



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

RAPHAELA CARDOSO DE OLIVEIRA

**USO DE MEDICAMENTOS
POR MULHERES COM 40 ANOS OU MAIS
EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

Londrina
2012

RAPHAELA CARDOSO DE OLIVEIRA

**USO DE MEDICAMENTOS
POR MULHERES COM 40 ANOS OU MAIS
EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Monica Maria Bastos Paoliello

Londrina
2012

RAPHAELA CARDOSO DE OLIVEIRA

**USO DE MEDICAMENTOS
POR MULHERES COM 40 ANOS OU MAIS
EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de mestre.

Prof. Orientador
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, ____ de _____ de ____.

DEDICATÓRIA

À minha FAMÍLIA...
que SEMPRE me incentivou.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Rosa Maria, meu eterno agradecimento pelo incentivo, apoio, força e exemplo de persistência, união e amor.

Ao meu esposo, Diego, agradeço pelas reflexões acerca do que eu realmente quero para minha vida profissional, pelo apoio, companheirismo e aprendizado no dia a dia de convivência, pelo respeito, liberdade, cumplicidade e harmonia.

A todas as pessoas da minha família que sempre torcem e acreditam em mim...

Aos meus ex-colegas de trabalho do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UEL (Joice, Marlene, Arcélio, Clisia, Andréa, Mirela, Audrey) pelo aprendizado durante todo esse tempo... todos foram um exemplo de persistência e integridade de caráter diante de tantas adversidades.

Aos amigos que se sentiram orgulhosos de terem uma amiga entrando no mestrado e aqueles que me acompanharam durante esse tempo. Aos que compreenderam as fases de trabalho, mudança e ausência.

À professora Regina Tanno, um ótimo exemplo de professora e pesquisadora. Obrigada pela ideia desse trabalho e incentivo sempre. Extendo esse agradecimento aos professores do Programa de Saúde Coletiva, pois todos foram responsáveis por eu estar finalizando esse trabalho.

Aos meus queridos ex-alunos que puderam mergulhar no projeto maior, Alê, Camila e Silas. Vocês foram essenciais durante o andamento da coleta de dados. Obrigada por tudo!

Ao Felipe, Cris e Dani, amigos que fiz durante as reuniões do CEBES, muito obrigada pela parceria sempre! Aprendi muito com todos vocês.

Agradecimento especial ao querido amigo Beto Durán pelo apoio, incentivo e por se colocar sempre disponível pra me ajudar nessa caminhada.

À equipe do VIGICARDIO pela oportunidade e experiência.

À minha orientadora, Monica Paoliello, pela coragem de encarar esse desafio, paciência pela condução do trabalho a distância e total incentivo durante todo esse tempo. Sem dúvida, uma excelente orientadora!

A todos que trabalham na Prefeitura de Cambé, o agradecimento é

realmente especial, pois sempre se colocaram à disposição para nos ajudar.

E agradeço a todos os voluntários que participaram da pesquisa. Fomos sempre bem recebidos nos mais diversos horários e momentos e, sem vocês, essa pesquisa não teria acontecido.

MUITO OBRIGADA!!!

"Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível e, de repente,
você estará fazendo o impossível!"

São Francisco de Assis

OLIVEIRA, Raphaela Cardoso de; PAOLIELLO, Monica Maria Bastos. **Uso de medicamentos por mulheres com 40 anos ou mais em município do sul do Brasil**. 2012. 92 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

RESUMO

Diversos estudos têm demonstrado que as mulheres utilizam mais medicamentos do que os homens, além de os usarem de forma expressiva. Essa pesquisa teve como objetivo conhecer e analisar a prevalência do uso de medicamentos entre as mulheres com 40 anos ou mais residentes no município de Cambé, Paraná. Esse estudo é um recorte do Projeto VIGICARDIO que estuda as “Doenças Cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações” da Universidade Estadual de Londrina. Compreendeu um estudo transversal de base populacional realizado no município de Cambé, Paraná, no ano de 2011. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas individuais realizadas no domicílio ou em outro local sugerido pelo entrevistado. Foram convidadas 714 mulheres, sendo 642 efetivamente entrevistadas. As perdas totalizaram 3,22% e as recusas, 6,86%. Dentre as mulheres entrevistadas, 85,4% utilizaram algum medicamento nos últimos 15 dias anteriores a entrevista. Foi observada associação bivariada entre o uso de medicamentos e ter 60 anos ou mais (RP=1,11), possuir emprego (RP=1,16), perceber sua saúde ruim ou muito ruim (RP=1,15) mesmo quando comparada com pessoas da mesma idade (RP=1,09), estar na menopausa (RP=1,16), estar acima do peso (IMC=1,08). Além dessas variáveis, as doenças relatadas também apresentaram associação bivariada, foram elas artrite/artrose/reumatismo (RP=1,17), colesterol elevado (RP=1,13), depressão (RP=1,13), diabetes (RP=1,12), hipertensão (RP=1,20) e ter problema de coluna (RP=1,13). Em relação a utilização serviços de saúde, verificou-se resultados estatisticamente significativos para a mulher que consultou o médico nos últimos 2 e 12 meses (RP=1,19 e 1,46, respectivamente) e passou por internação no último ano (RP=1,16). Os grupos farmacológicos mais prevalentes compreenderam os do sistema cardiovascular, sistema nervoso e para o trato alimentar e metabolismo, respectivamente. Os profissionais médico e dentista foram os maiores responsáveis pelas indicações (85,5%). A partir dos resultados obtidos, é possível repensar as práticas de educação em saúde sobre o uso de medicamentos e as políticas públicas que têm como objetivo aumentar a qualidade de vida da população no seu processo natural de envelhecimento.

Palavras-chave: Farmacodepidemiologia 1. Uso de medicamentos 2. Mulheres 3.

OLIVEIRA, Raphaela Cardoso de; PAOLIELLO, Monica Maria de Bastos. **Drug use by women aged 40 or over in a city in southern Brazil**. 2012. 92 p. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

ABSTRACT

A number of studies have demonstrated that women use more medications than men, and use them in a significant way. The objective of this study is to investigate the prevalence of medication use among women 40 years old or older who reside in the city of Cambé, Paraná. This study is part of project VIGICARDIO of the Universidade Estadual de Londrina, which studies cardiovascular diseases in the state of Paraná, including mortality, risk profile, drug therapy and complications. It is a cross-sectional population-based study carried out in Cambé in 2011. The data were obtained through individual interviews carried out at either the respondents' homes or another place of their choosing. A total of 714 women were included and 642 were effectively interviewed. There were losses of 3.22% and refusals of 6.86%. Among the women interviewed, 85.4% had used some medication in the 15 days prior to the interview. There was a bivariate association between the use of medication and being aged 60 or older (PR=1,11), which have job (PR=1,16) perceiving one's health as bad or very bad (PR=1,15) - even compared to people of the same age (PR =1,09), menopause (PR =1,16) and overweight (PR =1,08). In addition to these variables, there was a bivariate association among the diseases the subjects reported: arthritis/arthrosis/rheumatism (PR=1.17), high cholesterol (PR=1.13), depression (PR =1.13), diabetes (PR =1.12), high blood pressure (PR=1.20) and back problems (PR=1.13). Regarding the use of health services, there were statistically significant results for women who had consulted a doctor in the last 2 and in the last 12 months (PR=1.19 and 1.46, respectively) and for those who with hospital admissions in the last year (PR=1.16). The most prevalent pharmacological groups included the cardiovascular system, the nervous system, the alimentary tract and metabolism respectively. In most cases (85.5%), the medications were prescribed or recommended by doctors and dentists. Based on the results obtained in this health survey, in which women's medication use profile has been more clearly defined, health education practices and public policies should be rethought in order to increase the quality of life of this population during the aging process.

Key words: Pharmacoepidemiology 1. Drug utilization 2. Women 3.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Domínios dos determinantes do uso de medicamentos que afetam as diferenças entre homens e mulheres	26
Figura 2 – Mapa adaptado do Estado do Paraná	28
Figura 3 – Mapa adaptado das Regionais de Saúde do Estado do Paraná com destaque para a 17ª Regional	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição da amostra de mulheres com 40 anos ou mais conforme variáveis demográficas e socioeconômicas. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.....	41
Tabela 2 – Descrição da amostra de mulheres com 40 anos ou mais conforme variáveis de condição de saúde e comportamentais. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.....	42
Tabela 3 – Descrição da amostra de mulheres com 40 anos ou mais conforme variáveis de utilização de serviços de saúde. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.....	44
Tabela 4 – Prevalência e razão de prevalência (RP) da utilização de ao menos um medicamento nos últimos 15 dias, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas da população de mulheres com 40 anos ou mais. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.....	45
Tabela 5 – Prevalência e razão de prevalência (RP) da utilização de ao menos um medicamento nos últimos 15 dias, segundo variáveis de condições de saúde e comportamentais em mulheres com 40 anos ou mais. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.....	46
Tabela 6 – Prevalência e razão de prevalência (RP) da utilização de ao menos um medicamento nos últimos 15 dias, segundo variáveis de morbidade em mulheres com 40 anos ou mais. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.....	47
Tabela 7 – Prevalência e razão de prevalência (RP) da utilização de ao menos um medicamento, segundo variáveis de utilização de serviços de saúde na população de mulheres com 40 anos ou mais. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.....	48
Tabela 8 – Descrição dos medicamentos utilizados pela população de mulheres com 40 anos ou mais e distribuição proporcional dos grupos, classes e medicamentos segundo a classificação <i>Anatomical Therapeutic Chemical Index</i> (ATC). Cambé, Paraná, Brasil, 2011.	49
Tabela 9 – Frequência do responsável pela indicação dos medicamentos utilizados nos últimos 15 dias por mulheres de 40 anos ou mais. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
DURG	<i>Drug Utilisation Research Group</i>
EUM	Estudo de Utilização de Medicamento
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RAM	Reações Adversas a Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SNGPC	Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	18
3.2 FARMACOEPIDEMIOLOGIA	19
3.2.1. Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM)	21
3.3 A MULHER E O USO DE MEDICAMENTOS	23
4 METODOLOGIA	27
4.1. MODALIDADE DE PESQUISA.....	27
4.2. LOCAL DE ESTUDO	27
4.2.1. Município de Cambé	27
4.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO	29
4.4. FONTE DE DADOS	29
4.5. AMOSTRAGEM.....	30
4.6. ESTUDO PILOTO E PRÉ-TESTE DO INSTRUMENTO.....	31
4.7. INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	31
4.8. TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	33
4.9. VARIÁVEIS E CATEGORIZAÇÃO	33
4.9.1. Variável Dependente	33
4.9.2. Variáveis Independentes	34
4.10. ASPECTOS ÉTICOS.....	37
4.11. DIVULGAÇÃO	37
5 RESULTADOS	38

6 DISCUSSÃO	52
6.1. USO DE MEDICAMENTOS E FATORES ASSOCIADOS	52
6.1.1. Idade e Uso de Medicamentos	52
6.1.2. Variáveis Demográficas e Socioeconômicas.....	55
6.1.3. Situação de Saúde e Utilização de Serviços de Saúde.....	56
6.2. GRUPOS FARMACOLÓGICOS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS	58
6.3. QUALIDADE E SEGURANÇA DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS	60
6.4. PROFISSIONAIS QUE INFLUENCIAM O USO DE MEDICAMENTOS.....	61
6.5. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O PRESENTE ESTUDO	62
CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	73
APÊNDICE A – Formulário da Pesquisa.....	74
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	96
ANEXOS	97
ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos	98
ANEXO 2 – Folheto Informativo	99

1 INTRODUÇÃO

Com a introdução de novos fármacos no mercado mundial no final da década de 30, as especialidades farmacêuticas compreendiam 25% das vendas nas farmácias e drogarias. A explosão de novas moléculas na terapêutica associada a demanda crescente por serviços sanitários a partir da Segunda Guerra Mundial, foi possível constatar um aumento expressivo das vendas nesses estabelecimentos durante a década de 80 (TOGNONI; LAPORTE, 1989). Atualmente, o Ministério da Saúde aponta que o Brasil ocupa a nona posição entre os países com maior mercado consumidor e movimenta R\$ 28 bilhões por ano. É importante destacar que entre as seis maiores empresas produtoras de medicamentos no mundo, quatro são brasileiras (PORTAL BRASIL, 2011).

Esse arsenal terapêutico disponível atualmente pode, por um lado, ser empregado de forma equivocada e desenvolver alguma iatrogenia e, por outro, ser objeto de pesquisa para descoberta de novos fármacos ainda mais seguros e efetivos na terapêutica nos países desenvolvidos. No entanto, nos países em desenvolvimento persistem as precárias condições de vida da população, diminuindo a efetividade dos medicamentos utilizados (PEPE; CASTRO, 2000). O quadro de doenças em consequência das más condições de vida que se apresenta nestes países "[...] desvia as ações de saúde produzindo uma medicina mais curativa que preventiva, intensificando a utilização de medicamentos" (MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006, p. 478).

O Brasil é um país em desenvolvimento e assumiu ser de sua responsabilidade a garantia da saúde por meio da

formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990, art. 2º, parágrafo 1º).

Dessa forma, o país desenvolveu políticas para atender grupos específicos de acordo com suas necessidades. Um exemplo é a Política de Saúde da Mulher que mostrou sua importância ao compreender que os problemas de saúde da mulher podem ser agravados principalmente pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades do trabalho doméstico. Soma-se

a isso a sua maior longevidade e, conseqüentemente, maior adoecimento. Ou seja, entende-se que a preocupação maior não deve ser focada nas doenças que afetam as mulheres, mas sim na sua vulnerabilidade que "[...] está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos" (BRASIL, 2004b, p. 9).

Pesquisas realizadas nas últimas duas décadas indicam uma alta prevalência de uso de medicamentos em todas as faixas etárias (VOSGERAU et al., 2011) e diversos estudos têm demonstrado que as mulheres não somente utilizam mais medicamentos do que os homens mas, também, os utilizam em grande quantidade (ARRAIS et al., 2005; BERTOLDI et al., 2004; NEUTEL; WALOP, 2005; COSTA et al., 2011). Esse fato pode ser compreendido como resultado direto das políticas de saúde e da liberdade que as indústrias têm na divulgação de informações sobre seus produtos (CAPELLÀ; LAPORTE, 1989). Além disso, os medicamentos simbolizam o desejo e a capacidade de modificar o curso "natural" da maioria das doenças, por isso vão além da atividade terapêutica específica, convertendo-se em um traço cultural (TOGNONI; LAPORTE, 1989).

No Brasil há somente um sistema nacional de informações de medicamentos, chamado de Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), que foi implantado de forma gradual a partir de 2007 e fornece dados de movimentação de compra e venda de medicamentos sujeitos a controle especial comercializados em farmácias e drogarias privadas do país (ANVISA, 2011a). Em um país de dimensões continentais e grandes diferenças regionais como o Brasil, é possível considerar que "os padrões de uso de medicamentos diferem entre regiões e se modificam no decorrer do tempo em função das mudanças do perfil saúde/doença e das políticas de saúde implementadas" (COSTA et al., 2011, p. 650). Nesse sentido, investigações locais são necessárias para permitir a identificação, monitoramento e produção de informações a respeito do uso destes produtos (COSTA et al., 2011). As pesquisas brasileiras e no mundo que abordam essa temática ainda são pouco realizadas e insuficientes (BERTOLDI et al., 2008; LEITE; VIEIRA; VEBER, 2008) e, por isso, os estudos de base populacional constituem importante meio para se obter dados acerca da utilização de medicamentos pela população.

Com o objetivo de conhecer o uso de medicamentos especificamente entre as mulheres com 40 anos ou mais de idade, esta pesquisa visa contribuir com a

melhoria na educação em saúde relacionada aos medicamentos e de políticas públicas que têm como objetivo aumentar a qualidade de vida da população no seu processo natural de envelhecimento.

Este estudo é um recorte do projeto "Doenças Cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações" realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. Compreende um estudo transversal de base populacional com homens e mulheres de 40 anos ou mais de idade, realizado no município de Cambé, Estado do Paraná.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prevalência da utilização de medicamentos e os fatores associados a esse uso em mulheres com idade igual ou acima de 40 anos residentes no município de Cambé, Paraná.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Descrever a população de estudo conforme as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, de condições de saúde e utilização de serviços de saúde;
- ◆ Analisar o uso de ao menos um medicamento nos 15 dias anteriores a entrevista, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, de condições de saúde e utilização de serviços de saúde;
- ◆ Analisar os grupos de medicamentos mais consumidos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Desde que o SUS foi instituído em 1990, o sistema de saúde do Brasil tem passado por profundas mudanças. Este Sistema é reconhecido internacionalmente como um modelo para a saúde da população. Tem como princípios e diretrizes a universalidade (todos os cidadãos brasileiros têm direito ao acesso a serviços de saúde), a integralidade (todos têm direito de acesso aos diferentes níveis de complexidade do sistema) e a equidade (todos devem ser tratados de acordo com suas necessidades) com o objetivo de promover, proteger, tratar e reabilitar a saúde (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, um dos campos de atuação do SUS é a "assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica" (BRASIL, 1990, art. 6º, inciso I, item d). Dessa forma, é garantido às pessoas o acesso aos medicamentos que se apresentem necessários para promover, proteger, tratar e reabilitar sua saúde.

Em 1998, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Medicamentos com o objetivo de garantir a segurança, a eficácia e a qualidade destes para a promoção do acesso e seu uso racional. Essa política, estabelece as prioridades do setor, responsabilidades de cada esfera de governo, reorientação da Assistência Farmacêutica e sua regulamentação sanitária (BRASIL, 2001).

Para que todas as pessoas sejam atendidas conforme suas necessidades, o SUS adotou a Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME) como:

[...] instrumento básico para a elaboração das listas estaduais e municipais segundo sua situação epidemiológica, para a orientação da prescrição médica, para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 2010b, p. 7).

Sendo assim, os medicamentos constantes dessa lista são extensivamente estudados e atualizados periodicamente para garantir a efetividade e segurança do uso das especialidades que são distribuídas a população pelo SUS.

Em 1999, duas leis significativas foram aprovadas no sentido de contribuir com a melhoria do acesso a produtos de qualidade pela população. A primeira lei

aprovada, nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com a missão de:

promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionadas (ANVISA, 2011b).

A segunda lei aprovada foi a conhecida "Lei dos Genéricos" em que cria o medicamento genérico e estabelece normas para sua prescrição e dispensação (BRASIL, 1999). Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS) tenta diminuir a influência da indústria farmacêutica sobre a propaganda e o consumo dos medicamentos de marca, contribuindo para a concorrência entre as empresas produtoras. Conseqüentemente o preço diminui e, através da garantia de qualidade pelos testes de biodisponibilidade e bioequivalência, permite garantir a efetividade e a segurança desses medicamentos.

Em 2003, foi realizada a I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica com deliberações importantes que culminaram na aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica em 2004. Esta política reafirma a importância dos medicamentos na saúde e define a Assistência Farmacêutica como "um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso ao seu uso racional" (BRASIL, 2004a, art. 1º, inciso III).

Durante todos esses anos desde a criação do SUS, a produção e distribuição dos medicamentos no Brasil tem sido repensada e reorganizada para melhor atender a população tanto no setor público quanto no privado.

3.2 FARMACOEPIDEMIOLOGIA

Antes da concepção das pesquisas de "farmacoepidemiologia", houve alguns episódios importantes com medicamentos desde o início do século XX. Esses acontecimentos marcaram a história tanto pela repercussão positiva, através da cura de algumas doenças na década de 30 e 40 até então consideradas incuráveis,

quanto pela repercussão negativa, como por exemplo, os efeitos deletérios dos medicamentos oriundos da adulteração de rótulos de medicamentos (1906 nos EUA) e a focomelia em crianças cujas mães utilizaram o medicamento talidomida (1961 e 1962, no mundo todo) (STROM, 2000). Esses fatos fizeram com que a legislação mudasse, como foi o caso do impacto negativo do uso da talidomida perante a opinião pública de alguns países (TOGNONI; LAPORTE, 1989).

Com a industrialização observou-se um crescente aumento da oferta de medicamentos à população. E o aumento do seu consumo no mundo foi influenciado pelo desenvolvimento econômico e dos sistemas de previdência social, associados à pressão dos fabricantes, após a segunda Guerra Mundial. No entanto, o acesso ao uso de medicamentos se apresentou diferente nos diversos países (TOGNONI; LAPORTE, 1989).

A partir da década de 50, as autoridades sanitárias começaram a se preocupar com o crescente aumento dos custos e gastos com medicamentos nos sistemas públicos de saúde (chamados sistemas de previdência social). Com isso, deu-se início a avaliação do papel do medicamento na comunidade, em que a eficiência global deste se dá quando o custo é analisado de acordo com a eficácia e os efeitos indesejáveis reais nas condições habituais de uso (TOGNONI; LAPORTE, 1989).

A "farmacoepidemiologia" teve sua origem, então, a partir dos acontecimentos nocivos relacionados a medicamentos, por isso, pode-se dizer que teve sua origem na farmacovigilância (CASTRO, 2001). É definida por Strom (2000) como "o estudo do uso e efeitos dos medicamentos em um grande número de pessoas". Tem como objetivos apoiar o uso racional e custo-benefício dos medicamentos pela população, melhorando os resultados de saúde (WHO, 2003).

A farmacoepidemiologia pode ser orientada pelo medicamento, enfatizando sua segurança e efetividade, ou orientada pela utilização com objetivo de melhorar a terapia medicamentosa através de intervenções educacionais (WHO, 2003).

3.2.1 Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM)

Em 1977, a Organização Mundial da Saúde definiu os "Estudos de Utilização de Medicamentos" como os de comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com especial ênfase nos resultados médicos, sociais e econômicos (WHO, 2003).

Os primeiros estudos clássicos sobre EUM começaram com o uso da talidomida e do cloranfenicol (responsável pelo desenvolvimento de anemia aplástica) a partir da década de 50.

A partir da década de 80, com o uso maciço de medicamentos a população dos países industrializados sofreu uma “verdadeira epidemia de doenças induzidas por fármacos como consequência do uso excessivo de tratamentos desnecessários” (TOGNONI; LAPORTE, 1989, p. 44) Atualmente não se questiona a importante contribuição dos medicamentos para a saúde, mas é importante lembrar que eles podem produzir efeitos indesejados. Ao mesmo tempo, compreende-se que a saúde é influenciada fortemente pelo contexto econômico, social e determinado pela biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e o sistema de saúde que atende ao indivíduo (BARROS, 2008). Por isso, ao utilizar informações a respeito da situação de saúde de um indivíduo/população, os métodos epidemiológicos são úteis para o estudo da utilização dos medicamentos pela população.

Os EUM têm como objetivo básico “conhecer sua interação com o processo global da atenção à saúde quando as enfermidades são selecionadas para serem tratadas e modificadas em seu curso natural” (SIMÕES, 2001, p. 132). Esses estudos são parte essencial da farmacoepidemiologia pois permitem compreender a extensão, a natureza e os determinantes da exposição a medicamentos. Os estudos transversais fornecem informações sobre medicamentos durante um determinado período de tempo e podem ser utilizados para comparações com pesquisas semelhantes realizadas em outros países ou no próprio país com grandes diferenças regionais, como o Brasil. As informações podem ser obtidas através do próprio medicamento, de serviços de saúde, prescritores, indicação e dos próprios usuários (WHO, 2003).

De acordo com Tognoni e Laporte (1989), o medicamento constitui um elemento especial no contexto da medicina por dois motivos: primeiro pelo papel que

possui na prática médica e, segundo, pelo valor que existe em se conhecer o modo como são utilizados nesta prática. Dessa forma, o "modo como os medicamentos são pensados, desenvolvidos, promovidos e depois utilizados pode ajudar a caracterizar o próprio sistema sanitário" (TOGNONI; LAPORTE, 1989, p. 47).

Nesse sentido, os estudos quantitativos permitem descrever o consumo de medicamentos numa determinada área; detectar desvios de consumo; detectar diferenças internacionais e nacionais de consumo; avaliar programas de intervenção (ações reguladoras, informativas) e estabelecer os denominadores do consumo para análise da relação risco/benefício (SIMÕES, 2001). Por meio desses estudos é possível contribuir com a melhoria das políticas e do próprio sistema de atenção à saúde.

Nos EUM, os medicamentos podem ser classificados de acordo com sua indicação, categoria de diagnóstico, estrutura, grupo químico, entre outros. Apesar das várias formas de classificação, não há uma considerada ideal entre os autores. A mais aplicada nas pesquisas é a *Anatomical Therapeutic Chemical* – ATC (BERTOLDI et al., 2008).

Segundo essa classificação, as substâncias ativas são divididas entre diferentes grupos de acordo com o órgão ou sistema em que atuam e suas propriedades terapêuticas, farmacológicas e químicas. Os medicamentos são classificados em 5 níveis. No primeiro nível há 14 grupos principais, conforme o órgão ou o sistema de ação. O segundo nível compreende os subgrupos farmacológicos/terapêuticos. O terceiro e quarto nível correspondem aos subgrupos químicos/farmacológicos/terapêuticos e, o quinto nível, é a identificação da substância química (WHO, 2011).

Os 14 grupos principais do primeiro nível são:

- A – Trato alimentar e metabolismo
- B – Sangue e órgãos hematopoiéticos
- C – Sistema Cardiovascular
- D – Dermatológico
- G – Sistema genito-urinário e hormônios sexuais
- H – Preparações hormonais sistêmicas, exceto hormônios sexuais e insulina
- J – Antiinfeciosos sistêmicos

- L – Antineoplásicos e imunomoduladores
- M – Sistema músculo esquelético
- N – Sistema nervoso
- P – Antiparasitários, inseticidas e repelentes
- R – Sistema respiratório
- S – Órgãos sensoriais
- V – Outros

3.3 A MULHER E O USO DE MEDICAMENTOS

A partir dos 35 a 40 anos de idade, é natural que as mulheres comecem a sentir mudanças em seu corpo devido à diminuição da produção de hormônios (estradiol e progesterona). Essas mudanças não somente repercutem em sintomas da conhecida menopausa (fogacho, alteração de humor, entre outros) como também aumentam o risco para o desenvolvimento de osteoporose, doença coronariana e demência (LUBIANCA, 2004).

Neri (2008) analisa a qualidade de vida das mulheres na velhice e faz considerações importantes, das quais se destacam:

- As mulheres sofrem mais do que os homens de doenças não fatais, mas incapacitantes e crônicas, como artrite e hipertensão;
- As avaliações de saúde física percebida que pioram com a idade mostram pontuações mais baixas para um maior número de mulheres do que homens;
- O papel da mulher de "cuidadora do lar", de ser constante fonte de apoio durante quase toda a sua vida pode causar prejuízos na qualidade da velhice;
- Viver sozinha, apresentar baixo nível de escolaridade e condições de vida desfavoráveis diminui a qualidade de vida das mulheres.

Além disso, os dados demográficos têm apresentado informações acerca do envelhecimento populacional, sendo a feminização da velhice um importante fenômeno observado (NERI, 2008). Dessa forma, é necessário que as políticas de

saúde sejam voltadas à qualidade de vida da mulher durante toda a sua vida para que a fase do envelhecer seja vivida da melhor forma possível.

Reforçando o papel da mulher como fonte de apoio, Mandu e Silva (2000) compreendem que ela é uma produtora de saúde, pois adquire conhecimentos e práticas pela sua vivência e percepções através da atenção à saúde, sendo a que mais entende das suas próprias condições de saúde e da sua família e quem decide quando procurar os serviços de saúde. Por esses motivos, se espera um maior uso de medicamentos entre as mulheres.

Estudos no Brasil e no exterior acerca da utilização de medicamentos demonstram o maior consumo destes entre as mulheres independente da idade, mesmo quando se excluem aqueles utilizados para contracepção e reposição hormonal (SIMÕES; FARACHE FILHO, 1988; ARRAIS et al., 1997; CABRITA et al., 2001; BERTOLDI et al., 2004; COELHO FILHO; MARCOPITO; CASTELO, 2004; ARRAIS et al., 2005; CARVALHO et al., 2005; LOYOLA-FILHO et al., 2005; FLORES; MENGUE, 2005; LOYOLA-FILHO; LIMA-COSTA, 2006; FERREIRA, 2007; NEUTEL; WALOP, 2005; RIBEIRO et al., 2008; FLORES; BENVENEGUÍ, 2008; SANFÉLIX et al., 2008; SANTOS; BARRETO; COELHO, 2009; COSTA et al., 2010; VOSGERAU et al., 2011).

Com o objetivo de explicar as diferenças relacionadas à saúde entre homens e mulheres que interferem na utilização de medicamentos, Neutel e Walop (2005) organizaram essas diferenças em seis domínios, que podem afetar esse uso de formas diferentes, conforme podem ser observados na Figura 1 traduzida pela pesquisadora. Cada um dos 6 domínios pode agir diretamente no uso de medicamentos como simbolizados pela intersecção das elipses de domínios com a elipse da utilização de medicamentos. Os domínios como um conjunto representam o ambiente complexo dentro do qual o uso de medicamentos ocorre enquanto as linhas pontilhadas entre os domínios individuais representam a interconexão entre eles (NEUTEL; WALOP, 2005).

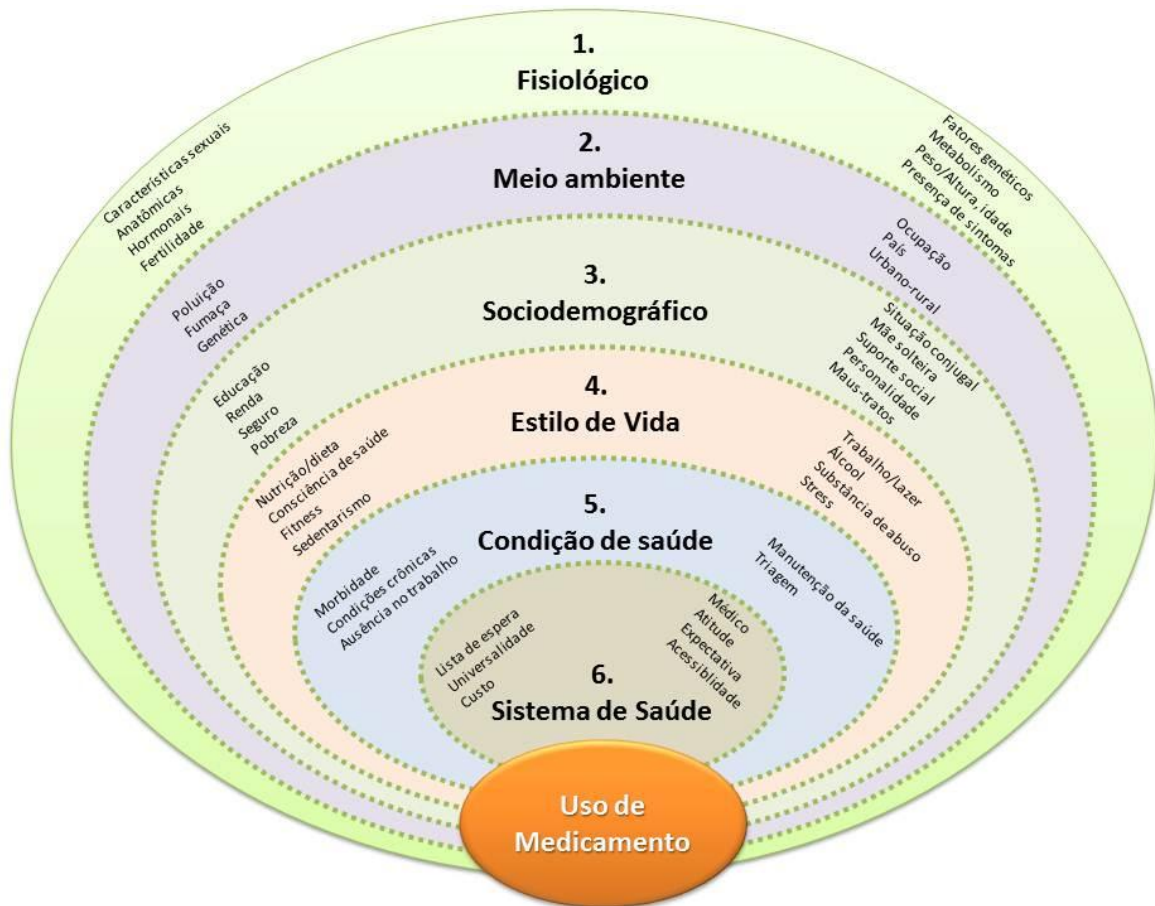
Esse domínios compreendem o:

1. **Fisiológico:** em termos de uso de medicamentos essas diferenças estão relacionadas, num nível mais básico, à diferenças entre peso e tamanho que são importantes na determinação da dose. Diferenças anatômicas também afetam as condições de saúde,

como por exemplo, homens têm problemas de próstata e mulheres diferem nas condições uterinas, cada um com seu uso específico em termos de medicamento. Existem também diferenças farmacocinéticas e farmacodinâmicas como por exemplo, diferenças na percepção da dor que levam a diferentes respostas e formas de uso dos medicamentos.

2. **Meio ambiente:** existem não apenas diferenças de exposição relacionadas à ocupação ou hábitos (tabagismo, por exemplo) entre homens e mulheres, mas quando expostos à influências ambientais, os mesmos são afetados de formas diferentes, o que leva a diferenças nas doenças e no uso de medicamentos;
3. **Sociodemográfico:** inclui a renda, educação e outros fatores sociais que influenciam distintamente homens e mulheres. Por exemplo, os homens tinham direito ao ensino em detrimento das mulheres e isso ainda reflete na população com idade avançada. Esses fatores estão intimamente relacionados aos fatores ambientais e também a fatores de estilo de vida ;
4. **Estilo de vida:** reflete muitas diferenças sociais entre homens e mulheres que afetam o uso de medicamentos. Áreas onde as escolhas podem ser feitas de maneira diferente incluem a seleção da dieta e do nível de atividade física. Relacionados ao estresse fatores tendem a ter mais efeito em mulheres do que em homens;
5. **Estado de saúde:** existem diferenças entre o estado de saúde autopercebido entre homens e mulheres. As mulheres têm uma percepção ampliada sobre os fatores que influenciam seu estado de saúde.
6. **Sistema de saúde:** as mulheres, em geral, apresentam um comportamento diferente do homem no sentido da procura por serviços de saúde.

Figura 1 - Domínios dos determinantes do uso de medicamentos que afetam as diferenças entre homens e mulheres.



Fonte: Adaptada de Neutel e Walop, 2010

A importância da discussão sobre políticas públicas de saúde focada no gênero é reforçada pela conclusão de Neri (2008, p.182) quando afirma, a partir de seus estudos, que "gênero é um fator de risco mais importante do que idade, na medida em que as mulheres idosas são mais frágeis e se percebem como mais frágeis do que os homens idosos".

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1. MODALIDADE DE PESQUISA

Esta pesquisa é parte de um projeto chamado Projeto VIGICARDIO que estuda as “Doenças Cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações” vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. Compreende um estudo transversal de base populacional realizado no município de Cambé, Estado do Paraná.

4.2. LOCAL DE ESTUDO

4.2.1. Município de Cambé

A partir de 1932, antes de ser fundado o município de Cambé, os primeiros moradores dessa localidade foram alemães, oriundos da Polônia durante a Primeira Guerra Mundial. Devido à dificuldade de adaptação ao clima tropical, muito diferente de seu país de origem, e da flora e fauna intocadas, muitas famílias desistiram de permanecer nessas terras. No entanto, japoneses, italianos, portugueses, espanhóis entre outras nacionalidades foram atraídos para essa região por causa da fertilidade de suas terras (BRASIL, 2011c; CAMBÉ, 2011).

Fundado em 11 de outubro de 1947, Cambé está localizado na região Norte do Paraná, distante cerca de 10 km de Londrina e 385 km da capital Curitiba (BRASIL, 2011c; CAMBÉ, 2011). Sua localização pode ser verificada na Figura 2.

A região onde o município está localizado tem uma forte economia na agricultura, principalmente soja, e possui um parque industrial onde se destacam a agroindústria e indústrias químicas (BRASIL, 2011c; CAMBÉ, 2011).

Figura 2 - Mapa adaptado do Estado do Paraná.



Fonte: BRASIL, 2011d

De acordo com os resultados do Censo Demográfico de 2010, Cambé possui uma população de 96.733 habitantes, sendo 92.952 de moradores da área urbana (96,09%). Dentre estes, 47.622 (51,23%) correspondem a mulheres, destas, 9.281 (19,49%) tem 40 anos ou mais de idade (BRASIL, 2011a).

Em relação à saúde, o município pertence a 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná (PARANÁ, 2011a) e conta com 24 estabelecimentos de saúde SUS (BRASIL, 2011b). A Figura 3 indica a 17ª Regional de Saúde.

Figura 3 - Mapa adaptado das Regionais de Saúde do Estado do Paraná com destaque para a 17ª Regional.



Fonte: PARANÁ, 2011b

4.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi composta por mulheres residentes na área urbana de Cambé com 40 anos ou mais, definidos a partir dos dados disponíveis da recontagem populacional de 2007. Os dados do Censo 2010 ainda não estavam totalmente disponíveis durante o planejamento da pesquisa.

Segundo o IBGE (BRASIL, 2010a), o total de habitantes do referido município era de 92.888, sendo 30.710 (33,1%) com idade igual ou superior a 40 anos.

4.4. FONTE DE DADOS

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas individuais realizadas no domicílio ou em outro local sugerido pelo entrevistado. Caso o entrevistado não

apresentasse condições de saúde que permitissem participar da pesquisa, as informações foram obtidas do cuidador ou parente, exceto para as variáveis de auto-avaliação.

4.5. AMOSTRAGEM

O tamanho da amostra foi calculado com base na maior prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares e na predominância da população residente na área urbana do município de Cambé (96%). Utilizou-se o aplicativo Epi Info 3.5.1 para o cálculo considerando uma proporção esperada de 50%, com margem de erro de 3% e intervalo de confiança de 95%, resultando em uma amostra de 1.066 pessoas. Para garantir a amostra de entrevistados, foi calculado 20% a mais para eventuais perdas e recusas, respeitando a proporcionalidade entre homens e mulheres de acordo com a idade, totalizando 1.336 indivíduos. Desse total, 1.180 foram efetivamente entrevistados, distribuídos de acordo com faixa de idade e sexo por setor censitário da região urbana do município. Todos os setores censitários do perímetro urbano foram incluídos e foram estabelecidas cotas para cada setor.

Para este estudo foram selecionadas somente as mulheres participantes do projeto. Foram incluídas 714 mulheres, sendo 642 efetivamente entrevistadas. As perdas totalizaram 3,22% e as recusas, 6,86%, abaixo do esperado calculado. Os domicílios foram excluídos ou declarados como perda quando três visitas eram realizadas em dias e horários diferentes sem sucesso.

Para garantir aleatoriedade ao processo das entrevistas, os setores censitários tiveram suas quadras numeradas para o sorteio do início da rota. Na quadra inicial, foi sorteado um ponto de acordo com o número de cantos. O sentido adotado em cada quadra foi o anti-horário e o primeiro domicílio em todas as quadras se deu por sorteio entre o primeiro e o segundo.

As visitas se deram em um a cada dois domicílios da trajetória previamente traçada de forma aleatória, e em cada domicílio foi realizado novo sorteio de um morador com 40 anos ou mais de idade até completar a cota de pessoas a serem entrevistadas no setor, de acordo com sexo e faixa etária de cada setor censitário.

Se cumprida a cota para determinada faixa etária, os indivíduos eram excluídos do sorteio. Se ao final do trajeto a cota não tivesse sido preenchida, retornava-se ao ponto inicial do setor para visitar os domicílios não entrevistados.

4.6. ESTUDO PILOTO E PRÉ-TESTE DO INSTRUMENTO

O estudo piloto foi realizado com o objetivo de avaliar o formulário e treinar os entrevistadores para a sua aplicação e para a realização das medidas antropométricas.

O pré-teste do instrumento foi realizado em três momentos: o primeiro, somente com os pesquisadores, o segundo e o terceiro, com os pesquisadores e colaboradores numa região previamente escolhida do município de Londrina, Paraná, no ano de 2010.

4.7. INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de 01 de fevereiro de 2011 a 15 de junho deste mesmo ano.

As informações foram obtidas através de inquérito domiciliar. O instrumento utilizado foi um formulário estruturado e fechado composto por 136 questões (APÊNDICE A). O indivíduo foi interrogado para as variáveis, divididas em blocos de acordo com o tema:

- **Folha de rosto** - relação de moradores e informações gerais (idade, endereço, telefone, entre outros) sobre o entrevistado e data da visita;
- **Bloco 1** – variáveis de caracterização (dados demográficos e socioeconômicos)
- **Bloco 2** – hábitos de vida;
- **Bloco 3** – capacidade funcional;

- **Bloco 4** – utilização de serviços de saúde;
- **Bloco 5** – condições de saúde;
- **Bloco 6** – tratamento medicamentoso;
- **Bloco 7** – medidas antropométricas e exames laboratoriais.

Durante a entrevista foram realizadas medidas antropométricas, de pressão arterial e agendado dia para coleta de exame de sangue.

Com relação às informações do Bloco 6, para começar a descrição sobre dos medicamentos utilizados pelo entrevistado foi feita a seguinte pergunta: “Agora precisarei relatar os remédios utilizados pelo(a) senhor(a). Por favor, traga todos os medicamentos que o(a) senhor(a) utiliza diariamente ou que utilizou mesmo que eventualmente nos últimos 15 dias.”

Os dados relativos aos medicamentos foram coletados minuciosamente para aumentar a validade dessas informações, com as seguintes recomendações (BERTOLDI et al., 2008; HARDON; HODGKING; FRESLE, 2004; ROZENFELD; VALENTE, 2004):

- Emprego de instrumento de coleta padronizado e testado;
- Treinamento dos entrevistadores para a coleta;
- Coleta exaustiva das informações sobre todas as especialidades farmacêuticas utilizadas;
- Coleta do nome comercial, nome da substância ativa, forma de dosagem, concentração, dose, quem indicou;
- Solicitação do comprovante de uso dos medicamentos (embalagens secundárias, primárias, bulas ou receitas).

Após a descrição dos medicamentos comprovados, fez-se uma segunda pergunta padrão relacionada aos medicamentos que, porventura, pudessem ter sido utilizados nos últimos 15 dias e que não tenham sido comprovados: “Além destes medicamentos, o(a) senhor(a) se recorda de mais algum remédio que nessas últimas duas semanas o senhor tomou ou deveria ter tomado que não listamos? Lembre-se de medicamentos para dores (de cabeça, musculares, nas costas), para azia ou má digestão ou qualquer outra condição.”

As entrevistas duraram em média 40 minutos e foram realizadas pela equipe de pesquisadores vinculados ao Projeto VIGICARDIO, colaboradores externos e estudantes do cursos de Enfermagem, Farmácia e Medicina da UEL.

No presente estudo, foram selecionadas somente as variáveis pertinentes à pesquisa descritas adiante no item 4.9.

4.8. TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram duplamente digitados no programa Epi Info 3.5.1. Em seguida, os bancos foram comparados e corrigidos os eventuais erros de digitação para proceder a análise estatística, realizada no mesmo programa.

O número de medicamentos foi descrito por intermédio da média e intervalo de confiança. A descrição das variáveis demográficas, socioeconômicas e relacionadas aos medicamentos foi apresentada em tabelas de frequência e intervalos de confiança de 95%.

A associação do uso de pelo menos um medicamento e as variáveis demográficas, socioeconômicas, utilização de serviços de saúde e condições de saúde foi realizada com o teste de qui-quadrado e a força da associação representada pela razão de prevalência e respectivos intervalos de confiança. O nível de significância dos testes estatísticos foi de 5%.

4.9. VARIÁVEIS E CATEGORIZAÇÃO

4.9.1. Variável Dependente

A variável analisada foi a utilização de algum medicamento nos últimos 15 dias à entrevista. Optou-se por este período recordatório devido ao maior número de estudos que utilizam este parâmetro (ARRAIS et al., 2005; BERTOLDI et al., 2004; BERTOLDI et al., 2008; CARVALHO et al., 2005; CRENTSIL et al., 2010; LOYOLA-FILHO; LIMA-COSTA, 2006; RIBEIRO et al., 2008; SIMÕES; FARACHE FILHO, 1988).

Dos medicamentos utilizados, foram analisados o número de medicamentos

segundo variáveis independentes. As informações sobre os grupos farmacológicos e responsabilidade pela indicação dos medicamentos foram descritas para complementar a discussão do trabalho.

Os medicamentos utilizados foram classificados e descritos pela pesquisadora do primeiro ao quinto nível, quando possível, pela classificação *Anatomic Therapeutic Chemical* (ATC), desenvolvida e adotada desde 1976 pelo Conselho Nórdico de Medicamentos e recomendada pelo *Drug Utilisation Research Group* (DURG) da OMS (SIMÕES, 2001).

Para os medicamentos que apresentavam duas ou mais substâncias ativas foi selecionada uma substância de referência para classificá-lo. Os medicamentos fitoterápicos, homeopáticos e florais foram incluídos neste estudo. Os produtos citados pelas entrevistadas que não puderam ser considerados medicamentos foram excluídos da descrição e análise dos dados.

4.9.2. Variáveis Independentes

As variáveis independentes foram classificadas conforme suas características (demográficas, socioeconômicas, condições de saúde e utilização de serviços).

4.9.2.1 Características demográficas e socioeconômicas

- ✓ *Idade*
 - 40-49
 - 50-59
 - 60 ou mais
- ✓ *Situação conjugal:*
 - Solteira
 - Casada/união estável
 - Divorciada/separada/viúva

- ✓ *Escolaridade*
 - ≤3 anos
 - 4-7 anos
 - ≥8 anos
- ✓ *Situação de trabalho*
 - Possui trabalho:
 - Não
 - Sim
- ✓ *Nível econômico*: a classificação econômica será estimada através do poder de compra das pessoas e famílias urbanas (ABEP, 2010)
 - A1 e A2 - 35 a 46 pontos, correspondente a renda média familiar R\$ 14.366 e 8.099, respectivamente;
 - B1 e B2 – 23 a 34 pontos, correspondente a renda média familiar R\$ 4.558 e 2.327, respectivamente;
 - C1 e C2 – 14 a 22 pontos, correspondente a renda média familiar R\$ 1.391 e 933, respectivamente;
 - D e E – 0 a 13 pontos, correspondente a renda média familiar R\$ 618 e 403, respectivamente.

4.9.2.2 Condição de saúde, comportamentais e acesso a serviços

- ✓ *Condição de saúde e comportamentais*:
 - Auto percepção de saúde:
 - Muito bom/Bom/Regular
 - Ruim/Muito ruim
 - Auto percepção de saúde comparada:
 - Muito melhor/Um pouco melhor/Quase a mesma
 - Um pouco pior/Muito pior
 - IMC: calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, informações obtidas pelas medidas antropométricas realizadas (WHO, 1995)
 - Prática de exercícios físicos há mais de 6 meses: sim ou não;

- Tabagismo: se fuma ou não;
 - Consumo de bebida alcoólica: se não consome, se consome ocasionalmente, frequentemente ou diariamente.
 - Situação de saúde prevalente:
 - Artrite/Artrose/Reumatismo: sim ou não;
 - Colesterol elevado: sim ou não;
 - Depressão: sim ou não;
 - Diabetes: sim ou não;
 - Hipertensão: sim ou não;
 - Menopausa: sim ou não;
 - Problema de coluna: sim ou não;
- ✓ *Utilização de serviços de saúde:*
- Filiado a plano de saúde: sim ou não;
 - Utiliza a Unidade Básica de Saúde: sim ou não;
 - Consulta médica nos últimos 2 meses: sim ou não;
 - Consulta médica nos últimos 12 meses: sim ou não;
 - Internação nos últimos 12 meses: sim ou não;
 - Cirurgia nos últimos 12 meses: sim ou não.

4.10. ASPECTOS ÉTICOS

Conforme mencionado anteriormente, esta pesquisa faz parte do Projeto VIGICARDIO - “Doenças Cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações” que obteve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina segundo o parecer 236/10 (ANEXO 1) e cumpriu com os critérios estabelecidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 1996).

Antes da entrevista com os convidados, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), assinado pelo entrevistado e entregue uma via para o mesmo.

Ao final de cada entrevista, a pessoa recebeu um folheto informativo a respeito da definição, consequências e prevenção das doenças cardiovasculares (ANEXO 2).

4.11. DIVULGAÇÃO

Os resultados desta pesquisa serão divulgados a Secretaria de Saúde de Cambé através de atividades como oficinas e palestras. Artigos científicos serão elaborados para publicação, além da divulgação em eventos científicos.

5 RESULTADOS

Das 642 mulheres entrevistadas, 548 (85,4%) utilizaram algum medicamento nos 15 dias anteriores a entrevista. Realizando a distribuição de uso entre as faixas etárias, foi demonstrado prevalências de 78,6% entre as mulheres entre 40-49 anos, 88,1% entre aquelas com 50-59 anos e 91,6%, com 60 anos ou mais. A média de uso foi de 3,31 (IC=3,11-3,51) medicamentos por mulher, mediana 3,00 com variação de 1 a 17 medicamentos. O total de medicamentos utilizados foi 1754.

Em relação às características da população estudada (Tabela 1), 40,0% das mulheres que participaram do estudo tinham entre 40-49 anos de idade, a maioria era casada ou unida e 36,5% apresentaram escolaridade mínima de 8 anos completos. Dessas mulheres, 31,8% eram do lar e 50,1% possuíam emprego. Quase metade dessa população não trabalhava. Um pouco mais da metade pertencia ao nível socioeconômico C (52,7%) e 29,5% ao nível B.

Em relação às variáveis de condição de saúde, 51,5% das mulheres avaliaram sua saúde como muito boa ou boa, mas quando a compararam com pessoas da mesma idade quase metade (48,3%) percebem-na como regular. A grande maioria das pessoas (72,5%) foi classificada como acima do peso (IMC \geq 25,0) e 63,3% estavam na menopausa (Tabela 2).

Observa-se na Tabela 2 que somente 23,9% pratica exercício físico regularmente há mais de seis meses, entretanto, a maioria não consome bebida alcoólica (77,1%) e não fuma (84,9%).

Em média, um terço das mulheres entrevistadas relatou ter ou ter tido artrite/artrose/reumatismo, colesterol elevado e depressão durante toda sua vida. Para a variável diabetes, 12,2% relataram ter a doença. Hipertensão e problema de coluna foram relatados por um pouco mais de 40% da amostra (Tabela 2).

A Tabela 3 demonstra que pouco menos de 60% das mulheres não possuem plano de saúde e 83,5% utiliza a Unidade Básica de Saúde para algum tipo de serviço. Quase 60% consultou o médico nos últimos 2 meses e 88,1% consultou no último ano. Em torno de 10% passou por internação hospitalar ou se submeteu a algum procedimento cirúrgico no último ano.

Para o teste de qui-quadrado e cálculo da razão de prevalência, as variáveis foram agrupadas em duas categorias. A partir da Tabela 4 até a Tabela 7, é possível

observar uma alta prevalência do uso de medicamentos em relação às variáveis (geralmente maior que 80%).

A Tabela 4 mostra associação estatisticamente significativa para as variáveis independentes faixa etária ($p < 0,01$) e possui trabalho ($p < 0,01$), sendo a prevalência do maior uso entre as mulheres com 60 anos ou mais, e para as que não possuem trabalho. Observa-se na referida Tabela que a distribuição proporcional do uso de medicamentos entre as categorias da variável situação conjugal e escolaridade foram estatisticamente homogêneas e, por isso, não significativas ($p > 0,05$).

A Tabela 5 apresenta os resultados das análises relacionadas às variáveis sobre condições de saúde e comportamentais. Encontrou-se significância estatística para o maior uso de medicamentos quando a mulher percebe sua saúde como ruim e quando a classifica da mesma forma em comparação com pessoas da mesma faixa etária.

As mulheres com IMC maior ou igual a 25,0, consideradas acima do peso, utilizam com maior frequência medicamentos em relação às mulheres com IMC normal ou abaixo do normal ($p < 0,05$). Estar no período da menopausa também influenciou no maior uso de medicamentos (RP=1,16 e $p < 0,01$) (Tabela 5).

Em relação às variáveis comportamentais, o não uso de bebida alcoólica esteve associado ao maior uso de medicamentos ($p < 0,01$), mas não foi observada diferença significativa para a variável tabagismo (Tabela 5).

As doenças mais prevalentes (artrite/artrose/reumatismo, colesterol elevado, depressão, hipertensão e problema de coluna), relatadas pelas mulheres do presente estudo, estiveram associadas a maior frequência de uso de medicamentos ($p < 0,01$). Além disso, pode-se observar que a prevalência também é alta em todas as categorias, conforme mostra a Tabela 6.

Apesar da doença diabetes não ter sido uma das mais prevalentes neste estudo, foi incluída nessa análise pela sua importância na saúde pública e verificou-se associação positiva com o maior uso de medicamentos (Tabela 6).

Em relação à utilização de serviços de saúde, os dados da Tabela 7 demonstram que o uso de medicamentos pelas mulheres foi associado à utilização de serviços de saúde ao ter realizado consulta médica nos últimos 2 e 12 meses. Internação também demonstrou associação positiva ($p < 0,01$). Ser filiado a algum plano de saúde, coparticipativo ou integral, ou utilizar os serviços da Unidade Básica de Saúde não apresentou significância estatística.

Quanto a prevalência do uso de medicamentos pelas mulheres entrevistadas, a Tabela 8 apresenta os grupos e medicamentos mais utilizados. Os do sistema cardiovascular, sistema nervoso e para o trato alimentar e metabolismo foram os mais prevalentes (30,7%, 22,4% e 15,1%, respectivamente) representando mais da metade dos medicamentos utilizados. Desses grupos, merecem destaque os fármacos: hidroclorotiazida (5,9%), dipirona (4,6%) e omeprazol (4,5%) como os mais utilizados pelas mulheres. O grupo dos fitoterápicos compreendeu 2,5% do total de medicamentos utilizados.

Outros fármacos que merecem destaque são os medicamentos tibolona (0,6%), orfenadrina (2,7%) e nafazolina (0,2%) por não pertencerem a RENAME 2012 e apresentaram as prevalências de 1,82%, 8,76% e 0,73%, respectivamente (Tabela 8).

O principal responsável pela influência na utilização dos medicamentos foram os profissionais prescritores (médico e dentista) compreendendo 85,8% dos medicamentos relatados (Tabela 9). Durante a coleta de dados, não foi verificado se havia receita profissional destes medicamentos, dessa forma, não foi possível descrever quando o medicamento foi prescrito/indicado. Somente 10% das indicações foram resultados da automedicação.

Tabela 1 – Descrição da amostra de mulheres com 40 anos ou mais conforme variáveis demográficas e socioeconômicas. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.

Variáveis	n	% (IC95%)
Idade	642	100,0
40-49	257	40,0 (36,2-43,9)
50-59	194	30,2 (26,7-34,0)
60 ou +	191	29,8 (26,3-33,5)
Situação conjugal	642	100,0
Solteira	51	7,9 (6,0-10,4)
Separada ou viúva	181	28,2 (24,8-31,9)
Casada/Unida	410	63,9 (60,0-67,6)
Escolaridade (em anos)	641	100,0
0-3	183	28,5 (25,1-32,1)
4-7	224	34,9 (31,3-38,8)
8 ou +	234	36,5 (32,8-40,4)
Possui trabalho	642	100,0
Sim	326	50,8 (46,8-54,7)
Não	316	49,2 (45,3-53,2)
Nível econômico (classificação ABEP)	641	100,0
A1, A2	27	4,2 (2,8-6,2)
B1, B2	189	29,5 (26,0-33,2)
C1, C2	338	52,7 (48,8-56,6)
D, E	87	13,6 (11,1-16,5)

Tabela 2 – Descrição da amostra de mulheres com 40 anos ou mais conforme variáveis de condição de saúde e comportamentais. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.

Variáveis	n	% (IC95%)
Auto percepção de saúde	639	100,0
Muito bom/Bom	329	51,5 (47,5-55,4)
Regular	246	38,5 (34,7-42,4)
Ruim/Muito ruim	64	10,0 (7,9-12,7)
Auto percepção de saúde comparada	635	100,0
Muito bom/Bom	189	29,8% (26,3-33,5)
Regular	307	48,3 (44,4-52,3)
Ruim/Muito ruim	139	21,9 (18,2-25,6)
IMC	633	100,0
Baixo peso (<18,5)	9	1,4 (0,7-2,8)
Normal (18,5-24,9)	165	26,1 (22,7-29,7)
Sobrepeso (≥25,0)	459	72,5 (68,8-75,9)
Menopausa	624	100,0
Sim	395	63,3 (59,4-67,1)
Não	229	36,7 (32,9-40,6)
Prática de exercícios físicos há mais de 6 meses	642	100,0
Sim	153	23,9 (20,6-27,4)
Não	489	76,2 (72,6-79,4)
Consumo de bebida alcoólica	642	100,0
Todos os dias	7	1,1 (0,5-2,3)
Frequentemente	16	2,5 (1,5-4,1)
Ocasionalmente	124	19,3 (16,4-22,6)
Não	495	77,1 (73,6-80,3)

Continua Tabela 3

Tabagismo	642	100,0
Diariamente	81	12,6 (10,2-15,5)
Ocasionalmente	16	2,5 (1,5-4,1)
Não	545	84,9 (81,8-87,5)
Morbidade		
<i>Artrite/Artrose/Reumatismo</i>	640	100,0
Sim	190	29,7 (26,2-33,4)
Não	450	70,3 (66,6-73,8)
<i>Colesterol elevado</i>	641	100,0
Sim	197	30,7 (27,2-34,50)
Não	444	69,3 (65,5-72,8)
<i>Depressão</i>	641	100,0
Sim	191	29,8 (26,3-33,5)
Não	450	70,2 (66,5-73,7)
<i>Diabetes</i>	641	100,0
Sim	78	12,2 (9,8-15,0)
Não	563	87,8 (85,0-90,2)
<i>Hipertensão</i>	639	100,0
Sim	293	45,9 (41,9-49,8)
Não	346	54,1 (50,2-58,1)
<i>Problema de coluna</i>	641	100,0
Sim	272	42,4 (38,6-46,4)
Não	369	57,6 (53,6-61,4)

Tabela 3 – Descrição da amostra de mulheres com 40 anos ou mais conforme variáveis de utilização de serviços de saúde. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.

Variáveis	n	% (IC95%)
Filiada a plano de saúde	635	100,0
Integral	83	13,1 (10,6-33,5)
Parcial	189	29,8 (10,6-16,0)
Não possui	363	57,2 (53,2-61,0)
Utiliza a Unidade Básica de Saúde	642	100,0
Sim	536	83,5 (80,3-86,2)
Não	106	16,5 (13,8-19,7)
Consulta médica últimos 2 meses	613	100,0
Sim	351	57,3 (53,2-61,2)
Não	262	42,7 (38,8-46,8)
Consulta médica últimos 12 meses	621	100,0
Sim	547	88,1 (85,2-90,5)
Não	74	11,9 (9,5-14,8)
Cirurgia nos últimos 12 meses	640	100,0
Sim	65	10,2 (8,0-12,8)
Não	575	89,8 (87,2-92,0)
Internação nos últimos 12 meses	641	100,0
Sim	71	11,1 (8,8-13,8)
Não	570	88,9 (86,2-91,2)

Tabela 4 – Prevalência e razão de prevalência (RP) da utilização de ao menos um medicamento nos últimos 15 dias, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas da população de mulheres com 40 anos ou mais. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.

Variáveis	%	Valor de p*	RP	IC95%
Idade		<0,01		
40-59	82,7		1,00	
60 ou +	91,6		1,11	1,04-1,18
Situação conjugal		0,06		
Separada/viúva/solteira	81,9		1,07	0,99-1,14
Casada/Unida	87,3		1,00	
Escolaridade (em anos)		0,18		
0-7	86,7		1,04	0,98-1,12
8 ou +	82,9		1,00	
Possui trabalho		<0,01		
Sim	79,1		1,00	
Não	91,8		1,16	1,09-1,24
Nível econômico (classificação ABEP)		0,14		
A1, A2, B1, B2	82,4		0,95	0,88-1,02
C1, C2, D, E	86,8		1,00	

*Teste qui-quadrado.

Tabela 5 – Prevalência e razão de prevalência (RP) da utilização de ao menos um medicamento nos últimos 15 dias, segundo variáveis de condições de saúde e comportamentais em mulheres com 40 anos ou mais. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.

Variáveis	%	Valor de p*	RP	IC95%
Auto percepção de saúde		<0,01		
Muito bom/Bom/Regular	84,0		1,00	
Ruim/muito ruim	96,9		1,15	1,09-1,22
Auto percepção de saúde comparada		0,02		
Muito bom/Bom/Regular	83,7		1,00	
Ruim/Muito ruim	91,4		1,09	1,02-1,16
IMC		0,04		
Baixo peso (<18,5) e Normal (18,5-24,9)	81,0		1,00	
Sobrepeso (≥25,0)	87,6		1,08	1,00-1,17
Prática de exercícios físicos há mais de 6 meses		0,71		
Sim	85,3		1,00	
Não	85,1		0,99	0,92-1,06
Consumo de bebida alcoólica		<0,01		
Sim	78,2		0,89	0,81-0,98
Não	87,5		1,00	
Tabagismo		0,24		
Sim	81,4		0,95	0,86-1,05
Não	86,1		1,00	
Menopausa		<0,01		
Sim	89,9		1,16	1,08-1,26
Não	77,3		1,00	

*Teste qui-quadrado.

Tabela 6 – Prevalência e razão de prevalência (RP) da utilização de ao menos um medicamento nos últimos 15 dias, segundo variáveis de morbidade em mulheres com 40 anos ou mais. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.

Variáveis	%	Valor de p*	RP	IC95%
Morbidade				
<i>Artrite/Artrose/Reumatismo</i>		<0,01		
Sim	95,3		1,17	1,10-1,24
Não	81,3		1,00	
<i>Colesterol elevado</i>		<0,01		
Sim	92,9		1,13	1,06-1,20
Não	82,2		1,00	
<i>Depressão</i>		<0,01		
Sim	93,2		1,13	1,07-1,20
Não	82,2		1,00	
<i>Diabetes</i>		0,01		
Sim	94,99		1,12	1,05-1,20
Não	84,2		1,00	
<i>Hipertensão</i>		<0,01		
Sim	94,2		1,20	1,13-1,28
Não	78,0		1,00	
<i>Problema de coluna</i>		<0,01		
Sim	91,9		1,13	1,07-1,21
Não	80,8		1,00	

*Teste qui-quadrado.

Tabela 7 – Prevalência e razão de prevalência (RP) da utilização de ao menos um medicamento, segundo variáveis de utilização de serviços de saúde na população de mulheres com 40 anos ou mais. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.

Variáveis	%	Valor de p*	RP	IC95%
Filiada a plano de saúde		0,95		
Sim	85,3		0,99	0,94-1,06
Não	85,4		1,00	
Utiliza a Unidade Básica de Saúde		0,46		
Sim	85,8		1,03	1,21-1,75
Não	83,0		1,00	
Consulta médica últimos 2 meses		<0,01		
Sim	91,7		1,19	1,11-1,28
Não	77,1		1,00	
Consulta médica últimos 12 meses		<0,01		
Sim	88,5		1,46	1,21-1,75
Não	60,8		1,00	
Cirurgia nos últimos 12 meses		0,09		
Sim	92,3		1,09	1,01-1,18
Não	84,5		1,00	
Internação nos últimos 12 meses		<0,01		
Sim	97,2		1,16	1,10-1,22
Não	83,9		1,00	

*Teste qui-quadrado.

Tabela 8 – Descrição dos medicamentos utilizados pela população de mulheres com 40 anos ou mais e distribuição proporcional dos grupos, classes e medicamentos segundo a classificação *Anatomical Therapeutic Chemical Index* (ATC). Cambé, Paraná, Brasil, 2011.

Classes terapêuticas	n	% (IC95%)
Trato alimentar e metabolismo (A)	265	15,1 (13,5-16,9)
<i>A02 – Distúrbios relacionados à acidez</i>	103	5,9 (4,8-7,1)
A02BC01 - Omeprazol	79	4,5 (3,6-5,6)
<i>A10 - Hipoglicemiantes</i>	66	3,8 (2,9-4,8)
A10BA02 - Metformina	39	2,2 (1,6-3,1)
Sangue e órgãos formadores de sangue (B)	56	30,2 (2,4-4,2)
<i>B01 - Antitrombóticos</i>	53	3,0 (2,3-4,0)
B01AC06 - Ácido acetilsalicílico	49	2,8 (2,1-3,7)
Sistema cardiovascular (C)	539	30,7 (28,6-33,0)
<i>C03 - Diuréticos</i>	124	7,1 (5,9-8,4)
C03AA03 - Hidroclorotiazida	103	5,9 (4,8-7,1)
<i>C07 – Betabloqueadores</i>	92	5,2 (4,3-6,4)
C07AB03 - Atenolol	41	2,3 (1,7-3,2)
<i>C09 – Agem no sistema renina-angiotensina</i>	157	9,0 (7,7-10,4)
C09AA02 - Enalapril	67	3,8 (3,0-4,9)
<i>C10 – Modificadores do perfil lipídico</i>	80	4,6 (3,7-5,7)
C10AA01 - Sinvastatina	62	3,5 (2,7-4,5)
Dermatológicos (D)	16	0,9 (0,5-1,5)
Sistema geniturinário e hormônios sexuais (G)	46	2,6 (1,9-3,5)
<i>G03 – Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital</i>	38	2,2 (1,6-3,0)
G03CX01 - Tibolona	10	0,6 (0,3-1,1)
Preparados para o sistema hormonal (H)	60	3,4 (2,6-4,4)
<i>H03 – Tratamento da tireóide</i>	50	2,9 (2,1-3,8)
H03AA01 - Levotiroxina sódica	50	2,9 (2,1-3,8)

Continua Tabela 8

Antiinfeciosos gerais para uso sistêmico (J)	22	1,3 (0,8-1,9)
Antineoplásicos e imunomoduladores (L)	5	0,3 (0,1-0,7)
Sistema músculo esquelético (M)	219	12,5 (11,0-14,2)
<i>M01 – Antiinflamatórios e antirreumáticos</i>	114	6,5 (5,4-7,8)
M01AE01 - Ibuprofeno	41	2,3 (1,7-3,2)
<i>M03 – Relaxantes musculares</i>	95	5,4 (4,4-6,6)
M03BC51 - Orfenadrina e combinações	48	2,7 (2,0-3,6)
Sistema nervoso (N)	393	22,4 (20,5-24,5)
<i>N02 - Analgésicos</i>	175	10,0 (8,6-11,5)
N02BB02 - Dipirona sódica	81	4,6 (3,7-5,7)
<i>N06 - Psicoanalépticos</i>	106	6,0 (5,0-7,3)
N06AA09 - Amitriptilina	28	1,6 (1,1-2,3)
N06AB03 - Fluoxetina	26	1,5 (1,0-2,2)
Antiparasitários, inseticidas e repelentes (P)	3	0,2 (0,0-0,5)
Sistema respiratório (R)	57	3,3 (2,5-4,2)
<i>R01 – Preparações nasais</i>	20	1,1 (0,7-1,8)
R01BA53 - Fenilefrina e combinações	9	0,5 (0,3-1,0)
<i>R06 – Anti-histamínicos de uso sistêmico</i>	25	1,4 (0,9-2,1)
R06AX13 - Loratadina	7	0,4 (0,2-0,9)
Órgãos sensoriais (S)	25	1,4 (0,9-2,1)
<i>S01 - Oftalmológicos</i>	22	1,3 (0,8-1,9)
S01GA01 - Nafazolina	4	0,2 (0,1-0,6)
Vários (V)	25	0,1 (0,0-0,4)
Fitoterápicos	43	2,5 (1,8-3,3)
Outros	3	0,2 (0,0-0,5)
Geral	1754	100,0

Tabela 9 – Frequência do responsável pela indicação dos medicamentos utilizados nos últimos 15 dias por mulheres de 40 anos ou mais. Cambé, Paraná, Brasil, 2011.

Responsáveis pela indicação	n	% (IC 95%)
Médico ou dentista	1455	85,9 (84,2-87,5)
Farmacêutico ou balconista	42	2,5 (1,8-3,4)
Amigos, parentes e/ou vizinho	33	1,9 (1,4-2,8)
Automedicação	159	9,4 (8,1-10,9)
Não lembra	3	0,2 (0,0-0,6)
Outro	1	0,1 (0,0-0,4)
Total	1693	100,0

6 DISCUSSÃO

Inúmeros trabalhos têm demonstrado que as mulheres consomem mais medicamentos do que os homens. Uma diferença concreta consiste no uso de contraceptivos e medicamentos para reposição hormonal entre as mulheres, entretanto, mesmo após ajuste dessas variáveis os estudos mostram que isso não elimina todas as diferenças entre gêneros, apenas algumas (NEUTEL; WALOP, 2005).

Quando as mulheres são comparadas com os homens, muitas explicações têm sido sugeridas em relação ao maior uso de medicamentos, como apresentar maior morbidade, experimentar mais doenças crônicas e dores, perceber os sintomas de forma diferente, e ainda, diferir na utilização dos serviços de saúde além de apresentar um comportamento de maior busca de auxílio (NEUTEL; WALOP, 2005).

A partir dos resultados do presente estudo, discutiremos a seguir os fatores associados ao uso de medicamentos.

6.1. USO DE MEDICAMENTOS E FATORES ASSOCIADOS

6.1.1. Idade e Uso de Medicamentos

Em nosso estudo, a prevalência do uso de medicamentos entre as mulheres com 40 anos ou mais foi 85,4%, sendo 78,6% na faixa etária de 40-49 anos, 88,1% naquelas com 50-59 anos e 91,6%, com 60 anos ou mais. A partir dos 40 anos de idade, era previsível uma prevalência mais alta em relação a outras faixas etárias mais baixas com relação ao uso de medicamentos, pois é esperado o aumento do número de doenças crônicas com o envelhecimento e, conseqüentemente, a necessidade de terapias medicamentosas.

Com o objetivo de caracterizar o uso de medicamentos pela população brasileira e verificar a performance dos sistemas de saúde no Brasil, Carvalho et al.

(2005) utilizaram uma amostra de municípios representativos, tendo como população de estudo 5.000 pessoas, sendo 2.709 mulheres, com 18 anos ou mais. Nesse estudo, a prevalência do uso de medicamentos entre as mulheres foi de 57,2%, proporção menor do que a encontrada em nosso estudo (85,4%), embora os autores tenham usado o mesmo período recordatório de 15 dias. Provavelmente essa diferença seja devido a diferente faixa etária da população estudada que incluiu mulheres jovens de diferentes regiões do país. Quando os autores estratificaram por faixa etária, observou-se que entre 40 e 59 anos a prevalência foi de 54% e na faixa de 60 anos ou mais, a prevalência foi igual a 73%, no entanto, as referidas prevalências foram calculadas para homens e mulheres, o que torna difícil a comparação com este estudo.

No estudo de Arrais et al. (2005) realizado no município de Fortaleza, Ceará, que averiguou o uso de medicamentos e seus determinantes em 1.378 pessoas de todas as faixas etárias, também foram encontradas prevalências mais baixas entre homens e mulheres (49,7%) quando comparadas com o presente estudo. Os autores usaram o mesmo período recordatório, entretanto, as diferentes faixas etárias, o gênero (que não foi avaliado separadamente) e ter sido realizado na região Nordeste do país (que apresenta características muito diferentes do sul do Brasil) também podem explicar as prevalências mais baixas. Nesse estudo foram observadas prevalências de 67,2% na faixa etária de 50 anos ou mais, mas para homens e mulheres.

O mesmo ocorreu com o estudo de Bertoldi et al. (2004), realizado com 1.182 pessoas com 20 anos ou mais, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, que encontrou prevalência de uso de medicamentos igual a 65,9% em homens e mulheres para um mesmo período recordatório de 15 dias anterior à entrevista. Entretanto, quando os autores estratificam por idade, na faixa entre 40-49 anos a prevalência aumenta para 75% e na faixa de 60 anos ou mais para 93,5%, se aproximando mais dos resultados obtidos neste estudo.

Deve-se considerar, portanto, que na faixa etária utilizada no presente estudo, já se espera um aumento de doenças crônicas e necessidade de terapias medicamentosas, influenciando diretamente no uso de medicamentos.

A prevalência encontrada em outros estudos brasileiros que utilizaram períodos recordatórios mais curtos também foi menor, o que era de se esperar. O estudo de Castro et al. (2010) no Estado de São Paulo pesquisou o uso de

medicamentos em 8.316 pessoas com deficiências (auditiva, física e visual) em todas as faixas etárias e encontrou que 38,9% utilizou algum medicamento nos últimos três dias à entrevista, sendo 30,9% pelos homens e 45,9% pelas mulheres. Outro estudo que utilizou o mesmo período recordatório, em 941 pessoas com 18 anos ou mais no município de Campinas, São Paulo, constatou uma prevalência de 48,5%, sendo 36,8% entre homens e 59,2% entre mulheres (COSTA et al., 2011). Em uma pesquisa realizada na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família da cidade de Ponta Grossa, Paraná, com 374 pessoas entre 20 e 59 anos apresentou prevalência de 67,1% de uso de ao menos um medicamento nos sete dias que antecederam a entrevista, sendo o maior uso entre as mulheres (77,5%) (VOSGERAU et al., 2011).

Em relação aos estudos que utilizaram faixa etária de 60 anos ou mais, Mosegui et al. (1999) entrevistaram 634 mulheres e apresentaram uma prevalência de 90,9% de uso de medicamentos nos 15 dias anteriores a entrevista entre mulheres que frequentavam a Universidade Aberta da Terceira Idade do Estado do Rio de Janeiro. Em Belo Horizonte, Minas Gerais, Ribeiro et al. (2008) realizaram um inquérito domiciliar com 667 idosos aposentados pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) sendo 63,7% mulheres, e encontraram uma prevalência de 90,1% entre homens e mulheres pelo mesmo período recordatório. Essas altas proporções foram semelhantes com o presente estudo e podem ser justificadas pelas doenças que mais afetam adversamente a qualidade de vida em adultos idosos, que estão mais associadas com o aumento do uso de medicamento.

Em um estudo transversal denominado *Women's Health and Aging Study I* (Estudos sobre Saúde e Envelhecimento da Mulher I), Crensil et al. (2010) objetivaram descrever a extensão e os padrões de uso de medicamentos e identificar fatores associados ao seu uso numa população de mulheres idosas (acima de 65 anos). Os resultados demonstram que das 975 participantes, 59,5% utilizam 5 ou mais medicamentos, entretanto, deve-se considerar que a população desse estudo foram mulheres com alguma incapacidade autorreferida (avaliada pelo instrumento denominado de *Mini-Mental*, mini exame do estado mental), havendo provavelmente uma relação entre a fragilidade e o aumento do uso de medicamentos.

Sans et al. (2002) entrevistaram 3.421 pessoas residentes na Cataluña, Espanha, com 25-64 anos para descrever a prevalência do consumo de

medicamentos dessa população e sua relação com o estado de saúde autopercebido e características sociodemográficas, assim como os prescritores dos medicamentos relatados. Demonstraram que 67% dos participantes da pesquisa utilizaram ao menos um medicamento nos 15 dias anteriores a entrevista. Além disso, observaram que o consumo aumentou significativamente com a idade em homens e mulheres, mas foi superior entre as mulheres em todas as faixas etárias estudadas, mesmo quando excluídos os contraceptivos.

6.1.2. Variáveis Demográficas e Socioeconômicas

No presente estudo foi observada uma maior prevalência no uso de medicamentos por mulheres na faixa etária de 60 anos ou mais. Observa-se também que o mesmo não ocorreu para as outras variáveis demográficas (situação conjugal e escolaridade) assim como o nível econômico, que não apresentou significância estatística. No entanto, foi demonstrado uso significativamente mais elevado em mulheres que não possuem emprego.

Costa et al. (2011) verificaram associação positiva entre o uso de medicamentos e faixa etária de 40 anos ou mais ao pesquisar homens e mulheres com 18 anos ou mais. No estudo de Bertoldi et al. (2004), foi demonstrada associação entre maior nível econômico e o uso de medicamentos após análise de prevalência ajustada entre homens e mulheres.

No presente estudo, em relação as variáveis sobre condições de saúde (artrite/artrose/reumatismo, colesterol elevado, depressão, diabetes, hipertensão e problema na coluna) foi possível verificar a associação com o uso de medicamentos na população de estudo. Na Espanha, Sanfélix et al. (2008) analisaram as diferenças de gênero para um mesmo problema de saúde e para o uso de medicamentos em uma população atendida por uma unidade de atenção primária. Oitocentas e doze pessoas de 14 anos ou mais participaram do estudo, sendo que 51,2% das mulheres e 48,8% dos homens utilizaram algum medicamento no dia da entrevista. Após análise estatística, os resultados mostraram que ocorreu o maior consumo de medicamentos entre as mulheres, com idade avançada, com um baixo nível educacional, em categorias profissionais que não exigem muita instrução ou do

lar e em situação de emprego inativa ou desempregada. No entanto, esses resultados obtidos não foram significativos estatisticamente quando levaram em conta o número de problemas de saúde e a frequência de visitas médicas na análise multivariada.

6.1.3. Situação de Saúde e Utilização de Serviços de Saúde

Na presente pesquisa em torno de 90% das mulheres consultaram o médico nos últimos 2 meses ou 12 meses e, aquelas que frequentaram o médico nesse período utilizaram mais medicamentos do que as que não consultaram o profissional. Dessa forma, é possível supor que a maior parte dos medicamentos utilizados foram prescritos ou tem forte influência de uma prescrição anterior.

Neutel e Walop (2005) obtiveram dados do *National Population Health Survey*, que constitui uma amostra estatística da população canadense em 1996 e 1997, com 67.000 indivíduos participantes, com 20 anos ou mais. Trinta por cento dos homens e 46,3% das mulheres relataram ter usado um ou mais medicamentos nos últimos dois dias anteriores a entrevista. Ainda nesse estudo, 2,9% dos homens e 5,1% das mulheres declararam usar três ou mais medicamentos, sendo que essas pessoas tendem a ser mais velhas, com estado de saúde mais precário, menor renda, relataram ter mais dores, depressão e estresse, doenças crônicas, declararam visitar o médico com mais frequência nos últimos 12 meses, entre outros. Esses resultados reforçam os achados de Eggen (1997), que determinou a proporção de medicamentos prescritos e não prescritos pela população norueguesa e os fatores explicativos da variação do uso de medicamentos. Demonstrou que quase a metade da população de 3.818 entrevistados utilizaram algum medicamento nos 14 dias anteriores a entrevista e concluiu que o maior uso de medicamentos pelas mulheres se deve à maior frequência de diagnósticos de doenças em comparação com os homens. Além disso, demonstrou que as mulheres utilizam mais medicamentos quando têm um diagnóstico.

Os diagnósticos são realizados a partir de uma consulta com um profissional de saúde, assim os achados desse estudo corroboram com os resultados da pesquisa de Eggen (1997) ao demonstrar associação positiva entre as variáveis de

utilização de serviços de saúde (consulta médica nos últimos 2 e 12 meses e internação) com o uso de medicamentos em mulheres. Também se confirma a relação entre a prevalência de doenças crônicas, além da maior frequência de visita ao médico apresentado por Neutel e Walop (2005) quando foi constatada associação positiva com o uso de medicamentos e as doenças mais prevalentes.

Na tentativa de explicar as diferenças entre homens e mulheres que refletem no uso de medicamentos, é importante destacar os grupos de domínios propostos por Neutel e Walop (2005), apresentados na seção 3.3. Dentre esses domínios, destacam-se: o fisiológico, do meio ambiente, socioeconômico, estilo de vida, condições de saúde e o próprio sistema de saúde que influenciam de forma diferente tanto o homem quanto a mulher.

No Brasil, a pesquisa realizada por Costa et al. (2011) que utilizaram regressão múltipla de Poisson, apresentou associação positiva entre o uso de medicamento e morbidade referida nos últimos 15 dias e número de doenças crônicas. No estudo realizado por Arrais, et al. (2005), após regressão logística por níveis hierárquicos, as variáveis que mantiveram significância estatística foram possuir doença crônica (o mais forte preditor), possuir cobertura por plano de saúde e ter consultado o médico nos últimos três meses. Em Belo Horizonte, numa pesquisa que analisou o padrão de consumo de medicamentos em 1.419 idosos foi encontrada associação com o pior estado de saúde, avaliada pela autopercepção e maior número de doenças crônicas (LOYOLA FILHO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2006). Bertoldi et al. (2004) apresentaram as variáveis baixa atividade física, ser ex-fumante e o aumento do IMC (somente nas mulheres) como fatores associados ao uso de medicamentos.

Neste estudo, constatou-se associação entre o uso de medicamentos e IMC. Em relação a saúde autopercebida e comparada com pessoas da mesma idade, verificou-se que utilizam medicamentos com maior frequência aquelas mulheres que consideraram seu estado de saúde ruim ou muito ruim. Esses resultados são coerentes outros estudos e é possível compreender a associação entre o uso de medicamentos, problemas de saúde, autopercepção de saúde e consultas médicas, pois quando as pessoas se sentem doentes normalmente procuraram algum serviço de saúde que pode indicar algum tratamento, seja medicamentoso ou não.

Carvalho et al. (2005) encontraram resultado significativo entre autopercepção de saúde e uso de medicamentos entre a população geral. Bertoldi et

al. (2004) igualmente encontrou associação com essa variável entre homens e mulheres de 20 anos ou mais. Já o estudo de Arrais et al (2005) demonstrou que essa variável perdeu a significância estatística após ajuste das variáveis confundidoras. A pesquisa realizada por Sans et al. (2002) na Espanha demonstrou que o consumo regular de medicamentos foi associado ao aumento do grau de saúde auto percebida.

No presente estudo foi demonstrado uma associação entre o maior uso de medicamentos nas mulheres que não consumiam bebidas alcoólicas. Costa et al. (2011) encontraram associação com a variável consumo de bebidas alcoólicas na sua pesquisa, entretanto, após ajuste por idade e sexo, essa variável perdeu a significância.

6.2. GRUPOS FARMACOLÓGICOS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS

No presente estudo, dentre os grupos farmacológicos mais utilizados estão os medicamentos para o sistema cardiovascular (sendo o representante maior o diurético hidroclorotiazida), para o sistema nervoso (o analgésico dipirona) e para o trato alimentar e metabolismo (inibidor de bomba de prótons, omeprazol). Considerações sobre dois dos fármacos mais utilizados, dipirona e omeprazol, quanto a segurança de seu uso merecem destaque. O medicamento dipirona, analgésico não-opiídeo, estava presente na RENAME 2010 somente na forma farmacêutica injetável, pois seu uso apresenta relação benefício-risco menor do que outros medicamentos antipiréticos orais. Em 2012, esse medicamento em forma de comprimido voltou a ser incluído na RENAME, o que podemos supor divergências quanto ao uso e indicação desse medicamento (BRASIL, 2012). Além disso, é indicado para dores moderadas a graves quando nenhuma outra opção estiver disponível ou for adequada devido aos riscos de efeitos adversos graves (BRASIL, 2010b). Em relação ao medicamento omeprazol, sua ação se dá pela inibição das bombas de prótons no estômago, responsáveis pela produção do ácido gástrico e é um recurso terapêutico indicado para tratamentos com tempo limitado e que exigem exames e acompanhamento médico, no entanto se observa o uso desmedido deste medicamento em indivíduos com queixas dispépticas - o que deve ser revisto pelos

potenciais efeitos adversos e o custo acarretado (WANNMACHER, 2004). Devido a esse resultado, sugerimos pesquisas que investiguem a fundo tanto a prescrição quanto o uso destes fármacos em especial, pois essa constatação pode ser indicativa de hábitos de vida não saudáveis e/ou uso não baseado em literatura científica de medicamento.

A preocupação com o inadequado dos medicamentos complementa-se aos resultados do estudo de Zopf et al. (2008) sobre reações adversas a medicamentos (RAM). Observaram que o sexo feminino apresentou um risco potencial para o desenvolvimento de RAM. Os mesmos autores indicaram diferenças entre homens e mulheres que poderiam explicar esse fato que seriam: físicas (massa muscular, função orgânica, entre outros), aspectos fisiológicos (menopausa, gravidez e menstruação) bem como diferenças farmacodinâmicas e farmacocinéticas (biodisponibilidade, distribuição, metabolismo e excreção).

Costa et al. (2011) encontraram os mesmos grupos farmacológicos mais utilizados pelo período recordatório de três dias e a população entrevistada foram homens e mulheres com 18 anos ou mais de idade. Isso pode explicar a diferença entre as proporções encontradas (16,82% do sistema cardiovascular, 16,34% do sistema nervoso e 9,15% trato alimentar e metabolismo).

Na pesquisa apresentada por Rozenfeld, Fonseca e Acurcio (2008) com aposentados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) residentes na cidade do Rio de Janeiro, os grupos farmacológicos mais utilizados pela população de estudo (idosos) foram os mesmos grupos do presente estudo (34,4% para o sistema cardiovascular, 20,5% para o trato alimentar e metabolismo e 15,5% para o sistema nervoso). Num estudo transversal realizado na cidade de Porto Alegre-RS em 2001 e 2002 com idosos residentes na área de cobertura do Serviço de Saúde Comunitária, Flores e Mengue (2005) apresentaram resultados semelhantes aos nossos com relação aos grupos farmacológicos mais utilizados, que foram 32% do sistema cardiovascular, 22% do sistema nervoso e 18% do trato gastrintestinal e metabolismo.

Com o objetivo de descrever as características dos medicamentos prescritos aos idosos residentes na zona urbana do Município de Florianópolis, Santa Catarina, e com base nessas informações, realizar uma comparação entre essa prescrição e a Relação Municipal de Medicamentos, Aziz, Calvo e D'Orsi (2012) observaram que os medicamentos mais utilizados, em ordem decrescente, foram os indicados para o

sistema cardiovascular (46,8%), seguidos dos usados para o trato alimentar e metabolismo (15%) e para doenças do sistema nervoso (14,%). Em relação aos fármacos mais prescritos do sistema cardiovascular, foram apresentados os redutores de colesterol e triglicerídeos, do trato alimentar e metabolismo foram os hipoglicemiantes e do sistema nervoso, os antidepressivos e ansiolíticos. Apesar da semelhança entre os grupos farmacológicos mais prescritos nesse estudo e os fármacos utilizados no presente estudo, é possível observar diferença tanto nas proporções dos grupos farmacológicos quanto dos fármacos. Essas diferenças podem ocorrer devido a faixa etária estudada e pelo fato de terem sido avaliados somente os medicamentos prescritos.

O município de Campinas, com sua Política Municipal de Fitoterapia, apresentou uma prevalência de 4,28% relacionada aos medicamentos fitoterápicos pela população de homens e mulheres do estudo (COSTA et al., 2011). Essa política de incentivo pode explicar a diferença da prevalência apresentada em nosso estudo, que foi de apenas 2,7%.

6.3. QUALIDADE E SEGURANÇA DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS

A maior parte dos estudos brasileiros sobre utilização de medicamentos apresentam resultados quantitativos, e poucos se preocupam em apresentar dados relativos à qualidade dos medicamentos. No estudo realizado por Mosegui et al., (1999) foi demonstrado o uso de medicamentos com valor intrínseco inaceitável, que compreenderam: clomipramina, amitriptilina, dipiridamol, clorpropamida, relaxantes musculares, benzodiazepínicos de longa duração e fenilbutazona. Segundo Laporte e Capellà (1983), os medicamentos considerados de valor intrínseco inaceitável correspondem as "especialidades farmacêuticas que, devido à sua composição, apresentam uma relação benefício/risco claramente desfavorável em todas as circunstâncias" (apud ARNAU; LAPORTE; , 1989, p.61). Considerando o parâmetro utilizado por Mosegui et al. (1999), os relaxantes musculares compreenderam a classe terapêutica imprópria mais utilizada em nosso estudo e compreendeu 5,4% dos mais utilizados. Os medicamentos desta classe merecem destaque, pois aqueles que continham orfenadrina não estão incluídos na RENAME, o que indica

sua aquisição em farmácias privadas. Além dessa classe terapêutica, observamos no presente estudo o antidepressivo amitriptilina como um desses fármacos considerados de valor intrínseco inaceitável como um dos mais utilizados (1,4%).

É importante ressaltar que a comparação com outros estudos no quesito dos grupos farmacológicos mais utilizados foi prejudicada. Alguns trabalhos não apresentaram informação sobre a classificação utilizada (CARVALHO et al., 2005; NEUTEL; WALOP, 2005; FLORES; BENVEGNÚ, 2008; PANIZ et al., 2008), além disso, os dados representaram o uso de medicamentos entre homens e mulheres, não apenas em mulheres. Em uma revisão sistemática sobre os estudos de utilização de medicamentos, Bertoldi et al. (2008) criticam a falta de informações metodológicas nas publicações.

6.4. PROFISSIONAIS QUE INFLUENCIAM O USO DE MEDICAMENTOS

A influência do prescritor médico ou dentista no uso de medicamentos é alta em nosso estudo, compreendendo quase a totalidade da responsabilidade das indicações (85,8%). Entretanto, isso não significa que a pessoa consultou o profissional antes de adquirir o medicamento, pois durante a coleta de dados optou-se em perguntar sobre o responsável pela indicação e não foi averiguado se havia receita médica dos medicamentos utilizados. Portanto, o prescritor poderia ter indicado em um outro momento no passado e, quando o problema de saúde voltou a se repetir, a entrevistada procurava a farmácia para adquirir o mesmo medicamento indicado pelo prescritor anteriormente. Observa-se também nesta pesquisa que somente 10% das indicações se referiram a prática da automedicação. Portanto, a informação sobre automedicação no presente estudo não pôde ser verificada com confiança.

Em um estudo sobre o perfil de automedicação no Brasil, Arrais et al. (1997) apresentaram que 40% da escolha do medicamento se baseou em prescrições anteriores.

6.5. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O PRESENTE ESTUDO

No Brasil, publicações sobre o uso de medicamentos pela população geral são escassas, especialmente sobre essa subpopulação de mulheres com 40 anos ou mais. Além disso, é importante considerar que em um país com diferenças regionais marcantes como o Brasil, esse tipo de pesquisa se faz necessária pois contribui com informações acerca de como a população tem tido acesso à saúde e como o país deve fazer seu planejamento para atender com mais eficiência a sua população. Ademais, deve-se considerar também as possíveis mudanças no padrão de uso dos medicamentos com o tempo.

Tudo isso justifica a realização do presente estudo. Uma das limitações desta pesquisa é que a observação exclusiva em mulheres pode limitar a generalização dos resultados. Por outro lado, esse fato pode ser considerado a sua força pois a literatura mostra (e este estudo também) que mulheres, idosas ou não, usam mais medicamentos do que homens. Uma das causas a ser considerada seria que as mulheres, em geral, são mais afetadas por incapacidades do que os homens (CRENTSIL et al., 2010).

O período de referência utilizado como recordatório do uso de medicamentos foi adequado para permitir coletar informações de medicamentos utilizados de forma ocasional ou por problemas de curta duração (SANS et al., 2002). Além disso, permitiu a comparação com um número maior de estudos que utilizaram o mesmo período, apesar de que tal decisão pudesse refletir em alguma dificuldade por parte da entrevistada em recordar esse uso, por ser um período mais longo. Com isso, esperava-se encontrar alta prevalência no uso de medicamentos na população pesquisada, no entanto, os resultados foram mais altos do que o esperado.

Deve-se considerar também, que um estudo transversal tem suas limitações, pois não é possível identificar a causa de um desfecho. Por outro lado, a força de um estudo transversal consiste no fato de fornecer informações acerca da frequência de um determinado evento e sua relação com outros fatores (BASTOS; DUQUIA, 2007).

A importância do presente estudo em focar a mulher é pertinente pois, conforme argumentam Neutel e Walop (2005), geralmente os estudos de desenvolvimento de fármacos e pesquisas clínicas são realizados com homens e, por isso é preciso realizar pesquisas direcionadas às necessidades e peculiaridades da mulher. Assim, se os medicamentos disponíveis não atendem às necessidades da mulher, isso pode interferir no aumento da utilização já que ela não tem seu problema de saúde tratado adequadamente.

Apesar das diferenças regionais do Brasil, a prevalência de uso de medicamentos apresentada neste estudo pode ser considerada alta, principalmente quando comparamos com os resultados de estudos nacionais e estrangeiros. É importante ser destacado que parte dos estudos nacionais recentemente publicados (ARRAIS et al. 2005; BERTOLDI et al., 2004; COSTA et al., 2010; RIBEIRO et al., 2008 entre outros) realizaram a coleta de dados de suas pesquisas há mais de 5 anos. Dessa forma, isso pode explicar o aumento do uso de medicamentos observado no presente estudo.

Nos últimos 10 anos foi possível vivenciar a implementação de políticas públicas para melhorar a distribuição de renda em nosso país, propiciar moradia própria, aumentar o acesso aos serviços de saúde através da ampliação das equipes de saúde da família, de atendimento para diagnósticos de doenças com grande impacto para a saúde pública (como hipertensão e diabetes) e seus tratamentos. Estes foram melhorados com a facilitação do acesso ao medicamentos através do Programa Farmácia Popular, do acesso a medicamentos para tratamento de doenças raras ou cujo tratamento possui custo elevado para a família e/ou usuário, entre outros.

A elevada proporção das prevalências de uso de medicamentos encontradas ao analisar variáveis demográficas e socioeconômicas é consequência de todo esse incentivo para melhoria das condições de vida da população. Apesar disso, os resultados apresentados neste estudo demonstram que embora o nosso país possua uma política de saúde voltada especificamente para o atendimento da mulher, percebemos que essa população utiliza medicamentos que podem não ser os mais adequados e seguros às suas necessidades e aponta que ações de prevenção, educação e promoção à saúde precisam ser intensificadas já que é a mulher a "provedora da saúde" na família e disseminadora de conhecimentos e práticas.

Essa questão levantada nos remete a reflexão sobre o papel dos medicamentos na sociedade atual. Cada vez mais doenças são "descobertas" e novos medicamentos são desenvolvidos (ou seria o inverso?). Entretanto, tem sido observada a medicalização em situações que podem não ser consideradas doenças, como por exemplo, o medicamento para "tristeza" decorrente da perda de um ente querido ou próximo. Essa forma de tratar as pessoas a partir de situações ou aspectos da vida não reconhecidos como doenças e a demanda das pessoas por um tratamento diante dessa vivência é o que pode ser denominado medicalização das pessoas, da sociedade (WANNMACHER, 2007).

A partir da medicalização mais recentemente tem-se discutido sobre a medicamentação da sociedade entendida como a descrição do uso de produtos medicinais para tratar os problemas medicalizados (MBONGUE et al., 2011). Esses problemas compreenderiam o *doping* no esporte, medicamentos para aliviar ou melhorar as condições provenientes do estilo de vida adotado pelo indivíduo, entre outros. Da Rosa e Winograd (2011, p. 43) afirmam que "normas têm sido estabelecidas e, aos que não se enquadram, a medicação é o remédio." Por isso, esses autores questionam a medicalização e medicamentação por entenderem que "o sofrimento, a doença e a morte não são acidentes exteriores que é preciso erradicar. São formas consubstanciais ao próprio processo de cada vida e de sua história singular".

A partir dessa discussão, fica o questionamento sobre o uso adequado e seguro das terapias disponíveis no mercado atualmente. Essas terapias são essenciais e atendem às reais necessidades da população ou são desenvolvidas para criarem falsas necessidades? Quais necessidades podem explicar a alta prevalência de uso dos medicamentos apresentados no presente estudo?

Entende-se que o uso de medicamentos faz parte dos cuidados com a saúde individual, utilizá-los é considerado um dos componentes para se avaliar o acesso aos serviços de saúde. No entanto, também é considerado como um dos fatores de risco para avaliação da qualidade de vida das pessoas já que são utilizados para prevenir, amenizar ou tratar doenças além de apresentarem potenciais riscos de interações e efeitos adversos muitas vezes não esperados. Dessa forma, o uso de medicamentos pelas mulheres deve ser observado com atenção não somente pelo seu uso expressivo, mas adequado às suas necessidades em suas fases de vida.

CONCLUSÕES

A alta prevalência do uso de medicamentos na população em geral tem sido evidenciada em diversos estudos nacionais e estrangeiros, sendo a população de mulheres a que mais utiliza esse recurso terapêutico. Os principais resultados do presente estudo corroboram esta afirmação e são resumidos a seguir:

- Foi observada uma elevada prevalência no uso de medicamentos por mulheres de 40 anos ou mais. Foi possível observar que as prevalências foram elevadas em todas as categorias de todas as variáveis analisadas;
- Observou-se associação bivariada entre o uso de medicamentos e fatores demográficos (idade acima de 60 anos) e socioeconômicos (possuir emprego);
- Em relação às condições de saúde, as mulheres consideradas acima do peso e que perceberam sua saúde como ruim ou muito ruim apresentaram associação com o maior uso de medicamentos. Estar na menopausa também foi associada ao uso;
- As seis doenças relatadas mais prevalentes associadas ao uso de medicamentos foram: artrite/artrose/reumatismo, colesterol elevado, depressão, diabetes, hipertensão e problema na coluna;
- Outros fatores que apresentaram associação com o uso de medicamentos foram ter realizado consulta médica nos últimos 2 e 12 meses e internação no último ano;
- O grupos farmacológicos mais utilizados foram os dos sistema cardiovascular, sistema nervoso e para o trato alimentar e metabolismo. Dentre os grupos, os medicamentos mais utilizados foram hidroclorotiazida, dipirona e omeprazol.
- Em relação a qualidade dos medicamentos mais utilizados por grupo farmacológico, questiona-se o uso adequado e seguro da dipirona e do omeprazol;
- Os profissionais prescritores, médico e dentista, exerceram grande influência no uso dos medicamentos pesquisados.

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. **CCEB 2008**.. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>>. Acesso em: 6 nov. 2011.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de farmacoepidemiologia do SNGPC**. Brasília, v. 1, p. 1-8, 2011a. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/boletins/2011/boletim_sngpc_3.pdf> Acesso em: 28 ago. 2011.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Vigilância sanitária no Brasil**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/agencia/!ut/p/c5/rZHNcrJAEEWfxQfQ6UEQWYLAADr8_wgbC9QkEEEsEBiePubbJ98mfZenu27VaZShV5p8KN_zvrw3-Q0dUbY57Yhs8OIBADbKDKwi2BvBc4AY-MXTHzk43H-uE3QE_hRUrDXnz9mvYJxC1WNU9Eaq6m4ADKi25GxtsvulzaFKOap1uFO9CW8IHQueJ>. Acesso em: 6 nov. 2011b.

ARNAU, J. M.; LAPORTE, J. R. Uso racional de medicamentos e guias farmacológicos. In: LAPORTE, J.-R.; TOGNONI, G.; ROZENFELD, S. **Epidemiologia do Medicamento Princípios Gerais**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1989. Cap. 3, p. 58-74.

ARRAIS, P. S. D. **Medicamentos: consumo e reações adversas - um estudo de base populacional**. Fortaleza: Editora Universidade Federal do Ceará, 2009. 165 p.

ARRAIS, P. S. D. et al. **Perfil da automedicação no brasil**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 31(1), p. 71-77, 1997.

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

AZIZ, M. M.; CALVO, M. C. M.; D'ORSI., E. **Medicamentos prescritos aos idosos em uma capital do sul do Brasil e a relação municipal de medicamentos**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28(1), p. 52-64, 2012.

BARROS, M. B. A. **Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios**. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 11(supl 1), p. 6-19. 2008.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R.P. **Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal**. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17(4), p. 229-232, out./dez. 2007.

BERTOLDI, A. D. et al. **A descriptive review of the methodologies used in household surveys on medicine utilization**. BMC Health Services Research, v. 8(222), out. 2008.

BERTOLDI, A. et al. **Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais.** Revista de Saúde Pública, v. 38(2), p. 228-238, 2004.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília/DF, 1990. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2010.

BRASIL. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.** Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília/DF: [s.n.], 1999. Disponível em:
<http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei_9787_99.html>. Acesso em: 6 nov. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996.** Brasília: [s.n.], 1996. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 24 jun. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004.** Brasília/DF: [s.n.], 2004a. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico 2010.** Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas.php?nomemun=Camb%E9&codmun=410370&tema=sinopse_censo2010&desc=Sinopse%20do%20Censo%20Demogr%E1fico%202010&legenda=Fonte%3A%20IBGE%2C%20Censo%20Demogr%E1fico%202010.%20&uf=pr&r=2>. Acesso em: 3 ago. 2011a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidades.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 3 ago. 2011b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Contagem da população 2007.** Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>>
Acesso em: 24 jun 2010a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Histórico de Cambé.** Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/historicos_cidades/historico_conteudo.php?codmun=410370>. Acesso em: 3 ago. 2011c.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Mapas.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/7a12/mapas/ufs/parana.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais.** Disponível em:<

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anexos_rename_2012_pt_533_30_03_12.pdf>. Acesso em 7 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: MS, 2004b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME**. 7ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos**. Brasília: 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL 2009 Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: [s.n.], 2010c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2009_220610.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2010.

CABRITA, J. et al. **Estudo do padrão de consumo de emdicamentos pelos estudantes da universidade de Lisboa**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, v. 19(2), p. 39-47, 2001.

CAMBÉ. **Dados gerais**. Disponível em: <<http://www.cambe.pr.gov.br/site/cambe/dadosgeraiscambe.html>>. Acesso em: 3 ago. 2011.

CAPELLÀ, D.; LAPORTE, J. R. métodos empregados em estudos de utilização de medicamentos. In: LAPORTE, J.-R.; TOGNONI, G.; ROZENFELD, S. **Epidemiologia do medicamento princípios gerais**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1989. Cap. 5, p. 95-114.

CARVALHO, M. F. et al. **Utilization of medicines by the brazilian population, 2003**. Cardernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21 Sup, p. S100-S108, 2005.

CASTRO, L. L. C. Farmacoepidemiologia: Uma Nova Disciplina. In: CASTRO, L. L. C. (.). **Fundamentos de farmacoepidemiologia**. Campo Grande: [s.n.], 2001. p. 6-18.

CASTRO, S. C. et al. **Uso de medicamentos por pessoas com deficiências em áreas do estado de São Paulo**. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 44(4), 601-610, 2010.I

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. **Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do nordeste do Brasil.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 38(4), p. 557-564, 2004.

COSTA, K. S. et al. **Utilização de medicamentos e fatores associados:** um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17(4), p. 649-658, abr. 2011.

CRENTSIL, V. et al. **A pharmacoepidemiologic study of community - dwelling, disabled older women:** factors associated with medication use. The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy, v. 8(3), p. 215-224, 2010.

DA ROSA, B. P. G. D.; WINOGRAD, M. **Palavras e pílulas:** sobre a medicalização do mal-estar psíquico na atualidade. Psicologia & Sociedade, v. 23 (n.spe.), p. 37-44, 2011.

EGGEN, A. E. **Patterns of medicine use in a general population (0-80 years).** the influence of age, gender, diseases and place of residence on drug use in Norway. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, v. 6, p. 179-187, 1997.

FERREIRA, R. **Consumo crônico de medicamentos na população de um centro de saúde.** Revista Portuguesa de Clínica Geral, v. 23, p. 125-132, 2007.

FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. **Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39(6), p. 924-929, 2005.

FLORES, V. B.; BENVEGNÚ, L. A. **Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24(6), p. 1439-1446, 2008.

HARDON, A.; HODGKING, C.; FRESLE, D. **How to investigate the use of medicines by consumers.** Switzerland: World Health Organization and University of Amsterdam, 2004.

LEITE, S. N.; VIEIRA, M.; VEBER, A. P. **Estudos de utilização de medicamentos:** uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13(Sup), p. 793-802, 2008.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. **Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos:** projeto bambuí. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21(2), p. 545-553, 2005.

LOYOLA-FILHO, A. I.; LIMA-COSTA, M. F. **Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22(12), p. 2657-2667, 2006.

LUBIANCA, J. N. Terapia de reposição hormonal na menopausa. In: FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. **Farmacologia clínica.** 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. Cap. 64, p. 845-854.

MANDU, E. N. T.; SILVA, G. B. **Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, p. 15-21, ago. 2000.

MBOMGUE, T.B., et al. **"Medicamentation" of society, non-diseases and non-medications: a point of view from social pharmacology.** European Journal of Clinical Pharmacology, v. 61, p. 309-313. 2005

MELO, D. O.; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. **A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos.** Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, v. 42(4), p. 475-485, out./dez. 2006.

MOSEGUI, G. B. G. et al. **Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 33(5), p. 437-444, out. 1999.

NERI, A. L. Velhice e Qualidade de Vida na Mulher. In: NERI, A. L. (org.). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas.** 4ª. ed. Campinas: Papyrus, 2008. Cap. 8, p. 161-200.

NEUTEL, C. I.; WALOP, W. **Drug utilization by men and women: Why the Differences?** Drug Information Journal, USA, v. 39, p. 299-310, 2005.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Regionais de saúde.** Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>>. Acesso em: 3 ago. 2011a.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Regionais SESA - 17ª RS - Londrina.** Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2769>>. Acesso em: 03 ago. 2011b.

PANIZ et al. **Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24(2), p. 267-280, fev. 2008.

PEPE, V. L. E., CASTRO, C. G. S. O. **A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico.** Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.16(3), p. 815-822, jul-set. 2000.

PINHO, A. Não existe remédio grátis. **Revista Época.** Rio de Janeiro, dez. 2011. Disponível em < <http://revistaepoca.globo.com/tempo/noticia/2011/12/nao-existe-remedio-gratis.html>>. Acesso em: 20 jan. 2012.

POKELA, N. et al. **Analgesic use among community-dwelling people aged 75 years and older: a population-based interview study.** The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy, v. 8(3), p. 233-244, jun. 2010.

PORTAL BRASIL. **Indústria farmacêutica**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/ciencia-e-tecnologia/tecnologia-em-saude>>. Acesso em: 15 jan. 2011.

QUEIROZ, M. S. **Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9(3), p. 272-282, 1993.

RIBEIRO, A. Q. et al. **Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42(4), p. 724-732, 2008.

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

ROZENFELD, S.; VALENTE, J. **Estudos de utilização de medicamentos - considerações técnicas sobre coleta e análise de dados**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 2004. 115-123.

SANFÉLIX, J. et al. **Gender influence in the quantity of drugs used in primary care**. Gaceta Sanitaria, v. 22(1), p. 11-19, 2008.

SANTOS, D. B.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. **Utilização de medicamentos e fatores associados entre crianças residentes em áreas pobres**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 43(5), p. 768-778, 2009.

SANS et al. **Prevalencia del consumo de medicamentos em la población adulta de Cataluña**. Gaceta Sanitaria, v. 16(2), p. 131-130. 2002.

SIMÕES, M. J. S. estudos de utilização de medicamentos. In: CASTRO, L. L. C. **Fundamentos de farmacoepidemiologia**. Campo Grande: AG Gráfica e Editora Ltda., 2001. p. 127-169.

SIMÕES, M. J. S.; FARACHE FILHO, A. **Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1985**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 22(6), p. 494-499, 1988.

STROM, B. L. **Pharmacoepidemiology**. 3rd. ed. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2000.

TOGNONI, G.; LAPORTE, J.-R. Estudos de utilização de medicamentos e de farmacovigilância. In: LAPORTE, J.-R.; TOGNONI, G.; ROZENFELD, S. **Epidemiologia do medicamento princípios gerais**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1989. Cap. 2, p. 43-56.

VOSGERAU, M. Z. D. S. et al. **Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma unidade de saúde da família**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16(Supl. 1), p. 1629-1638, 2011.

WANNMACHER, L. Inibidores da bomba de prótons: indicações racionais. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Uso racional de medicamentos: Temas Seleccionados**. Brasília, v. 2(4). 2004. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE_URM_IBP_1204.pdf> Acesso em: 30 jan. 2012.

WANNMACHER, L. A ética do medicamento: múltiplos cenários. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Uso racional de medicamentos: Temas Seleccionados**. Brasília, v. 4(8). 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/v4n8_etica_medicamentos.pdf> Acesso em: 01 mai. 2012.

WHO. Who Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Norwegian Institute of Public Health. **Guidelines for ATC classification and DDD assignment**. 14th. ed. Norway, 2011. 275 p. Disponível em: <<http://www.whocc.no/filearchive/publications/2011guidelines.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2011.

WHO. World Health Organization. **Introduction to drug utilization research**. Norway: World Health Organization, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/Drug%20utilization%20research.pdf>. Acesso em 1 out 2011.

WHO. World Health Organization. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry** - report of a WHO expert committee. 1995. Disponível em: <<http://helid.digicollection.org/en/d/Jh0211e/4.3.1.html>>. Acesso em 20 abr 2012.

ZOFF , Y et al. **Women encounter ADRs more often than do men**. European Journal of Clinical Pharmacology, v. 64, p. 999–1004. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Formulário da Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**Doenças cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco,
terapia medicamentosa e complicações**

INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO AMOSTRADO

Localização		
Rua:		
Setor Censitário:	N°:	Complemento:
Telefone:	Obs:	
Moradores		
Nome	Sexo	Idade
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO AMOSTRADO

Nome:	Código:
Data de Nascimento:	Celular:
Recursos: (0) própria pessoa (1) cuidador auxiliar (2) cuidador substituto	
Data da Entrevista:	

INFORMAÇÕES DA COLETA



Entrevistador:	
1º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
2º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
3º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
<input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Perda <input type="checkbox"/> Exclusão	Motivo:
Data para coleta de exames laboratoriais: ___/___/___	Digitação: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2



Nome:	Código:
Observações:	

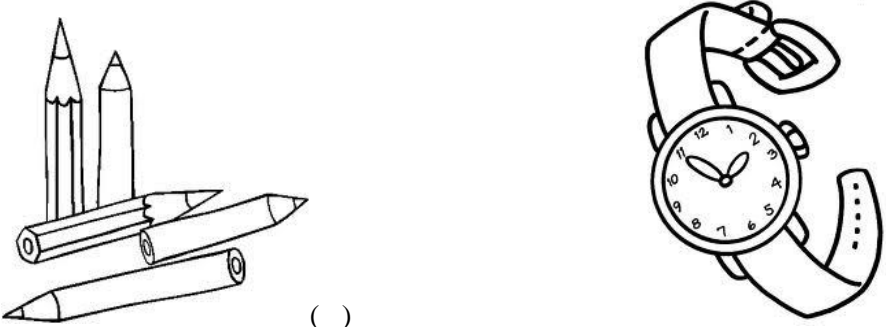
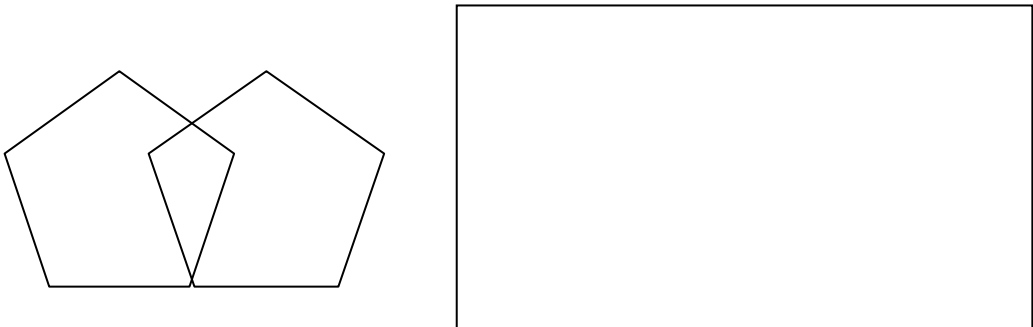
Nome:	Código:
--------------	----------------


↪ Para todos os indivíduos:










<u>BLOCO 1 – VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO</u>									
1. Qual é o seu Estado Civil? (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo (5) União estável	CIV								
2. Você se considera da cor ou raça: (1) Amarela (2) Branca (3) Indígena (4) Parda (5) Preta	COR								
3. Quantos anos completos você estudou? [] <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Analfabeto</td> <td style="text-align: right;">0 anos</td> </tr> <tr> <td>Primário completo ou até a 4ª série do fundamental</td> <td style="text-align: right;">4 anos</td> </tr> <tr> <td>1º grau ou ensino fundamental/ginásial completo</td> <td style="text-align: right;">8 anos</td> </tr> <tr> <td>2º grau ou ensino médio</td> <td style="text-align: right;">11 anos</td> </tr> </table>	Analfabeto	0 anos	Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos	1º grau ou ensino fundamental/ginásial completo	8 anos	2º grau ou ensino médio	11 anos	ESTU
Analfabeto	0 anos								
Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos								
1º grau ou ensino fundamental/ginásial completo	8 anos								
2º grau ou ensino médio	11 anos								
4. Quantos amigos próximos você diria que têm hoje? Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda. []	REDE1								
5. Se de repente você precisasse de uma pequena quantia em dinheiro, (equivalente ao ganho de uma semana de trabalho) quantas pessoas, de fora do seu domicílio, estariam dispostas a lhe fornecer este dinheiro, se você pedisse a elas? (1) Ninguém (2) Uma ou duas (3) Três ou quatro (4) Cinco ou mais	REDE2								
6. Em toda comunidade, algumas pessoas se dão bem e confiam umas nas outras, enquanto outras pessoas não. Agora, eu gostaria de falar a respeito da confiança e da solidariedade na sua comunidade. Em geral, você concorda ou discorda das seguintes afirmações:									
6.1. Pode-se confiar na maioria das pessoas que moram neste(a) bairro/localidade: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL10								
6.2. Neste(a) bairro/localidade, é preciso estar atento ou alguém pode tirar vantagem de você: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL11								
6.3. A maioria das pessoas neste(a) bairro/localidade estão dispostas a ajudar caso você precise: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL12								
6.4. Neste(a) bairro/localidade, as pessoas geralmente não confiam umas nas outras quanto a emprestar e tomar dinheiro emprestado: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL13								
7. Hoje em dia, com que frequência você diria que as pessoas neste(a) bairro/localidade ajudam umas às outras: (1) Sempre ajudam (2) Quase sempre ajudam (3) Algumas vezes ajudam (4) Raramente ajudam (5) Nunca ajudam	SOL2								





8. Na sua opinião, esse(a) bairro/localidade é geralmente: (1) Muito pacífico (2) Moderadamente pacífico (3) Nem pacífico nem violento (4) Moderadamente violento (5) Muito violento		VIOL1
9. Em relação a sua segurança, como você se sente ao andar sozinho(a) na sua rua depois de escurecer: (1) Muito seguro(a) (2) Moderadamente seguro(a) (3) Nem seguro (a), nem inseguro(a) (4) Moderadamente inseguro(a) (5) Muito inseguro(a)		VIOL2
10. Qual o controle que você sente que tem para tomar as decisões que afetam as suas atividades diárias: (1) Nenhum controle (2) Controle sobre muito poucas decisões (3) Controle sobre algumas decisões (4) Controle sobre a maioria das decisões (5) Controle sobre todas as decisões		POL1
11. Nos últimos 12 meses, você fez alguma dessas coisas:	Marque com um (x)	
11.1. Participou de uma reunião de conselho, reunião aberta ou grupo de discussão?		POL21
11.2. Encontrou um político, telefonou para ele/ela, ou enviou-lhe uma carta/email?		POL22
11.3. Participou de um protesto ou demonstração?		POL23
11.4. Participou de uma campanha eleitoral ou informativa?		POL24
11.5. Alertou algum jornal, rádio ou TV para um problema local?		POL25
11.6. Notificou a polícia ou a justiça a respeito de um problema local?		POL26
AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEU TRABALHO E OS BENS DA SUA CASA. GOSTARIA DE LEMBRAR QUE OS DADOS DESTE ESTUDO SERVIRÃO APENAS PARA A PESQUISA.		
12. Quantos trabalhos você exerce atualmente? []  Se maior ou igual a 1 (um) pule para questão 14		TR1
13. Caso não exerça nenhum trabalho, como você se classifica? (1) Aposentado (2) Do lar (3) Desempregado  Pular para questão 17		TR2
14. Se trabalha atualmente, qual seu trabalho principal? _____		TR3
15. Nesse trabalho você é: (1) Empregado (2) Trabalhador doméstico (na casa de terceiros empregado doméstico, diarista etc.) (3) Conta própria (sem empregado ou com ajuda de trabalhador não remunerado) (4) Empregador (5) Não remunerado		TR4
16. O Sr. Trabalha atualmente com alguma dessas atividades:	S/N	Há quanto tempo (anos)?
A1. Fabricação e recuperação de baterias		
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo		
A3. Produção de ligas (bronze, latão)		
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)		
		PB1
		PB11
		PB12
		PB13
		PB14



A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo				PB15	
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos				PB16	
A7. Indústria da borracha				PB17	
17. O Sr. já trabalhou com alguma das atividades:  Caso já tenha lido as alternativas: O(a) senhor(a) já trabalhou em algum dos locais que acabei de citar?	S/N	Durante quanto tempo? (anos)	Parou há quanto tempo (anos)?		
A1. Fabricação e recuperação de baterias				PB20	
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo				PB21	
A3. Produção de ligas (bronze, latão)				PB22	
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)				PB23	
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo				PB24	
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos				PB25	
A7. Indústria da borracha				PB26	
18. Alguém que mora com o Sr (a) trabalha com exposição ao chumbo? (1) Sim (2) Não				PB30	
 Se SIM: 18.1. Em qual atividade (códigos acima)? []				PB31	
19. Existe alguma fonte de contaminação por chumbo próxima à sua residência? (conforme alternativas citadas). (1) Sim (2) Não				PB40	
 Se SIM: 19.1. Qual a distância aproximada (metros) da fonte em relação à sua casa? []				PB41	
20. Por quais desses meios de comunicação costuma se informar: (1)Televisão (2)Rádio (3)Jornal Impresso (4)Internet (5) Outros				COM	
21. Classe econômica:				ABEP	
	Número de Itens				
Quais desses itens você possui?	0	1	2	3	4+
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
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (separado ou	0	2	2	2	2
Qual o Grau de Instrução do chefe da família?					
Analfabeto / primário incompleto / até a 3ª série do fundamental					0
Primário Completo / ginásial incompleto / até a 4ª série do fund.					1
Ginásial completo / colegial incompleto / fundamental completo					2
Colegial completo / superior incompleto / ensino médio completo					4
Superior completo					8
Pontuação total		[]			

<p>27.2 Aponte o lápis e o relógio e pergunte: O que é isso?</p>  <p style="text-align: center;">()</p> <p>Número de respostas corretas []</p>	<p>1 ponto para cada</p>
<p>27.3. Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o Sr (a) fazer 3 tarefas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegue este papel com a mão direita (utilize o TCLE) 2. Com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez 3. Jogue-o no chão <p>Número de respostas corretas []</p>	<p>1 ponto para cada tarefa</p>
<p>27.4. Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel. Mostre ao examinado o comando:</p> <p style="text-align: center;">FECHE OS OLHOS</p> <p>Resposta correta []</p>	<p>1 ponto</p>
<p>27.5. Por favor, escreva uma sentença. Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo.</p> <hr/> <p>Resposta correta []</p>	<p>1 ponto (Não considere erros gramaticais ou ortográficos)</p>
<p>28. Por favor, copie este desenho. (Apresenta a folha com os pentágonos que se interseccionam)</p>  <p>Número de respostas corretas []</p>	<p>1 ponto (Considere apenas se houver 2 pentágonos que se interseccionem, 10 ângulos, formando uma figura de 4 lados ou com 2 ângulos)</p>
<p>29. PONTUAÇÃO TOTAL DO MINIMENTAL</p>	<p>MM</p>






 Para todos os indivíduos

<u>BLOCO 2 – VARIÁVEIS DE HÁBITOS DE VIDA</u>	
30. O(a) Sr(a) Fuma? (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 33	FUM1
 Se SIM : 30.1. Qual a frequência? (1) Diariamente (2) Ocasionalmente	FUM2
 Se DIARIAMENTE : 30.2. Quantos cigarros por dia? []	FUM3
31. Que idade o(a) senhor (a) tinha quando começou a fumar regularmente? [] anos (99) Não lembra	FUM4
32. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar? (1) Sim (2) Não	FUM5
33. O Sr (a) já fumou? (1) Sim (2) Não	FUM6
 Se SIM : 33.1. Que idade o(a) senhor(a) tinha quando parou de fumar? [] anos (99) Não lembra	FUM7
34. O(a) Sr(a) costuma consumir bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 35	ALC1
 Se SIM : 34.1. Com frequência faz uso de bebida alcoólica? (1) Ocasionalmente (menos que 2x/sem) (2) Frequentemente (2 a 6x/sem) (3) Todos os dias	ALC2
34.2. Nos últimos 30 dias o Sr (a) consumiu mais que 4 (para mulher)/5(para homem) doses de bebida alcoólica em uma ocasião? <i>(mais de 4/5 doses seriam 4/5 latas de cervejas ou 4/5 taças de vinho ou 4/5 doses de cachaça/whisky/qualquer outra bebida destilada)</i> (1) Sim (2) Não	ALC3
 Se SIM : 34.2.1 Em quantos dias do mês isso ocorreu? []	ALC4
AGORA, VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS, COMO CAMINHADA, ESPORTES E EXERCÍCIOS FEITOS DE MANEIRA REGULAR E QUE FAÇAM A RESPIRAÇÃO FICAR MAIS FORTE QUE O NORMAL.	
35. Em uma semana normal (típica) o sr(a) faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre? (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 38	EX1
 Se SIM :	

36. Em uma semana normal (típica) quais são as atividades físicas que o(a) Sr(a) pratica no tempo livre:				
	Se Sim , assinale com X	Quantas vezes por semana? (dias)	Quanto tempo dura por dia? (minutos)	
36.1. Caminhada?				EX21
36.2. Alongamento?				EX22
36.3. Dança?				EX23
36.4. Musculação?				EX24
36.5. Ginástica de academia?				EX25
36.6. Futebol?				EX26
36.7. Outra? Qual?				EX27
37. O(a) Sr.(a) faz atividade física REGULAR há mais de 6 meses? (1) Sim (2) Não  Se Sim , pule para a questão 40				EX5
38. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 30 dias? (1) Sim (2) Não  Se Sim , pule para a questão 40				EX6
39. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 6 meses? (1) Sim (2) Não				EX7
40. Com relação ao seu trabalho remunerado, ou às atividades domésticas, em relação ao esforço físico, como você classificaria o seu trabalho: (1) Muito leve (2) Leve (3) Moderado (4) Intenso (5) Muito intenso				EX8
41. O(a) Sr.(a) caminha ou vai de bicicleta até o trabalho? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica  Se NÃO ou NÃO SE APLICA , pule para a questão 43				EX9
42. Quanto tempo o(a) Sr.(a) leva caminhando ou pedalando neste deslocamento (somar tempo de ida e volta): [] minutos.				EX10
AGORA FAZER ALGUMAS PERGUNTAS QUANTO A SEUS HÁBITOS ALIMENTARES				
43. Em quantos dias da semana (a) Sr(a) costuma comer frutas? (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias				AL1
44. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame? (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias				AL2
45. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha ? (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias  Se nunca , pule para questão 46				AL3






45.1. Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma: (1) Tirar sempre o excesso de gordura visível (2) Comer com a gordura (3) Não come carne vermelha com muita gordura		AL4
46. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango? (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias		AL5
 Se nunca, pule para questão 47		
46.1. Quando o(a) Sr(a) come frango com pele costuma: (1) Tirar sempre a pele (2) Comer com a pele (3) Não come pedaços de frango		AL6
47. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja) (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias		AL7
 Se nunca, pule para questão 48		
47.1. Quando o(a) Sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar? (1) Integral (2) Desnatado ou semi-desnatado (3) Os dois tipos (99) Não sabe		AL8
<u>BLOCO 3 – VARIÁVEIS DE CAPACIDADE FUNCIONAL</u>		
48. Respondente: (1) Própria pessoa (2) Cuidador		RES
AGORA VAMOS VALAR DA SUA CAPACIDADE FUNCIONAL, CAPACIDADE MOTORA, COGNIÇÃO E ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA		
49. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:		Nível:
49.1. Alimentar-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →	Se SIM : (2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa de estímulo/supervisão (4) Precisa de ajuda parcial (5) Não consegue, precisa de outra pessoa	CF1
49.2. Tomar banho? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →		CF2
49.3. Vestir-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →		CF3
49.4. Cuidar da aparência (escovar dentes, pentear-se, fazer barba, cortar unhas ou se maquiar)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →		CF4
49.5. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →		CF5
49.6. Para urinar (micção)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →	(2) Incontinência ocasional ou gotejamento (3) Incontinência frequente	CF6
49.7. Para fazer cocô (defecação)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →	(4) Incontinência total	CF7

<p>50. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para levantar-se, sentar-se e deitar-se, da cama para uma poltrona ou para uma cadeira de rodas e ficar de pé e vice-versa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM: 50.1. Como o(a) Sr (a) realiza a transferência: (2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa de estímulo ou supervisão (4) Precisa de ajuda parcial (5) Não consegue, precisa de outra pessoa</p>	CF10
<p>51. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para andar pela casa ou chegar ao elevador (no caso de morar em apartamento)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 51.1. Como o(a) Sr (a) anda pela casa: (2) Com dificuldade (com bengala, prótese, órtese ou andador) (3) Sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione (4) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar (5) Não anda</p>	CF11
<p>51.2. O senhor utiliza algum dispositivo para auxiliá-lo a caminhar? (1) Bengala simples (2) Trípode (3) Quadrípode (4) Andador</p>	CF111
<p>52. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para caminhar fora de casa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 52.1. Como o(a) Sr (a) caminha fora de sua casa: (2) Com dificuldade (com bengala, prótese, órtese ou andador) (3) Utiliza uma Cadeira de Rodas (CR) ou caminha sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione ou apresenta marcha instável (4) Utiliza CR com dificuldade (5) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar ou utilizar uma CR (6) Não pode se locomover na área externa (deve ser transportado em maca)</p>	CF12
<p>53. Em relação ao uso de prótese e órtese, o(a) Sr(a) usa? (1) Não utiliza (pule para a questão seguinte) (2) Instala sozinho (3) Instala com dificuldade (4) Precisa que alguém verifique a instalação ou precisa de alguma ajuda para isso (5) A prótese ou órtese deve ser instalada por outra pessoa</p>	CF13
<p>54. Em relação a Cadeira de Rodas, o(a) Sr (a) precisa utilizar? (1) Não utiliza (pule para a questão seguinte) (2) Desloca-se sozinho em CR (3) Desloca-se com dificuldade em CR (4) Precisa que alguém empurre a CR (5) Não pode utilizar uma CR (deve ser transportado em maca)</p>	CF14
<p>↪ Se utiliza, 54.1. Qual o tipo de cadeira de rodas? (1) Cadeira de rodas simples (2) Cadeira de rodas motorizadas</p>	CF141
<p>54.2. O local onde o(a) Sr(a) mora permite a circulação em CR? (1) Sim (2) Não</p>	CF142



<p>55. Em relação à utilizar escadas em algum lugar, o(a) Sr (a) apresenta alguma dificuldade para subir e descer? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM 55.1. Para utilizar escadas, o(a) Sr(a) sobe e desce:</p> <p>(2) Com dificuldade (3) Sobe e desce de maneira não segura, precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione (4) Sobe e desce escadas com ajuda de outra pessoa (5) Não utiliza escadas</p>	CF15
<p>56. O(a) Sr(a) precisa utilizar escadas no domicílio? (1) Sim (2) Não</p>	CF16
<p>57. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para ler/enxergar? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM, 57.1. Para ler/enxergar, o(a) Sr(a):</p> <p>(2) Tem distúrbios visuais, mas enxerga suficientemente para realizar Atividades de Vida Diária (AVDs) (3) Só enxerga o contorno dos objetos e precisa ser guiado nas AVDs (4) Não enxerga/Cego</p>	CF20
<p>57.1.1. Para exercer suas atividades diárias, o(a) Sr(a) utiliza: (1) Lentes corretivas/óculos (2) Lupa (3) Não utiliza</p>	CF201
<p>58. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para ouvir? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM, 58.1. Para ouvir, o(a) Sr(a):</p> <p>(2) Só ouve quando falam alto ou precisa que alguém instale seu aparelho auditivo (3) Só escuta gritos ou algumas palavras ou lê os lábios ou compreende gestos (4) Surdez total e incapacidade de compreender o que alguém quer lhe comunicar</p>	CF21
<p>58.1.1. Utiliza aparelho auditivo? (1) Sim (2) Não</p>	CF212
<p>59. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para falar ou comunicar-se normalmente? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM, 59.1. Para falar normalmente, o(a) Sr(a):</p> <p>(2) Tem certa dificuldade, mas consegue expressar seu pensamento (3) Tem uma dificuldade grave, mas pode comunicar certas necessidades básicas ou responde a questões simples (sim, não) ou utiliza linguagem de gestos (4) Não comunica</p>	CF22
<p>59.2. O(a) Sr(a) utiliza algum dispositivo para ajudar em sua comunicação? (1) Quadro de comunicação (2) Computador (3) Não utiliza</p>	CF221
<p>60. O(a) Senhor(a) tem alguma dificuldade para lembrar-se de fatos (de maneira que comprometa a realização de suas atividades)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM, 60.1. Com relação a sua memória, o(a) Sr(a):</p> <p>(2) Esquece fatos recentes, mas se lembra dos fatos importantes (3) Esquece habitualmente as coisas da vida cotidiana corrente (4) Amnésia quase total</p>	CF30







<p>61. O(a) Senhor(a) tem alguma dificuldade para localizar-se no tempo, espaço e pessoas? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↳ Se SIM, 61.1. O(a) Sr (a) sente-se que está: (2) Algumas vezes desorientado (3) Encontra-se orientado somente em relação a um curto espaço de tempo (período do dia), local (ambiente em que vive habitualmente) e pessoas familiares (4) Desorientação completa</p>	CF31	
<p>62. O Sr(a) tem alguma dificuldade para compreender bem o que alguém lhe explica ou pede? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↳ Se SIM, 62.1. O(a) Sr (a): (2) É lento para compreender explicações ou pedidos (3) Parcialmente, mesmo após explicações repetidas ou é incapaz de aprender coisas novas (4) Não compreende o que se passa ao seu redor</p>	CF32	
<p>63. O Sr (a) consegue avaliar as situações e tomar decisões sensatas? (1) Sim (pule para a questão seguinte) () Não</p> <p>↳ Se NÃO, 63.1. O(a) Sr (a): (2) Avalia as situações, mas precisa de conselhos para tomar decisões sensatas (3) Avalia mal as situações e toma decisões sensatas apenas se alguém lhe sugerir fortemente uma opinião (4) Não avalia as situações e é preciso que alguém tome-as em seu lugar</p>	CF33	
<p>64. Em relação ao comportamento, o(a) Sr(a) apresenta: (1) Comportamento apropriado (2) Distúrbios, como por exemplo: choro, teimosia e apatia, que precisam de supervisão ocasional ou chamar a atenção ou estímulo (3) Distúrbio que precisam supervisão mais intensiva (agressividade contra si ou aos outros, incomoda os outros, perambulação, gritos constantes) (4) Perigoso, precisa de contenções ou tenta machucar/ferir os outros, ferir-se ou tentar fugir</p>	CF34	
<p>65. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para:</p>	Nível:	
<p>65.1. Cuidar da casa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>Se SIM: (2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa supervisão ou estímulo para manter um nível adequado de limpeza (4) Precisa de ajuda, principalmente para as atividades mais complexas (5) Não faz</p>	CF40
<p>65.2. Lavar roupa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>		CF41
<p>65.3. Preparar as refeições? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>		CF42
<p>65.4. Fazer compras? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>		CF43


<p>66. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar o telefone (incluindo a pesquisa de um número no catálogo)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 66.1. Com relação à utilizar o telefone, o(a) Sr(a): (2) Utiliza com dificuldade (3) Atende, mas só disca alguns números que sabe de cor ou números em caso de urgência (4) Comunica-se ao telefone, mas não disca e nem atende (5) Não utiliza o telefone</p>	CF44
<p>67. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar meio de transporte (automóvel, veículo adaptado, táxi, ônibus)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 67.1. Com relação à utilizar meios de transporte, o(a) Sr (a): (2) Utiliza com dificuldade (3) Deve ser acompanhado ou utiliza sozinho um veículo adaptado (4) Utiliza apenas automóvel ou veículo adaptado mediante acompanhamento e ajuda para entrar e sair (5) Deve ser transportado em maca</p>	CF45
<p>68. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para lidar com dinheiro (incluindo movimentação bancária)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 68.1. Em relação à lidar com dinheiro, o(a) Sr(a): (2) Administra com dificuldade (3) Precisa de ajuda para efetuar certas transações complexas (4) Precisa de ajuda para efetuar transações simples (descontar um cheque, pagar contas), mas utiliza corretamente o dinheiro que lhe é passado (5) Não administra o próprio dinheiro</p>	CF46
<u>BLOCO 4 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE</u>	
<p>69. O(a) senhor(a) possui plano de saúde? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	PS1
<p>↪ Se SIM, 69.1: Qual a modalidade da cobertura? (1) parcial (co-participativo) (2) integral (99) Não sabe/lembra</p>	PS2
<p>70. Você utiliza o serviço do posto (unidade básica) de saúde? (1) Sim (2) Não</p> <p>↪ Se NÃO, pule para a questão 75</p>	SUS
<p>71. O(a) senhor(a) recebe visitas das equipes de saúde da família (do posto de saúde) (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	PSF1
<p>72. O(a) senhor(a) recebe visitas do agente comunitário de saúde (ACS)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	ACS
<p>↪ Se SIM, 72.1: Com que frequência? [] visitas/mês</p>	ACS1
<p>73. Como o(a) Sr(a) avalia o atendimento da equipe de saúde da família? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	PSF2
<p>74. Realizou consultas médicas nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	MED1
<p>↪ Se SIM, 74.1: O senhor(a) recorda aproximadamente quantas consultas? []</p>	MED2

74.2: Quantas dessas foram nos últimos dois meses? []	MED3
74.3: Como o(a) Sr(a) avalia a sua relação com seu principal médico? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	MED4
75. Realizou alguma cirurgia nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	CIR
76. Você esteve internado (unidade hospitalar por mais de 1 dia) nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	INT1
 Se SIM: 76.1. O(a) senhor(a) recorda por qual motivo? _____ (99) Não sabe/lembra	INT2
NESTE MOMENTO VAMOS TRATAR DA SAÚDE DE SEUS DENTES E SUA BOCA	
77. Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra  Se NÃO pule para a questão 82	DNT1
78. Quando o Sr(a) consultou o dentista pela última vez? (1) Menos de um ano (2) Um a dois anos (3) Três anos ou mais (99) Não sabe/lembra	DNT2
79. Onde foi a sua última consulta ao dentista? (1) Serviço público (2) Serviço particular (3) Plano de Saúde ou Convênios (4) Outros (99) Não sabe/lembra	DNT3
80. Qual o motivo da sua última consulta ao dentista: (1) Revisão, prevenção ou check-up (2) Dor (3) Extração (4) Tratamento (5) Outros (99) Não sabe/lembra	DNT4
81. O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta: (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	DNT5
<u>BLOCO 5 – CONDIÇÕES DE SAÚDE</u>	
82. Você já perdeu algum dente? (1) Sim (2) Não  Se NÃO pule para a questão 84	SB1
 Se SIM: 82.1. O(a) senhor(a) consegue recordar aproximadamente quantos? (arcada superior 16 e inferior 16 dentes) []	SB2
83. Possui alguma prótese dentária? (pivô, coroa, ponte móvel ou fixa, ou dentadura superior e/ou inferior) (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	SB3
 Se SIM: 83.1. A(s) prótese(s) fica(m) na parte: (1) Superior da boca (2) Inferior da boca (3) Ambas	SB4
84. O(a) sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente? (1) Sim (2) Não	SB5
85. Nos últimos 6 meses o(a) sr(a) teve dor de dente? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	SB6
86. Você tem observado sangramento na gengiva: (1) Não (2) Sim, na última semana (3) Sim, há 15 dias (4) Sim, há mais de 1 mês	SB7

87. Sente algum (s) dente(s) amolecido(s)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra/aplica	SB8
↳ Se SIM: 87.1. Quantos dentes estão amolecidos? []	SB9
88. Com relação aos seus dentes/boca o(a) sr(a) está: (1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem um nem outro (99) Não sabe/lembra	SB10
89. No último mês você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente ↳ Se NÃO pule para a questão 92	SB11
90. No último mês sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB12
91. No último mês você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB13
92. Você já se sentiu envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB14
AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE EM GERAL	
93. Como você classifica seu estado de saúde: (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	EST1
94. Comparado a um ano atrás, como você classificaria seu estado de saúde: (1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma (4) Um pouco pior (5) Muito pior	EST2
95. Comparado com pessoas da mesma idade que a sua, como você classificaria seu estado de saúde: (1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma (4) Um pouco pior (5) Muito pior	EST3
AS SEGUINTE PERGUNTAS SÃO RELATIVAS AOS HÁBITOS DE <u>SONO DURANTE O ÚLTIMO MÊS</u>. SUAS RESPOSTAS DEVEM INDICAR A LEMBRANÇA MAIS EXATA DA MAIORIA DOS DIAS E NOITES DO ÚLTIMO MÊS.	
96. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite? Hora usual de deitar []	SON1
97. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite? Número de minutos []	SON2
98. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã? Hora usual de levantar []	SON3
99. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? Horas de sono por noite []	SON4
100. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral? (1) Muito boa (2) Boa (3) Ruim (4) Muito ruim	SON6
101. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar a dormir? (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana	SON7

106. Já lhe disseram que o(a) senhor(a) ronca todas ou quase todas as noites? (1) Sim (2) Não	SON11	
 Se SIM , Isso ocorre há pelo menos 12 meses? (1) Sim (2) Não	SON11a	
107. Já lhe disseram que quando o(a) senhor(a) dorme deixa de respirar por alguns momentos? (1) Sim (2) Não	SON12	
108. O Sr(a) sabe qual o seu peso? [] kg	PESR	
109. O Sr (a) sabe qual sua altura? [,] m	ALTR	
110. CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO ESQUERDO: [] cm	CBE	
111. AFERIR A PRIMEIRA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA1	
VOU PERGUNTAR AGORA SE O(A) SENHOR(A) JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS. ATENÇÃO, POIS <u>SÓ DEVE RELATAR AQUILO QUE UM MÉDICO OU PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ LHE INFORMOU QUE POSSUI.</u>		
112. Quais das doenças abaixo você já foi informado por um médico ou outro profissional da saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, outros.) que tem ou teve:		
112.1 Hipertensão Arterial/Pressão Alta?	Sim/Não	HA
112.2 Diabetes Mellitus / Açúcar no sangue?		DM
112.3 Colesterol elevado?		CT
112.4 Angina?		AG
112.5 Insuficiência Cardíaca Congestiva?		ICC
112.6 Infarto Agudo do Miocárdio?		IAM1
112.6.1 Seus pais ou irmãos tiveram algum episódio de IAM antes dos 60 anos?		IAM2
112.7 Doença Cerebrovascular/Derrame?		DCV1
 Se SIM , há quanto tempo aconteceu? [] anos		DCV2
112.7.1 Ele já se repetiu alguma vez? (1) Sim (2) Não		DCV3
112.7.2 Seus pais ou irmãos tiveram antes dos 60 anos?		DCV4
112.8 Insuficiência Renal Crônica?		IRC
112.9 Doença pulmonar?		DP
112.10 Fratura de quadril?		FQ
112.11 Artrite / Artrose / Reumatismo?		ART
112.12 Problema na coluna?		COL
112.13 Algum tipo de Neoplasia / Câncer?		CAN
112.14 Depressão?		DEP

112.15 Outras? Qual(is):	DOT
 SOMENTE MULHERES:	
112.20 Tem ovário micropolicístico?	OMP
112.21 Já está na menopausa? (1) Sim (2) Não  Se Não , pule para a questão 113	MP
112.22 Esta gestante no momento?	GRAV
112.23 Esta amamentando no momento?	LAC
113. Você já perdeu seu pai, sua mãe ou algum irmão por morte súbita antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não	MSUB
 Se AFIRMOU alguma doença: 114. Você utiliza algum remédio para controlar suas doenças? (1) Sim (2) Não  Se NÃO pule para a questão 117	TRAT1
NESTE MOMENTO FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O JEITO QUE TOMA SEUS REMÉDIOS. MINHA INTENÇÃO NÃO É AVALIAR VOCÊ. ASSIM, POR FAVOR, RESPONDA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS DE MANEIRA SINCERA, SEM SE PREOCUPAR COM O RESULTADO.	
115. Muitas pessoas têm algum tipo de problema ao tomar seus remédios. Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) teve algum problema em tomá-los? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ADS1
116. Nesses últimos 15 dias o(a) Sr(a) deixou de usar algum remédio que deveria estar usando? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ADS2
117. Você sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	QUE1
 Se SIM : 117.1. O(a) senhor(a) recorda quantas vezes? []	QUE2
117.2. Onde?	QUE3
<u>BLOCO 6 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO</u>	
118. Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) utilizou qualquer tipo de medicamento (ex.: de uso contínuo, para dores, para o estômago ou outros)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra  Se NÃO pule para a questão 131 (pg. 20)	TRAT2

119. Com relação ao uso de medicamentos, o(a) Sr (a): (1) Toma sozinho (<i>pule para a próxima questão</i>) (2) Toma com dificuldade (3) Precisa de supervisão (incluindo supervisão à distância) para assegurar que lhe tome adequadamente seus medicamentos ou os medicamentos são organizados em uma caixa semanalmente (preparada por outra pessoa) (4) Toma seus medicamentos se eles são preparados diariamente (5) Alguém deve lhe trazer os medicamentos na hora certa	CF47
120. Nesses últimos 15 dias, você teve algum problema ou desconforto que acha que foi causado pelos remédios que toma? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	RAM
121. Os horários, efeitos colaterais ou a forma de tomar seus remédios interfere de alguma forma em sua rotina (trabalho ou atividades diárias)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ROT
122. Quando um medicamento é receitado, o médico ou o dentista lhe orienta quanto a sua utilização? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	OR1
123. Mais algum profissional da saúde (farmacêutico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde) conversa com o(a) Sr(a) a respeito da forma de utilizar seus remédios? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	OR2
VOLTAREI A FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O JEITO QUE TOMA SEUS REMÉDIOS. <u>ELAS SE REFEREM APENAS AOS MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO (SEM DATA PARA O TÉRMINO DO TRATAMENTO).</u> POR FAVOR, RESPONDA AS PERGUNTAS <u>SEM FICAR PREOCUPADO COM O RESULTADO.</u>	
124. Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a medicação? (1) Sim (2) Não	ADS3
125. Você às vezes se descuida de tomar seus medicamentos? (1) Sim (2) Não	ADS4
126. Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seus medicamentos? (1) Sim (2) Não	ADS5
127. Às vezes, se você se sente pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la? (1) Sim (2) Não	ADS6
128. Número de respostas “NÃO” das perguntas 124 a 127: []	ADS7
129. Nos últimos quinze dias, você deixou de tomar os medicamentos por terem faltado? (1) Sim (2) Não	ACE1
 Se SIM: 129.1. Qual foi a razão pela qual os medicamentos faltaram? (1) Não conseguiu obtê-los nos serviços de saúde onde são fornecidos (2) O serviço onde os obtenho é longe e/ou não funciona no horário em que posso ir buscar. (3) Não teve dinheiro para adquiri-los. (4) Outra	ACE2
AGORA PRECISAREI RELATAR OS REMÉDIOS UTILIZADOS PELO(A) SENHOR(A). POR FAVOR, TRAGA <u>TODOS</u> OS MEDICAMENTOS QUE O(A) SENHOR(A) UTILIZA DIARIAMENTE OU QUE UTILIZOU MESMO QUE EVENTUALMENTE NOS ÚLTIMOS <u>15 DIAS</u>. (PAUSA).	

<p>130. O(a) Senhor(a) possui a prescrição destes produtos? (1) Sim (2) Não</p> <p>↳ Se SIM: Copie as informações sobre o tratamento APENAS da receita MAIS RECENTE:</p> <p>Nome do medicamento:</p> <p>Posologia:</p> <p>Duração do tratamento:</p> <p>Forma de tomar (ações requeridas):</p> <p>Data:</p> <p>Carimbo médico (sim/não):</p> <p>Outras informações contidas:</p> <p>() Receita com problemas de legibilidade</p>	REC
--	-----

RELATE OS MEDICAMENTOS NA FICHA ABAIXO

BLOCO 7 – MEDIDAS

131. AFERIR A SEGUNDA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA2
132. Peso (kg): _____	PESM
133. Altura (m): _____	ALTM
134. Circunferência da cintura (cm): _____	CCIN
135. Circunferência do quadril (cm): _____	CQUA
136. CASO A PRIMEIRA E SEGUNDA MEDIDAS DE PA FOREM DIVERGENTES, AFERIR A TERCEIRA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA3
DATA DA COLETA DE EXAMES:	____/____/____ horas:_____

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:

"DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES"

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa "DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES", realizada em todo o município de Cambé/PR entre os meses de janeiro e maio de 2011. O objetivo da pesquisa é verificar o perfil de risco para doenças cardiovasculares, uso de medicamentos e complicações. A sua participação é muito importante e ela se daria respondendo as perguntas feitas pelos entrevistadores, pela realização de medidas (pressão, peso, altura, cintura) e pela coleta de sangue. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios decorrentes de sua participação será o conhecimento da sua situação de saúde, incluindo os resultados dos exames laboratoriais. Além disso, pretende-se contribuir para a melhoria dos serviços de saúde e com o conhecimento científico a respeito do assunto. Caso qualquer alteração em seu estado de saúde seja identificada, o(a) senhor(a) será encaminhado(a) para a Unidade de Saúde mais próxima.

A coleta de sangue será realizada por profissionais experientes e seguirá todas as recomendações da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Caso aconteça qualquer intercorrência durante o procedimento de coleta, o(a) senhor(a) receberá os devidos cuidados e, quando necessário, será encaminhado(a) ao serviço de saúde. O sangue coletado será utilizado para a realização de exames laboratoriais e após a realização do exame o sangue será descartado.

Informamos que o senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso o senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contatar a coordenadora do projeto, professora doutora Regina Tanno, pelo telefone 43 33712398 ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 3371-2490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Cambé, ___ de _____ de 2011.

Pesquisador Responsável: _____ RG: _____

_____ (nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____


ANEXOS

ANEXO 1

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
 Registro CONEP 268

Parecer de Aprovação Nº 236/10 CAAE Nº 0192.0.268.000-10 FOLHA DE ROSTO Nº 368859	Londrina, 19 de outubro de 2010.
PESQUISADOR: REGINA KAZUE TANNO DE SOUZA CCS/DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA	
<p>Prezada Senhora:</p> <p>O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p align="center">“DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES.”</p>	
<p>Situação do Projeto: APROVADO</p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
<p align="center">Atenciosamente,</p> <p align="center"></p> <p align="center">Prof.ª. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL</p>	

ANEXO 2

Folheto Informativo

Frente

Fatores de risco ligados ao estilo de vida:

Tabagismo: favorece o aparecimento de dor no peito, infarto e derrame por facilitar o acúmulo de gorduras nos vasos sanguíneos entre outros problemas.

Sedentarismo ou falta de exercício físico: aumenta a força de outros fatores como a hipertensão arterial, a obesidade, o diabetes e o colesterol alto.

Diabetes mellitus: os diabéticos são mais propensos a sofrer de doenças cardiovasculares e derrame.

Obesidade: o risco de acidente vascular cerebral (derrame) ou outras doenças do coração aumentam com o excesso de peso.

Maus hábitos alimentares: comer muito sal pode aumentar a pressão arterial; muitas gorduras podem levar ao entupimento das artérias e muitos açúcares prejudicam o diabetes e contribui para a obesidade.

Consumo de bebidas alcoólicas: está associado ao aumento de pressão arterial e ao risco de doenças cardiovasculares.

Colesterol alto: níveis altos de colesterol LDL ou "colesterol ruim", como é chamado, também são riscos para as doenças cardiovasculares.

Hipertensão arterial ou pressão alta: a pressão alta pode causar, principalmente, o acidente vascular cerebral (derrame).

O reconhecimento precoce dos sinais de alerta das doenças cardiovasculares, aliada às medidas para diminuição dos fatores de risco são ações fundamentais para a prevenção.

Mais informações em:
 Unidade de Saúde mais próxima
 ou
www.eusou12por8.com.br
www.diabetes.org.br/tudo-sobre-diabetes
prevencao.cardiol.br

PARA ENTENDER E PREVENIR AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES



Projeto
 "Doenças Cardiovasculares no Estado do Paraná"



Verso

O que são doenças cardiovasculares ?

De um modo geral, é o conjunto de doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos. São a principal causa de morte e incapacidade no Brasil e no mundo.



Quais são as principais consequências ?

As consequências mais importantes são o infarto e o acidente vascular cerebral (derrame).

Quais são os fatores de risco para doenças cardiovasculares ?

A idade (pessoas com idade avançada são mais afetadas), o sexo (o homem é mais propenso e as mulheres na pós menopausa) e a história familiar são condições que aumentam o risco de desenvolver essas doenças.

Entretanto, existem outros fatores de risco que podemos identificar e modificar, sobretudo aqueles ligados ao estilo de vida. Veja alguns deles na página ao lado.

Quais são as formas de prevenção das doenças cardiovasculares?

Adote um estilo de vida mais saudável:



Deixe de fumar!

Verifique regularmente a pressão!



Prefira alimentos saudáveis e reduza o sal!

Controle o peso!



Pratique exercícios moderados regularmente!

Verifique seu nível de açúcar no sangue!



Realize consultas médicas regularmente!

Comece hoje! Aproveite a vida e sua família intensamente!

