <input type="checkbox"/> Há menos de 6 meses 2 <input type="checkbox"/> Entre 6 meses e menos de 1 ano 3 <input type="checkbox"/> Entre 1 ano e menos de 2 anos 4 <input type="checkbox"/> Entre 2 anos e menos de 3 anos 5 <input type="checkbox"/> 3 anos ou mais atrás 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
2.4.9	No dia a dia, quanto esta doença limita as suas atividades habituais? <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Não limita 2 <input type="checkbox"/> Um pouco 3 <input type="checkbox"/> Moderadamente 4 <input type="checkbox"/> Intensamente 5 <input type="checkbox"/> Muito intensamente

AVC (ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL)		
2.5.0	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) teve AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou derrame?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.6.0
2.5.1	Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez que o médico lhe disse que teve AVC? <i>*Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele*</i>	__ __ anos 00= Se menos de 1 ano 99 = NS/NR
2.5.2	O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio por causa do AVC/derrame?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.5.8
2.5.3	O(a) Sr(a) está usando algum desses remédios?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.5.7
2.5.4	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>
2.5.4a	Remédio 1	
2.5.4b	Remédio 2	
2.5.4c	Remédio 3	
2.5.5	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.5.6
2.5.5a	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	<input type="checkbox"/> Remédio 1 <input type="checkbox"/> Remédio 2 <input type="checkbox"/> Remédio 3
	Remédio 1:	
2.5.5b	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.5.5c	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 2:	
2.5.5d	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.5.5e	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 3:	
2.5.5f	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.5.5g	Por que ficou sem este remédio?	
2.5.6	Tem algum remédio, que o(a) Sr(a) deveria estar usando, nos últimos 30 dias, para o AVC, e não está?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.4.8 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 2.4.8
2.5.7	Qual(is) os remédios que o(a) Sr(a) deveria estar usando e não está?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>
2.5.7a	Remédio 4	
2.5.7b	Por que ficou sem usar este remédio?	

2.5.7c	Remédio 5	
2.5.7d	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.5.7e	Remédio 6	
2.5.7f	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.5.8	Atualmente por causa do AVC o(a) Sr(a) faz: Fisioterapia ou outras terapias de reabilitação?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
2.5.9	No dia a dia, quanto o AVC/derrame limita as suas atividades habituais? <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Não limita 2 <input type="checkbox"/> Um pouco 3 <input type="checkbox"/> Moderadamente 4 <input type="checkbox"/> Intensamente 5 <input type="checkbox"/> Muito intensamente

DOENÇA PULMONAR CRÔNICA (ASMA, BRONQUITE CRÔNICA, ENFISEMA OU OUTRA)

2.6.0	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem asma, bronquite crônica, enfisema ou outra doença pulmonar?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.7.0
2.6.1	Quais doenças do pulmão o médico disse que o(a) Sr(a) tem?	- <input type="checkbox"/> Asma => Passe para 2.6.2 - <input type="checkbox"/> Bronquite crônica => Passe para 2.6.2 - <input type="checkbox"/> Enfisema pulmonar => Passe para 2.6.2 - <input type="checkbox"/> Outra doença pulmonar - <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 2.6.2
2.6.1a	Qual?	
2.6.2	Que idade o(a) Sr(a) tinha quando o médico lhe disse que tinha esta doença? <i>*Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele*</i>	__ __ anos 00= Se menos de 1 ano 99 = NS/NR
2.6.3	O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para esta doença?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.6.10
2.6.4	O(a) Sr(a) está usando algum desses remédios?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.6.9
2.6.5	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>
2.6.5a	Remédio 1	
2.6.5b	Remédio 2	
2.6.5c	Remédio 3	
2.6.6	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.6.8
2.6.7a	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	<input type="checkbox"/> Remédio 1 <input type="checkbox"/> Remédio 2 <input type="checkbox"/> Remédio 3
	Remédio 1:	
2.6.7b	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.6.7c	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 2:	
2.6.7d	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.6.7e	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 3:	
2.6.7f	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.6.7g	Por que ficou sem este remédio?	

2.6.8	Tem algum remédio, que o(a) Sr(a) deveria estar usando, nos últimos 30 dias, para a(s) doenças do pulmão, e não está?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.6.10 9 [] NS/NR => Passe para 2.6.10
2.6.9	Qual(is) os remédios que o(a) Sr(a) deveria estar usando e não está?	*Listar abaixo os remédios*
2.6.9a	Remédio 4	
2.6.9b	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.6.9c	Remédio 5	
2.6.9d	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.6.9e	Remédio 6	
2.6.9f	Por que ficou sem usar este remédio?	
	Atualmente por causa desta doença, o(a) Sr(a) faz:	
2.6.10	Controle do ambiente doméstico do tipo: evita ter tapetes, cortinas, animais domésticos?	1 [] Sim 2 [] Não
2.6.11	Atividade física?	1 [] Sim 2 [] Não
2.6.11	Fisioterapia respiratória?	1 [] Sim 2 [] Não
2.6.12	Nebulização?	1 [] Sim 2 [] Não
2.6.13	Vacina para gripe?	1 [] Sim 2 [] Não
2.6.14	Outras vacinas?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.6.15
2.6.14a	Quais?	
2.6.15	No dia a dia, quanto esta doença limita as suas atividades habituais? *Ler as alternativas*	1 [] Não limita 2 [] Um pouco 3 [] Moderadamente 4 [] Intensamente 5 [] Muito intensamente

ARTRITE OU REUMATISMO

2.7.0	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem artrite, artrose, ou reumatismo?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.8.0
2.7.1	Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez que o médico lhe disse que tinha artrite, artrose ou reumatismo? *Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele*	__ __ anos 00= Se menos de 1 ano 99 = NS/NR
2.7.2	O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para a artrite ou reumatismo?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.7.9
2.7.3	O(a) Sr(a) está usando algum desses remédios?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.7.8
2.7.4	Qual(is)?	*Listar abaixo os remédios*
2.7.4a	Remédio 1	
2.7.4b	Remédio 2	
2.7.4c	Remédio 3	
2.7.6	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.7.7

2.7.6a	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	<input type="checkbox"/> Remédio 1 <input type="checkbox"/> Remédio 2 <input type="checkbox"/> Remédio 3
	Remédio 1:	
2.7.6b	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.7.6c	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 2:	
2.7.6d	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.7.6e	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 3:	
2.7.6f	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.7.6g	Por que ficou sem este remédio?	
2.7.7	Tem algum remédio, que o(a) Sr(a) deveria estar usando, nos últimos 30 dias, para a artrite ou reumatismo, e não está?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.7.9 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 2.7.9
2.7.8	Qual(is) os remédios que o(a) Sr(a) deveria estar usando e não está?	*Listar abaixo os remédios*
2.7.8a	Remédio 4	
2.7.8b	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.7.8c	Remédio 5	
2.7.8d	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.7.8e	Remédio 6	
2.7.8f	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.7.9	Atualmente por causa da artrite ou reumatismo o(a) Sr(a) faz algum outro tratamento como:	
2.7.9a	Exercício físico?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
2.7.9b	Fisioterapia?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
2.7.9c	Acupuntura?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
2.7.10	No dia a dia, quanto a artrite ou reumatismo limita as suas atividades habituais? <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Não limita 2 <input type="checkbox"/> Um pouco 3 <input type="checkbox"/> Moderadamente 4 <input type="checkbox"/> Intensamente 5 <input type="checkbox"/> Muito intensamente

DEPRESSÃO		
2.8.0	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem depressão?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.9.0
2.8.1	Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez que o médico lhe disse que tinha depressão? <i>*Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele*</i>	__ __ anos 00= Se menos de 1 ano 99 = NS/NR
2.8.2	O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para a depressão?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.8.8
2.8.3	O(a) Sr(a) está usando algum desses remédios?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.8.7
2.8.4	Qual(is)?	*Listar abaixo os remédios*

2.8.4a	Remédio 1	
2.8.4b	Remédio 2	
2.8.4c	Remédio 3	
2.8.5	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.8.6
2.8.5a	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	<input type="checkbox"/> Remédio 1 <input type="checkbox"/> Remédio 2 <input type="checkbox"/> Remédio 3
	Remédio 1:	
2.8.5b	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.8.5c	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 2:	
2.8.5d	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.8.5e	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 3:	
2.8.5f	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.8.5g	Por que ficou sem este remédio?	
2.8.6	Tem algum remédio, que o(a) Sr(a) deveria estar usando, nos últimos 30 dias, para a depressão, e não está?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.8.8 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 2.8.8
2.8.7	Qual(is) os remédios que o(a) Sr(a) deveria estar usando e não está?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>
2.8.7a	Remédio 4	
2.8.7b	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.8.7c	Remédio 5	
2.8.7d	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.8.7e	Remédio 6	
2.8.7f	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.8.8	Atualmente o(a) Sr(a) faz algum tipo de terapia não medicamentosa para tratar a depressão?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.8.9
2.8.8a	Qual?	
2.8.9	No dia a dia, quanto a depressão limita as suas atividades habituais? <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Não limita 2 <input type="checkbox"/> Um pouco 3 <input type="checkbox"/> Moderadamente 4 <input type="checkbox"/> Intensamente 5 <input type="checkbox"/> Muito intensamente

OUTRA DOENÇA COM MAIS DE 6 MESES DE DURAÇÃO		
2.9.0	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem alguma outra doença com mais de seis meses de duração?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 2.9.28
2.9.1	Quais?	<i>*Listar abaixo as doenças*</i>
2.9.1a	Doença 1	
2.9.1b	Doença 2	
2.9.1c	Doença 3	
	Doença 1:	

2.9.2	Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez que o médico lhe disse que tinha _____? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	__ __ anos 00= Se menos de 1 ano 99 = NS/NR
2.9.3	O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para _____?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.9.10
2.9.4	O(a) Sr(a) está usando algum desses remédios?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.9.9
2.9.5	Qual(is)?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>
2.9.5a	Remédio 1	
2.9.5b	Remédio 2	
2.9.5c	Remédio 3	
2.9.6	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.9.8 9 [] NS/NR => Passe para 2.9.8
2.9.7a	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	[] Remédio 1 [] Remédio 2 [] Remédio 3
	Remédio 1:	
2.9.7b	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.9.7c	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 2:	
2.9.7d	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.9.7e	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 3:	
2.9.7f	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.9.7g	Por que ficou sem este remédio?	
2.9.8	Tem algum remédio, que o(a) Sr(a) deveria estar usando, nos últimos 30 dias, para _____, e não está?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.9.10 9 [] NS/NR => Passe para 2.9.10
2.9.9	Qual(is) os remédios que o(a) Sr(a) deveria estar usando e não está?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>
2.9.9a	Remédio 4	
2.9.9b	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.9.9c	Remédio 5	
2.9.9d	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.9.9e	Remédio 6	
2.9.9f	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.9.10	No dia a dia, quanto o(a) _____ limita as suas atividades habituais? <i>*Ler as alternativas*</i>	1 [] Não limita 2 [] Um pouco 3 [] Moderadamente 4 [] Intensamente 5 [] Muito intensamente
	Doença 2:	
2.9.11	Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez que o médico lhe disse que tinha _____? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	__ __ anos 00= Se menos de 1 ano 99 = NS/NR

2.9.12	O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para _____?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.9.18
2.9.13	O(a) Sr(a) está usando algum desses remédios?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.9.17
2.9.14	Qual(is)?	*Listar abaixo os remédios*
2.9.14a	Remédio 1	
2.9.14b	Remédio 2	
2.9.14c	Remédio 3	
2.9.15	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem algum desses remédios por algum tempo?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.9.16 9 [] NS/NR => Passe para 2.9.16
2.9.15a	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	[] Remédio 1 [] Remédio 2 [] Remédio 3
	Remédio 1:	
2.9.15b	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.9.15c	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 2:	
2.9.15d	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.9.15e	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 3:	
2.9.15f	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.9.15g	Por que ficou sem este remédio?	
2.9.16	Tem algum remédio, que o(a) Sr(a) deveria estar usando, nos últimos 30 dias, para _____, e não está?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.9.18
2.9.17	Qual(is) os remédios que o(a) Sr(a) deveria estar usando e não está?	*Listar abaixo os remédios*
2.9.17a	Remédio 4	
2.9.17b	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.9.17c	Remédio 5	
2.9.17d	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.9.17e	Remédio 6	
2.9.17f	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.9.18	No dia a dia, quanto o(a) _____ limita as suas atividades habituais? <i>*Ler as alternativas*</i>	1 [] Não limita 2 [] Um pouco 3 [] Moderadamente 4 [] Intensamente 5 [] Muito intensamente
	Doença 3:	
2.9.19	Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez que o médico lhe disse que tinha _____? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	__ __ anos 00= Se menos de 1 ano 99 = NS/NR
2.9.20	O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para _____?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.9.27
2.9.21	O(a) Sr(a) está usando algum desses remédios?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.9.26
2.9.22	Qual(is)?	*Listar abaixo os remédios*

2.9.22a	Remédio 1	
2.9.22b	Remédio 2	
2.9.22c	Remédio 3	
2.9.23	Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) ficou sem usar algum desses remédios por algum tempo?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.9.25 9 [] NS/NR => Passe para 2.9.25
2.9.24a	Qual(is)? <i>*Preencha os campos correspondentes aos remédios que o entrevistado relatou que deixou de tomar*</i>	<input type="checkbox"/> Remédio 1 <input type="checkbox"/> Remédio 2 <input type="checkbox"/> Remédio 3
	Remédio 1:	
2.9.24b	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.9.24c	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 2:	
2.9.24d	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.9.24e	Por que ficou sem este remédio?	
	Remédio 3:	
2.9.24f	Por quanto tempo?	__ __ dias 99 = NS/NR
2.9.24g	Por que ficou sem este remédio?	
2.9.25	Tem algum remédio, que o(a) Sr(a) deveria estar usando, nos últimos 30 dias, para _____, e não está?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.9.27 9 [] NS/NR => Passe para 2.9.27
2.9.26	Qual(is) os remédios que o(a) Sr(a) deveria estar usando e não está?	*Listar abaixo os remédios*
2.9.26a	Remédio 4	
2.9.26b	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.9.26c	Remédio 5	
2.9.26d	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.9.26e	Remédio 6	
2.9.26f	Por que ficou sem usar este remédio?	
2.9.27	No dia a dia, quanto o(a) _____ limita as suas atividades habituais? <i>*Ler as alternativas*</i>	1 [] Não limita 2 [] Um pouco 3 [] Moderadamente 4 [] Intensamente 5 [] Muito intensamente

2.9.28	Total de remédios citados para o tratamento das doenças crônicas: <i>*Preencher sem perguntar*</i>	__ __ => Se "zero", passe para 2.9.30
--------	--	---

2.9.29	Algum dos remédios, que o(a) Sr(a) usa para o tratamento das doenças citadas, causa problema(s) de saúde para o(a) Sr(a)?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 2.9.30 9 [] NS/NR => Passe para 2.9.30
2.9.29a	Qual(is) remédio(s)? <i>*Anotar todos os remédios relatados pelo entrevistado*</i>	
2.9.29b	Qual(is) problema(s)? <i>*Anotar todos os problemas relatados pelo entrevistado*</i>	

ATENDIMENTOS EM EMERGÊNCIA E INTERNAÇÕES		
2.9.30	Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) precisou ser atendido(a) em alguma emergência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não => Passe para questão 2.9.33 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para questão 2.9.33
2.9.31	Quantas vezes?	<input type="checkbox"/> Uma única vez <input type="checkbox"/> Duas vezes <input type="checkbox"/> Três vezes <input type="checkbox"/> Quatro ou mais vezes <input type="checkbox"/> NS/NR
2.9.32	Qual foi o motivo deste(s) atendimento(s)? <i>*Anotar todos os motivos relatados pelo entrevistado*</i>	
2.9.33	Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) precisou ser internado(a) em hospital?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não => Encerre o bloco. <input type="checkbox"/> NS/NR => Encerre o bloco.
2.9.34	Quantas vezes?	<input type="checkbox"/> Uma única vez <input type="checkbox"/> Duas vezes <input type="checkbox"/> Três vezes <input type="checkbox"/> Quatro ou mais vezes <input type="checkbox"/> NS/NR
2.9.35	Qual foi o motivo desta(s) internação(ões)? <i>*Anotar todos os motivos relatados pelo entrevistado*</i>	

***Se entrevistado citar o uso de remédios, preencher a tabela de remédios de uso crônico.**

Se entrevistado não tiver doença crônica passe para 4.1*

GUIA PARA PREENCHIMENTO - TABELA DE REMÉDIOS DE USO CRÔNICO -			
MC.1	Para o tratamento de qual doença o(a) entrevistado(a) utiliza este remédio:	1 - Hipertensão 2 - Diabetes 3 - Doenças do coração 4 - Colesterol alto 5 - AVC 6 - Asma, bronquite, (DPBOC) 7 - Artrite ou reumatismo 8 - Depressão	Outras doenças crônicas 9 - Doença 1 10 - Doença 2 11 - Doença 3
MC.2	Tem alguma embalagem? <i>*Considere como embalagem apenas a caixa do medicamento*</i>	1 - Sim 2 - Não	
MC.3	O remédio é genérico? (Tarja amarela com G, Lei 9787)		1 - Sim 2 - Não 9 - NS/NR
MC.4	Data de validade	__ _ / __ _ __ _ __ mês/ano 99 - NS/NR	
MC.5	Forma Farmacêutica	1 - Comprimido ou pastilha, cápsula, drágea 2 - Comprimido revestido ou de liberação prolongada 3 - Xarope ou solução oral 4 - Injetável 5 - Pomada, creme, gel, spray para pele, loção 6 - Supositório 7 - Vaginais 8 - Adesivos 9 - Aerossol, bombinha, nebulização, spray 10 - Colírio 11 - Medicamento para o ouvido 12 - Produto natural (remédios caseiros, chá, planta, erva, garrafada) 13 - Homeopatia 14 - Outros 99 - NS/NR	
MC.6	Qual é a concentração deste remédio?	__ _ __ _ __ _ __ *Desconsiderar as unidades de concentração, anotar apenas os números* 99 - NS/NR	
MC.7	Quantas unidades o(a) Sr(a) usa por vez?	__ _ comprimidos/jatos/gotas ou outra unidade	
MC.8	Quantas vezes?	Anotar o número de vezes	1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano
		77 - Sempre que sente os sintomas da doença 88 - Tantas quanto necessário 99 - NS/NR	
MC.9	Há quanto tempo está usando?	__ _ _	1 - Dias 2 - Semanas 3 - Meses 4 - Anos
MC.10	Na última semana, ou mês, quantas vezes esqueceu de tomar algum comprimido/cápsula/dose/jato?	__ _ vezes 88 - nenhuma vez	1 - Semanas 2 - Meses
MC.11	Como este remédio funciona para o(a) Sr(a)?	1 - Bem 2 - Mais ou menos 3 - Não muito bem	
MC.12	Conseguir este remédio é: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 - Muito difícil 2 - Um pouco difícil 3 - Não é difícil 4 - Não soube responder	
MC.13	Este remédio foi pago?	1 - Não => Passe para MC.16 2 - Sim 9 - NS/NR	
MC.14	Onde comprou?	1 - Programa Farmácia Popular 2 - Farmácia Comercial 3 - Outro 9 - NS/NR	
MC.15	Quanto custou este remédio? <i>*Encerre a ficha*</i>	R\$ __ . __ _ __ , __ _ __ 99 - NS/NR	
MC.16	Onde obteve?	1 - SUS 2 - Programa Farmácia Popular 3 - Amostra grátis 4 - Instituição de caridade/Igreja 5 - Amigos, parentes ou vizinhos 6 - Outro 9 - NS/NR	

GUIA DE CÓDIGOS
TABELA DE REMÉDIOS DE USO CRÔNICO

MC.1 - Para o tratamento de qual doença o(a) Sr(a) utiliza este remédio?

- 1 - Hipertensão
- 2 - Diabetes
- 3 - Doenças do coração
- 4 - Colesterol alto
- 5 - AVC
- 6 - Asma, bronquite, enfisema (DPBOC)
- 7 - Artrite ou reumatismo
- 8 - Depressão
- Outras doenças crônicas:**
- 9 - Doença 1
- 10 - Doença 2
- 11 - Doença 3

MC.11 – Como este remédio funciona para o(a) Sr(a)?

- 1 – Bem
- 2 – Mais ou menos
- 3 – Não muito bem

MC.12 – Conseguir este remédio é:

Ler as alternativas

- 1 - Muito difícil
- 2 - Um pouco difícil
- 3 - Não é difícil
- 4 - Não soube responder

MC.5 – Forma farmacêutica:

- 1 - Comprimido ou pastilha, cápsula, drágea
- 2 - Comprimido revestido ou de liberação prolongada
- 3 - Xarope ou solução
- 4 - Injetável
- 5 - Pomada, creme, gel, spray para pele, loção
- 6 - Suposório
- 7 - Vaginais
- 8 - Adesivos
- 9 - Aerossol, bombinha, nebulização
- 10 - Colírio
- 11 - Medicamento para o ouvido
- 12 - Produto natural (remédios caseiros, chá, planta, erva, garrafada)
- 13 - Homeopatia
- 14 - Outros
- 99 - NS/NR

MC.14 – Onde comprou?

- 1 - Programa Farmácia Popular
- 2 - Farmácia Comercial
- 3 - Outro
- 9 - NS/NR

MC.16 – Onde obteve?

- 1 - SUS
- 2 - Programa Farmácia Popular
- 3 - Amostra grátis
- 4 - Instituição de caridade/Igreja
- 5 - Amigos, parentes ou vizinhos
- 6 - Outro
- 9 - NS/NR

TABELA DE REMÉDIOS DE USO CRÔNICO

IA03 – SERVIÇOS DE SAÚDE

Agora, preciso de mais algumas informações sobre o tratamento dessa(s) doença(s).

NOS CASOS EM QUE A PESSOA TEM <u>UMA</u> DOENÇA (SE MAIS DE UMA => Passe para 3.9)		
3.1	O(a) Sr(a) visita o médico ou serviço de saúde regularmente por causa dessa doença?	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim => Passe para a 3.3 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
3.2	Por que o(a) Sr(a) não visita o médico ou serviço de saúde regularmente por causa dessa doença?	<ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/> O serviço de saúde é muito distante => Passe para a 3.3 - <input type="checkbox"/> O tempo de espera no serviço público de saúde é muito grande => Passe para a 3.3 - <input type="checkbox"/> O tempo de espera no plano de saúde é muito grande => Passe para a 3.3 - <input type="checkbox"/> O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou doméstico => Passe para a 3.3 - <input type="checkbox"/> Tem dificuldades financeiras => Passe para a 3.3 - <input type="checkbox"/> O plano de saúde não cobre as consultas => Passe para a 3.3 - <input type="checkbox"/> Não acha necessário => Passe para a 3.3 - <input type="checkbox"/> Não sabe quem procurar ou aonde ir => Passe para a 3.3 - <input type="checkbox"/> Outra - <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para a 3.3
3.2a	Qual?	
3.3	O médico que cuida desta doença é sempre o mesmo?	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim => Passe para 3.5 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
3.4	Algum dos médicos que cuidam desta doença é do SUS?	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim => Passe para 3.7 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 3.8 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 3.8</p>
3.5	Qual a especialidade deste médico?	<p>1 <input type="checkbox"/> Geriatra => Passe para 3.6 2 <input type="checkbox"/> Clínico Geral => Passe para 3.7 3 <input type="checkbox"/> Médico da Família => Passe para 3.7 4 <input type="checkbox"/> Cardiologista => Passe para 3.7 5 <input type="checkbox"/> Endocrinologista => Passe para 3.7 6 <input type="checkbox"/> Psiquiatra => Passe para 3.7 7 <input type="checkbox"/> Reumatologista => Passe para 3.7 8 <input type="checkbox"/> Pneumologista => Passe para 3.7 9 <input type="checkbox"/> Outro 99 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 3.7</p>
3.5a	Qual?	
3.6	Este médico é: *Ler as alternativas*	<p>1 <input type="checkbox"/> Do SUS 2 <input type="checkbox"/> Do convênio => Passe para 3.8 3 <input type="checkbox"/> Particular => Passe para 3.8</p>
3.7	Em que lugar este médico lhe atende?	
3.8	Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) consultou este(s) médico(s)? => Passe para 4.0.	<p>1 <input type="checkbox"/> no último mês 2 <input type="checkbox"/> de 1 mês a 6 meses 3 <input type="checkbox"/> mais de 6 meses a 1 ano 4 <input type="checkbox"/> mais de 1 ano a 5 anos 5 <input type="checkbox"/> mais de 5 anos 9 <input type="checkbox"/> NS/NR</p>

NOS CASOS EM QUE A PESSOA TEM <u>MAIS DE UMA</u> DOENÇA		
3.9	O(a) Sr(a) visita o médico ou serviço de saúde regularmente por causa dessas doenças?	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim => Passe para a questão 3.11 2 <input type="checkbox"/> Não</p>
3.10	Por que o(a) Sr(a) não visita o médico ou serviço de saúde regularmente por causa dessas doenças?	<ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/> O serviço de saúde é muito distante => Passe para a questão 3.11 - <input type="checkbox"/> O tempo de espera no serviço público de saúde é muito grande => Passe para a questão 3.11 - <input type="checkbox"/> O tempo de espera no plano de saúde é muito grande => Passe para a questão 3.11 - <input type="checkbox"/> O horário de funcionamento do serviço de saúde é incompatível com suas atividades de trabalho ou doméstico => Passe para a questão 3.11 - <input type="checkbox"/> Tem dificuldades financeiras => Passe para a questão 3.11 - <input type="checkbox"/> O plano de saúde não cobre as consultas => Passe para a questão 3.11 - <input type="checkbox"/> Não acha necessário => Passe para a questão 3.11 - <input type="checkbox"/> Não sabe quem procurar ou aonde ir => Passe para a questão 3.11 - <input type="checkbox"/> Outra - <input type="checkbox"/> NS/NR
3.10a	Qual?	
3.11	O(a) Sr(a) tem só um médico que cuida de todas as suas doenças?	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 3.15 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 3.15</p>
3.12	Qual a especialidade deste médico?	<p>1 <input type="checkbox"/> Geriatra => Passe para 3.13 2 <input type="checkbox"/> Clínico Geral => Passe para 3.13 3 <input type="checkbox"/> Médico da Família => Passe para 3.13 4 <input type="checkbox"/> Cardiologista => Passe para 3.13 5 <input type="checkbox"/> Endocrinologista => Passe para 3.13 6 <input type="checkbox"/> Psiquiatra => Passe para 3.13 7 <input type="checkbox"/> Reumatologista => Passe para 3.13 8 <input type="checkbox"/> Pneumologista => Passe para 3.13 9 <input type="checkbox"/> Outro 99 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 3.13</p>
3.12a	Qual?	
3.13	Este médico é: *Ler as alternativas*	<p>1 <input type="checkbox"/> Do SUS 2 <input type="checkbox"/> Do convênio => Passe para 3.19 3 <input type="checkbox"/> Particular => Passe para 3.19</p>
3.14	Em que lugar este médico lhe atende?	<p>99 = NS/NR => Passe para 3.19</p>
3.15	O(a) Sr(a) tem um médico para cada uma das doenças?	<p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 3.18 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 3.18</p>

3.16	Quais as especialidades destes médicos?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Geriatra => Passe para 3.17 <input type="checkbox"/> Clínico Geral => Passe para 3.17 <input type="checkbox"/> Médico da Família => Passe para 3.17 <input type="checkbox"/> Cardiologista => Passe para 3.17 <input type="checkbox"/> Endocrinologista => Passe para 3.17 <input type="checkbox"/> Psiquiatra => => Passe para 3.17 <input type="checkbox"/> Reumatologista => Passe para 3.17 <input type="checkbox"/> Pneumologista => Passe para 3.17 <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 3.17
3.16a	Qual(is)?	
3.17	Algum destes médicos é: <i>*Ler as alternativas*</i>	
3.17a	Particular?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
3.17b	Do convênio?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
3.17c	Do SUS?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 3.19 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 3.19
3.18	De todos os lugares onde o(a) Sr(a) recebe atendimento para estas doenças, qual é o que o(a) Sr(a) mais utiliza?	
3.19	Quando foi a última vez que o(a) Sr(a) consultou este(s) médico(s)? => Passe para 4.0.	1 <input type="checkbox"/> no último mês 2 <input type="checkbox"/> de 1 mês a 6 meses 3 <input type="checkbox"/> mais de 6 meses a 1 ano 4 <input type="checkbox"/> mais de 1 ano a 5 anos 5 <input type="checkbox"/> mais de 5 anos 9 <input type="checkbox"/> NS/NR

IA04 – REMÉDIOS DE USO EVENTUAL

Agora, vamos voltar a falar sobre remédios.

	Entrevistados que apresentaram alguma doença crônica:	
4.0	Além dos remédios já citados, o(a) Sr(a) usou algum outro remédio nos últimos 15 dias, para: *Passe para 4.2*	
	Entrevistados que não apresentaram doenças crônicas:	
4.1	Nos últimos 15 dias, usou algum remédio para:	
4.2	Infecção?	<p>1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 4.3 9 [] NS/NR => Passe para 4.3</p>
4.2a	Qual o local da infecção?	<p>- [] Vias respiratórias => Passe para 4.2c - [] Pele => Passe para 4.2c - [] Trato urinário => Passe para 4.2c - [] Outro - [] NS/NR => Passe para 4.2c</p>
4.2b	Qual?	
4.2c	Remédio 01	
4.2d	Remédio 02	
4.2e	Remédio 03	
4.3	Para dormir ou para os nervos?	<p>1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 4.4 9 [] NS/NR => Passe para 4.4</p>
4.3a	Remédio 01	
4.3b	Remédio 02	
4.3c	Remédio 03	
4.4	Problemas no estômago ou intestino?	<p>1 [] Sim 2 [] Não=> Passe para 4.5 9 [] NS/NR => Passe para 4.5</p>
4.4a	Remédio 01	
4.4b	Remédio 02	
4.4c	Remédio 03	
4.5	Febre?	<p>1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 4.6 9 [] NS/NR => Passe para 4.6</p>
4.5a	Remédio 01	
4.5b	Remédio 02	
4.5c	Remédio 03	
4.6	Dor?	<p>1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 4.7 9 [] NS/NR => Passe para 4.7</p>

4.6a	Qual é o local da dor?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cabeça => Passe para 4.6c <input type="checkbox"/> Costas => Passe para 4.6c <input type="checkbox"/> Cólica menstrual => Passe para 4.6c <input type="checkbox"/> Muscular => Passe para 4.6c <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 4.6c
4.6b	Qual?	
4.6c	Remédio 01	
4.6d	Remédio 02	
4.6e	Remédio 03	
4.7	Gripe, resfriado ou rinite alérgica	<ul style="list-style-type: none"> 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 4.8 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 4.8
4.7a	Remédio 01	
4.7b	Remédio 02	
4.7c	Remédio 03	
4.8	Nos últimos 15 dias, o(a) Sr(a) utilizou alguma vitamina, suplemento de minerais, estimulante de apetite ou tônico?	<ul style="list-style-type: none"> 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 4.9 9 <input type="checkbox"/> NS/NR=> Passe para 4.9
4.8a	Remédio 01	
4.8b	Por que usou este remédio?	
4.8c	Remédio 02	
4.8d	Por que usou este remédio?	
4.8e	Remédio 03	
4.8f	Por que usou este remédio?	
4.9	Nos últimos 15 dias, o(a) Sr(a) utilizou algum outro remédio? (Se mulher entre 15-49 anos, não considerar contraceptivos)	<ul style="list-style-type: none"> 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 4.10 9 <input type="checkbox"/> NS/NR=> Passe para 4.10
4.9a	Remédio 01	
4.9b	Por que usou este remédio?	
4.9c	Remédio 02	
4.9d	Por que usou este remédio?	
4.9e	Remédio 03	
4.9f	Por que usou este remédio?	
	Total de medicamentos 15 dias <i>*Preencher sem perguntar*</i>	__ __
4.10	Tem algum remédio que, nos últimos 15 dias, o(a) Sr(a) deveria ter tomado e não tomou?	<ul style="list-style-type: none"> 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Encerre o bloco.
4.11	Qual(is) os remédios que o(a) Sr(a) deveria estar usando e não está?	<i>*Listar abaixo os remédios*</i>
4.11a	Remédio 4	
4.11b	Por que ficou sem usar este remédio?	
4.11c	Remédio 5	
4.11d	Por que ficou sem usar este remédio?	
4.11e	Remédio 6	
4.11f	Por que ficou sem usar este remédio?	

**Se citado o uso de algum remédio utilizados nos últimos 15 dias,
preencher a ficha de remédios de uso eventual**

**Se não citado o uso de remédios nos últimos 15 dias e a entrevistada for mulher
entre 15 e 49 anos, passe para 5.1, se entrevistada fora desta faixa etária ou homem,
passe para 6.1**

GUIA PARA PREENCHIMENTO – TABELA DE REMÉDIOS UTILIZADOS NOS ÚLTIMOS 15 DIAS -		
ME.1	Qual o motivo que levou o(a) entrevistado(a) a utilizar este remédio:	1 - Infecção 2 - Para dormir ou para os nervos 3 - Problemas no estômago ou intestino 4 - Febre 5 - Dor 6 - Gripe, resfriado ou rinite alérgica 7 - Vitaminas, suplementos, estimulantes de apetite ou tónicos 8 - Outros
ME.2	Tem alguma embalagem? <i>*Considere como embalagem: apenas a caixa do medicamento*</i>	1 - Sim 2 - Não
ME.3	O remédio é genérico? (Tarja amarela com G, Lei 9787)	 1 - Sim 2 - Não 9 - NS/NR
ME.4	Data de validade	__ _ / __ _ / __ _ mês/ano 99 - NS/NR
ME.5	Forma Farmacêutica	1 - Comprimido ou pastilha, cápsula, drágea 2 - Comprimido revestido ou de liberação prolongada 3 - Xarope ou solução oral 4 - Injetável 5 - Pomada, creme, gel, spray 6 - Supositório 7 - Vaginais 8 - Adesivos 9 - Aerossol, bombinha, nebulização, spray 10 - Colírio 11 - Medicamento para o ouvido 12 - Produto natural (remédios caseiros, chá, planta, erva, garrafada) 13 - Homeopatia 14 - Outros 99 - NS/NR
ME.6	Qual é a concentração deste remédio?	__ _ / __ _ / __ _ <i>*Desconsiderar as unidades de concentração, anotar apenas os números*</i> 99 - NS/NR
ME.7	É a primeira vez que o(a) Sr(a) usa este remédio?	1 - Sim 2 - Não
ME.8	Quem indicou este remédio para o(a) Sr(a)?	1 - Médico ou dentista 2 - Farmacêutico 3 - Outro profissional de saúde 4 - Por conta própria 5 - Parente, amigo ou vizinho 6 - Esposo(a) ou companheiro(a) 7 - Balconista da farmácia 8 - Outro
<i>Nos últimos 15 dias:</i>		
ME.9	Quantas vezes por dia o(a) Sr(a) usou este remédio?	__ _ vezes 88 - Tantas quanto necessário 99 - NS/NR
ME.10	Quantas unidades o(a) Sr(a) usou em cada vez?	__ _ comprimidos/jatos/gotas ou outra unidade 99 - NS/NR
ME.11	Quanto tempo vai durar o tratamento?	__ _ dias 44 - Tomou apenas uma vez 55 - Até melhorar/curar 66 - Não vai mais tomar/Tomou até melhorar 77 - Sempre que voltarem os sintomas 88 - Para sempre 99 - NS/NR
ME.12	Para o(a) Sr(a), conseguir este remédio foi: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 - Muito difícil 2 - Um pouco difícil 3 - Não foi difícil 9 - NS/NR
ME.13	O(a) Sr(a) pagou por este remédio?	1 - Sim 2 - Não => Passe para ME.16 9 - NS/NR
ME.14	Onde comprou?	1 - Programa Farmácia Popular 2 - Farmácia Comercial 3 - Outro 9 - NS/NR
ME.15	Quanto custou este remédio? Passe para ME.17	R\$ __ _ . __ _ . __ _ . __ _ 99-NS/NR <i>=>Passe para ME.17</i>
ME.16	Onde obteve?	1 - SUS 2 - Programa Farmácia Popular 3 - Amostra grátis 4 - Instituição de caridade e/ou ONG 5 - Amigos, parentes ou vizinhos 6 - Outro 9 - NS/NR
ME.17	O(A) Sr(a) já indicou este medicamento para outra pessoa com o mesmo problema de saúde?	1 - Sim 2 - Não 3 - Primeiro uso 9 - NS/NR

GUIA DE CÓDIGOS
TABELA DE REMÉDIOS UTILIZADOS NOS
ÚLTIMOS 15 DIAS

ME.1 - Qual o motivo que levou o(a) entrevistado(a) a utilizar este(s) remédio(s)?

- 1 - Infecção
- 2 - Para dormir ou para os nervos
- 3 - Problemas no estômago ou intestino
- 4 - Febre
- 5 - Dor
- 6 - Gripe, resfriado ou rinite alérgica
- 7 - Vitaminas, estimulantes do apetite, suplementos ou tónicos
- 8 - Outros

ME.11 - Por quantos dias o(a) Sr(a) ainda vai tomar este(s) remédio (s)?

Anotar o número de dias

- 44 - Tomou apenas uma vez
- 55 - Até melhorar/curar
- 66 - Não vai mais tomar/Tomou até melhorar
- 77 - Vai retomar o tratamento sempre que voltarem os sintomas
- 88 - Para sempre
- 99 - NS/NR

ME.5 - Forma farmacêutica:

- 1 - Comprimido ou pastilha, cápsula, drágea
- 2 - Comprimido revestido ou de liberação prolongada
- 3 - Xarope ou solução
- 4 - Injetável
- 5 - Pomada, creme, gel, spray para pele, loção
- 6 - Supositório
- 7 - Vaginais
- 8 - Adesivos
- 9 - Aerossol, bombinha, nebulização
- 10 - Colírio
- 11 - Medicamento para o ouvido
- 12 - Produto natural (remédios caseiros, chá, planta, erva, garrafada)
- 13 - Homeopatia
- 14 - Outros
- 99 - NS/NR

ME.12 - Para o(a) Sr(a), conseguir este(s) remédio (s) foi:

Ler as alternativas

- 1 - Muito difícil
- 2 - Um pouco difícil
- 3 - Não foi difícil
- 9 - NS/NR

ME.14 - Onde comprou?

- 1 - Programa Farmácia Popular
- 2 - Farmácia Comercial
- 3 - Outro
- 9 - NS/NR

ME.8 - Quem indicou este(s) remédio (s) para o(a) Sr(a)?

- 1 - Médico ou dentista
- 2 - Farmacêutico
- 3 - Outro profissional de saúde
- 4 - Por conta própria
- 5 - Parente, amigo ou vizinho
- 6 - Esposo(a) ou companheiro(a)
- 7 - Balconista da farmácia
- 8 - Outro

ME.16 - Onde obteve?

- 1 - SUS
- 2 - Programa Farmácia Popular
- 3 - Amostra grátis
- 4 - Instituição de caridade e/ou ONG
- 5 - Amigos, parentes ou vizinhos
- 6 - Outro
- 9 - NS/NR

ME.17 - O(A) Sr(a) já indicou este(s) remédio (s) para outra pessoa com o mesmo problema de saúde?

- 1 - Sim
- 2 - Não
- 3 - Primeiro uso
- 4 - NS/NR

IB05-CONTRACEPTIVOS

Agora vamos voltar a falar sobre a sua saúde.

Apenas para mulheres entre 15 e 49 anos de idade			
5.1	A Sra está grávida no momento?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 5.2 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 5.2	
5.1a	A Sra está grávida de quanto tempo? => Encerre o bloco	__ __ 99 – NS/NR	1 <input type="checkbox"/> Semana(s) 2 <input type="checkbox"/> Mês(s)
5.2	A Sra está amamentando no momento?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR	
5.3	A Sra está usando alguma pílula anticoncepcional para não engravidar?	1 <input type="checkbox"/> Sim => Passe para 5.4 2 <input type="checkbox"/> Não	
5.3a	A Sra usa alguma injeção para não engravidar?	1 <input type="checkbox"/> Sim => Passe para 5.11 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 5.26	
Pílula:			
5.4	Quem lhe indicou esta pílula?	1 <input type="checkbox"/> Médico/Ginecologista 2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro 3 <input type="checkbox"/> Farmacêutico 4 <input type="checkbox"/> Outro profissional da saúde 5 <input type="checkbox"/> Balconista da farmácia 6 <input type="checkbox"/> Amigo(a) 7 <input type="checkbox"/> Parceiro ou namorado 8 <input type="checkbox"/> Tomou por conta própria 9 <input type="checkbox"/> NS/NR	
5.5	A Sra tem alguma embalagem?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 5.7	
5.6	Anote o nome do contraceptivo:		
5.7	Qual o nome da pílula que a Sra utiliza?		
5.8	No último mês, a Sra deixou de tomar a pílula por algum dia?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 5.9	
5.8a	Por quê?	1 <input type="checkbox"/> Por problema de saúde => Passe para 5.10 2 <input type="checkbox"/> Porque ficou sem a pílula => Passe para 5.10 3 <input type="checkbox"/> Porque esqueceu de tomar => Passe para 5.9 4 <input type="checkbox"/> Porque não teve atividade sexual => Passe para 5.10 5 <input type="checkbox"/> Porque estava no intervalo entre cartelas => Passe para 5.10 6 <input type="checkbox"/> Porque não é necessário tomar diariamente (além do intervalo entre cartelas) => Passe para 5.10 7 <input type="checkbox"/> Porque não teve dinheiro para comprar => Passe para 5.10 8 <input type="checkbox"/> Outro	

5.8b	Se outro, anote o motivo:	=> Passe para 5.10
5.9	Na ÚLTIMA VEZ em que esqueceu de tomar a pílula...	
5.9a	A Sra continuou tomando normalmente (sem tomar a pílula que esqueceu)?	1 [] Sim => Passe para 5.9e 2 [] Não
5.9b	A Sra tomou 2 pílulas no outro dia, no horário de sempre?	1 [] Sim => Passe para 5.9e 2 [] Não
5.9c	A Sra tomou a pílula esquecida assim que lembrou?	1 [] Sim => Passe para 5.9e 2 [] Não
5.9d	A Sra encerrou a cartela?	1 [] Sim 2 [] Não
5.9e	A Sra tomou algum outro cuidado para não engravidar?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 5.17 3 [] Não foi necessário pois não manteve relações sexuais no período => Passe para 5.17 9 [] NS/NR => Passe para 5.17
5.9f	Qual foi o cuidado que a Sra tomou? *Considere o menor pulo*	- [] Pílula do dia seguinte => Passe para 5.17 - [] Preservativo (camisinha) => Passe para 5.17 - [] Diafragma => Passe para 5.17 - [] Evitou relações sexuais até vir a menstruação => Passe para 5.17 - [] Outro - [] NS/NR => Passe para 5.17
5.9g	Se outro, anote o motivo:	=> Passe para 5.17
5.10	Algumas vezes, as mulheres esquecem de tomar a pílula. Isso já aconteceu com a Sra?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 5.17
5.10a	Na ÚLTIMA VEZ em que esqueceu de tomar a pílula...	
5.10b	A Sra continuou tomando normalmente (sem tomar a pílula esquecida)?	1 [] Sim => Passe para 5.10f 2 [] Não
5.10c	A Sra tomou a pílula esquecida assim que lembrou?	1 [] Sim => Passe para 5.10f 2 [] Não
5.10d	A Sra tomou 2 pílulas no outro dia, no horário de sempre?	1 [] Sim => Passe para 5.10f 2 [] Não
5.10e	A Sra encerrou a cartela?	1 [] Sim 2 [] Não
5.10f	A Sra tomou algum outro cuidado para não engravidar?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 5.17 3 [] Não foi necessário pois não manteve relações sexuais no período => Passe para 5.17 9 [] NS/NR => Passe para 5.17

5.10g	Qual foi o cuidado que a Sra tomou?	1 [] Pílula do dia seguinte => Passe para 5.17 2 [] Preservativo (camisinha) => Passe para 5.17 3 [] Diafragma => Passe para 5.17 4 [] Evitou relações sexuais até vir a menstruação => Passe para 5.17 5 [] Outro 9 [] NS/NR => Passe para 5.17
5.10h	Se outro, anote o motivo:	=> Passe para 5.17

Contraceptivos injetáveis:		
5.11	Quem lhe indicou esta injeção?	1 [] Médico 2 [] Enfermeiro 3 [] Farmacêutico 4 [] Outro profissional da saúde 5 [] Balconista da farmácia 6 [] Amigo(a) 7 [] Parceiro ou namorado 8 [] Tomou por conta própria 9 [] NS/NR
5.12	Tem alguma receita, embalagem ou bula?	1 [] Sim 2 [] Não
5.13	Qual o nome do contraceptivo?	
5.14	A Sra sabe a data em que tomou a injeção pela última vez?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 5.15 9 [] NS/NR => Passe para 5.15
5.14a	Anotar a data: <i>*Considerar data aproximada declarada*</i>	__ __ / __ __ (dd/mm)
5.15	No último ano, a Sra deixou de tomar a injeção por algum tempo?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 5.17
5.15a	Por quê?	1 [] Por problema de saúde => Passe para 5.16 2 [] Porque ficou sem a pílula => Passe para 5.16 3 [] Porque esqueceu de tomar => Passe para 5.16 4 [] Porque não teve atividade sexual => Passe para 5.16 5 [] Porque estava no intervalo entre cartelas => Passe para 5.16 6 [] Porque não é necessário tomar diariamente (além do intervalo entre cartelas) => Passe para 5.16 7 [] Porque não teve dinheiro para comprar => Passe para 5.16 8 [] Outro
5.15b	Se outro, anote o motivo:	

5.16	Quando deixou de tomar a injeção, a Sra tomou algum outro cuidado para não engravidar?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 5.17 3 [] Não foi necessário pois não manteve relações sexuais no período => Passe para 5.17 9 [] NS/NR => Passe para 5.17
5.16a	Qual foi o cuidado que a Sra tomou?	1 [] Pílula do dia seguinte => Passe para 5.17 2 [] Preservativo (camisinha) => Passe para 5.17 3 [] Diafragma => Passe para 5.17 4 [] Evitou relações sexuais até vir a menstruação => Passe para 5.17 5 [] Outro 9 [] NS/NR => Passe para 5.17
5.16b	Se outro, anote o motivo:	

Pílula e Contraceptivos Injetáveis:		
5.17	Este anticoncepcional causa problemas de saúde para a Sra? <i>*Ler as alternativas*</i>	1 [] Sim, muitos. 2 [] Sim, um pouco. 3 [] Sim, muito pouco. 4 [] Não, nada => Passe para 5.18 9 [] NS/NR => Passe para 5.18
5.17a	Qual(is) problema(s)?	
5.18	A Sra pagou por este anticoncepcional? <i>*Considerar "SIM" quando entrevistada relatar pagamento com desconto*</i>	1 [] Não => Passe para 5.22 2 [] Sim 9 [] NS/NR => Passe para 5.20
5.19	Onde comprou?	1 [] Farmácia Popular do Brasil=> Passe para 5.26 2 [] Programa Aqui tem Farmácia Popular => Passe para 5.26 3 [] Convênio Empresa => Passe para 5.20 4 [] Plano de Saúde => Passe para 5.20 5 [] Farmácia Comercial => Passe para 5.20 6 [] Outro 9 [] NS/NR => Passe para 5.20
5.19a	Qual?	
5.20	Tentou obter este anticoncepcional no SUS sem pagamento?	1 [] Sim => Passe para 5.21 2 [] Não 9 [] NS/NR => Passe para 5.23
5.20a	Por quê?	- [] Porque nunca pensei nisso - [] Porque não preciso/não quero=> Passe para 5.23 - [] Porque tenho plano de saúde=> Passe para 5.23 - [] Porque é longe=> Passe para 5.23 - [] Porque é demorado=> Passe para 5.23 - [] Porque o atendimento é ruim=> Passe para 5.23 - [] Outro
5.20b	Se outro, qual: => Passe para 5.23	

5.21	Quando procurou o SUS, conseguiu obter? *Passe para 5.24*	1 [] Sim, sempre => Passe para 5.23 2 [] Sim, às vezes => Passe para 5.23 3 [] Não conseguiu 9 [] NS/NR => Passe para 5.23
5.21a	Por quê?	- [] Estava em falta => Passe para 5.23 - [] Não tinha a receita => Passe para 5.23 - [] Precisava de consulta => Passe para 5.23 - [] Foi na unidade/farmácia errada => Passe para 5.23 - [] Outro
5.21b	Se outro, qual:	=> Passe para 5.23
5.22	Onde obteve?	1 [] Unidade pública de saúde => Passe para 5.23 2 [] Unidade hospitalar => Passe para 5.23 3 [] Plano de saúde => Passe para 5.23 4 [] Convênio empresa => Passe para 5.23 5 [] Instituição de caridade e/ou ONG => Passe para 5.23 6 [] Amigos, parentes ou vizinhos => Passe para 5.23 7 [] Amostra grátis => Passe para 5.23 8 [] Outro 9 [] NS/NR => Passe para 5.23
5.22a	Se outo, anote qual:	
5.23	Alguma vez a Sra procurou por este anticoncepcional na Farmácia Popular?	1 [] Sim => Passe para 5.24 2 [] Não 9 [] NS/NR => Passe para 5.26a
5.23a	Por quê?	- [] Porque nunca pensei nisso => Passe para 5.25 - [] Porque não tem na minha cidade => Passe para 5.25 - [] Porque não preciso/não quero => Passe para 5.25 - [] Porque tenho plano de saúde => Passe para 5.25 - [] Porque é longe => Passe para 5.25 - [] Porque é demorado => Passe para 5.25 - [] Porque o atendimento é ruim => Passe para 5.25 - [] Outro
5.23b	Se outro, qual:	=> Passe para 5.25
5.24	Quando procurou a Farmácia Popular, conseguiu obter?	1 [] Sim, sempre => Passe para 5.25 2 [] Sim, às vezes => Passe para 5.25 3 [] Não conseguiu 9 [] NS/NR => Passe para 5.25
5.24a	Por quê?	- [] Porque não está na lista de remédios oferecidos => Passe para 5.25 - [] Porque não tinha a receita => Passe para 5.25 - [] Porque a receita estava vencida => Passe para 5.25 - [] Outro
5.24b	Se outro, qual:	=> Passe para 5.25

5.25	O quanto é difícil para a Sra conseguir este anticoncepcional?	1 [] Muito difícil => Passe para 5.26a 2 [] Um pouco difícil => Passe para 5.26a 3 [] Não é difícil => Passe para 5.26a 9 [] NS/NR => Passe para 5.26a
5.26	A Sra está tomando algum outro cuidado para não engravidar?	1 [] Sim => Passe para 5.26b 2 [] Não => Encerre o bloco
5.26a	Além deste contraceptivo, a Sra toma algum outro cuidado para não engravidar?	1 [] Sim 2 [] Não=> Encerre o bloco
5.26b	Qual o outro cuidado que a Sra toma?	- [] DIU => Passe para 5.27 - [] Diafragma => Passe para 5.27 - [] Preservativo (camisinha) => Passe para 5.27 - [] Ligadura => Encerre o bloco - [] Pílula do dia seguinte => Encerre o bloco - [] Norplant (implante) => Encerre o bloco - [] Adesivo transdérmico => Encerre o bloco - [] Outro
5.26c	Se outro, anote qual:	=> Encerre o bloco
5.27	A Sra pagou pelo _____ (DIU, diafragma ou preservativo)? <i>*Considerar "SIM" quando entrevistada relatar pagamento com desconto*</i>	1 [] Não => Passe para 5.30 2 [] Sim 9 [] NS/NR => Passe para 5.30
5.27a	Onde comprou?	1 [] Farmácia Popular do Brasil => Passe para 5.28 2 [] Programa Aqui tem Farmácia Popular => Passe para 5.28 3 [] Convênio Empresa => Passe para 5.28 4 [] Plano de Saúde => Passe para 5.28 5 [] Farmácia Comercial => Passe para 5.28 6 [] Outro 9 [] NS/NR => Passe para 5.28
5.27b	Qual?	
5.28	Tentou obter o _____ (DIU, diafragma e preservativo) no SUS, sem pagamento?	1 [] Sim => Passe para 5.29 2 [] Não 9 [] NS/NR => Passe para 5.31
5.28a	Por quê?	- [] Porque nunca pensei nisso => Passe para 5.29 - [] Porque não preciso/não quero => Passe para 5.29 - [] Porque tenho plano de saúde=> Passe para 5.29 - [] Porque é longe=> Passe para 5.29 - [] Porque é demorado=> Passe para 5.29 - [] Porque o atendimento é ruim=> Passe para 5.29 - [] Outro
5.28b	Se outro, qual:	=> Passe para 5.29

5.29	Quando procurou o SUS, conseguiu obter?	1 [] Sim, sempre => Passe para 5.31 2 [] Sim, às vezes => Passe para 5.31 3 [] Não 9 [] NS/NR => Passe para 5.31
5.29a	Por quê?	- [] Estava em falta => Passe para 5.30 - [] Não tinha a receita => Passe para 5.30 - [] Precisava de consulta => Passe para 5.30 - [] Foi na unidade/farmácia errada => Passe para 5.30 - [] Outro
5.29b	Se outro, qual:	=> Passe para 5.30
5.30	Onde obteve?	1 [] Unidade pública de saúde => Passe para 5.31 2 [] Unidade hospitalar => Passe para 5.31 3 [] Plano de saúde => Passe para 5.31 4 [] Convênio empresa => Passe para 5.31 5 [] Instituição de caridade e/ou ONG => Passe para 5.31 6 [] Amigos, parentes ou vizinhos => Passe para 5.31 7 [] Amostra grátis => Passe para 5.31 8 [] Outro 9 [] NS/NR => Passe para 5.31
5.30a	Se outro, qual?	
5.31	O quanto é difícil para a Sra conseguir o _____ (DIU, diafragma e preservativo)?	1 [] Muito difícil 2 [] Um pouco difícil 3 [] Não é difícil 9 [] NS/NR

IA06_A – SERVIÇOS DE FARMÁCIA

Agora, vamos falar um pouco sobre os locais onde o(a) Sr(a) consegue os seus remédios.

[As questões sobre serviços de farmácia do SUS devem ser respondidas nos casos em que pelo menos um remédio tenha sido obtido no SUS.]

SERVIÇOS DE FARMÁCIA DO SUS		
6.1	Em qual local o (a) Sr(a) consegue seus remédios sem pagamento?	
6.2	Este local é o mesmo onde o (a) Sr(a) é atendido(a) para tratar seus problemas de saúde?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] As vezes
6.3	Neste local o (a) Sr(a) consegue todos os remédios que precisa?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] As vezes
6.4	Alguma vez faltou algum desses remédios?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 6.6 9 [] NS/NR => Passe para 6.6
6.4a	Com que frequência? <i>*Ler as alternativas*</i>	1 [] Sempre falta 2 [] As vezes falta 3 [] Quase sempre falta 9 [] NS/NR => Passe para 6.6
6.5	Desses remédios, quais costumam faltar?	
6.6	Este local aceita receita de médico particular ou do convênio para retirar os remédios?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] NS/NR
6.7	O remédio pode ser retirado em qualquer dia da semana?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] NS/NR
6.8	Para retirar o(s) remédio(s) precisa participar de algum grupo ou reunião?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] NS/NR
6.9	Chegar neste local é: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 [] Muito difícil 2 [] Um pouco difícil 3 [] Não é difícil 9 [] NS/NR
6.10	Como o(a) Sr(a) vai até este lugar? <i>*Considere o menor pulo*</i>	- [] Caminha => Passe para 6.11 - [] Ônibus/transporte coletivo => Passe para 6.11 - [] Carro, moto ou barco => Passe para 6.11 - [] Outro - [] NS/NR => Passe para 6.11
6.10a	Se outro, qual:	
6.11	Este lugar é longe?	1 [] Sim 2 [] Mais ou menos 3 [] Não 9 [] NS/NR
6.12	Quanto tempo o(a) Sr(a) costuma	1 [] Não espera

	ficar esperando até ser atendido neste lugar?	2 <input type="checkbox"/> Um pouco 3 <input type="checkbox"/> Muito tempo 4 <input type="checkbox"/> __ Horas : __ __ Minutos 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
6.13	O horário de funcionamento é: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Muito Bom 2 <input type="checkbox"/> Bom 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim
6.14	O atendimento nesse lugar para retirar os remédios é: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Muito Bom 2 <input type="checkbox"/> Bom 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim

IA6_B – FARMÁCIAS PRIVADAS

[Estas questões devem ser respondidas pelos entrevistados que usam **remédios obtidos em farmácia privada**.]

FARMÁCIAS PRIVADAS	
6.15	Neste local o (a) Sr(a) consegue todos os remédios que precisa? 1 [] Sim 2 [] Não 3 [] As vezes
6.16	Alguma vez faltou algum desses remédios? 1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 6.18 9 [] NS/NR => Passe para 6.18
6.16a	Com que frequência? <i>*Ler as alternativas*</i> 1 [] Sempre falta 2 [] As vezes falta 3 [] Quase sempre falta 9 [] NS/NR => Passe para 6.18
6.17	Desses remédios que utiliza, quais costumam faltar?
6.18	Tentou obter algum desses remédios no SUS? 1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 6.20
6.19	Por que não conseguiu? <i>*Considere o menor pulo*</i> - [] Estava em falta => Passe para 6.21 - [] Não tinha a receita => Passe para 6.21 - [] Precisava de consulta => Passe para 6.21 - [] Foi na unidade/farmácia errada => Passe para 6.21 - [] Outro
6.19a	Se outro, qual: => Passe para 6.21
6.20	Por que não tentou obter no SUS? - [] Porque nunca pensei nisso - [] Porque não preciso/não quero=> Passe para 6.21 - [] Porque tenho plano de saúde=> Passe para 6.21 - [] Porque é longe=> Passe para 6.21 - [] Porque é demorado=> Passe para 6.21 - [] Porque o atendimento é ruim=> Passe para 6.21 - [] Outro
6.20a	Se outro, qual?
6.21	Chegar neste local é: <i>*Ler as alternativas*</i> 1 [] Muito difícil 2 [] Um pouco difícil 3 [] Não é difícil 9 [] NS/NR
6.22	Como o(a) Sr(a) vai até este lugar? <i>*Considere o menor pulo*</i> - [] Caminha => Passe para 6.23 - [] Ônibus/transporte coletivo => Passe para 6.23 - [] Carro, moto ou barco => Passe para 6.23 - [] Outro - [] NS/NR => Passe para 6.23
6.22a	Se outro, qual?
6.23	Este lugar é longe? 1 [] Sim 2 [] Mais ou menos

		3 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
6.24	Quanto tempo o(a) Sr(a) costuma ficar esperando até ser atendido neste lugar?	1 <input type="checkbox"/> Não espera 2 <input type="checkbox"/> Um pouco 3 <input type="checkbox"/> Muito tempo 4 <input type="checkbox"/> __ Horas : __ __ Minutos 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
6.25	O horário de funcionamento é: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Muito Bom 2 <input type="checkbox"/> Bom 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim
6.26	O atendimento nesse lugar para retirar os remédios é: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Muito Bom 2 <input type="checkbox"/> Bom 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim

IA06_C – FARMÁCIA POPULAR

[Caso o uso da Farmácia Popular já tenha sido citado, passe para a questão 6.29.]

6.27	O(a) Sr(a) conhece o Programa Farmácia Popular?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Encerre o bloco
6.28	O(a) Sr(a) usa a Farmácia Popular?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Encerre o bloco
6.29	Qual o principal motivo que faz o(a) Sr(a) usar a Farmácia Popular? <i>*Ler as alternativas. Em caso de resposta múltipla por parte do respondente, perguntar qual o mais importante.*</i>	1 <input type="checkbox"/> O preço => Passe para 6.30 3 <input type="checkbox"/> A localização => Passe para 6.30 4 <input type="checkbox"/> O atendimento => Passe para 6.30 5 <input type="checkbox"/> Porque tem os remédios que faltam no SUS => Passe para 6.30 7 <input type="checkbox"/> Porque é mais perto do que o posto do SUS => Passe para 6.30 8 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 6.30
6.29a	Se outro, qual?	
6.30	Neste local o (a) Sr(a) consegue todos os remédios que precisa?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> As vezes
6.31	Alguma vez faltou algum desses remédios?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 6.33 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 6.33
6.31a	Com que frequência? <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Sempre falta 2 <input type="checkbox"/> As vezes falta 3 <input type="checkbox"/> Quase sempre falta 9 <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 6.18
6.32	Desses remédios que utiliza, quais costumam faltar?	

6.33	Se estes remédios não estivessem disponíveis na Farmácia Popular, o(a) Sr(a) procuraria por eles no SUS?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 6.33c
6.33a	Por quê?	1 <input type="checkbox"/> Porque é grátis => Passe para 6.34 2 <input type="checkbox"/> Porque preciso do remédio => Passe para 6.34 3 <input type="checkbox"/> Porque é perto => Passe para 6.34 4 <input type="checkbox"/> outro
6.33b	Se outro, qual:	=> Passe para 6.34
6.33c	Por quê?	1 <input type="checkbox"/> Porque nunca pensei nisso => Passe para 6.34 2 <input type="checkbox"/> Porque o posto é longe=> Passe para 6.34 3 <input type="checkbox"/> Porque demora=> Passe para 6.34 4 <input type="checkbox"/> Porque o horário de atendimento é ruim=> Passe para 6.34 5 <input type="checkbox"/> Porque o atendimento é ruim=> Passe para 6.34 6 <input type="checkbox"/> Porque sempre falta remédio=> Passe para 6.34 7 <input type="checkbox"/> Outro
6.33d	Se outro, qual:	
6.34	Chegar neste local é: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Muito difícil 2 <input type="checkbox"/> Um pouco difícil 3 <input type="checkbox"/> Não é difícil 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
6.35	Como o(a) Sr(a) vai até este lugar? <i>*Considere o menor pulo*</i>	- <input type="checkbox"/> Caminha => Passe para 6.36 - <input type="checkbox"/> Ônibus/transporte coletivo => Passe para 6.36 - <input type="checkbox"/> Carro , moto ou barco => Passe para 6.36 - <input type="checkbox"/> Outro - <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 6.36
6.35a	Se outro, qual?	
6.36	Este lugar é longe?	1 <input type="checkbox"/> Muito longe 2 <input type="checkbox"/> Mais ou menos longe 3 <input type="checkbox"/> Não é longe 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
6.37	Quanto tempo o(a) Sr(a) costuma ficar esperando até ser atendido neste lugar?	1 <input type="checkbox"/> Não espera 2 <input type="checkbox"/> Um pouco 3 <input type="checkbox"/> Muito tempo 4 <input type="checkbox"/> __ Horas : __ __ Minutos 9 <input type="checkbox"/> NS/NR
6.38	O horário de funcionamento é: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Muito Bom 2 <input type="checkbox"/> Bom 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim
6.39	O atendimento nesse lugar para retirar os remédios é: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 <input type="checkbox"/> Muito Bom 2 <input type="checkbox"/> Bom 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim

		5 <input type="checkbox"/> Muito ruim
6.40	Onde o(a) Sr(a) consegue a receita para retirar os remédios pela Farmácia Popular?	1 <input type="checkbox"/> Médico do SUS => Encerre o bloco 2 <input type="checkbox"/> Médico do convênio => Encerre o bloco 3 <input type="checkbox"/> Médico da empresa => Encerre o bloco 4 <input type="checkbox"/> Médico particular => Encerre o bloco 5 <input type="checkbox"/> Outro
6.40a	Se outro, qual?	

IB07 - COMPORTAMENTOS QUE PODEM INTERFERIR NO USO DOS REMÉDIOS

Agora vou fazer mais algumas perguntas sobre remédios. Para responder a estas perguntas, gostaria que o(a) Sr(a) considerasse todas as vezes em que fez o uso de remédios, de uma maneira geral.

7.1	Em quem o(a) Sr(a) confia para lhe indicar remédios? Responda com “sim”, “mais ou menos” ou “não”.	
7.1a	Mãe	1[] Sim 2[] Mais ou menos 3[] Não 9[] NS/NR, não se aplica ou falecido/ausente
7.1b	Pai	1[] Sim 2[] Mais ou menos 3[] Não 9[] NS/NR, não se aplica ou falecido/ausente
7.1c	Outros familiares como esposa(o), filho(a)...	1[] Sim 2[] Mais ou menos 3[] Não 9[] NS/NR, não se aplica ou falecido/ausente
7.1d	Amigos, colegas, vizinhos	1[] Sim 2[] Mais ou menos 3[] Não 9[] NS/NR, não se aplica ou falecido/ausente
7.1e	Médico	1[] Sim 2[] Mais ou menos 3[] Não 9[] NS/NR, não se aplica ou falecido/ausente
7.1f	Dentista	1[] Sim 2[] Mais ou menos 3[] Não 9[] NS/NR, não se aplica ou falecido/ausente
7.1g	Farmacêutico	1[] Sim 2[] Mais ou menos 3[] Não 9[] NS/NR, não se aplica ou falecido/ausente
7.1h	Atendente de Farmácia	1[] Sim 2[] Mais ou menos 3[] Não 9[] NS/NR, não se aplica ou falecido/ausente
7.1i	Enfermeiro	1[] Sim 2[] Mais ou menos 3[] Não 9[] NS/NR, não se aplica ou falecido/ausente
7.1j	Técnico de enfermagem	1[] Sim 2[] Mais ou menos 3[] Não 9[] NS/NR, não se aplica ou falecido/ausente
7.1l	Agente comunitário de saúde	1[] Sim 2[] Mais ou menos 3[] Não 9[] NS/NR, não se aplica ou falecido/ausente

7.1m	Alguém que o(a) Sr(a) conhece pouco, mas que usa remédio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR, não se aplica ou falecido/ausente
7.2	O(a) Sr(a) confia em propaganda na TV, rádio ou outros meios de comunicação para indicar remédios?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Mais ou menos <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR, não se aplica ou falecido/ausente
7.3	*Caso o entrevistado cite alguma outra pessoa em quem confia, anote aqui*	
7.4	Quando tem alguma dúvida sobre o uso de remédios, onde ou com quem o(a) Sr(a) costuma buscar informação? *Se outro, preencha 7.4a*	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Centro de informações sobre medicamentos <input type="checkbox"/> Serviço de atendimento ao consumidor (SAC) <input type="checkbox"/> Centro de informações toxicológicas <input type="checkbox"/> Posto de Saúde <input type="checkbox"/> Bula <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Dentista <input type="checkbox"/> Outro profissional da saúde <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Pai, mãe ou outros familiares <input type="checkbox"/> Não busca informação <input type="checkbox"/> Não tem dúvidas sobre remédios <input type="checkbox"/> Outro
7.4a	Se outro, qual:	

7.5	O(a) Sr(a) toma um remédio sem receita quando...	
7.5a	Já tem o remédio em casa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 8[]Entrevistado declarou espontaneamente que não toma remédio sem receita => Passe para a 7.6 <input type="checkbox"/> NS/NR
7.5b	Quando conhece alguém que já tomou?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 8[]Entrevistado declarou espontaneamente que não toma remédio sem receita => Passe para a 7.6 <input type="checkbox"/> NS/NR
7.5c	Quando já tomou este remédio antes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 8[]Entrevistado declarou espontaneamente que não toma remédio sem receita => Passe para a 7.6 <input type="checkbox"/> NS/NR
7.5d	Quando leu a bula ou outra informação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 8[]Entrevistado declarou espontaneamente que não toma remédio sem receita => Passe para a 7.6 <input type="checkbox"/> NS/NR

7.5e	Quando consegue o remédio fácil?	1[]Sim 2[]Não 8[]Entrevistado declarou espontaneamente que não toma remédio sem receita => Passe para a 7.6 9[] NS/NR
7.5f	<i>*Caso o entrevistado cite algum outro motivo que o faça tomar remédio sem receita anote aqui*</i>	

7.6	O(a) Sr(a) deixa de tomar algum remédio receitado pelo médico quando...	
7.6a	Acha que o remédio é muito forte ou muito fraco?	1[]Sim 2[]Não 8[]Entrevistado declarou espontaneamente que não deixa de tomar remédio receitado pelo médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 7.7 9[] NS/NR
7.6b	Quando acha que o remédio não é o certo ou não funciona?	1[]Sim 2[]Não 8[]Entrevistado declarou espontaneamente que não deixa de tomar remédio receitado pelo médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 7.7 9[] NS/NR
7.6c	Quando acha que não precisa do remédio?	1[]Sim 2[]Não 8[]Entrevistado declarou espontaneamente que não deixa de tomar remédio receitado pelo médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 7.7 9[] NS/NR
7.6d	Quando já usou o remédio e passou mal?	1[]Sim 2[]Não 8[]Entrevistado declarou espontaneamente que não deixa de tomar remédio receitado pelo médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 7.7 9[] NS/NR
7.6e	Quando lê alguma coisa que acha ruim na bula?	1[]Sim 2[]Não 8[]Entrevistado declarou espontaneamente que não deixa de tomar remédio receitado pelo médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 7.7 9[] NS/NR
7.6f	<i>*Caso o entrevistado cite algum outro motivo que o faça deixar de tomar algum remédio receitado pelo médico, anote aqui*</i>	

7.7	O(a) Sr(a) aumenta a dose de algum remédio, receitado pelo médico, quando...	
7.7a	Quer começar o tratamento com mais força?	<p>1 [] Sim 2 [] Não 8 [] Entrevistado declarou espontaneamente que não aumenta a dose sem falar com o médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 7.8 9 [] NS/NR</p>
7.7b	Quando o(a) Sr(a) percebe que não está melhorando?	<p>1 [] Sim 2 [] Não 8 [] Entrevistado declarou espontaneamente que não aumenta a dose sem falar com o médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 7.8 9 [] NS/NR</p>
7.7c	Quando o(a) Sr(a) acha que está piorando?	<p>1 [] Sim 2 [] Não 8 [] Entrevistado declarou espontaneamente que não aumenta a dose sem falar com o médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 7.8 9 [] NS/NR</p>
7.7d	*Caso o entrevistado cite algum outro motivo que o faça aumentar a dose de algum remédio receitado pelo médico, anote aqui*	

7.8	O(a) Sr(a) diminui a dose de algum remédio, receitado pelo médico, quando...	
7.8a	Acha que a doença já está controlada?	<p>1 [] Sim 2 [] Não 8 [] Entrevistado declarou espontaneamente que não diminui a dose sem falar com o médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 7.9 9 [] NS/NR</p>
7.8b	Quando acha que o remédio lhe faz mal?	<p>1 [] Sim 2 [] Não 8 [] Entrevistado declarou espontaneamente que não diminui a dose sem falar com o médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 7.9 9 [] NS/NR</p>
7.8c	Quando quer que o remédio dure mais tempo?	<p>1 [] Sim 2 [] Não 8 [] Entrevistado declarou espontaneamente que não diminui a dose sem falar com o médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 7.9 9 [] NS/NR</p>

7.8d	Quando o remédio é muito caro?	<p>1 [] Sim 2 [] Não 8 [] Entrevistado declarou espontaneamente que não diminui a dose sem falar com o médico OU que neste caso procura o médico ou outro serviço de saúde => Passe para a 7.9 9 [] NS/NR</p>
7.8e	<i>*Caso o entrevistado cite algum outro motivo que o faça diminuir a dose de algum remédio receitado pelo médico, anote aqui*</i>	

7.9	O(a) Sr(a) já recebeu informação sobre...	
7.9a	Onde devem ser guardados os remédios em casa?	<p>1 [] Sim 2 [] Não 9 [] NS/NR</p>
7.9b	Sobre o melhor horário para tomar os remédios?	<p>1 [] Sim 2 [] Não 9 [] NS/NR</p>

7.10	O(a) Sr(a) costuma retirar os comprimidos da cartela/vidro no mesmo momento em que vai tomar o remédio?	<p>1 [] Sim =>Encerar o bloco 2 [] Não 9 [] NS/NR =>Encerar o bloco</p>
7.10a	Quanto tempo antes de tomar o remédio o(a) Sr(a) retira os comprimidos da cartela/vidro?	<p>1 [] __ __ hora(s) 2 [] __ __ dia(s) 3 [] __ __ semana(s) 4 [] __ __ mês(s) 9 [] NS/NR</p>

IB08 - BULAS E EMBALAGENS

Agora, vamos falar sobre as bulas e embalagens que acompanham os remédios.
 [Se entrevistado analfabeto, passe para a questão 8.6]

8.0	O(a) Sr(a) costuma ler as bulas dos remédios que usa?	<input type="checkbox"/> Sim => Passe para 8.1 <input type="checkbox"/> Não
8.0a	Por quê?	
8.1	Considerando as bulas de uma maneira geral: <u>Enxergar</u> o que está escrito nas bulas é: <i>*Ler as alternativas*</i>	<input type="checkbox"/> Muito difícil <input type="checkbox"/> Um pouco difícil <input type="checkbox"/> Não é difícil <input type="checkbox"/> NS/NR
8.2	<u>Entender</u> o que está escrito nas bulas é: <i>*Ler as alternativas*</i>	<input type="checkbox"/> Muito difícil <input type="checkbox"/> Um pouco difícil <input type="checkbox"/> Não é difícil <input type="checkbox"/> NS/NR
8.3	O(a) Sr(a) já deixou de tomar algum remédio após ter lido a bula?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8.4	O(a) Sr(a) acha que as bulas que acompanham os remédios são necessárias?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR => Passe para 8.6
8.5	Por quê? <i>*Considere o menos pulo*</i>	<input type="checkbox"/> Traz informações sobre a composição do remédio => Passe para 8.6 <input type="checkbox"/> Traz informações sobre a posologia e forma de administração => Passe para 8.6 <input type="checkbox"/> Traz as contra-indicações do remédio => Passe para 8.6 <input type="checkbox"/> Traz as indicações de uso do remédio => Passe para 8.6 <input type="checkbox"/> Outro
8.5a	Se outro, qual:	=> Passe para 8.6

Agora, vamos falar sobre alguns problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus remédios.
O quanto é difícil para o(a) Sr(a):

8.6	Abrir ou fechar as embalagens <i>*Ler as alternativas*</i>	<input type="checkbox"/> Muito difícil <input type="checkbox"/> Um pouco difícil <input type="checkbox"/> Não é difícil <input type="checkbox"/> NS/NR
8.7	Lembrar-se de tomar todos os remédios <i>*Ler as alternativas*</i>	<input type="checkbox"/> Muito difícil <input type="checkbox"/> Um pouco difícil <input type="checkbox"/> Não é difícil <input type="checkbox"/> NS/NR
8.8	Tomar vários comprimidos ao mesmo tempo <i>*Ler as alternativas*</i>	<input type="checkbox"/> Muito difícil <input type="checkbox"/> Um pouco difícil <input type="checkbox"/> Não é difícil <input type="checkbox"/> NS/NR

IB09 – ESTILO DE VIDA

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre o seu dia-a-dia.

9.1	Com que frequência o(a) Sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?	1 [] Não bebo nunca => Passe para 9.8 2 [] Menos de uma vez por mês => Passe para 9.3 3 [] Uma vez ou mais por mês
9.2	Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?	__ dias por semana *Preencher de 1 a 7 dias e 0 para menos do que um dia por semana.*
9.3	Em geral, no dia que o(a) Sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) Sr(a) consome? <i>(1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)</i>	__ __ doses por dia 99 = NS/NR
	Para homens	
9.4	Nos últimos 30 dias, o Sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?	1 [] Sim => Passe para 9.6 2 [] Não => Passe para 9.7
	Para mulheres	
9.5	Nos últimos 30 dias, a Sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 9.7
9.6	Em quantos dias do mês isto ocorreu?	__ __ dias
9.7	O(a) Sr(a) já recebeu recomendação de algum médico para beber menos?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] NS/NR

Prática de atividade física:

Agora falaremos sobre atividades físicas. Primeiro vamos falar das atividades físicas no trabalho.

9.8	O seu trabalho envolve atividades físicas intensas, como carregar grandes pesos, capinar, trabalhar com enxada ou trabalhar com construção, fazer serviços domésticos dentro de casa ou no quintal por pelo menos 10 minutos seguidos?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 9.11
9.9	Em uma semana normal, em quantos dias o(a) Sr(a) realiza atividades físicas intensas como parte do seu trabalho?	__ __ dias
9.10	Quanto tempo o(a) Sr(a) passa realizando atividades físicas intensas em um dia normal de trabalho?	__ __ : __ __ horas
9.11	O seu trabalho envolve atividades de intensidade média como caminhar em ritmo rápido ou carregar pesos leves, atividades domésticas dentro de casa ou no quintal como varrer, aspirar, ou cortar a grama por pelo menos 10 minutos seguidos?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 9.14

9.12	Em uma semana normal, quantos dias o(a) Sr(a) realiza atividades de intensidade moderada como parte do seu trabalho?	__ __ dias
9.13	Quanto tempo o(a) Sr(a) passa realizando atividades físicas de intensidade moderada em um dia normal de trabalho?	__ __ : __ __ horas
Atividade Física no Deslocamento Agora vamos falar sobre atividades físicas que você faz no seu deslocamento de um lugar para o outro. Por favor, não repita as atividades que você já mencionou anteriormente.		
9.14	O(a) Sr(a) caminha ou utiliza bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar para outro?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 9.17
9.15	Em uma semana normal, em quantos dias o(a) Sr(a) caminha ou anda de bicicleta por pelo menos 10 minutos seguidos para ir de um lugar a outro?	__ __ dias
9.16	Quanto tempo o(a) Sr(a) passa caminhando ou andando de bicicleta para ir de um lugar a outro em um dia normal?	__ __ : __ __ horas
Atividades Físicas Intensas no Lazer Agora vamos falar sobre atividades físicas que você realiza no seu tempo livre. Novamente, por favor, não repita o que você já mencionou nas questões anteriores.		
9.17	O(a) Sr(a) realiza algum esporte, exercício físico ou atividade recreativa intensa como correr ou praticar esportes intensos como ginástica aeróbica, futebol, pedalar rápido de bicicleta, basquete, vôlei, musculação, lutas por pelo menos 10 minutos seguidos?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 9.20
9.18	Em uma semana normal, em quantos dias o(a) Sr(a) realiza esportes, exercícios físicos ou atividades recreativas intensas?	__ __ dias
9.19	Quanto tempo o(a) Sr(a) passa realizando esportes, exercícios físicos ou atividades recreativas intensas em um dia normal?	__ __ : __ __ horas
Atividades Físicas Médias no Lazer		
9.20	O(a) Sr(a) realiza algum esporte, exercício físico ou atividade recreativa de intensidade média como caminhar rápido, pedalar devagar a bicicleta, nadar, ginástica, ioga, pilates, jogar esportes recreativos por pelo menos 10 minutos seguidos?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 9.23
9.21	Em uma semana normal, em quantos dias o(a) Sr(a) realiza esportes, exercícios físico ou atividades recreativas de intensidade média?	__ __ dias
9.22	Quanto tempo o(a) Sr(a) passa realizando esportes, exercícios físicos ou atividades recreativas de intensidade média em um dia normal?	__ __ : __ __ horas
Comportamento sedentário Agora falaremos sobre o tempo que você passa sentado ou deitado, mas sem contar o tempo em que você está dormindo.		
9.23	Quanto tempo o(a) Sr(a) costuma ficar sentado ou reclinado em um dia habitual?	__ __ : __ __ horas

Fumo:		
9.24	O(a) Sr(a) fuma?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 9.27
9.24a	O(a) Sr(a) fuma todos os dias?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 9.26
9.25	Quantos cigarros o(a) Sr(a) fuma por dia?	__ __ cigarros por dia 99 = NS/NR
9.26	Que idade o(a) Sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? <i>*Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele*</i>	__ __ anos => Passe para 9.30 99 = NS/NR => Passe para 9.30
9.27	O(a) Sr(a) já fumou regularmente?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 9.31
9.28	Que idade o(a) Sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? <i>*Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele*</i>	__ __ 99 = NS/NR
9.29	Que idade o(a) Sr(a) tinha quando parou de fumar? <i>*Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele*</i>	__ __ => Passe para 9.31 99 = NS/NR
9.30	Algum médico já lhe recomendou parar de fumar?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> NS/NR

Dieta		
9.31	O(a) Sr(a) está fazendo alguma dieta para perder peso?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
9.32	O(a) Sr(a) faz alguma dieta para reduzir o consumo de sal?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
9.33	O(a) Sr(a) faz alguma dieta para reduzir o consumo de gordura?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
9.34	O(a) Sr(a) faz alguma dieta para reduzir o açúcar?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
9.35	O(a) Sr(a) faz uso de algum adoçante na sua dieta?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não => Passe para 9.36
9.35a	Qual?	1 <input type="checkbox"/> Zero-Cal => Passe para 9.36 2 <input type="checkbox"/> Assugrin => Passe para 9.36 3 <input type="checkbox"/> Finn => Passe para 9.36 4 <input type="checkbox"/> Linea => Passe para 9.36 5 <input type="checkbox"/> Magro => Passe para 9.36 6 <input type="checkbox"/> Stevita => Passe para 9.36 7 <input type="checkbox"/> Lowçucar => Passe para 9.36 8 <input type="checkbox"/> Gold => Passe para 9.36 9 <input type="checkbox"/> União => Passe para 9.36 10 <input type="checkbox"/> Outro
9.35b	Se outro, qual:	

	Se sim para alguma das 5 perguntas acima:	
9.36	Qual o principal motivo que levou o(a) Sr(a) a fazer esta dieta?	1 <input type="checkbox"/> Por aconselhamento médico => Passe para 9.37 2 <input type="checkbox"/> Por decisão própria => Encerre o bloco 3 <input type="checkbox"/> Outro
9.36a	Se outro, qual:	=> Encerre o bloco
9.37	Para qual problema de saúde recebeu esta recomendação médica?	- <input type="checkbox"/> Hipertensão => Encerre o bloco - <input type="checkbox"/> Diabetes => Encerre o bloco - <input type="checkbox"/> Doença do coração => Encerre o bloco - <input type="checkbox"/> Colesterol alto => Encerre o bloco - <input type="checkbox"/> AVC (acidente vascular cerebral) => Encerre o bloco - <input type="checkbox"/> Doença pulmonar crônica => Encerre o bloco - <input type="checkbox"/> Artrite ou reumatismo=> Encerre o bloco - <input type="checkbox"/> Depressão => Encerre o bloco - <input type="checkbox"/> Outro
9.37	Se outro, qual:	=> Encerre o bloco

IB10 - PLANO DE SAÚDE

Agora, vou fazer algumas perguntas referentes a planos de saúde.

10.1	O(a) Sr(a) tem plano de saúde ou convênio médico?	1 [] Sim 2 [] Não => Encerre o bloco 3 [] Não sabe => Encerre o bloco
10.2	Qual o nome do(s) plano(s) de saúde ou convênio(s)?	
10.3	O(a) Sr(a) é o titular deste plano?	1 [] Sim 2 [] Não
	O(s) plano(s) ou convênio(s) cobre(m):	
10.4	Consulta médica? <i>*COPAGAMENTO: O entrevistado paga apenas uma parte da consulta*</i>	1 [] Não 2 [] Tenho desconto no preço 3 [] O plano cobre, mas tem copagamento 4 [] O plano cobre integral 5 [] Eu pago e o plano reembolsa 9 [] NS/NR
10.5	Internação? <i>*COPAGAMENTO: O entrevistado paga apenas uma parte da internação*</i>	1 [] Não 2 [] Tenho desconto no preço 3 [] O plano cobre, mas tem copagamento 4 [] O plano cobre integral 5 [] Eu pago e o plano reembolsa 9 [] NS/NR
10.6	Exames? <i>*COPAGAMENTO: O entrevistado paga apenas uma parte do exame*</i>	1 [] Não 2 [] Tenho desconto no preço 3 [] O plano cobre, mas tem copagamento 4 [] O plano cobre integral 5 [] Eu pago e o plano reembolsa 9 [] NS/NR
10.7	Medicamentos (fora da internação)? <i>*COPAGAMENTO: O entrevistado paga apenas uma parte do medicamento*</i>	1 [] Não => Encerre o bloco 2 [] Alguns medicamentos 3 [] Tenho desconto no preço => Encerre o bloco 4 [] O plano cobre, mas tem copagamento => Encerre o bloco 5 [] O plano cobre integral => Encerre o bloco 6 [] Eu pago e o plano reembolsa => Encerre o bloco 9 [] NS/NR => Encerre o bloco
10.7a	Para quais doenças são os medicamentos que o(s) plano(s) ou convênio(s) cobre(m)?	=> Encerre o bloco

IB11 – INFORMAÇÕES SOBRE O DOMICÍLIO E DA PESSOA DE REFERÊNCIA
--

Agora, preciso de algumas informações sobre este domicílio.

INFORMAÇÕES SOBRE O DOMICÍLIO								
BENS DOMÉSTICOS								
	Vou lhe apresentar um conjunto de itens e gostaria de saber quais existem em seu domicílio. Para cada item que o(a) Sr(a) responder sim, vou lhe perguntar a quantidade.							
11.1	Neste domicílio o(a) Sr(a) tem:							
			Quantidade	0	1	2	3	4+
11.2	Televisão em cores							
11.3	Rádio (não considerar rádio de automóvel)							
11.4	Banheiro (não considerar se servirem a mais de uma habitação, nem lavabos)							
11.5	Automóvel (de uso particular)							
11.6	Empregada mensalista (trabalhar pelo menos 5 dias por semana)							
11.7	Máquina de lavar roupa (não considerar o tanquinho)							
11.8	Videocassete / DVD							
11.9	Geladeira							
11.10	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)							
11.11	Quantos cômodos existem neste domicílio? (incluindo banheiro, área de serviço e demais divisões)	__ __ 99=NS/NR						
11.12	Quantos cômodos servem como dormitório (quartos)?	__ __ 99=NS/NR						
11.13	Qual é a renda mensal total dos moradores deste domicílio?	__ __ . __ __ __ , __ __ 99 = NS/NR						
11.14	Quantas pessoas dependem desta renda?	__ __						
	Recebe auxílio do governo como:							
11.15	Bolsa família?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] NS/NR						
11.16	Seguro desemprego?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] NS/NR						
11.17	Outro auxílio? <i>*A aposentadoria deve ser considerada na renda mensal, e não como auxílio*</i>	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 11.18 9 [] NS/NR => Passe para 11.18						
11.17a	Qual ?							
11.18	No último ano, a família deixou de comprar algo importante para o seu dia a dia, precisou fazer algum empréstimo, ou vendeu algo para pagar gastos com algum problema de saúde?	1 [] Sim 2 [] Não => Passe para 11.21 9 [] NS/NR => Passe para 11.21						
11.19	Que tipo de problema ocasionou este gasto?	1 [] Remédios => Passe para 11.20 2 [] Consulta médica => Passe para 11.20 3 [] Exame de laboratório ou imagem => Passe para 11.20 4 [] Internação clínica => Passe para 11.20 5 [] Cirurgia => Passe para 11.20 6 [] Outro 9 [] NS/NR => Passe para 11.20						

11.19a	Se outro, qual:	
11.20	Como foi que a família lidou com esse gasto?	<p>1 [] Deixou de comprar alimento => Passe para 11.21</p> <p>2 [] Deixou de pagar contas => Passe para 11.21</p> <p>3 [] Fez empréstimo de amigo ou familiar => Passe para 11.21</p> <p>4 [] Fez empréstimo de banco ou => Passe para 11.21 financeira</p> <p>5 [] Vendeu algum bem => Passe para 11.21</p> <p>6 [] Outro</p> <p>9 [] NS/NR => Passe para 11.21</p>
11.20a	Se outro, qual:	

Agora, gostaria de obter algumas informações sobre a pessoa de referência.

[A pessoa de referência é aquela que o entrevistado identifica como tal. Caso o entrevistado não consiga apontar claramente quem é, deve ser indicada a pessoa de maior renda ou de maior idade]

INFORMAÇÕES SOBRE A PESSOA DE REFERÊNCIA		
11.21	Quem é a pessoa de referência da família?	__ __ Número na lista de dos moradores <i>*Se o entrevistado se declarar ser a pessoa de referência, encerre o bloco.*</i>
11.22	A pessoa de referência da família vive em companhia de cônjuge ou companheiro(a)?	1 [] Sim 2 [] Não, mas já viveu antes 3 [] Nunca viveu
11.23	A cor ou raça da pessoa de referência é: <i>*Ler as alternativas*</i>	1 [] Branca 2 [] Preta 3 [] Amarela 4 [] Parda 5 [] Indígena
11.24	Até que série a pessoa de referência completou na escola?	1 [] Analfabeto/Até 3ª série fundamental/1º grau 2 [] Até 4ª série fundamental/1º grau 3 [] Fundamental Completo/1º grau completo 4 [] Médio Completo/2º grau completo/Superior incompleto 5 [] Superior Completo 9 [] NS/NR

Para concluir, gostaria de fazer uma última pergunta:

11.25	Em geral, como o(a) Sr(a) avalia sua saúde?	1 [] Muito boa 2 [] Boa 3 [] Regular 4 [] Ruim 5 [] Muito ruim
-------	---	--

Agradecimento.

Horário do final da entrevista |__|__|:|__|__|

PARA O PREENCHIMENTO DO ENTREVISTADOR		
<i>*Preencher sem perguntar*</i>		
11.27	O questionário foi respondido:	1 [] Todo pelo(a) entrevistado(a), sem ajuda 2 [] Todo pelo(a) entrevistado(a), com ajuda 3 [] Maior parte das respostas foi dada por outra pessoa 5 [] Todas as respostas foram dadas por outra pessoa (proxy)

ANEXO C - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA – ABEP



Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2013

A dinâmica da economia brasileira, com variações importantes nos níveis de renda e na posse de bens nos domicílios, representa um desafio importante para a estabilidade temporal dos critérios de classificação socioeconômica. Em relação ao CCEB, os usuários têm apresentado dificuldades na manutenção de amostras em painel para estudos longitudinais. As dificuldades são maiores na amostragem dos estratos de pontuação mais baixa.

A ABEP vem trabalhando intensamente na avaliação e construção de um critério que seja fruto da nova realidade do país. Porém, para que os estudos produzidos pelos usuários do Critério Brasil continuem sendo úteis ao mercado e mantenham o rigor metodológico necessário, as seguintes recomendações são propostas às empresas que tenham estudos contínuos, com amostras em painel:

- A reclassificação de domicílios entre as classe C2 e D deve respeitar uma região de tolerância de 1 ponto, conforme descrito abaixo:
 - Domicílios classificados, no momento inicial do estudo, como classe D --> são reclassificados como C2, apenas no momento em que atingirem 15 pontos;
 - Domicílios classificados, no momento inicial do estudo, como classe C2 --> são reclassificados como D, apenas no momento em que atingirem 12 pontos;
 - O momento inicial de estudos desenvolvidos a partir de amostra mestra é o da realização da amostra mestra;
 - O momento inicial de estudos desenvolvidos sem amostra mestra é o da primeira medição (onda) do estudo.

IMPORTANTE: As alterações descritas acima são apenas para os estudos que usem amostras contínuas em painéis. Estudos *ad hoc* e estudos contínuos, com amostras independentes, devem continuar a aplicar o Critério Brasil regularmente.

Outra mudança importante no CCEB é válida para todos os estudos que utilizem o Critério Brasil. As classes D e E devem ser unidas para a estimativa e construção de amostras. A justificativa para esta decisão é o tamanho reduzido da classe E, que inviabiliza a leitura de resultados obtidos através de amostras probabilísticas ou por cotas, que respeitem os tamanhos dos estratos.

A partir de 2013 a ABEP deixa de divulgar os tamanhos separados destes dois estratos.

Finalmente, em função do tamanho reduzido da Classe A1 a renda média deste estrato deixa de ser divulgada. Assim, a estimativa de renda média é feita para o conjunto da Classe A.

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

		Quantidade de Itens				
		0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores		0	1	2	3	4
Rádio		0	1	2	3	4
Banheiro		0	4	5	6	7
Automóvel		0	4	7	9	9
Empregada mensalista		0	3	4	4	4
Máquina de lavar		0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD		0	2	2	2	2
Geladeira		0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)		0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos
 Bem alugado em caráter permanente
 Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
 Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos
 Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
 Bem quebrado há mais de 6 meses
 Bem alugado em caráter eventual
 Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores.
 Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregado doméstico

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo empregados mensalistas se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou continua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Máquina de Lavar

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática
 O tanquinho NÃO deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:
 Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira;
 Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2^a porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	2 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações freqüentes do tipo "... *conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas*

pelo critério é classe B..." não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas

Informações referentes ao LSE 2011

9 RMs – IBOPE Mídia

Classes	Renda média bruta familiar no mês em R\$
Classe A	9.263
Classe B1	5.241
Classe B2	2.654
Classe C1	1.685
Classe C2	1.147
Classe DE	776

Classes	Gde. FORT	Gde. REC	Gde. SALV	Gde. BH	Gde. RJ	Gde. SP	Gde. CUR	Gde. POA	DF	9 Grandes Áreas
Classe A1	0,6	0,4	0,4	0,4	0,1	0,7	0,6	0,9	0,8	0,5
Classe A2	3,5	2,8	1,6	3,6	3,2	4,0	7,2	6,3	7,7	4,0
Classe B1	4,5	6,5	6,1	9,6	10,4	10,7	14,6	10,4	15,7	10,0
Classe B2	9,5	13,0	12,5	21,9	20,0	26,2	26,8	25,9	24,9	21,8
Classe C1	17,0	20,6	21,9	26,7	28,3	28,4	24,0	28,4	24,9	26,3
Classe C2	30,6	28,1	31,6	23,5	23,8	19,6	17,0	19,4	16,3	22,5
Classe DE	34,3	28,6	25,9	14,3	14,2	10,4	9,8	8,7	9,7	14,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0