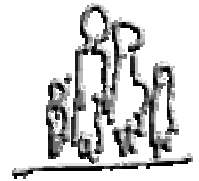




UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA



**MODIFICAÇÕES NO PADRÃO DE CONSUMO DE
PSICOFÁRMACOS EM UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MARIA APARECIDA PINHEIRO RODRIGUES

**ORIENTADOR:
PROF. DR. LUIZ AUGUSTO FACCHINI**

PELOTAS-RS
2004

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

**MODIFICAÇÕES NO PADRÃO DE CONSUMO DE
PSICOFÁRMACOS EM UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL**

MESTRANDA: MARIA APARECIDA PINHEIRO RODRIGUES

ORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ AUGUSTO FACCHINI

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas para obtenção do título de Mestre

PELOTAS-RS
2004

MARIA APARECIDA PINHEIRO RODRIGUES

**MODIFICAÇÕES NO PADRÃO DE CONSUMO DE
PSICOFÁRMACOS EM UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Banca examinadora

Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini
Universidade Federal de Pelotas

Profa. Dra. Anaclaudia Gastal Fassa
Universidade Federal de Pelotas

Profa. Dra. Denise Gigante
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Jorge Umberto Béria
Universidade Luterana do Brasil

Pelotas, 24 de novembro de 2004

AGRADECIMENTOS

Voltar à convivência acadêmica foi muito enriquecedor e me trouxe muita felicidade. Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia pela oportunidade de poder cursar este excelente curso de mestrado.

Quero agradecer a todos que tornaram esta conquista possível. A alguns, em especial:

- ❖ meu pai, Levino dos Santos Rodrigues (in memorian) – o melhor amigo que já tive. Como fazes falta! Nunca esquecerei o teu incentivo. Obrigada por tudo que fizeste por mim.
- ❖ meu irmão, Antônio José Pinheiro Rodrigues (in memorian) – saudades do nosso companheirismo. Foste cedo demais!
- ❖ minha mãe, Alda Pinheiro Rodrigues – meu exemplo de força e determinação. Obrigada por estar sempre a meu lado (e disposta a ajudar).
- ❖ meu marido, Ivo dos Santos Vasconcelos Jr – obrigada pelo teu companheirismo, pelas “lições” de informática que eu teimo em não aprender (continuarei precisando, é claro).
- ❖ meu filho, Augusto – já estás cansado de saber, mas vou repetir: és a razão da minha vida!

- ❖ meus professores:
- ❖ Facchini – meu orientador e incentivador. Muito obrigada pelas palavras de estímulo nos momentos em que eu estava desanimada. Sem a tua ajuda este momento não seria possível.
- ❖ César – foi uma enorme honra assistir às tuas aulas. Obrigada por compartilhar conosco o teu imenso conhecimento sobre Epidemiologia.
- ❖ Alúcio – no início do curso achei que seria impossível aprender Estatística. É um mistério como consegui aprender todos aqueles testes, e chego a sentir carinho pelo Stata. Devo isso a você. Obrigada.
- ❖ Iná – foi um grande prazer ser tua aluna de novo. És um exemplo de professora! Ninguém conseguiu apontar os nossos erros com tamanha elegância.
- ❖ Ana – as aulas de Prática de Pesquisa foram ótimas.
- ❖ Denise Gigante – obrigada pelas orientações quando revisaste o meu projeto. O teu equilíbrio e humildade me lembram o Dr Amílcar, de quem além de aluna, eu era fã.
- ❖ Anaclaudia – bom te rever depois de tantos anos. Impressionante o que consegues fazer na disciplina de Epidemiologia da graduação de Medicina. Acho que eles saem sabendo mais do que muitos de nós no início do curso de mestrado. Parabéns!

- ❖ Cora e Rosângela – obrigada pelas orientações sobre como conduzir o trabalho de campo.
- ❖ Cecília e Neiva – vocês são exemplos de que esse Programa de Pós-Graduação forma bons profissionais.
- ❖ Celene – nesses dois anos descobri a pessoa maravilhosa que tu és. Foi muito bom contar contigo. Obrigada pelos estudos na tua casa e pela disponibilidade em ajudar sempre que precisei.
- ❖ Denise Mota – obrigada pelas oportunidades de estudarmos juntas. Admirável a tua objetividade.
- ❖ Gicele – que bom te reencontrar depois de tanto tempo. Acho que não mudamos muito, não é? Ainda temos muito em comum.
- ❖ Luciane – adorei te conhecer. Apesar de jovem, sei que és uma profissional muito competente.
- ❖ Maria Alice – foste uma ótima colega de estudo. Incrível a tua capacidade de dedicação ao estudo.
- ❖ Vera – obrigada por sempre ter “aquela” informação de que eu precisava. Não tenho dúvida de que és a colega mais organizada da nossa turma de mestrado.
- ❖ Anelise, Arnildo, Carmen, Felipe, Fernando, Gian, Marcelo, Mario e Irineo – enfrentamos tantas coisas juntos nesses dois anos. Obrigada pela disposição em ajudar. Sentirei saudade dessa convivência tão próxima. Vocês são muito especiais.

- ❖ Pedrinho e Andréia – vocês foram ótimos monitores, às vezes até mais do que isso – naqueles momentos em que dividiram conosco as nossas angústias durante o curso. Obrigada.
- ❖ Angélica, Margarete, Mercedes e Olga – obrigada pela colaboração sempre que foi necessária.

Finalmente, quero agradecer:

- ❖ à CASSI – a permissão do meu afastamento parcial foi fundamental para eu fazer este curso de Mestrado. Sou muito grata.
- ❖ à Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas – obrigada pela liberação nos dias das aulas do mestrado.

A todas as demais pessoas que me ajudaram e que não mencionei, muito obrigada.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	iii
Apresentação.....	1
Projeto de Pesquisa.....	2
Relatório do trabalho de campo.....	28
Artigo.....	38
Press-release.....	74
Anexos.....	77

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado em epidemiologia, conforme regimento do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas é composta de quatro partes principais:

a) **PROJETO DE PESQUISA:** defendido em 14 de outubro de 2003. Esta versão incorpora as modificações sugeridas pela banca examinadora.

b) **RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO:** descrição da pesquisa realizada em conjunto pelos mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas no biênio 2003/2004. Ao final, inclui as modificações em relação ao projeto original.

c) **ARTIGO:** “Modificações no padrão de consumo de psicofármacos em uma cidade do sul do Brasil”.

d) **PRESS-RELEASE:** resumo dos principais resultados a ser enviado para a imprensa local.

PROJETO DE PESQUISA

1. Introdução

A psicofarmacologia moderna iniciou-se no final da década de 40, quando foram introduzidos os primeiros fármacos, com a finalidade específica de tratar os transtornos psiquiátricos. Desde então, seu uso disseminou-se amplamente, diminuindo a ocupação de leitos hospitalares, reduzindo a internação e o tempo de permanência de pacientes psiquiátricos. Assim, o número de pacientes psicóticos hospitalizados nos EUA diminuiu de 554.000 em 1954 para 77.000, quase 40 anos depois^{6,9}. A proporção de internações psiquiátricas entre jovens de até 17 anos, vinculados a sistemas de saúde privados nos Estados Unidos, reduziu 23,7% de 1997 a 2000. No mesmo período, a proporção de jovens que receberam psicofármacos aumentou 4,9%¹⁹.

Embora seja fundamental a garantia de acesso aos psicofármacos para os portadores de doença mental, e de analgésicos derivados do ópio, aos portadores de câncer, há crescente preocupação quanto ao uso abusivo de tais medicamentos, segundo a Organização Mundial de Saúde³¹.

Em Pelotas, esta situação foi estudada pela primeira vez em 1994¹³, identificando-se uma prevalência no consumo de psicofármacos de 12%. O consumo foi maior entre mulheres, idosos, pessoas separadas e viúvas, portadores de hipertensão, desempregados e aqueles que utilizaram serviços médicos nos últimos três meses.

Nove anos após o primeiro estudo populacional sobre este problema em nosso meio, justifica-se a realização de um novo estudo considerando que, assim como em outros estudos^{3,22,25}, há forte possibilidade de ter ocorrido uma modificação no padrão de consumo de psicofármacos em Pelotas. A expectativa de mudanças é reforçada por:

- uma ampliação da oferta de serviços de saúde mental na rede pública de saúde. Em 1994 havia um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e, atualmente, há sete CAPS atendendo a população que reside na área central e periférica da cidade²⁹;

- uma ampliação do acesso gratuito a medicamentos do SUS, com a criação da Farmácia Municipal²⁹;
 - a criação da Lei dos Medicamentos Genéricos, que diminuiu o custo dos medicamentos em geral, incluindo os psicofármacos⁵;
 - uma diversificação dos medicamentos psicofármacos com a ampliação do arsenal terapêutico, tanto com a expansão do número de compostos dentro do mesmo grupo farmacológico, como com o surgimento de drogas com perfil de ação diferente das originais^{9, 25};
- e, finalmente, houve uma ampliação da indicação terapêutica dos psicofármacos, especialmente os antidepressivos²⁵.

2. Revisão Bibliográfica

O aumento da utilização de psicofármacos tem sido atribuído a diversos acontecimentos, um deles seria a maior prescrição desses medicamentos a jovens. Em um estudo transversal, realizado por Zito et al.³², que examinou registros de 1987 a 1996, nos Estados Unidos, em jovens abaixo de 20 anos, vinculados a dois grandes planos de saúde privados, foi encontrado um aumento da prevalência de duas a três vezes no consumo de psicofármacos. As drogas que tiveram o mais significativo aumento foram os derivados anfetamínicos (7 a 14 vezes). Neste estudo, foi observado um aumento de prescrições de estimulantes para as meninas e de antidepressivos para os meninos, particularmente na faixa etária de 10-14 anos. A utilização de psicofármacos para o tratamento de jovens no final do período estudado foi considerada similar a de adultos. Muza et al em 1997²⁰, encontraram uma prevalência de 10,5 % de uso de psicofármacos entre adolescentes que freqüentavam escolas públicas e privadas de Ribeirão Preto, SP.

Uma outra razão seria a introdução de novos psicofármacos, com destaque para os antidepressivos. Desde 1988 com a introdução da fluoxetina, a primeira de uma nova classe de antidepressivos, os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (SSRIs), houve um grande aumento na prescrição desses medicamentos^{3,22}. A análise de inquéritos nacionais de registros de consulta médica nos Estados Unidos de 1985, 1993 e 1994, realizada por

Pincus, demonstrou que, ao excluir os SSRIs, a prescrição de medicações psicotrópicas permanecia estável entre os dois períodos(85-93/94)²⁵.

Novas indicações terapêuticas dos medicamentos já existentes também estariam entre os motivos para o aumento do consumo de psicofármacos, como por exemplo, o ansiolítico Alprazolam que, em 1990, passou a ser indicado também para o tratamento do transtorno do pânico²⁵.

Estudo realizado no ano de 1999 em duas cidades de São Paulo, com uma população total de 450.000 habitantes coletou e analisou as prescrições de medicamentos psicotrópicos. Foram processadas 108.215 prescrições, sendo 76.954 de benzodiazepínicos, 26.930 de anorexígenos, 3.540 de opiáceos e 788 de outros. As mulheres receberam mais prescrições do que os homens, especialmente os anorexígenos, com uma relação dez vezes maior nas prescrições de dietilpropiona e femproporex. As poucas farmácias de manipulação (n= 6) movimentaram mais prescrições do que as drogarias (n=49)²¹.

No Brasil, Mari, 1993¹⁸, em estudo de base populacional, encontraram uma prevalência de consumo de psicofármacos em São Paulo de 10,2%. O consumo foi maior entre mulheres e aumentava progressivamente com a idade. Uma maior renda familiar esteve associada a um maior risco de usar tranqüilizante e quem mais prescrevia eram os clínicos gerais.

Em Pelotas, em 1995, Lima¹³, em um estudo de base populacional, encontrou uma prevalência de 12% no uso de psicofármacos. O maior consumo ocorreu entre pessoas com maior escolaridade, com maior renda, mulheres, acima de 55 anos, indivíduos que possuíam familiar com doença grave, portadores de hipertensão arterial sistêmica, ex-fumantes e pessoas que haviam realizado alguma consulta médica nos últimos três meses.

A grande utilização de psicofármacos trouxe um significativo incremento nos gastos com estes medicamentos por parte de sistemas de saúde e da população. Considerando apenas medicamentos antidepressivos, no período de 1981-2000, houve um aumento de 3,2 milhões para 14,5 milhões de prescrições, o que também representou um aumento nos gastos 31,4 milhões para 543 milhões de dólares no Canadá ¹⁰.

2.1 Quadros de resumos

Quadro I - Resumos de estudos de prevalência

PRINCIPAL AUTOR/ ANO/LOCAL	POPULAÇÃO (N)/IDADE	DELINEAMENTO	RESULTADOS
Fernández R.M. 2002 Espanha	N= 350 Idade: acima de 14 anos	Transversal Base não populacional	Prevalência de consumo de psicofármacos em um posto de saúde: 21%. Deste índice, 82% eram mulheres. Os mais consumidos foram benzodiazepínicos e antidepressivos.
Ludermir A.B. 2002 Brasil	N=621 Idade: a partir de 15 anos	Transversal Base não populacional	A prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) foi de 35%. Baixa escolaridade, baixa renda e exclusão do mercado formal de trabalho estão associados a maior prevalência de TMC.
Magrini N. 1996 Itália	N=3100 Idade: a partir de 18 anos	Transversal Base não populacional	A prevalência do uso de benzodiazepínicos na última semana foi de 8,6%, dos quais 57 % eram usuários crônicos. Mulheres consomem 2x mais do que homens.
Mari, JJ 1993 Brasil	N=1742 Adultos	Transversal Base populacional	Prevalência de consumo de psicofármacos na cidade de São Paulo foi de 10,1%. Maior consumo associado a sexo feminino, maior idade, maior renda familiar. Maior prescrição por clínicos gerais.
Lima M.S. 1995 Brasil	N=1277 Idade: a partir de 15 anos	Transversal Base populacional	Prevalência de consumo de psicofármacos em Pelotas, 1994, foi de 12%. O consumo foi maior entre mulheres, idosos, pessoas com maior escolaridade e com maior renda. Os psicofármacos mais consumidos foram benzodiazepínicos, neurolépticos e anfetamínicos.
Ohayon M.M. 2002 França, Alemanha, Itália e Reino Unido	N=18.679 Idade: a partir de 15 anos	Transversal Base populacional	Prevalência de 6,4% de uso de psicofármacos (5,7% tomavam um tipo de medicamento e 0,7% tomavam 2 ou 3 classes). A co-ocorrência de desordens orgânicas e desordens psiquiátricas aumenta a chance de prescrição de psicofármacos
Almeida L.M. 1994 Brasil	N=1459 Idade: acima de 13 anos	Transversal Base populacional	O consumo de psicofármacos foi de 5,2%. A taxa de uso foi maior para mulheres (6,7%) do que para homens (3,1%).
Muza G.M. 1997 Brasil	N= 1025 Idade: acima de 13 anos	Transversal Base não populacional	Prevalência de uso de psicofármacos foi de 10,5%. Meninas consomem mais medicamentos do que meninos. As taxas de consumo cresceram com a idade.

Quadro II - Resumos descritivos com tendências de prescrição

PRINCIPAL AUTOR/ ANO / LOCAL	POPULAÇÃO(N) / IDADE	DELINEAMENTO	RESULTADOS
Martin A. 2003 Estados Unidos	N=1.735.486 Idade: até 17 anos	Descritivo (uso de serviços de saúde mental de 1997/2000)	A proporção de internações psiquiátricas diminuiu 23,7% . No mesmo período , a proporção de jovens recebendo medicações aumentou 4,9%.
Zito J.M. 2003 Estados Unidos	N=900.000 Idade: até 20 anos	Descritivo (registros médicos 1987-1996)	A prevalência de uso de psicofármacos em jovens aumentou 2 a 3 vezes e incluiu a maioria das classes de medicamentos.
Olfson M 2002 Estados Unidos	N=34.459(1987) N=32.636(1997) Idade =0/+	Descritivo (análise da utilização de serviços de saúde, de 1987-1997)	Aumento de 0,73% em 1987 para 2,33% em 1997 das pessoas usando antidepressivos. A proporção de indivíduos tratados que usavam antidepressivos aumentou de 44,6% para 79,4%, enquanto que a proporção daqueles que faziam psicoterapia diminuiu de 71% para 60%.
Barbui C. 2001 Itália		Descritivo (análise de prescrições de medicamentos de 1984 a 1999)	A prescrição de psicofármacos foi estável de 84 a 94, no entanto nos 5 anos subseqüentes aumentou 54%. De 84 a 99 os antidepressivos tiveram as vendas aumentadas em 55% Os benzodiazepínicos aumentaram 53%.
Pincus H.A. 1998 Estados Unidos	N= 636,38 milhões (1985) e 699,34 milhões de consultas médicas (1993/94). Idade = 0/+	Descritivo (registros médicos)	O número de consultas nas quais psicofármacos foram prescritos aumentou de 32,73 para 45,64 milhões. Os psicofármacos representaram 8,8% das medicações prescritas nos EUA em 1994.
Hemmels M.E.H. 2002 Canadá	Análise de prescrições de psicofármacos	Descritivo (análises de prescrições e custos por prescrição)	Entre 1981-2000 o total de prescrições aumentou de 3,2 para 14,5 milhões.O gasto total com antidepressivos aumentou de 31,4 milhões em 1981 para 543,4 milhões dólares em 2000.
Sleath B. 2003 Estados Unidos	N=23.339 Idade: a partir de 18 anos	Descritivo (registros nacionais de serviços de saúde em 1998)	Características do médico, do paciente, relação do médico com o sistema de saúde e relações do médico com o paciente influenciaram a decisão de prescrição do médico.Pacientes sem seguro saúde receberam menos prescrição de antidepressivos. Psiquiatras prescreveram mais não SSRI.
Olfson M. 2002 Estados Unidos	N=34459 (1987) N=32636(1997) Idade: 0/+	Descritivo (registros médicos de 1987 e 1997)	Entre 1987-97 houve aumento de psicoterapia por adultos de 55-64 anos e desempregados. O acesso a psicoterapia permaneceu constante, mas foi caracterizado pelo aumento de grupos com desvantagens socioeconômicas.O nº de visitas por usuário diminuiu nesse período.

2.2 Estratégias das buscas: descritores segundo as bases de dados

MEDLINE

1. Psychotropic drugs AND epidemiology
2. Psychotropic drugs AND socioeconomic factors AND trends
3. Psychotropic drugs AND life change events
4. Psychotropic drugs AND risk factor AND population surveillance
5. Psychotropic drugs AND comparative studies
6. Psychotropic drugs AND health services
7. Psychotropic drugs AND trends

Total 721

LILACS

1. pharmacoepidemiology

Total 31

WEB OF SCIENCE

1. psychotropic drugs AND prescription
2. psychotropic drugs AND trends

Total 12

2.3 Critérios de inclusão dos artigos:

1. Estudos publicados a partir de 1980.

2.4 Critérios de exclusão dos artigos:

1. Estudos realizados em área rural;
2. Estudos realizados com substâncias psicoativas não medicamentosas.

3. Objetivos

3.1 Gerais

Na população urbana de Pelotas:

1. descrever a prevalência e os padrões de consumo de psicofármacos, no grupo etário de 10 a 14 anos;

2. avaliar a prevalência e os padrões atuais de consumo de psicofármacos, no grupo etário a partir de 15 anos;

3. avaliar a modificação no padrão de consumo de psicofármacos na última década no grupo etário a partir de 15 anos, com ênfase nos fatores associados ao consumo.

3.2 Específicos

Comparar as mudanças no padrão de consumo, considerando as seguintes categorias:

- prevalência global do consumo,
- perfil sociodemográfico dos usuários,
- tempo de uso,
- utilização de serviços médicos,
- fonte de aquisição,
- tipo de psicofármacos e
- número de consultas médicas.

4. Hipóteses

Em relação à população de 10 a 14 anos:

- o consumo de psicofármacos será de aproximadamente 9%;
- os antidepressivos e derivados anfetamínicos serão os medicamentos mais consumidos.

Em relação aos achados do estudo de 1994:

- o consumo de psicofármacos terá aumentado nas faixas etárias mais jovens;
- o consumo de psicofármacos será maior entre aqueles que tiverem maior renda familiar;
- a prevalência de automedicação terá diminuído;
- haverá uma maior diversificação na forma de aquisição dos psicofármacos;
- o consumo de psicofármacos continuará sendo maior entre desempregados, hipertensos e pessoas com familiar portador de doença considerada grave;

- terá havido um aumento significativo na prevalência do consumo de psicofármacos, no número de consultas psiquiátricas, na proporção de psicofármacos prescritos por psiquiatra e no tempo de uso de psicofármacos.

5. Marco Teórico

Os psicofármacos são medicamentos existentes há pouco mais de 50 anos, indicados para o tratamento de doenças mentais, que necessitam de prescrição médica em receituário controlado pelo Ministério da Saúde para serem adquiridos. Consideram-se psicofármacos todas as substâncias que fazem parte das listas de medicamentos controlados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Ministério da Saúde. Tem sido verificado em diversos estudos que o seu consumo tem crescido muito nos últimos anos^{16, 22,32}.

O consumo de psicofármacos está vinculado a diversos fatores, dentre eles, os sociais. Os determinantes sociais podem afetar o consumo de psicofármacos, tanto porque as pessoas em piores condições socioeconômicas apresentam mais problemas de saúde, incluindo problemas emocionais²⁶, quanto porque as pessoas em melhores condições socioeconômicas têm mais acesso aos psicofármacos³.

Entre os determinantes sociais do consumo de psicofármacos, a renda familiar tem mostrado uma associação positiva em diversos estudos^{1, 13,18}. A possibilidade de consumir depende fundamentalmente da disponibilidade de recursos financeiros para a aquisição do bem de interesse. Sleath, 2003³⁰, demonstraram que pacientes sem seguro saúde utilizavam menos psicofármacos e Barbui, 2001³, encontraram um aumento do consumo de psicofármacos após uma mudança no sistema de ressarcimento de custos de medicamentos na Itália, que teria facilitado a aquisição de medicamentos pela população.

Uma menor escolaridade foi associada a uma maior prevalência de transtornos mentais comuns em estudo transversal realizado por Ludermitr, em

1993, em Olinda¹⁴, que indica que deveria haver maior consumo de psicofármacos nessa parcela da população.

Outro fator relevante para o consumo de psicofármacos é a idade. O consumo de psicofármacos é muito maior entre as faixas etárias mais avançadas^{7,13,18}. A sociedade ocidental tem dificuldade em aceitar o indivíduo idoso que, freqüentemente é vítima de preconceitos sociais, entre eles a discriminação. Além disso, freqüentemente, o envelhecimento significa empobrecimento. Como resultado dessa exclusão social, o idoso tende a apresentar mais transtornos mentais^{13, 22}, o que leva a uma maior necessidade do consumo de psicofármacos.

O sexo feminino consome mais psicofármacos que o sexo masculino. Uma das explicações seria a maior procura por serviços médicos pelas mulheres do que pelos homens²⁸. Por outro lado, a abordagem dos médicos, frente a sintomas de ansiedade e depressão, difere em relação ao sexo do paciente, prescrevendo mais psicofármacos quando seu paciente é uma mulher. Essa foi a conclusão de um estudo realizado entre médicos de atenção primária espanhóis¹⁵.

O nível socioeconômico relaciona-se com a existência de eventos estressantes na medida em que camadas sociais mais desfavorecidas são as mais atingidas em situações de instabilidade financeira como o desemprego. Olfson, 2002²³, encontraram aumento de tratamento psicoterápico em indivíduos desempregados no período de 1987-1997, nos Estados Unidos.

O hábito de fumar é influenciado por variáveis demográficas e socioeconômicas. Horta, em 1992¹¹, verificou que o tabagismo é mais freqüente entre homens, abaixo de 50 anos de idade, no grupo de pessoas de 5 a 8 anos de escolaridade. Entre adolescentes, em estudo de Malcon, 2003¹⁷, foram encontradas prevalências similares em ambos os sexos. Neste estudo, a baixa escolaridade do adolescente esteve associada a um risco maior para o tabagismo.

A ocorrência de eventos estressantes, caracterizados por desemprego e existência de familiar com doença crônica grave, contribui para o surgimento de transtornos mentais que necessitam ser tratados com psicofármacos. Lima, 1995¹³, encontrou associação positiva de presença de familiar com doença

crônica grave e consumo de psicofármacos. O desemprego tem sido associado a transtornos mentais^{22, 26}, o que indica maior necessidade de consumo de psicofármacos nesse grupo.

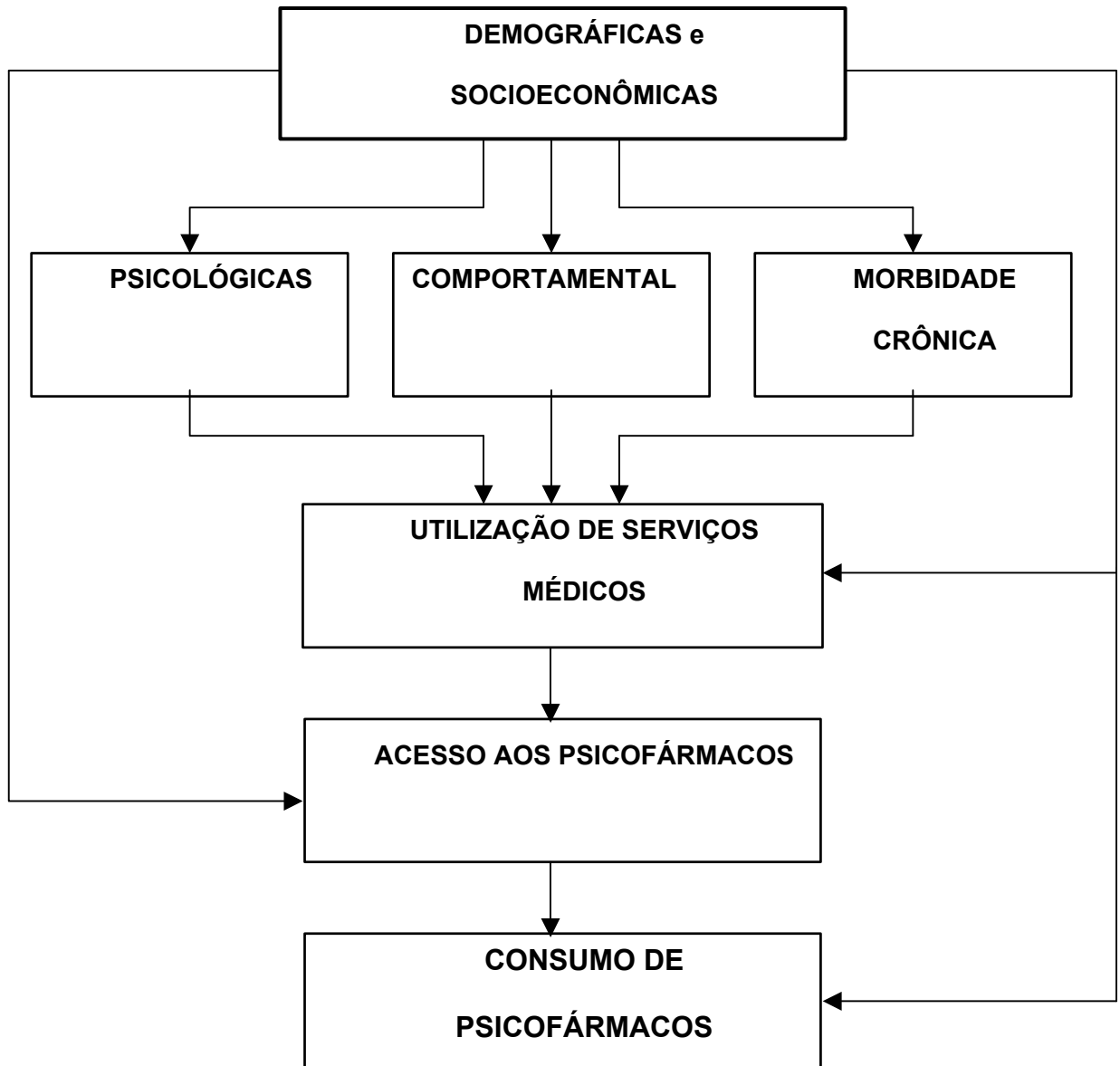
A presença de morbidade crônica tem sido associada a um maior consumo de psicofármacos. Lima¹³, encontrou associação de hipertensão arterial sistêmica com consumo de psicofármacos. Ohayon et al, 2002²⁴, em uma pesquisa realizada através do telefone em vários países europeus, verificou que a ocorrência de desordens orgânicas aumentou a chance de prescrição de psicofármacos.

A utilização de serviços médicos influencia o consumo de psicofármacos. Ferrairo et al, 2000⁸, verificaram que o uso de benzodiazepínicos esteve associado com o número de atendimentos. Baragaño et al , 1996², avaliaram 12.092 pacientes de um centro de saúde na Espanha e encontrou associação entre o uso excessivo do serviço de saúde e problemas psíquicos, o que pode indicar um maior uso de psicofármacos entre esses indivíduos.

O acesso aos medicamentos psicofármacos, que é um determinante proximal do consumo de psicofármacos, é influenciado pela renda familiar na medida em que a possibilidade de adquirir medicamentos exige a disponibilidade de recursos por parte do indivíduo. Sleath, 2003³⁰, ao analisar o inquérito nacional de atendimento médico ambulatorial de 1998, nos Estados Unidos, verificou que as prescrições de antidepressivos para pacientes com diagnóstico de depressão dependeram, entre outros aspectos, do seguro de saúde do paciente. Barbui, 2001³, verificou que a mudança de ressarcimento de drogas na Itália, no período de 1984-99, teve um forte impacto no crescimento da utilização de psicofármacos naquele país.

Em resumo, o consumo de psicofármacos está associado a uma série de variáveis, porém a importância de cada uma delas ainda necessita maior precisão.

6. Modelo Teórico e de Análise do Consumo de Psicofármacos



7. Metodologia

7.1 Delineamento:

Estudo transversal de base populacional.

7.2 Justificativa da escolha do delineamento

O delineamento do estudo será transversal, de base populacional, uma vez que ele tem baixo custo, pode ser executado em um breve período de tempo e permite avaliar a prevalência do consumo de psicofármacos e estabelecer associações com as exposições estudadas, através do cálculo da razão de prevalências²⁷.

Estudo realizado em Pelotas, em 1995¹³, encontrou 12 % de prevalência. Como se trata de um estudo para estabelecer comparação com o estudo anterior, é necessário usar o mesmo delineamento que foi utilizado na pesquisa de referência.

7.3 Definição de população alvo

Serão elegíveis para o estudo pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a dez anos, residentes da zona urbana de Pelotas. Será tomada como população em estudo uma amostra representativa da população alvo.

7.4 Tamanho da amostra

Para calcular o tamanho de amostra foram utilizados os programas Epi Info 6.04d e Stata 7.0.

7.4.1 Cálculo para estimativa de prevalência

Para estimar a prevalência do consumo de psicofármacos em pessoas a partir de 10 anos de idade, os cálculos foram:

Nível de confiança: 95%

Freqüência esperada: 14%
 Erro tolerável: 3 pontos percentuais
 Número de pessoas: 514
 Percentual de perdas e recusas: 10%
 Efeito de delineamento: 1,2
 Total de pessoas: 678

7.4.2 Cálculo para testar associações

A tabela abaixo mostra os cálculos para as diferentes exposições, com um nível de confiança de 95% e um poder de 80%.

Tabela 1- Cálculo de tamanho de amostra necessário para testar associações entre diversos fatores de risco e consumo de psicofármacos em pessoas a partir de 15 anos de idade, em Pelotas, RS

Variável independente	Razão de não expostos/ expostos	Freqüência nos não expostos(%)	Risco relativo	Total	Amostra final*
Idade	4/1	9	1.8	1055	1602
Cor da pele	4/1	10	1.8	935	1403
Sexo	1/1	8	1.8	822	1234
Renda familiar	4/1	10	1.8	935	1403
Situação conjugal	4/1	10	1.8	935	1403
Escolaridade	5/1	11	1.8	960	1440
Fumo	2/1	8	1.8	894	1342
Consulta médica	3/1	9	1.8	912	1368
HAS	4/1	9	1.8	1055	1602
Desemprego	8/1	10	1.8	925	2176
Familiar com doença crônica grave	9/1	11	1.8	1310	2176

*Cálculo do valor total com acréscimo de 10% para perdas e recusas, 15% para a análise de fatores de confusão e um efeito de delineamento de 1,2.

7.4.3 Cálculo para comparar proporções entre duas amostras:

Hipótese nula (achado do estudo de 1994): 12%
 Nível de confiança: 95%
 Poder: 80%
 Hipótese alternativa: 14%
 Número de pessoas: 2158

7.4.4 Tamanho final da amostra

Observando-se os cálculos estimados para prevalência, associações e para comparar proporções, a amostra final necessária é de 3500 pessoas a partir de 15 anos.

7.5 Amostragem

Segundo o Censo de 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico (IBGE), a população urbana da cidade de Pelotas é de 323.158 habitantes, com uma média de 3,2 habitantes por domicílio. A população com dez ou mais anos é constituída de 270.427 habitantes.

Este estudo será realizado por 16 mestrados do programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. Cada mestrando estudará um tema diferente. Será montado um questionário estruturado com questões abrangendo todos os temas dos projetos de pesquisa dos mestrados. Será calculada uma amostra que contemple as necessidades de todos os projetos de pesquisa dos mestrados. O questionário será aplicado em todos os domicílios da amostra.

Cada mestrando participante do consórcio realizou cálculos de tamanho de amostra que atendessem aos seus objetivos gerais e específicos, incluindo estimativas para a prevalência e associação. A partir desses resultados, verificou-se que o número de domicílios que atenderá aos objetivos de todos será de 1400. Esse número já leva em conta acréscimos de 10% para perdas e 15% para fatores de confusão.

Optou-se por utilizar uma amostra por conglomerados, por facilitar a logística do trabalho de campo e, também por diminuir os custos deste processo. Para a definição dos conglomerados será utilizada a grade de setores censitários do Censo demográfico de 2000. Estes setores serão estratificados de acordo com a renda média do responsável pelo domicílio para cada setor, de forma a garantir a representatividade dos setores em relação à situação econômica. Com esta estratégia também se espera um ganho na precisão das estimativas.

O número de setores foi definido de forma que se obtivesse o mesmo número de setores por mestrando ($n=16$). Assim, ficou-se com uma amostra final de 144 setores (nove/mestrando) e 1440 domicílios.

Todos os setores urbanos de Pelotas foram listados e foram excluídos quatro setores especiais que não apresentavam renda média do responsável do domicílio. Os setores foram ordenados de forma crescente de renda média do responsável pelo domicílio.

O número total de domicílios (92407) foi dividido por 144, de forma a obter-se o pulo para a seleção sistemática dos setores (pulo=642).

Foi selecionado um número aleatório, entre um e 642, a partir do software Stata 8.0, que foi de 88.

O setor que incluía o domicílio sorteado para o ponto inicial foi o primeiro a ser selecionado, sendo os setores subsequentes selecionados pela adição do pulo de 642 até o final da lista de domicílios, completando 144 setores.

Todas as casas de cada setor serão contadas, sendo excluídas as casas comerciais e aquelas desabitadas. O pulo será estabelecido a partir do número de domicílios encontrados no Censo de 2000, em cada setor divididos por 10. Em cada setor sortear-se-á o primeiro domicílio a ser visitado.

Em cada domicílio serão entrevistados todos os indivíduos de três anos ou mais, atendendo todos os objetivos dos projetos incluídos neste consórcio.

Para este estudo serão aplicados questionários aos indivíduos com dez anos ou mais.

7.5 Instrumentos

O instrumento utilizado será um questionário padronizado e pré-codificado, que incluirá questões demográficas e socioeconômicas específicas de interesse do estudo.

O questionário é individual e será aplicado por entrevistadoras.

7.7 Definição do desfecho

Consumo de psicofármacos – pessoas utilizando psicofármacos nos 14 dias anteriores a data da entrevista e o tempo de duração desse uso. Serão considerados psicofármacos todas as substâncias consideradas psicotrópicas, que fazem parte da lista de medicamentos controlados, segundo a portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, constantes das listas “A3”, “B1”, “B2” e “C1” da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serão incluídas todas as fórmulas magistrais dessas mesmas substâncias, estejam ou não em associação com outras substâncias.

7.8 Definição das exposições

Renda familiar – renda familiar mensal em salários mínimos (valor vigente na ocasião do estudo). Variável quantitativa contínua, categorizada como ordinal.

Escolaridade – anos completos de escolaridade; variável quantitativa discreta.

Situação conjugal – com companheiro(a); sem companheiro(a); separado(a) e viúvo(a).

Idade – em anos completos; variável quantitativa discreta.

Cor da pele - definida como branco e não branco; variável qualitativa dicotômica.

Sexo – categorizado em feminino e masculino; variável qualitativa dicotômica.

Fumo - hábito de fumar, categorizado como fumante (a partir de um cigarro por dia), não fumante e ex-fumante; variável categórica nominal.

Morbidade crônica - ter conhecimento de que é portador(a) de hipertensão arterial sistêmica; variável qualitativa dicotômica.

Eventos psicossociais - ocorrência no último ano de: presença em casa de familiar com doença crônica, desemprego; variáveis qualitativas dicotômicas.

Utilização de serviços médicos – ocorrência de consultas médicas nos três meses anteriores à entrevista com informação do local da consulta médica e da especialidade do médico com quem consultou referentes à consulta mais recente; variáveis qualitativas.

7.9 Seleção e Treinamento das Entrevistadoras

A seleção das candidatas será realizada, através de inscrição, com preenchimento de ficha contendo dados pessoais, dando preferência a pessoas com Ensino Médio completo, que não estejam cursando a faculdade, com disponibilidade de tempo integral para realização do trabalho de campo e que já tenham experiência em atividades de pesquisa. Além disso, será realizada entrevista para avaliar a habilidade de comunicação das candidatas.

O treinamento será desenvolvido em três etapas: leitura do questionário e manual de instruções, técnicas de codificação, dramatização da entrevista com abordagem de situações problema e entrevistas acompanhadas.

As entrevistadoras não terão conhecimento prévio dos objetivos e hipóteses do estudo, de modo a diminuir possíveis vícios relacionados às entrevistas e à codificação das informações fornecidas, o que comprometeria a veracidade dos dados coletados.

7.10 Estudos Pré-piloto e Piloto

O estudo pré-piloto teve como objetivo o teste inicial do instrumento e foi realizado durante o mês de julho de 2003, no setor 9 do bairro Fragata, que ficará excluído daqueles que serão sorteados para a realização do estudo.

O estudo piloto será realizado em um setor censitário, localizado na zona urbana, sorteado aleatoriamente, não incluído entre aqueles sorteados para a realização do estudo. Servirá para o teste final do instrumento, do manual, da organização do trabalho de campo e da codificação dos questionários. As entrevistadoras discutirão com a coordenação da equipe as dificuldades encontradas, refinando o treinamento. As entrevistas servirão ainda para testar as planilhas de controle do trabalho de campo. Durante o estudo piloto também deverá ser testado o deslocamento das entrevistadoras no setor pesquisado identificando adequadamente os domicílios sorteados.

Ao final do estudo piloto, serão discutidas e revisadas as dificuldades encontradas.

Estas entrevistas não serão incluídas na amostra do estudo.

7.11 Logística

Este estudo será realizado em um esquema de consórcio entre os alunos de mestrado do Curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

A coleta das informações será realizada por entrevistadoras selecionadas que trabalharão individualmente e deslocar-se-ão de ônibus até o local das entrevistas.

Após o reconhecimento e a contagem dos domicílios dos 144 setores sorteados, será selecionado um número de domicílios em cada setor, de forma sistemática e de acordo com o número de domicílios encontrados pelo IBGE, no Censo de 2000.

Cada mestrando será responsável por 9 setores censitários e duas entrevistadoras.

A supervisão do estudo será realizada por alunos da pós-graduação em Epidemiologia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Os alunos farão a supervisão do trabalho de campo, a revisão dos questionários e a supervisão da entrada de dados.

Para minimizar a possibilidade de recusas, pretende-se realizar ampla divulgação através dos órgãos de comunicação da cidade, informando sobre a realização do estudo.

Os domicílios vazios ou somente comerciais serão substituídos por outros e não se constituirão em perdas.

Será considerado como perda aquele domicílio, sabidamente habitado, que se encontrar fechado após três visitas, em dias e turnos diferentes, incluindo noite e final de semana.

As recusas deverão ser revistas no prazo máximo de uma semana pelo mesmo entrevistador e, se persistir a recusa, nova tentativa será feita pelo supervisor do respectivo conglomerado. A casa onde persistir a recusa não será substituída por outra.

Nos domicílios onde algum dos moradores não for encontrado haverá, pelo menos, duas re-visitas em turnos diferentes (noite e fim-de-semana), com

o intuito que sejam realizadas as entrevistas previstas, no prazo máximo de uma semana.

7.12 Material

Para a realização do trabalho de campo será necessário o seguinte material: papel para a confecção dos questionários, mapas, folhas de conglomerados, pranchetas, lápis, borrachas, apontadores, cartas de apresentação, crachás, balanças, antropômetros, sacos plásticos transparentes, sacolas para carregar o material, grampeador, grampos, disquetes, papel de impressora, tonner, envelopes, cliques, pastas suspensas, caixas de arquivo morto, etiquetas, cola e vales-transporte.

7.13 Processamento e Análise de Dados

Os dados serão codificados, revisados, digitados, limpos, editados e analisados pela equipe de trabalho. A codificação dos questionários será realizada pela entrevistadora e os supervisores farão a revisão da codificação e a limpeza dos dados.

O programa EpiInfo6.04d será usado para a entrada dos dados, que serão digitados duas vezes por digitadores diferentes. O pacote estatístico Stata servirá para edição, limpeza dos dados e para posterior análise.

A análise dos dados será realizada através de uma abordagem hierarquizada, conforme modelo apresentado em página anterior, utilizando-se o software Stata.. O modelo teórico proposto será utilizado como modelo de análise multivariada, uma vez que todas as variáveis identificadas serão estudadas. No primeiro nível de análise, serão consideradas as variáveis socioeconômicas e demográficas. Em um segundo nível, as variáveis psicológicas, comportamental e de morbidade crônica. No terceiro nível, as variáveis relacionadas à utilização de serviços médicos. No último nível, mais proximal, o acesso aos psicofármacos. O consumo de psicofármacos será analisado ajustando-se as variáveis proximais e intermediárias às mais distais.

A seguir estão resumidos os passos da análise de dados:

- estudo descritivo: simples tabulação das variáveis independentes (análise univariada), cujas frequências serão descritas conforme o que se estiver avaliando, com exame das prevalências das variáveis sob estudo (proporções e médias);

- estudo analítico: exame das associações estatísticas das hipóteses iniciais do estudo. Para a análise bivariada serão utilizados os testes do qui-quadrado e de tendência linear. A análise multivariada será feita através de regressão logística. Para todos os testes de hipóteses, será adotado um nível de significância de 5%, com testes bi-caudais.

7.14 Controle de Qualidade

Os supervisores do trabalho de campo serão os alunos do mestrado, que terão seus horários previamente estabelecidos para esta atividade.

Serão realizadas reuniões do supervisor com cada uma de suas entrevistadoras, com periodicidade preestabelecida. O objetivo dessas reuniões será o de receber os questionários prontos, observando seu completo preenchimento; discutir dúvidas; anotar o número de entrevistas realizadas; e, revisar as folhas de conglomerado e a planilha de controle de trabalho de campo.

Semanalmente, ocorrerão reuniões com todos os entrevistadores, supervisores e o coordenador do estudo, para discutir o andamento geral do trabalho de campo.

Paralelamente ao trabalho de campo, os supervisores realizarão a revisão dos questionários entregues, examinando se todas as questões estão respondidas e se as respostas são consistentes. Questionários com problemas serão avaliados pelo coordenador do estudo para definir se o entrevistador deverá retornar ao domicílio para sanar o problema ou se outro tipo de encaminhamento será recomendado.

O controle de qualidade das entrevistas será realizado também pelos supervisores e incluirá:

- sorteio de 10% dos questionários de cada entrevistador, que serão parcialmente refeitos e calculado o Índice de Kappa (não será realizada pergunta sobre psicofármacos porque o período de recordatório é de apenas duas semanas) para verificar a repetibilidade dos dados;
- verificação do correto preenchimento dos registros na folha de conglomerados.

8. Aspectos Éticos

O projeto será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Será solicitado o consentimento dos entrevistados, que serão esclarecidos sobre o direito a recusa e a garantia quanto ao sigilo dos dados.

9. Limitações do Estudo

Como se trata de um estudo transversal, não será possível estabelecer relação de causa e efeito entre as variáveis independentes e a variável dependente.

Outra limitação é que não será possível estabelecer comparações com classe social, transtornos psiquiátricos menores, alcoolismo, morte de familiar, separação conjugal, aposentadoria, migração, acidentes e assaltos porque o número de questões no estudo atual limita-se a dez.

10. Divulgação dos resultados

Além dos propósitos acadêmicos, essenciais, pretende-se informar os resultados à Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar de Pelotas e à Terceira Coordenadoria de Saúde do Estado, com sede em Pelotas.

Através dos meios de comunicação, pretende-se informar os resultados do estudo à comunidade.

11. Financiamento

Os custos de realização do consórcio de pesquisa serão financiados pelo Programa de Auxílio à Pesquisa do Ministério da Educação e pelos mestrandos.

12. Cronograma

Ano	2003										2004									
Mês	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O
Revisão Bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Elaboração Do projeto		■	■	■	■	■														
Elaboração dos instrumentos de coleta de dados						■	■													
Seleção e treinamento dos entrevistadores								■												
Estudo piloto								■												
Definição da amostra e coleta dos dados								■	■	■										
Codificação, revisão e digitação dos dados									■	■	■									
Análise dos Dados											■	■	■	■						
Redação final															■	■	■			
Divulgação dos resultados																		■	■	■

14. Referências bibliográficas

1. Almeida LM, Coutinho ESF, Pepe VLE. Consumo de Psicofármacos em uma Região Administrativa do Rio de Janeiro: A Ilha do Governador. Cad. Saúde Públ. 1994;05-16.

2. Baragaño PM, Suárez AMB, Lavandera LJG, Fernández MA, Rubio JS, Arias PSA. Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. Aten Primaria 1996; 18(9):484-490.

3. Barbui C, Campomori A, D'Avanzo B, Negri E, Garattini S. Antidepressant drug use in Italy since the introduction of SSRIs: national trends, regional differences and impact on suicide rates. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999;34(3):152-6.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa. Lei nº 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Decreto nº 3.181, de 23 de setembro de 1999. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/9787_99htm. Acesso em 30/07/2003.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm . Acesso em 09/06/2003.

6. Craig CR. Introduction to central nervous system pharmacology. In: Craig CR SR, editor. Modern pharmacology with clinical applications. 5th Ed. Boston; 1997. p. 293-302.

7. Fernández RM, Cordero OR, Blásquez MAH, Nicolás MAD, González, RS. Consumo de psicofármacos en atención primaria. Aten Primaria 1997 01/01/97:47-50.

8. Ferrairó RE, Díez AP, García CL, Cuesta TS, París JM, Cuesta TS, Sánchez MAC. Prescripción de benzodiazepinas en un centro de la salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor. Aten primaria 2000; 25(2):97-100.

9. Gorenstein C. Avanços em psicofarmacologia - mecanismos de ação de fármacos hoje. Rev. Bras. Psiquiatria 1999;v21(n1).

10. Hemmels ME, et al. Increased use of antidepressants in Canada:1981-2000. Ann Pharmacother 2002;36(9):1375-9.

11. Horta BL, Ramos EO, Victora CG . Determinantes do hábito de fumar na cidade de Pelotas, Brasil. *Bol Of Sanit Panam*1992 113(2): 131-36.
12. IBGE. Censo 2000.Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>. Acesso em 06/09/2003.
13. Lima MS, Morbidade psiquiátrica menor e consumo de psicofármacos em Pelotas. 1995. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.
14. Ludermir A B, Melo Filho, DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Publica* 2002;36(2).
15. Luna MEM, Lirola EC, Acín, MJP,Matías, MRM, Gómez FA, Alcalá FJR. Influence of the patient's gender in the management of anxiety/depressive profiles. *Aten Primaria* 2000;26(8):554-8.
16. Magrini N, Vaccheri A, Parma E, D'Alessandro R, Bottoni A, Occhionero M, et al. Use of benzodiazepines in the Italian general population: prevalence, pattern of use and risk factors for use. *Eur J Clin Pharmacol* 1996;50(1-2):19-25.
17. Malcon MC, Menezes AMB, Chatkin M, (2003). Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. *Rev de Saúde Pública* 2003. 37(1): 1-7.
18. Mari JJ, Almeida-Filho N, Coutinho E, Andreoli SB, Miranda CT, Streiner D. The epidemiology of psychotropic use in the city of Sao Paulo. *Psychol Med* 1993;23(2):467-74.
19. Martin A, Leslie D. Psychiatric inpatient, outpatient, and medication utilization and costs among privately insured youths, 1997-2000. *Am J Psychiatry* 2003;160(4):757-64.
20. Muza GM BH, Mucillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP(Brasil). *Rev. Saúde Pública* 1997:21-9.
21. Noto A R, Carlini EA, Mastroianni PC, Alves VC, Galduróz JCF, Kuroiwa W. Análisis de prescripción and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(2):68-73.

22. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Elinson L, Tanielian T, Pincus HA. National trends in the outpatient treatment of depression. *Jama* 2002;287(2):203-9.
23. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Pincus HA. National trends in the use of outpatient psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2002;159(11):1914-20.
24. Ohayon MM, Lader MH. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. *J Clin Psychiatry* 2002;63(9):817-25.
25. Pincus HA, et al. Prescribing Trends in Psychotropic Medications: Primary Care, Psychiatry, and Other Medical Specialties. *Jama* 1998;279(7):526-31.
26. Rosanas JD, Molas MB, BMM, Borrás NC, Brea CO. The influence of unemployment on mental health problems. *Aten Primaria* 1996:348-52.
27. Rothman KJ. *Modern Epidemiology* 1998. 2nd ed. ,Little Brown, Boston, USA.
28. Sassi, RM. Prevalência e fatores associados a utilização de serviços médicos na população adulta da cidade de Rio Grande 2002. Tese (Doutorado em Epidemiologia). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.
29. Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar de Pelotas. Plano Municipal de Saúde. 2003;Pelotas.2003.
30. Sleath B, Shih YCT. Sociological influences on antidepressant prescribing. *Soc Sci Med* 2003;56(6):1335-1344.
31. WHO. Rational use of controlled medicines. Disponível em : http://www.who.int/health_topics/psychotropic_drugs. Acesso em 01/08/2003.
32. Zito JM, et al. Psychotropic Practice Patterns for Youth. *Arch Pediatrics Adolesc Med*. 2003;157:17-25.

RELATÓRIO DO TRABALHO DO CAMPO

1. Introdução

Este estudo foi realizado com o objetivo de investigar alguns temas da área da saúde na população urbana da cidade de Pelotas. O estudo realizado foi transversal, de base populacional, em uma amostra da população da zona urbana da cidade de Pelotas, RS.

O trabalho foi conduzido em forma de consórcio entre 16 mestrandos, alunos do Curso de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. O instrumento utilizado foi um questionário contendo perguntas gerais e específicas de todos os projetos. A realização do consórcio de pesquisa teve como objetivo viabilizar a execução dos projetos em menor período de tempo e diminuir os custos.

A equipe de trabalho consistiu de um coordenador geral, 16 mestrandos, uma arquivista, 32 batedoras, 32 entrevistadoras e 2 digitadores. Os mestrandos foram divididos em grupos para a realização das tarefas da pesquisa: seleção de auxiliares de pesquisa, entrevistadoras, divulgação da pesquisa nos meios de comunicação da cidade, impressão dos questionários, controle dos gastos, entre outros.

Este documento é um relatório das atividades desenvolvidas ao longo desta pesquisa desde seu planejamento até a padronização dos resultados.

2. Elaboração do instrumento

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário elaborado pelos mestrandos, constituindo 228 perguntas, divididas em três blocos:

- bloco D: respondido apenas por um morador do domicílio (preferencialmente a dona de casa), contendo 16 questões socioeconômicas e familiares (Anexo 1);

- bloco B: respondido por adolescentes de 10 a 19 anos 11 meses e 29 dias de ambos os sexos contendo 54 questões (Anexo 2);
- bloco C: respondido por pessoas a partir de 20 anos, de ambos os sexos, contendo 130 questões (Anexo 3).

Foram utilizados também como instrumentos uma planilha de domicílio e a ficha de conglomerado. Na planilha de domicílio eram anotados o nome, sexo e idade de cada morador do domicílio para controlar a correta aplicação dos questionários e na ficha de conglomerado era anotado o endereço de todos os domicílios de cada setor.

3. Amostragem

O processo de amostragem foi em múltiplos estágios. Inicialmente foram listados todos os 408 setores censitários urbanos da cidade de Pelotas e foram excluídos quatro setores que não apresentavam renda média do responsável pelo domicílio. Os setores foram ordenados de forma crescente da renda média do responsável pelo domicílio e foi realizada uma seleção sistemática dos 144 setores necessários para obter-se a amostra calculada. Cada mestrando supervisionou o estudo em nove setores censitários.

Em cada setor sorteado foi realizada uma contagem dos domicílios e classificação quanto ao status de ocupação (residência, comércio ou desabitado). Após a exclusão dos domicílios comerciais e desabitados, os supervisores responsáveis sortearam sistematicamente os domicílios proporcionalmente ao tamanho de cada setor. A amostra total constituiu-se de 1530 domicílios e 3727 pessoas elegíveis a partir de 15 anos de idade.

4. Reconhecimento dos setores censitários

Com o fim de realizar nova contagem dos domicílios nos 144 setores censitários selecionados, para dar maior precisão e facilitar o trabalho das entrevistadoras, foram selecionadas 32 auxiliares de pesquisa. Essas auxiliares

foram orientadas a verificar o status de ocupação das residências e anotá-lo em uma planilha.

Cada mestrando foi responsável, juntamente com o auxiliar de pesquisa, pelo reconhecimento inicial dos nove setores censitários pelos quais ficaria responsável durante a coleta de dados. Além disso, os mestrandos supervisionaram o trabalho dos auxiliares de pesquisa, sorteando uma quadra de cada setor e verificando os endereços e o status de ocupação dos domicílios para conferir com a planilha entregue pela auxiliar de pesquisa.

Os domicílios selecionados receberam cartas de apresentação, entregues pelo mestrando responsável pelo setor, informando que dentro de um breve período os moradores que pertencessem à faixa etária de interesse do estudo seriam procurados para responder ao questionário da pesquisa.

5. Seleção das entrevistadoras

Foi definido que cada mestrando teria duas entrevistadoras, portanto o número total seria de 32 entrevistadoras.

O processo de seleção foi divulgado através da imprensa local e de contatos telefônicos com entrevistadoras indicadas por pesquisadores do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas.

Os critérios para a seleção das candidatas foram: disponibilidade de 40 horas semanais, incluindo sábados e domingos, legibilidade da letra (analisada nas fichas de inscrição) e experiência prévia em pesquisa.

Nessa primeira etapa foram selecionadas 96 candidatas.

6. Treinamento das entrevistadoras

O treinamento foi realizado de 20 a 24 de outubro de 2003 no anfiteatro da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, com carga horária de 40 horas.

O programa de treinamento incluía a apresentação do grupo de trabalho, a distribuição de material e crachá, a apresentação da logística e metodologia do consórcio, a leitura dos questionários e manual de instruções, dramatizações e treinamento de antropometria (aferição de estatura e peso).

Ao final do treinamento foi realizada uma prova teórica, com questões sobre o conteúdo do treinamento, e uma prova prática, estudo piloto, que consistiu em entrevistas domiciliares, sob a supervisão dos mestrandos.

Ao final do processo foram selecionadas 77 entrevistadoras; 32 para o início imediato no trabalho de campo, sendo que as demais ficaram como suplentes.

7. Estudo pré-piloto

Entre 17 e 22 de julho de 2003 foi realizado o estudo pré-piloto em um setor censitário, que mais tarde foi excluído do processo de escolha da amostra. Os domicílios foram contados e foi realizado um sorteio sistemático para a escolha da amostra.

Os mestrandos aplicaram o questionário com o objetivo de testarem a aplicabilidade das questões e estimarem as prevalências relacionadas a alguns temas da pesquisa. Cada mestrando entrevistou 6 domicílios e, ao concluir o trabalho, várias modificações foram feitas ao questionário.

8. Estudo piloto

O estudo piloto constituiu-se na parte final do processo de seleção e treinamento das entrevistadoras. Foi escolhido um setor censitário, que já havia sido excluído da seleção da amostra, e cada mestrando foi a campo com um grupo de candidatas para avaliar suas entrevistas.

O objetivo deste estudo piloto foi o teste final do instrumento, do manual de instruções, da organização do trabalho de campo, além de oportunizar treinamento das entrevistadoras para a codificação dos questionários. Deste

modo, pôde proporcionar a toda a equipe uma situação real de campo. Cada entrevistadora teve que entrevistar uma pessoa de cada faixa etária da pesquisa. Todos os dados coletados foram digitados para corrigir possíveis problemas de digitação.

Ao final do trabalho, foi realizada a discussão das dificuldades do questionário, da codificação e da abordagem das entrevistadoras.

9. Logística do trabalho de campo

9.1 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de 29 de outubro a 21 de dezembro de 2003. Foram visitados os domicílios selecionados em cada um dos 144 setores censitários escolhidos. A divulgação da pesquisa nos meios de comunicação locais foi realizada na semana anterior ao início do trabalho.

As entrevistadoras apresentavam-se nos domicílios portando, além de seu material, uma carta de apresentação assinada pela coordenadora geral do consórcio, crachá e cópia da reportagem veiculada no jornal. Foram orientadas a entrevistar seis pessoas por dia e a codificar os questionários no final do dia. As entrevistas eram individuais e se aplicavam aos moradores de cada domicílio com idade igual ou superior a quinze anos.

Foram pesquisados 1530 domicílios, obtendo-se 442 questionários de adolescentes e 3100 questionários de adultos nos 144 setores censitários selecionados.

9.2 Acompanhamento do trabalho de campo

Durante o período de trabalho de campo houve reuniões semanais de cada entrevistadora com seu supervisor, conforme escala de plantões dos mestrandos. Nestas reuniões eram abordadas dúvidas que haviam surgido durante as entrevistas, nas codificações das variáveis e na logística do estudo; era orientado o uso adequado do manual de instruções; era feito o controle da planilha de conglomerado e domiciliar. A entrevistadora entregava os

questionários preenchidos para a revisão e etiquetagem dos mesmos pelo supervisor. Após essa conferência, o supervisor entregava os questionários à arquivista responsável pela organização dos questionários que os reunia em lotes para então serem digitados.

As atividades do consórcio de pesquisa foram centralizadas em uma sala destinada especificamente a esse propósito, na qual trabalhavam uma arquivista e os dois digitadores. Nessa sala ficavam armazenados todos os materiais destinados à pesquisa, assim como os questionários recebidos, que só podiam ser examinados naquele ambiente.

Uma escala de plantão dos supervisores, nos finais de semana, foi elaborada para permitir a solução de problemas mais urgentes das entrevistadoras no trabalho de campo.

Havia também reuniões semanais dos mestrandos com a coordenação geral da pesquisa para o acompanhamento do trabalho de campo e estabelecimento de metas semanais para os supervisores.

9.3 Codificação

Foi utilizada uma coluna à direita do questionário para a codificação dos dados. A codificação era realizada pelas entrevistadoras ao final do dia de trabalho e, mais tarde, revisada pelo supervisor responsável. As questões abertas contidas nos questionários foram codificadas pelos pesquisadores responsáveis pelas mesmas.

9.4 Digitação

A digitação dos questionários teve início paralelamente ao trabalho de campo e foi finalizada 50 dias após o término do mesmo. A entrada dos dados foi feita no programa EpiInfo 6.04d, com dupla digitação, e ficou sob a responsabilidade de dois digitadores.

Realizou-se uma comparação, variável a variável, entre as duas digitações de todos os questionários, através do aplicativo Validate do

programa EpilInfo 6.04d. Todos os questionários com diferenças entre as duas digitações eram revisados, para que se verificasse a codificação correta.

Após esse processo os dados eram transferidos para o programa estatístico STATA 8.0, através do software Stata Transfer 5.0, e eram integrados ao banco de dados do estudo.

9.5 Análise das inconsistências

Criou-se um programa de verificação de inconsistências, baseado no arquivo tipo “do” (executável), do pacote estatístico STATA 8.0. À medida que os bancos gerados no EpilInfo 6.0 eram transformados em bancos “dta”, o programa era rodado e as inconsistências verificadas eram corrigidas, após a verificação nos questionários.

9.6 Controle de qualidade

A qualidade dos dados coletados foi assegurada por um conjunto de medidas adotadas antes e durante a realização do trabalho de campo: inicialmente na preparação e pré-testagem (pré-piloto) dos questionários padronizados, na elaboração do manual com instruções detalhadas para as entrevistadoras, na seleção e treinamento das entrevistadoras, na realização do estudo piloto e no acompanhamento permanente do trabalho de campo pelos supervisores.

9.7 Perdas, recusas e exclusões

Foram consideradas perdas/recusas os casos em que, após pelo menos três visitas da entrevistadora e uma do supervisor de campo, não tenha sido possível entrevistar o indivíduo selecionado. O percentual final de perdas e recusas foi de 3,8%. O percentual de perdas e recusas foi de 55,8% do sexo masculino e de 44,2% do sexo feminino.

O percentual de exclusões foi de 1,2%. As exclusões foram de pessoas consideradas inelegíveis para a pesquisa de acordo com critérios pré-estabelecidos – doentes mentais e portadores de problemas físicos graves.

9.8 Padronização dos dados

Ao final do trabalho de campo, todos os mestrandos receberam um banco de dados contendo as informações coletadas no bloco domiciliar e no(s) bloco(s) que continha(m) as suas questões específicas.

10. Cronograma

Atividade	2003						2004				
	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	
Elaboração do questionário											
Pré-piloto											
Manual de instruções											
Amostragem											
Reconhecimento dos setores											
Seleção das Entrevistadoras											
Treinamento das entrevistadoras											
Estudo piloto											
Coleta de dados											
Acompanhamento do trabalho de campo											
Codificação dos questionários											
Controle de qualidade											
Digitação dos dados											
Análise das inconsistências											
Padronização dos dados											

11. Modificações realizadas no projeto de pesquisa original

Após a defesa do projeto de pesquisa, algumas modificações tiveram que ser realizadas no trabalho.

11.1 Objetivos gerais

Estava prevista a descrição da prevalência e padrões de consumo de psicofármacos no grupo etário de 10 a 14 anos. Porém, a prevalência de uso de psicofármacos dessa faixa etária foi de 1,3% dificultando esse estudo descritivo.

11.2 Hipóteses

As hipóteses de que haveria um aumento no número de consultas psiquiátricas e na proporção de psicofármacos prescritos por psiquiatras não puderam ser verificadas porque, apesar desses dados terem sido coletados no estudo de 1994, eles não foram publicados.

11.3 Modelo teórico e de análise do consumo de psicofármacos

Embora tenha sido prevista análise do consumo de psicofármacos, ela não foi descrita no artigo que compõe este volume em razão da proposta ser de comparação com os achados de 1994, que não utilizou o mesmo modelo de análise. Além disso, os dados do estudo de 1994 não puderam ser novamente analisados porque aquele banco de dados não estava disponível.

11.4 Definição das exposições

As variáveis *desemprego* e *presença em casa de familiar com doença crônica* foram citadas como eventos psicossociais no projeto de pesquisa. No entanto, essas variáveis foram coletadas em 2003 apenas para os indivíduos que consumiram psicofármacos, o que inviabilizou a comparação com os não expostos. Portanto, não pode ser testada a associação com o desfecho, conforme havia sido previsto.

ARTIGO

Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em uma cidade do sul do Brasil

Modifications of patterns psychotropic drugs utilization in a city, Southern Brazil

Maria Aparecida P. Rodrigues

Luiz Augusto Facchini

Maurício Silva de Lima

Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Avenida Duque de Caxias, 250, 3º piso. CEP 96030-002, Pelotas, RS.

Endereço para correspondência:

Maria Aparecida P Rodrigues

Avenida Duque de Caxias, 250, 3º piso. CEP 96030-002, Pelotas, RS.

Correio eletrônico: rodriguesmapa@ig.com.br

- Esse trabalho contou com apoio financeiro da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.
- Artigo baseado em dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas em novembro de 2004 (Título da dissertação: Modificações no padrão de consumo de psicofármacos em Pelotas, RS).
- O artigo será enviado para a Revista de Saúde Pública, São Paulo.
- Título abreviado: Modificações do consumo de psicofármacos.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a prevalência e padrão de consumo de psicofármacos em um período de duas semanas. Comparar esses resultados com um estudo de 1994, realizado na mesma cidade, Pelotas, RS.

Metodologia: Em um estudo transversal de base populacional, 3542 indivíduos de 15 anos ou mais foram selecionados na zona urbana de Pelotas. A amostragem foi realizada em múltiplos estágios. Dados foram coletados em entrevistas domiciliares, utilizando um questionário idêntico ao utilizado em 1994. As variáveis estudadas foram idade, sexo, cor da pele, situação conjugal, renda familiar, escolaridade, tabagismo, diagnóstico médico de hipertensão e consulta médica nos últimos três meses.

Resultados: Em 2003, a prevalência de consumo de psicofármacos foi de 9,9% (IC95% 8,9-10,9). Não houve diferença significativa em relação à prevalência de 11,9% (IC95% 10,1-13,7), observada em 1994, ao comparar as prevalências padronizadas por idade. O sexo feminino, o aumento da idade, o diagnóstico médico de hipertensão e a utilização de serviços médicos associaram-se significativamente em 1994 e 2003 a um maior consumo de psicofármacos. Em 2003, 74% dos usuários estavam utilizando psicofármacos há mais de três meses.

Conclusões: Após uma década, a prevalência permanece alta, porém o consumo de psicofármacos não aumentou, entretanto a alta prevalência de uso crônico é preocupante. Esses achados mostram a importância da indicação adequada dos psicofármacos e do acompanhamento médico regular desses usuários.

Descritores: 1. Psicotr3picos/ *tend4ncias 2. Uso de medicamentos/ *tend4ncias
3. Farmacoepidemiologia 4. Estudos transversais 5. Psicofarmacologia

ABSTRACT

Purposes: To assess the prevalence and patterns of psychotropic use in a two-week recall. To compare the results with a study carried out in 1994 at same city, Pelotas, Southern Brazil.

Methods: In a population-based cross-sectional study carried out in 2003, 3542 participants aged 15 years or more were selected from an urban area in Southern Brazil using a multistage sampling design. Data were collected in household interviews through the same questionnaire used in the 1994 study. The variables studied were age, gender, race, schooling, family income, marital status, smoking, hypertension and physician consultation at last three months.

Results: In 2003, the overall prevalence of psychotropic use was 9,9%(CI 95% 8,9-10,9). There was not significant difference when compared with the prevalence of 11,9 (IC95% 10,1 - 13,7) observed in 1994, using direct standardized rates. In 1994 and 2003, the higher psychotropic consumption was associated with females, age increased, hypertension and health service utilization. In 2003, 74% of the users were using psychotropic drugs over three months.

Conclusions: After a decade, the prevalence remains high, but the psychotropic consumption does not increased. The chronic use of psychotropic drugs reached 74%, in 2003. These findings show the importance of the adequate indication of the psychotropic drugs and the follow up of the users by the physician.

Key-words:1. Psychotropic drugs/*trends 2. Drug utilization/*trends
3. Pharmacoepidemiology 4. Cross-sectional studies 5. Psychopharmacology

INTRODUÇÃO

O surgimento dos psicofármacos no final dos anos 40 teve como conseqüências a diminuição do número de internações e do tempo de permanência dos pacientes em hospitais psiquiátricos.

A disponibilidade de psicofármacos aos pacientes portadores de doença mental permanece sendo um problema, principalmente nos países em desenvolvimento. Por outro lado, é crescente a preocupação quanto ao uso abusivo desses medicamentos devido aos riscos de dependência e de efeitos colaterais dos mesmos.

A utilização de psicofármacos tem crescido nas últimas décadas em vários países ocidentais^{5, 17} e, até mesmo, em alguns países orientais^{18, 19}. Esse crescimento tem sido atribuído ao aumento da freqüência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, à introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico e às novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes.

No Brasil, foi encontrada em estudo de 1988, na Ilha do Governador, uma prevalência de utilização de psicofármacos de 5,2%¹ e, em um estudo de 1993, na cidade de São Paulo, uma prevalência de 10%¹⁰.

Em Pelotas, estudo de 1994 identificou uma prevalência na utilização de psicofármacos de 11,9%⁶. Desde então, houve, no país, a criação da Lei dos Medicamentos Genéricos que diminuiu o custo dos medicamentos; além de uma diversificação dos medicamentos psicofármacos com o aparecimento de novas drogas no mercado farmacêutico. Na cidade de Pelotas houve, nesse período, uma ampliação

dos serviços de saúde mental, através da criação de diversos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) e um aumento do acesso gratuito aos psicofármacos, por parte dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com a criação da Farmácia Municipal¹⁵.

O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência atual e padrão de consumo de psicofármacos em Pelotas, comparando esses achados com aqueles de 1994.

MÉTODOS

Pelotas é uma cidade de porte médio, localizada no extremo sul do Brasil, com aproximadamente 320.000 habitantes, sendo 93,2 % residentes na área urbana (Censo demográfico de 2000). Em 2003 realizou-se um estudo transversal de base populacional com indivíduos a partir de 15 anos de idade, residentes na área urbana da cidade.

O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios. Os conglomerados foram selecionados através dos setores censitários do Censo demográfico de 2000, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foram sorteados, sistematicamente, após a exclusão de setores coletivos, 144 dos 404 setores do município de Pelotas e estratificados conforme a renda média do responsável pelo domicílio. Foram realizadas visitas em cada setor sorteado para identificação dos domicílios. Os domicílios foram selecionados proporcionalmente ao tamanho de cada setor, após exclusão dos desabitados e comerciais, obtendo-se um total de 1530 domicílios elegíveis. Todos os moradores com 15 anos ou mais foram incluídos na amostra.

Para o cálculo de tamanho de amostra utilizou-se o maior valor encontrado entre dois cálculos: estimativa da prevalência do consumo de psicofármacos e avaliação de associações entre este desfecho e as variáveis independentes estudadas. O cálculo incluiu um acréscimo de 10% para perdas, 15% para fatores de confusão e um efeito de delineamento de 1,2. A amostra obtida permitiu estimar uma prevalência de consumo de psicofármacos de 9% com uma margem de erro de um ponto percentual com um nível de confiança de 95%. Além disso, permitiu a detecção de riscos relativos iguais ou maiores que 1,6, com 80% de poder, para preditores com frequências entre 20 e 80% e prevalência de consumo de psicofármacos de 7% para os não expostos, para um nível de significância de 5%. O cálculo foi realizado no programa Epi Info 6.04d (CDC, Atlanta, 2001).

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário estruturado e pré-codificado que abordava aspectos específicos sobre consumo de psicofármacos, utilizadas em um estudo de 1994, e variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. Um estudo piloto foi realizado em um setor censitário não incluído na amostra para o teste final do questionário, manual de instruções e treinamento das entrevistadoras. Foram selecionadas 32 entrevistadoras, maiores de 18 anos e com ensino médio completo, após treinamento de 40 horas e realização de prova teórica e prática.

O trabalho de campo foi realizado durante os meses de outubro a dezembro de 2003, sendo os dados coletados diretamente dos indivíduos elegíveis, em entrevistas domiciliares. Em casos de ausência ou recusa, as entrevistadoras retornaram pelo

menos duas vezes ao domicílio. Para reverter a recusa, uma última tentativa foi feita pelo supervisor do setor.

A entrada dos dados foi realizada no programa EpiInfo 6.04d (CDC, Atlanta, 2001) com dupla digitação e com checagem automática de consistência e amplitude.

O desfecho foi definido através da seguinte questão: “Desde <DIA DA SEMANA> retrasada o(a) Sr(a) tomou algum remédio para os nervos ou para dormir ou outro remédio que só se vende com receita?”. Foi solicitado aos entrevistados que mostrassem a receita, embalagem ou bula para que os entrevistadores anotassem e realizassem posterior codificação, conforme listas de medicamentos controlados A3, B1, B2 e C1 da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), Ministério da Saúde. Se o entrevistado tomasse mais de uma medicação foi considerada a de uso mais recente. Foi questionado também o tempo de uso, o local de aquisição, o responsável pela indicação do medicamento e se o indivíduo fazia uso de um outro psicofármaco, além daquele já declarado.

Foram estudadas as seguintes variáveis independentes: sexo; idade (anos completos); cor da pele (branca e não branca); situação conjugal (com, sem companheiro (a), separado (a) ou viúvo (a)); escolaridade (anos completos de estudo); renda familiar (salários mínimos mensais, conforme o valor do salário mínimo nacional vigente no período da coleta de dados, em quartis); tabagismo (não fumante, fumante e ex-fumante); diagnóstico médico de hipertensão e consulta médica nos últimos três meses.

A análise dos dados foi realizada no programa estatístico Stata 8.0 (StataCorp,

College Station, Tx, 2001). Inicialmente foi feita a descrição da amostra. Na análise bivariada, utilizou-se teste de qui-quadrado de Pearson e de tendência linear.

A análise ajustada utilizou regressão logística, subsidiada por um modelo conceitual de análise, composto por quatro níveis. No primeiro nível ficaram as variáveis demográficas (sexo, idade e cor da pele), no segundo nível as variáveis socioeconômicas (situação conjugal, escolaridade, renda familiar), no terceiro nível, tabagismo e diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica e, no quarto nível, consulta médica nos últimos três meses. Foram mantidas na análise as variáveis associadas às exposições e ao desfecho com $p < 0,20$ para controle de fatores de confusão.

As comparações das prevalências totais de consumo de psicofármacos e das proporções de consumo nas categorias das variáveis de exposição dos estudos de 1994 e 2003 utilizaram o teste para comparação de proporções.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas. Foi solicitado consentimento verbal dos entrevistados antes da aplicação dos questionários e garantida aos mesmos a confidencialidade dos dados coletados.

RESULTADOS

Foram estudados 3542 indivíduos de quinze anos ou mais em 1530 domicílios, já excluído o percentual de perdas e recusas que foi de 3,8%. A variável diagnóstico médico de hipertensão apresentou 446 valores ignorados sendo 439 na faixa etária abaixo de 20 anos, pois nesses indivíduos ela foi coletada apenas para os que

consumiram psicofármacos, o que só ocorreu em 3 indivíduos. Nenhum desses três indivíduos possuía diagnóstico médico de hipertensão. No estudo de base populacional realizado em 1994, a amostra foi de 1277 pessoas ⁶.

A prevalência do consumo de psicofármacos em 2003 foi de 9,9%(IC95% 8,9-10,9), com um efeito de delineamento de 1,03 e correlação intraclasse de 0,005. Em 1994⁶ a prevalência foi de 11,9% (IC95% 10,1-13,7). Após a padronização direta dos dados por idade, as prevalências foram de 11,5% em 1994 e 10,0% em 2003 e não houve diferença significativa entre elas (valor $p=0,13$).

Em 1994, o percentual de utilização de psicofármacos que haviam sido indicados por médicos foi de 92%. Oito por cento dos usuários tomavam o medicamento por conta própria. Em 2003 o percentual de consumo de psicofármacos que tiveram indicação médica se manteve em 92%, sendo 41% por clínicos gerais, 20% por psiquiatras e 31% por outros especialistas.

A figura 1 mostra a comparação por grupos de psicofármacos consumidos em 1994 e em 2003. Em ambos os estudos, os benzodiazepínicos representaram mais da metade dos psicofármacos consumidos. Em 2003, houve redução da proporção de consumo de antipsicóticos (valor $p=0,09$) e anorexígenos (valor $p=0,0006$), em comparação com o estudo de 1994. Por outro lado, houve significativo aumento do consumo de antidepressivos em 2003, em relação a 1994 (valor $p=0,0003$).

Em 1994, 7,2% dos indivíduos utilizavam um outro psicofármaco (figura 2), aumentando para 22,2% em 2003, sendo esta diferença significativa ($p<0,001$). O consumo de psicofármacos há mais de três meses não mostrou uma variação

significativa entre os dois estudos (figura 3), embora tenha passado de 70,4% em 1994 para 73,9% ($p=0,35$) em 2003. Entretanto, a obtenção de psicofármacos na farmácia do SUS apresentou um crescimento altamente significativo, passando de 3,5% em 1994 para 11,1% em 2003 ($p<0,001$).

A tabela 1 descreve as amostras dos estudos de 1994 e 2003 conforme variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. A distribuição das características entre as categorias das variáveis foi similar em ambos os estudos. Mais da metade dos indivíduos eram mulheres tanto em 1994 quanto em 2003. Em 1994, 22% dos indivíduos tinha entre 15 e 24 anos e, em 2003, essa proporção foi de 25%. Em 1994, 59% dos indivíduos possuíam companheiro e, em 2003, essa proporção foi de 56%. Em relação à escolaridade o percentual de indivíduos entre 9 e 11 anos de estudo aumentou de 17% em 1994 para 28% em 2003. Verificou-se que a hipertensão passou de 20% em 1994 para 23% em 2003. Em relação à consulta médica nos últimos três meses, observou-se que a proporção passou de 44% em 1994 para 54% em 2003. Em 2003, 55% dos indivíduos não fumavam e 80% eram da cor branca.

A tabela 2 apresenta os padrões de consumo de psicofármacos em 1994 e 2003, estratificados para variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde, examinando-se suas diferenças na coluna mais à direita da tabela (valor p do teste de comparações de proporções).

O consumo de psicofármacos foi significativamente maior no sexo feminino tanto em 1994, quanto em 2003, sendo este último mais do que o dobro do sexo masculino. Houve uma redução, estatisticamente significativa, do consumo de psicofármacos entre

os homens em 2003, quando comparado com o estudo de 1994.

O consumo de psicofármacos aumentou conforme a idade apresentando forte tendência linear tanto em 1994, quanto em 2003. Em 2003 houve uma redução do consumo entre os mais jovens, que foi significativa nas faixas etárias de 15 a 24 e de 35 a 44 anos, em relação a 1994. Como a categoria de 15 a 24 anos era de referência, as razões de prevalência aumentaram em 2003 em relação a 1994. Entretanto, em ambos os estudos os níveis de consumo foram semelhantes para as faixas etárias a partir de 45 anos.

Em 1994, os indivíduos com companheiro(a), separados(as) e viúvos(as) consumiram significativamente mais psicofármacos que aqueles sem companheiro(a). A situação conjugal não apresentou associação significativa com o consumo de psicofármacos em 2003, devido ao aumento do consumo na categoria sem companheiro(a), utilizada como referência, e à diminuição na categoria de viúvo(a), diferenças estatisticamente significativas, em relação ao estudo de 1994.

A escolaridade não apresentou associação significativa com a utilização de psicofármacos em 1994. Em 2003 observou-se uma redução no consumo de psicofármacos entre os indivíduos com maior escolaridade, quando comparados com o grupo sem escolaridade (valor $p < 0,001$). Essa mudança ocorreu porque houve uma redução significativa do consumo de psicofármacos nas categorias de 1 a 4, 5 a 8 e 9 a 11 anos de escolaridade em relação ao estudo de 1994.

A utilização de psicofármacos não apresentou associação significativa com renda familiar tanto em 1994, quanto em 2003. No entanto, observou-se redução,

estatisticamente significativa, no consumo de psicofármacos no primeiro e terceiro quartis de renda familiar em 2003, quando comparados ao estudo de 1994.

Observou-se que os indivíduos hipertensos usaram mais psicofármacos do que aqueles não hipertensos tanto no estudo de 1994 quanto no de 2003 (valor $p < 0,001$).

Os indivíduos que consultaram médico nos últimos três meses apresentaram um consumo significativamente maior de psicofármacos do que aqueles que não o fizeram, em 1994 e em 2003. No entanto, no estudo de 2003, observou-se uma redução significativa do consumo de psicofármacos entre os que realizaram consulta médica nos últimos três meses, quando comparado ao estudo de 1994.

Em 2003, os indivíduos de cor da pele branca consumiram mais psicofármacos do que os de pele não branca (valor $p = 0,003$). Em relação ao tabagismo, não foi verificada associação com o consumo de psicofármacos em 2003. Os dados de tabagismo e cor da pele do estudo de 1994 não foram publicados.

Após o controle para fatores de confusão, o sexo feminino, o aumento da idade, a hipertensão e a consulta médica nos últimos três meses continuaram apresentando associação significativa com o consumo de psicofármacos tanto no estudo de 1994 quanto no de 2003. A situação conjugal deixou de ter associação significativa com o consumo de psicofármacos em 1994. O ajuste realizado em 2003 manteve significativa a associação de cor da pele branca com o uso de psicofármacos e detectou uma associação significativa de tabagismo com o consumo de psicofármacos.

DISCUSSÃO

O possível viés de memória é inerente a estudo de consumo com recordatório, no entanto o período de 14 dias é curto e vários estudos nessa área têm utilizado esse período, inclusive o de 1994, permitindo o adequado estabelecimento de comparações.

A variável hipertensão apresentou 13% de perdas, sendo a maioria no grupo abaixo de 20 anos de idade. Sabe-se que a hipertensão tem uma freqüência baixa entre jovens¹⁶, sugerindo que a prevalência do diagnóstico médico de hipertensão nessa amostra não está subestimada.

Merecem destaque favorável a representatividade da amostra em relação à população do município e o pequeno percentual de perdas e recusas no estudo de 2003, que foi de 3,8%.

A inexistência de diferença entre as prevalências padronizadas de consumo de psicofármacos em 1994 e 2003, contrasta com o restante da literatura mundial, que sugere um aumento do uso de psicofármacos nas décadas mais recentes^{5, 17}. Este achado não é totalmente surpreendente, pois, em relação a desfechos com características sócio-culturais, a modificação de efeito é mais uma regra do que uma exceção^{4, 20}. Uma possível explicação seria de que o consumo global de psicofármacos já era elevado no município, em comparação aos achados da literatura nacional e internacional. Por exemplo, aplicando a prevalência observada em 2003 à população do município a partir de 15 anos de idade, encontraríamos 25.000 usuários de psicofármacos, provavelmente 70% destes, ou seja, 17.500 usuários, vinculados ao SUS.

O percentual de automedicação em 2003 foi o mesmo de 1994, o que mostra que uma parcela importante dos usuários (8%) continua utilizando psicofármacos sem orientação médica. Esse dado aponta para a necessidade de campanhas educativas sobre os riscos da automedicação.

O aumento no consumo de antidepressivos na última década mostra uma tendência já observada em outros estudos, que sugerem uma relação com o crescimento do diagnóstico das doenças depressivas, do surgimento de novos medicamentos e da ampliação das indicações terapêuticas desses medicamentos^{5, 14}.

A redução do consumo de anorexígenos deve ser observada com cautela porque no estudo de 1994 esse consumo foi investigado com mais detalhe do que em 2003, o que aumentou a possibilidade do entrevistado relatar o uso desse tipo de medicamento naquele estudo.

O elevado uso crônico de psicofármacos (74%), mesmo sem mostrar um incremento significativo na última década, deve servir de alerta para médicos, usuários e gestores, em função do risco de dependência de alguns psicofármacos, principalmente benzodiazepínicos.

O aumento da proporção de indivíduos consumindo um outro psicofármaco pode estar indicando um crescimento no tratamento de transtornos mentais mais graves em ambulatório, o que oportuniza a localização destes indivíduos em seus domicílios. Em Pelotas, à semelhança de outros lugares no país e no mundo, houve, em anos recentes, o retorno à comunidade de pacientes psiquiátricos que estavam institucionalizados, que, provavelmente, necessitam de mais de um tipo de psicofármaco.

O importante crescimento do percentual de indivíduos que adquirem o psicofármaco na farmácia do SUS indica que houve neste município, na última década, um maior acesso aos psicofármacos por parte dos indivíduos com menor renda. Esse achado sugere um aumento da equidade no acesso a esta medicação, devido à possibilidade de atenuar diferenças de consumo associado à renda familiar.

Examinando os determinantes do consumo de psicofármacos observa-se que aumentou a risco de consumo entre as mulheres embora não tenha havido diferença no consumo do sexo feminino entre 1994 e 2003 e sim uma redução no consumo do sexo masculino. Em relação à idade verifica-se um aumento do risco de consumo à medida que se eleva a idade devido a uma redução do consumo entre os mais jovens (15-24 e 25-34 anos). A escolaridade mostrou-se associada ao consumo de psicofármacos, na análise bruta em 2003, no entanto observa-se que o consumo aumentou entre os indivíduos sem escolaridade (a falta de significância deve-se ao baixo poder do teste de comparações, 32%) e reduziu nas faixas de 5 a 8 e de 9 a 11 anos de escolaridade. A renda familiar não se mostrou associada ao consumo de psicofármacos tanto em 1994 quanto em 2003, no entanto observa-se que o consumo reduziu no primeiro e quarto quartis.

O uso de psicofármacos foi maior entre as mulheres, sendo em 2003 mais de duas vezes superior do que no sexo masculino, o que é coincidente com a literatura^{1,9,10}. Este achado pode estar relacionado, em parte, a uma maior utilização dos serviços de saúde por mulheres¹¹, condição fundamental para o recebimento de uma prescrição de psicofármaco. Por outro lado, a condição de gênero também está

associada a uma percepção médica distinta de necessidade de utilização de psicofármacos. Luna et al⁸ avaliaram a conduta médica em atenção primária para situações clínicas de doenças orgânicas e de transtornos emocionais. Cada situação clínica foi apresentada em ambos os sexos. A conclusão do estudo foi de que os médicos abordaram de maneira diferente os sintomas de ansiedade e depressão dependendo do sexo do paciente, prescrevendo mais drogas ansiolíticas e diagnosticando mais causas funcionais em mulheres.

Em 1994 e 2003 o consumo de psicofármacos cresceu conforme o aumento da idade, o que é amplamente condizente com a literatura^{1, 9}. Observou-se uma redução no consumo de psicofármacos no grupo de 15-24 anos. Essa redução contradiz a literatura²¹. Este achado pode indicar que a tendência nos países industrializados de aumento no consumo de psicofármacos entre os mais jovens ainda não é observada em nosso meio. Por outro lado, dificuldades de acesso deste grupo etário a serviços médicos públicos especializados, como, por exemplo, neurologia e saúde mental, podem explicar em parte este achado. Em relação aos idosos, o grande consumo de psicofármacos é relevante, considerando a ocorrência de déficit cognitivo, síncope, quedas e fraturas^{2, 6, 12} associadas a estas drogas, aumentando o risco desses eventos, já mais freqüentes nesse grupo.

O maior consumo de psicofármacos observados entre os brancos em 2003, pode estar relacionado a questões culturais e de iniquidade do sistema de saúde. Olfson¹⁴ detectou menores índices de tratamento de depressão entre negros e hispânicos em um período de 10 anos nos Estados Unidos, em comparação à população branca.

Embora, na análise ajustada, o consumo de psicofármacos não tenha se associado à escolaridade em 1994 e 2003, o consumo foi maior entre os indivíduos sem escolaridade em 2003. Este achado pode estar relacionado a uma maior frequência de transtornos mentais neste grupo, conforme observado por Ludermir⁷.

A ausência de associação entre renda familiar e consumo de psicofármacos, observadas em 1994 e 2003, também já havia sido encontrada em estudo de 1988 no Rio de Janeiro¹. Embora a possibilidade de aquisição de medicamentos esteja ligada à renda do indivíduo, o que facilitaria o maior consumo entre os mais ricos, deve ser considerado que o fornecimento de psicofármacos pelo Sistema Único de Saúde pode atenuar a diferença entre ricos e pobres quanto ao acesso a esses medicamentos.

Em relação ao maior consumo de psicofármacos entre os fumantes, após ajuste para fatores de confusão, em 2003, já havia sido relatado associação entre doença mental e dependência a nicotina^{3, 13}. Além disso, o uso de psicofármacos é freqüente como adjuvante no tratamento do tabagismo.

A associação entre diagnóstico médico de hipertensão e consumo de psicofármacos em 1994 e 2003, pode indicar, à semelhança do observado em um estudo multicêntrico, que indivíduos portadores de uma doença orgânica crônica têm maior probabilidade de receber uma prescrição de psicofármaco¹³. Essas pessoas, além do provável desgaste emocional por conviverem com uma doença crônica, visitam o seu médico com mais freqüência e, portanto, têm mais oportunidade de queixar-se de seus sintomas.

Nesta mesma perspectiva, pode-se entender a forte associação entre consulta

médica nos últimos três meses e consumo de psicofármacos, tanto no estudo de 1994 como no de 2003. Esse dado que, por um lado, pode parecer óbvio por se tratar de medicações controladas, por outro lado mostra a importância da consulta médica, que deve ser valorizada por médicos e usuários para que resulte em uma indicação adequada do psicofármaco. Deve ser considerada a possibilidade de causalidade reversa uma vez que a consulta médica pode ser realizada com intuito de obter receita controlada para a compra de psicofármaco.

Apesar de não ter havido aumento do consumo de psicofármacos na última década, a prevalência continua alta. Além disso, três quartos dos psicofármacos são utilizados há mais de três meses. Mais da metade dos fármacos consumidos são benzodiazepínicos, cujo tempo de uso, na maioria de suas indicações, não deve ultrapassar quatro semanas⁹ devido ao risco de tolerância e dependência. Esses dados sugerem que não está havendo um acompanhamento médico adequado desses usuários. A explicação pode ser tanto pela dificuldade de acesso ao médico como pela inadequada formação desse profissional.

Este estudo mostra uma panorâmica atual do consumo de psicofármacos além de traçar comparação com estudo anterior realizado neste município. Desta forma, os achados deste estudo contribuem para a qualificação das políticas de saúde mental e de assistência farmacêutica, incluindo esforços relacionados à oferta de serviços, educação permanente de médicos e profissionais de saúde e educação em saúde de usuários e da população em geral.

Neste estudo apenas características dos usuários de psicofármacos foram

pesquisadas. Além de estudar outros fatores que influenciam o uso de psicofármacos, como características dos médicos e seus vínculos com o sistema de saúde, também são necessários estudos com abordagem qualitativa para avaliar de forma mais completa o uso de psicofármacos.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho contou com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

1. Almeida L, Coutinho E, Pepe V. Consumo de Psicofármacos em uma Região Administrativa do Rio de Janeiro: A Ilha do Governador. *Cad.Saúde Públ.* 1994;10(1):05-16.
2. Cherin P, Colvez A, Deville de Periere G, Sereni D. Risk of syncope in the elderly and consumption of drugs: a case control study. *J Clin Epidemiol* 1997;50(3):313-20.
3. de Leon J BE, Gurpegui M, Gonzalez-Pinto A, Diaz FJ. The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries. *J Clin Psychiatry* 2002;63(9):812-6.
4. Facchini LA. Trabalho Materno e Ganho de Peso Infantil. Pelotas: UFPEL/Editora e Gráfica; 1995.
5. Hemels M, Koren G, Einarson T. Increased Use of Antidepressants in Canada: 1981-2000. *Ann Pharmacother* 2002;36:1375-9.
6. Lima M. Morbidade Psiquiátrica Menor e Consumo de Psicofármacos em Pelotas, RS [Mestrado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1995.
7. Ludermir A, Melo Filho D. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002;36(2):213-221.
8. Luna MEM, Lirola EC, Acín MJP, Matías MRM, Gómez FA, Alcalá FJR. Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Atención Primaria* 2000;26(8):554-558.
9. Magrini N, Vaccheri A, Parma E, D'Alessandro R, Bottoni A, Occhionero M, et al. Use of benzodiazepines in the Italian general population: prevalence, pattern of use and

risk factors for use. *Eur J Clin Pharmacol* 1996;50(1-2):19-25.

10. Mari J, Almeida-Filho N, Coutinho E, Andreoli S, Miranda C, Streiner D. The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. *Psychol Med* 1993;23(2):467-74.
11. Mendoza-Sassi R, Beria J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad.Saúde Pública* 2001;17(4):819-832.
12. Neutel CI, Perry S. Medication use and risk falls. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2002;11(2):97-104.
13. Ohayon MM, Lader MH. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy and the United Kingdom. *J Clin Psychiatry* 2002;63(9):817-25.
14. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Elinson L, Tanielian T, Pincus HA. National trends in the outpatient treatment of depression. *Jama* 2002;287(2):203-9.
15. Pelotas SMSBE. Plano Municipal de Saúde. Pelotas: Prefeitura Municipal de Pelotas; 2003.
16. Piccini R, Victora C. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *Rev Saúde Pública* 1994;28(4):261-7.
17. Pincus HA, Tanielian T, Marcus SC, Olfson M, Zarin DA, Thompson J, et al. Prescribing Trends in Psychotropic Medications: Primary Care, Psychiatry, and Other Medical Specialties. *Jama* 1998;279(7):526-531.
18. Tajima O. Mental Health care in Japan: recognition and treatment of depression and anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 13):39-44.
19. Ungvari G, Chung Y, Chee Y, Fung-Shing N, Kwong T, Chiu H. The

pharmacological treatment of schizophrenia in Chinese patients: a comparison of prescription patterns between 1996 and 1999. *Br J Clin Pharmacol* 2002;54(4):437-44.

20. Wing S. Limits of Epidemiology. *Medicine and Global Survival* 1994;1:74-86.

21. Zito JM, et al. Psychotropic Practice Patterns for Youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003(157):17-25.

Legendas para as ilustrações

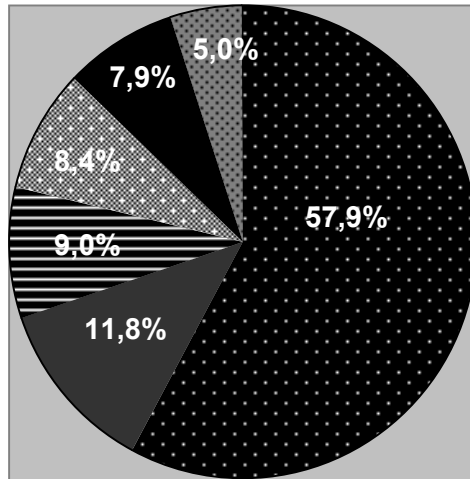
Modificação do consumo de psicofármacos

Figura 1 - Distribuição dos grupos de psicofármacos consumidos nos 14 dias anteriores à entrevista. Dados de 1994 e 2003.

Figura 2 - Consumo de outro(s) psicofármaco(s)

Figura 3 - Tempo de consumo do(s) psicofármaco(s)

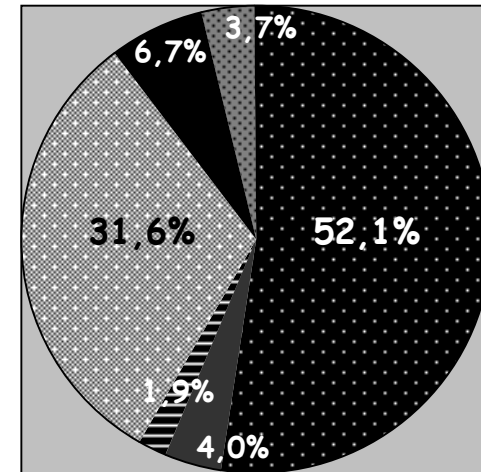
1994



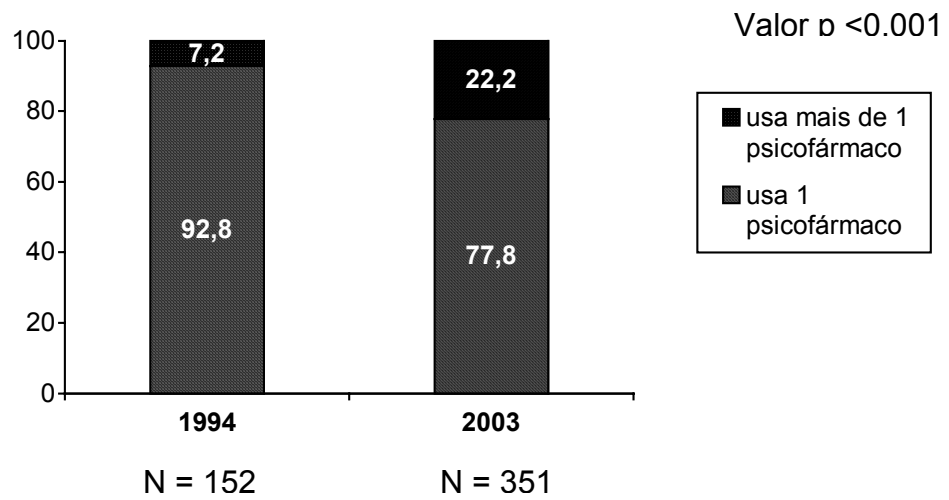
N = 178



2003



N = 426



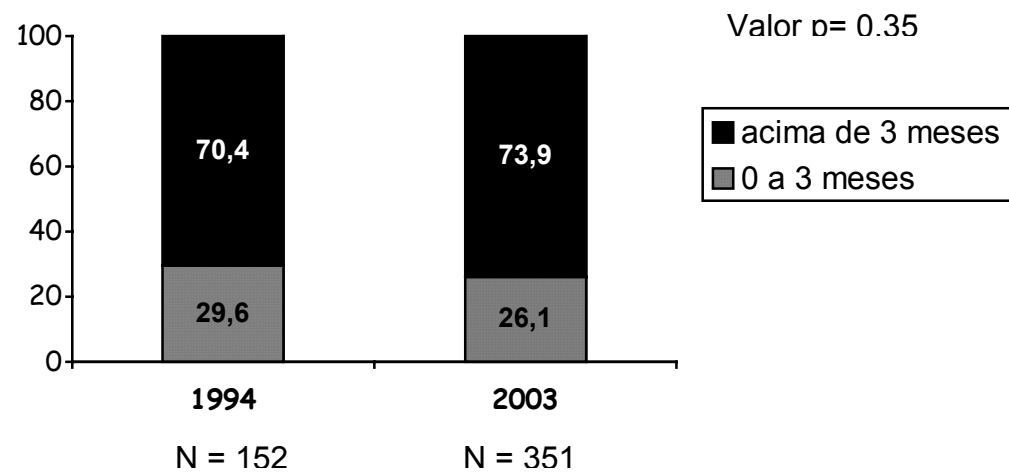


Tabela 1 – Descrição das amostras conforme características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde de uma cidade do sul do Brasil, 1994 e 2003.

Variável	1994		2003	
	N ^a	%	N ^a	%
Sexo				
Masculino	568	44,5	1551	43,8%
Feminino	709	55,5	1991	56,2%
Idade (anos completos)				
15-24	278	21,7	875	24,7
25-34	246	19,2	632	17,8
35-44	254	19,8	686	19,4
45-54	181	14,1	610	17,2
55-64	151	11,8	354	10,0
65 ou +	167	13,1	385	10,9

Continuação Variável	1994		2003	
	N ^a	%	N ^a	%
Cor da pele				
Não branca			701	19,8
Branca			2841	80,2
Situação conjugal				
Sem companheiro (a)	340	26,6	1065	30,1
Com companheiro (a)	759	59,4	1989	56,2
Separado (a)	104	8,2	228	6,4
Viúvo (a)	74	5,8	260	7,3
Escolaridade (anos de estudo)				
0	118	9,5	227	6,4
1- 4	307	24,5	621	17,5
5- 8	439	35,1	1222	34,5
9 -11	217	17,3	1005	28,4

Continuação	1994		2003	
Variável	N ^a	%	N ^a	%
12 ou +	170	13,6	465	13,1
Renda familiar (quartis^b)				
1	303	24,9	864	24,5
2	304	25,1	904	25,6
3	304	25,1	884	25,1
4	303	24,9	875	24,8
Tabagismo				
Não fumante			1942	54,8
Fumante			888	25,1
Ex-fumante			712	20,1
Hipertensão				
Não	1028	80,5	2372	76,6
Sim	249	19,5	724	23,4

Continuação	1994		2003	
Variável	N ^a	%	N ^a	%
Consulta médica				
(últimos três meses)				
Não	717	56,1	1673	47,2
Sim	560	43,9	1869	53,8
Total	1277	100	3542	100

a: Em 2003, o número máximo de valores ignorados foi 446, na variável hipertensão . Em 1994, o número máximo de valores ignorados foi de 63, na variável renda familiar.

b: Salários mínimos em quartis

Tabela 2 - Prevalência e razão de prevalência bruta para o consumo de psicofármacos em uma cidade do sul do Brasil em 1994 e 2003. Comparação entre as prevalências de consumo de 1994 e 2003.

Variável ^a	1994			2003			Comparação
	% de consumo	RP (IC95%) ^b	Valor p	% de consumo	RP (IC95%) ^b	Valor p	Valor p ^f
Sexo			<0,001 ^c			<0,001 ^c	
Masculino	7,9	1,00		5,5	1,00		<0,001
Feminino	15,1	1,90(1,37-2,65)		13,3	2,40(1,90-3,00)		0,23
Idade			<0,001 ^d			<0,001 ^d	
15-24	3,2	1,00		1,8	1,00		<0,001
25-34	4,5	1,38(0,58-3,28)		5,2	2,86(1,55-5,27)		0,06
35-44	11,5	3,53(1,70-7,31)		9,0	4,94(2,71-9,01)		<0,001
45-54	15,8	4,85(2,35-10,01)		14,3	7,80(4,48-13,58)		0,62
55-64	23,8	7,34(3,63-14,82)		18,1	9,89(5,77-16,94)		0,14
≥ 65	22,8	7,00(3,48-14,11)		23,1	12,64(7,39-21,64)		0,94

Continuação	1994		2003		Comparação		
Variável ^a	% de consumo	RP (IC95%) ^b	Valor p	% de consumo	RP (IC95%) ^b	Valor p	Valor p ^f
Cor da pele						0,003 ^c	
Não branca				6,9	1,00		
Branca				10,7	1,56(1,16-2,09)		
Situação conjugal			0,001 ^c			0,87 ^c	
Sem companheiro (a)	7,6	1,00		10,1	1		<0,001
Com companheiro (a)	12,0	1,57(1,03-2,38)		9,7	0,96(0,76-1,22)		0,15
Separado (a)	18,9	2,47(1,36-4,50)		11,4	1,14(0,74-1,74)		0,07
Viúvo (a)	20,0	2,62(1,54-4,45)		10,0	1,00(0,65-1,52)		0,02
Escolaridade			NS			<0,001 ^c	
(anos de estudo)							
0	11,8	1,00		18,9	1,00		0,09
1-4	15,6	1,33(0,76-2,32)		10,6	0,56(0,38-0,83)		0,03
5- 8	10,2	0,87(0,49-1,53)		9,4	0,50(0,36-0,69)		<0,001
9 -11	11,1	0,94(0,51-1,76)		7,6	0,40(0,28-0,57)		<0,001

Continuação	1994			2003			Comparação
Variável ^a	% de consumo	RP (IC95%) ^b	Valor p	% de consumo	RP (IC95%) ^b	Valor p	Valor p ^f
12 ou mais	10,0	0,85(0,44-1,66)		11,0	0,58(0,40-0,84)		0,72
Renda familiar (quartis) ^e			NS			0,68 ^c	
1	10,9	1,00		9,4	1,00		<0,001
2	12,1	1,11(0,71-1,73)		10,4	1,11(0,82-1,49)		0,41
3	9,6	0,88(0,55-1,41)		9,0	0,97(0,71-1,31)		0,001
4	13,9	1,28(0,83-1,96)		10,5	1,12(0,84-1,49)		0,11
Tabagismo						0,16	
Não fumante				9,2	1,00		
Fumante				11,2	1,22(0,99-1,50)		
Ex-fumante				10,4	1,13(0,89-1,45)		
Hipertensão			<0,001 ^c			<0,001 ^c	
Não	9,5	1,00		9,0	1,00		<0,001

Continuação	1994			2003			Comparação
Variável ^a	% de consumo	RP (IC95%) ^b	Valor p	% de consumo	RP (IC95%) ^b	Valor p	Valor p ^f
Sim	21,7	2,63(1,82-3,79)		18,9	2,10(1,74-2,53)		0,34
Consulta médica (últimos 3 meses)			<0,001 ^c			<0,001 ^c	
Não	5,4	1,00		4,4	1,00		<0,001
Sim	20,2	4,40(3,00-6,45)		14,9	3,41(2,66-4,36)		0,003

a: Em 2003, o n foi de 3542 e o n° máximo de valores ignorados foi 446, na variável hipertensão . Em 1994, o n foi de 1277 e o n° máximo de valores ignorados foi de 63, na variável renda familiar.

b: RP- Razão de prevalência bruta e intervalo de confiança de 95%.

c: Teste do qui-quadrado.

d: Teste de tendência linear.

e: Salário mínimo em quartis.

f: Valor p de teste de comparação de proporções entre as amostras de 1994 e 2003.

PRESS-RELEASE

Pelotenses consomem mais antidepressivos, mas acesso gratuito a psicofármacos também aumentou na última década.

Em 2003, foi realizada, em Pelotas, uma pesquisa sobre o consumo de psicofármacos, medicações controladas pelo Ministério da Saúde e utilizadas para o tratamento de transtornos mentais.

A pesquisa constatou que 10% da população pelotense a partir de 15 anos de idade consome psicofármacos, isto é, aproximadamente 25.000 pessoas. Mais da metade dos psicofármacos consumidos são tranqüilizantes (52%), e mais de um terço (32%) são antidepressivos. Em relação aos antidepressivos, verificou-se que o seu uso quadruplicou, quando comparado com o consumo encontrado em uma pesquisa realizada neste município em 1994 sobre o mesmo tema. Projetando os achados dos estudos para a população a partir de 15 anos de idade, utilizando estimativas populacionais do IBGE, em 1994, 2.000 pessoas consumiam antidepressivos e, em 2003, esses usuários já chegavam a 7.500 pessoas na cidade de Pelotas.

O aumento do uso de antidepressivos tem sido encontrado em vários estudos realizados em diversos países nas últimas décadas. Algumas explicações para esse fenômeno mundial são o aumento do diagnóstico de doenças depressivas pelos médicos, o lançamento de novos medicamentos antidepressivos pela indústria farmacêutica e a ampliação das indicações terapêuticas desses medicamentos.

O estudo também investigou o perfil dos usuários de psicofármacos em Pelotas. Verificou-se que o consumo de psicofármacos é maior entre as mulheres, mais do que o dobro do que entre os homens. Também foi constatado que o consumo cresceu à

medida que aumentou a idade, sendo que uma entre cinco pessoas com idade igual ou superior a 65 anos consome psicofármacos.

Em relação ao tempo de uso, foi constatado que aproximadamente três quartos das pessoas (74%) eram usuários crônicos, isto é, estavam utilizando o(s) medicamento(s) há mais de três meses.

Verificou-se, também, que uma em cada cinco pessoas que consumia psicofármacos fazia uso de mais de um tipo desses medicamentos.

Esta pesquisa revelou que o acesso gratuito aos psicofármacos cresceu na última década. Em 1994, 3,5% das pessoas que utilizavam psicofármacos retiravam o medicamento na farmácia do SUS, o que equivale a 900 pessoas. Em 2003 esse percentual subiu para 11%, o que representa aproximadamente 2.750 pessoas.

Os resultados deste estudo mostram que o consumo de psicofármacos em Pelotas atinge uma parcela significativa da população. O uso prolongado de alguns desses medicamentos pode levar à dependência. Por esse motivo são necessárias campanhas educativas sobre a importância do acompanhamento médico regular dos usuários desses medicamentos.

ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO – BLOCO DOMICILIAR

**BLOCO D: DOMICILIAR
RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO**
Este bloco deve ser aplicado a apenas 1
morador do domicílio, de preferência, a dona de
casa.

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Número do setor _____

Número da família _____

Número da pessoa _____

Endereço _____ (1) casa (2) apartamento

Data da entrevista ____/____/____

Horário de início da entrevista ____:____

Horário do término da entrevista ____:____

Entrevistadora: _____

NQUE

TIPOM ____

DE _____

HI ____:____

HT ____:____

ENT ____

D1) Qual o endereço deste domicílio?

Rua: _____

Número: _____ Complemento: _____

D2) O(a) Sr(a) possui telefone neste domicílio?

(0) não (1) sim → Qual o número? _____

DFONE ____

D3) Existe algum outro número de telefone ou celular para que possamos entrar em contato com o(a) Sr(a)?

(0) não (1) sim → Qual o número? _____

DCEL ____

D4) Quantas pessoas moram nesta casa? ____ pessoas

DMOR ____

D5) Nesta casa mora alguma pessoa com Síndrome de Down?

(0) não (1) sim (9) IGN

DDOWN ____

**AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE
OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA.
MAIS UMA VEZ LEMBRO QUE OS DADOS DESTE ESTUDO
SERVIRÃO APENAS PARA UMA PESQUISA,
PORTANTO O(A) SR.(A) PODE FICAR TRANQUÍLO(A)
PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.**

D6) O(a) Sr.(a) tem rádio em casa?

(0) Não Se sim: Quantos? ____ rádios

DRD ____

D7) Tem televisão colorida em casa?

(0) Não Se sim: Quantas? ____ televisões

DTV ____

D8) O(a) Sr.(a) ou sua família tem carro?

(0) Não Se sim: Quantos? ____ carros

DCAR ____

<p>D9) Quais destas utilidades domésticas o(a) Sr(a) tem em casa?</p> <p>Aspirador de pó (0) Não (1) Sim Máquina de lavar roupa (0) Não (1) Sim Videocassete e/ou DVD (0) Não (1) Sim</p>	<p><i>DASPI</i> ___ <i>DMAQ</i> ___ <i>DVCR</i> ___</p>
<p>D10) Tem geladeira ? (0) Não (1) Sim</p> <p>D11) Tem freezer separado ou geladeira duplex? (0) Não (1) Sim</p> <p>D12) Quantos banheiros tem em casa? (0) Nenhum ___ banheiros</p> <p>D13) O(a) Sr(a) tem empregada doméstica em casa? (0) Nenhuma Se sim: Quantas? ___ empregadas</p> <p>D14) Qual o último ano de estudo do chefe da família ? (0) Nenhum ou primário incompleto (1) Até a 4ª série (antigo primário) ou ginásial (primeiro grau) incompleto (2) Ginásial (primeiro grau) completo ou colegial (segundo grau) incompleto (3) Colegial (segundo grau) completo ou superior incompleto (4) Superior completo</p> <p>D15) No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria) <i>Pessoa 1: R\$</i> ___ ___ ___ ___ <i>por mês</i> <i>Pessoa 2: R\$</i> ___ ___ ___ ___ <i>por mês</i> <i>Pessoa 3: R\$</i> ___ ___ ___ ___ <i>por mês</i> <i>Pessoa 4: R\$</i> ___ ___ ___ ___ <i>por mês</i> <i>Pessoa 5: R\$</i> ___ ___ ___ ___ <i>por mês</i> (99999) ignorado/não respondeu</p> <p>D16) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra, que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim → Quanto? R\$ ___ ___ ___ ___ <i>por mês</i></p>	<p><i>DGELA</i> ___</p> <p><i>DFREE</i> ___</p> <p><i>DBAN</i> ___</p> <p><i>DEMPRE</i> ___</p> <p><i>DESCOCH</i> ___</p> <p><i>DRF1</i> _____</p> <p><i>DRF2</i> _____</p> <p><i>DRF3</i> _____</p> <p><i>DRF4</i> _____</p> <p><i>DRF5</i> _____</p> <p><i>DRE</i> _____</p>

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO – BLOCO DE ADOLESCENTES

BLOCO B: ADOLESCENTES *Este bloco deve ser aplicado a adolescentes de ambos os sexos (10 a 19 anos 11 meses e 29 dias)	ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO
Número do setor _____ Número da família _____ Número da pessoa _____ Endereço _____ (1) casa (2) apartamento Data da entrevista ____/____/____ Horário de início da entrevista ____:____ Horário do término da entrevista ____:____ Entrevistadora: _____	<i>NQUE</i> _____ <i>TIPOM</i> __ <i>DE</i> _____ <i>HI</i> ____: <i>HT</i> ____: <i>ENT</i> ____
G1) Qual é o teu nome? _____ Qual o nome do teu pai? _____ Qual o nome da tua mãe? _____ (8) NSA	<i>NQUEP</i> _____ <i>NQUEM</i> _____
G2) Qual é a sua idade? _____	<i>IDADE</i> _____
AS PERGUNTAS G3 E G4 DEVEM SER APENAS OBSERVADAS PELA ENTREVISTADORA	
G3) Cor da pele: (1) branca (2) preta (3) parda (4) outra: _____ G4) Sexo: (1) masculino (2) feminino (9) IGN	<i>CORPELE</i> __ <i>SEXO</i> __
G5) Tu sabes ler e escrever? (0) Não → PULE PARA A PERGUNTA G7 (1) Sim (2) Só assina → PULE PARA A PERGUNTA G7 (9) IGN G6) Até que série tu completaste, fostes aprovado? Anotação: _____ (Codificar após encerrar o questionário) Anos completos de estudo: _____ anos (88) NSA	<i>KLER</i> __ <i>ESCOLA</i> ____
G7) Tu praticas alguma religião? (0) Não → PULE PARA A PERGUNTA G9 (1) Sim G8) Qual? (0) católica (1) protestante (2) evangélica (3) espírita (4) afro-brasileira (5) testemunha de Jeová (6) outra _____ (8) NSA	<i>PRATREL</i> __ <i>QUALREL</i> __
G9) Qual a tua situação conjugal atual? (0) Casado(a) ou com companheiro(a) (1) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) (2) Separado(a) (3) Viúvo(a)	<i>COMPAN</i> __
G12) Tu fumas ou já fumaste? (0) não, nunca fumou → PULE PARA A QUESTÃO G15 (1) sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) já fumou mas parou de fumar há ____ anos ____ meses	<i>FUMO</i> __ <i>TPAFU</i> _____
G13) Há quanto tempo tu fumas (ou fumastes durante quanto tempo)? ____ anos ____ meses (8888) NSA	<i>TFUMO</i> _____
G14) Quantos cigarros tu fumas (ou fumavas) por dia? ____ cigarros (88) NSA	<i>CIGDIA</i> ____
G15) Como tu consideras tua saúde? (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (9) IGN	<i>SAU</i> __

AGORA VAMOS FALAR SOBRE TUA SAÚDE E ALIMENTAÇÃO

B1) Considerando as seguintes refeições: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche após o jantar. ONTEM, quantas destas refeições tu fizeste?

- (0) Nenhuma → PULE PARA A QUESTÃO B3
- (1) Uma
- (2) Duas
- (3) Três
- (4) Quatro
- (5) Cinco
- (6) Todas → PULE PARA A QUESTÃO B3
- (9) IGN → PULE PARA A QUESTÃO B3

DIA: (1) Ontem (2) Normal _____

SE O (A) ENTREVISTADO (A) RESPONDER AS ALTERNATIVAS
1, 2, 3, 4 OU 5, PERGUNTE:

B2) Qual(is)?

- Café da manhã (0) Não (1) Sim (8) NSA
- Lanche da manhã (0) Não (1) Sim (8) NSA
- Almoço (0) Não (1) Sim (8) NSA
- Lanche da tarde (0) Não (1) Sim (8) NSA
- Jantar (0) Não (1) Sim (8) NSA
- Lanche após o jantar (0) Não (1) Sim (8) NSA

B3) Costumas “beliscar” fora destes horários?

- (0) não (nunca) (1) sim (sempre) (2) às vezes (9) IGN

B4) NOS ÚLTIMOS 3 MESES, fizeste algum tipo de dieta?

- (0) Não
- (1) Sim, para emagrecer
- (2) Sim, para engordar
- (3) Outra. Qual? _____

B5) Qual foi teu peso ao nascer? _____ g (9999) IGN (1) +/-

- (1) Informado pelo adolescente
- (2) Informado pela mãe
- (3) Informado por outra pessoa _____
- (8) NSA

B6) Quanto tempo por dia tu passa assistindo televisão?

_____ hora(s) _____ minutos (Calcular em minutos após o término da entrevista)

B7) Qual é o teu peso atual? _____, _____ Kg (9999) IGN

E a tua altura? _____, _____ Cm (9999) IGN

B8) Agora gostaria de te pesar e medir.

- Peso 1: _____, _____ Kg - 1ª medida
- Altura: _____, _____ cm
- Peso 2: _____, _____ Kg - 2ª medida

Atenção: Pedir para o entrevistado tirar as roupas mais pesadas e permanecer com o mínimo possível de roupa. É importante tirar sapatos ou tênis.

Descreva as roupas que o adolescente estava usando na coleta das medidas antropométricas:

KNREF __

KDIA __

KCAFE __

KCOLA __

KALM __

KLANC __

KJANT __

KCEIA __

KBELIS __

KDIETA __

KPN _____

KEXAT __

KINFO __

KTV _____

KAPES _____

_____, ____

KALTR _____

_____, ____

KPES1 _____, ____

KALT _____, ____

KPES2 _____

_____, ____

KROUP _____

AGORA VAMOS FALAR SOBRE TEU CORPO		
<p>B9) Tu já tens pêlos embaixo dos braços? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p style="text-align: center;">SOMENTE PARA AS <u>MENINAS</u>:</p> <p>B10) Tu já menstruaste? (0) Não (1) Sim (8) NSA SE SIM: Com que idade? ___ anos</p> <p style="text-align: center;">SOMENTE PARA OS <u>MENINOS</u>:</p> <p>B11) A voz sofre mudanças durante o crescimento. Na tua opinião, a tua voz: (0) Ainda não mudou (1) Ainda está mudando, ou seja, às vezes ainda saem aqueles “guinchos”. (2) Já mudou (8) NSA</p>		<p><i>KPELAX</i>__</p> <p><i>KMENARC</i>__</p> <p><i>KIDM</i>__</p> <p><i>KVOZAD</i>__</p>
AGORA VAMOS FALAR SOBRE CONSULTAS		
<p>B12) Desde <TRÊS MESES ATRÁS> tu consultaste algum médico?(Se consultou mais de uma vez, registrar a última) (0) Não → PULE PARA A PERGUNTA B15 (1) Sim, clínico geral (2) Sim, psiquiatra (3) Sim, outro especialista – Qual: _____ (8) NSA (9) IGN</p> <p>B13) Qual o local onde consultaste? (01) Posto de saúde (02) Ambulatório de hospital (03) Consultório médico (04) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (05) Ambulatório de plano de saúde (06) Pronto Socorro (07) Ambulatório da Faculdade de Medicina-UFPEL (08) Outros Qual? _____ (88) NSA (99) IGN</p> <p>B14) Nessa consulta recebeste algum remédio para os nervos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE SIM: Qual? _____</p> <p>(Registre o nome da medicação que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tiver recebido mais de uma medicação, considere a que recebeu há menos tempo)</p> <p>B15) Desde <DIA DA SEMANA> da semana retrasada tu tomaste algum remédio para os nervos ou para dormir ou outro remédio que só se vende com receita? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO B23 (1) Sim (8) NSA (9)IGN SE SIM: Qual? _____</p> <p>(Registre o nome que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tomar mais de uma medicação, considere a que toma há menos tempo).</p>		<p><i>PCONS</i>__</p> <p><i>PLOC</i>__</p> <p><i>PREC</i>__ <i>PQUAL</i>_____</p> <p><i>PTOM</i>__ <i>PQUALT</i>_____</p>

<p>B16) Quem te indicou? (1) Toma por conta própria (2) Médico geral (3) Médico psiquiatra (4) Médico de outra especialidade _____ (5) Parente ou conhecido (6) Farmacêutico (7) Outra pessoa _____ (8) NSA (9) IGN</p> <p>B17) Há quanto tempo tomas? ___ anos ___ meses ___ dias (888888) NSA (999999) IGN</p> <p>B18) Como conseguiste o remédio da última vez? (1) Comprou na farmácia com receita médica (2) Comprou na farmácia sem receita médica (3) Comprou em farmácia de manipulação (4) Retirou na farmácia municipal (5) Outros _____ (especificar) (8) NSA (9) IGN</p> <p>B19) Toma mais algum remédio para os nervos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE SIM Qual? _____</p> <p>(Registre o nome que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tomar mais de uma medicação, considere a que toma a menos tempo).</p> <p>B20) Algum médico já te disse que tens pressão alta? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>PIND</i> __</p> <p><i>PTEMP</i> -----</p> <p><i>PCOMO</i> __</p> <p><i>PMALG</i> __ <i>PMAIS</i> ____</p> <p><i>PREALT</i></p>
<p>VOU FAZER DUAS PERGUNTAS SOBRE SITUAÇÕES QUE POSSAM TER ACONTECIDO DESDE <MÊS > DO ANO PASSADO</p>	
<p>B21) Tu tens alguma pessoa na família, que more na tua casa, com doença grave? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>B22) Tu perdeste o emprego? (0) Não (1) Sim, mas já está empregado (2) Sim e continua desempregado (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>PFAM</i> __</p> <p><i>PERD</i> __</p>
<p>AS QUESTÕES ABAIXO DEVEM SER RESPONDIDAS POR ADOLESCENTES DE 15 A 19 ANOS DE <u>AMBOS OS SEXOS</u></p> <p>AGORA VAMOS FALAR SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS</p>	
<p>B23) Qual ou quais os métodos anticoncepcionais ou jeitos de evitar filhos que tu utiliza ou utilizaste alguma vez na vida? NÃO LER as alternativas e assinalar TODOS os métodos citados pela pessoa</p> <p>Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral) (0) Não (1) Sim Camisinha masculina (preservativo/condom) (0) Não (1) Sim Camisinha feminina (0) Não (1) Sim Ligadura de trompas (esterilização feminina) (0) Não (1) Sim Vasectomia (esterilização masculina) (0) Não (1) Sim DIU (Dispositivo Intra-Uterino) (0) Não (1) Sim Diafragma (0) Não (1) Sim Geléia Espermaticida (0) Não (1) Sim Método do Ritmo ou Tabela (0) Não (1) Sim Coito Interrompido (0) Não (1) Sim Temperatura basal/Muco cervical (0) Não (1) Sim Anticoncepcional Injetável (0) Não (1) Sim “Pílula do dia seguinte” ou contraceção de emergência (0) Não (1) Sim Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos) (0) Não (1) Sim (7) Nunca usou método anticoncepcional → PULE PARA A PERGUNTA B25</p>	<p><i>MPIL</i> __ <i>MCAMM</i> __ <i>MCAMF</i> __ <i>MLIGA</i> __ <i>MVASE</i> __ <i>MDIU</i> __ <i>MDIAF</i> __ <i>MGEL</i> __ <i>MTAB</i> __ <i>MCOIT</i> __ <i>MTEMP</i> __ <i>MINJ</i> __ <i>MEMER</i> __ <i>MOUT</i> __</p>

(8) NSA	MNAD__
B24) Quando tu optaste pelo último método anticoncepcional algum profissional de saúde do setor público ou do setor privado lhe deu informações sobre anticoncepção e/ou jeitos de evitar filhos?	
(0) Não	
(1) Sim, setor público	MPROFS__
(2) Sim, setor privado	
(8) NSA	
(9) IGN	
B25) Quais as afirmativas sobre a pílula anticoncepcional estão corretas?	
a) Se esquecer de tomar a pílula anticoncepcional um dia deve-se tomar dois comprimidos juntos no dia seguinte no mesmo horário.	
(0) Não	
(1) Sim	MESQPIL__
(9) IGN	
b) A pílula anticoncepcional deve ser tomada <u>somente</u> no dia ou na hora em que vai acontecer a relação sexual.	
(0) Não	
(1) Sim	MHOPIL__
(9) IGN	
c) Mulheres que fumam e têm mais de 35 anos podem usar a pílula.	
(0) Não	
(1) Sim	MFUPIL__
(9) IGN	
d) Mulheres que têm pressão alta ou problemas no coração podem usar a pílula.	
(0) Não	
(1) Sim	MPAPIL__
(9) IGN	
B26) Quais as afirmativas sobre a camisinha estão corretas?	
a) Ao colocar a camisinha masculina deve-se apertar a ponta para evitar que ela arrebente.	
(0) Não	
(1) Sim	MCREB__
(9) IGN	
b) Além da camisinha masculina e feminina, existem outros métodos anticoncepcionais que ajudam a prevenir tanto a gravidez quanto as doenças sexualmente transmissíveis (DST).	
(0) Não	
(1) Sim	MCDST__
(9) IGN	
B27) Quais as afirmativas sobre a ligadura de trompas estão corretas?	
a) A ligadura de trompas é indicada exclusivamente para pessoas que não querem ou não podem ter mais filhos.	
(0) Não	
(1) Sim	MLIGIND__
(9) IGN	
b) Mulheres que tentam desfazer a ligadura de trompas raramente conseguem ter mais filhos.	
(0) Não	
(1) Sim	MLIGFI__
(9) IGN	
B28) Quando começa um ciclo menstrual?	
(1) No primeiro dia da menstruação	
(2) No último dia da menstruação	
(3) No dia da ovulação	
(9) IGN	MINCLO__
B29) Numa mulher cujo ciclo menstrual é de 28 dias, a maior possibilidade de engravidar ocorre:	
(1) No 1º dia da menstruação	
(2) No último dia da menstruação	
(3) No 14º dia após o início da menstruação	
(4) No 14º dia após o término da menstruação	
(5) Igual em todos os dias do mês	(9) IGN
	MRISCO__
B30) Tu tens filhos?	
(0) Não	
(1) Sim	
(9) IGN	

SE SIM: **Quantos?** ___ (88) NSA (99) IGN
Com que idade teve o 1º filho? ___ (88) NSA (99) IGN

MTFIL ___
MNFIL ___
MPRIMF ___

SE O ENTREVISTADO FOR HOMEM

B31)

a) Tu já engravidaste alguém que não queria ou não podia estar grávida?

- (0) Não → PULE PARA A PROXIMA INSTRUÇÃO
(1) Sim → PULE PARA A PERGUNTA B32
(8) NSA (9) IGN

MGINDH ___

SE O ENTREVISTADO FOR MULHER

b) Tu já estiveste grávida alguma vez que não queria ou não podia estar grávida?

- (0) Não → PULE PARA A PROXIMA INSTRUÇÃO
(1) Sim
(8) NSA (9) IGN

MGINDM ___

B32) Tu e/ou o(a) teu(tua) companheiro(a) estavam usando algum método anticoncepcional?

- (0) Não (8) NSA (9) IGN
(1) Sim. **Qual?** (NÃO LER as alternativas e assinalar TODOS os métodos citados pela pessoa)

MGIND ___

- | | |
|---|-----------------|
| Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral) | (0) Não (1) Sim |
| Camisinha masculina (preservativo/condom) | (0) Não (1) Sim |
| Camisinha feminina | (0) Não (1) Sim |
| Ligadura de trompas (esterilização feminina) | (0) Não (1) Sim |
| Vasectomia (esterilização masculina) | (0) Não (1) Sim |
| DIU (Dispositivo Intra-Uterino) | (0) Não (1) Sim |
| Diafragma | (0) Não (1) Sim |
| Geléia Espermaticida | (0) Não (1) Sim |
| Método do Ritmo ou Tabela (Abstinência periódica) | (0) Não (1) Sim |
| Coito Interrompido | (0) Não (1) Sim |
| Temperatura basal/Muco cervical | (0) Não (1) Sim |
| Anticoncepcional Injetável | (0) Não (1) Sim |
| “Pílula do dia seguinte” ou contraceção de emergência | (0) Não (1) Sim |
| Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos) | (0) Não (1) Sim |
| (8) NSA | |

MGPII ___
MGCAMM ___
MGCAMF ___
MGLIGA ___
MGVASE ___
MGDIU ___
MGDIAF ___
MGGEL ___
MGTABE ___
MGCOIT ___
MGTEMP ___
MGINJ ___
MGEMER ___
MGOUT ___

AGORA FALAREMOS SOBRE DESLOCAMENTO PARA O TRABALHO

B33) Tu trabalhas fora?

- (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO
(1) Sim

GTRAB ___

B34) Qual o meio de transporte que tu usas para ir e voltar do trabalho?

- (1) Vai a pé
(2) Bicicleta
(3) Motocicleta
(4) Ônibus
(5) Automóvel
(6) Outro **Qual?** _____
(8) NSA

GTRANS ___

SE A RESPOSTA NÃO FOR BICICLETA (2) PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO

B35) Quantos dias da semana tu usas a bicicleta para ir trabalhar?

- ___ dias (8) NSA

B36) Durante quanto tempo por dia tu andas de bicicleta, para ir e voltar do seu trabalho?

- (Observar o tempo total diário)
___ hora(s) ___ minutos (888) NSA

GDIAS ___

<p>- Sentiste que estava muito nervosa ou tensa? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Sentiste que estava muito confusa? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Ficaste com vontade de se isolar, de não ver ninguém?(0) Não(1) Sim (9) IGN - Sentiste que estava mais cansada do que o habitual ou com muito trabalho? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>STRIS __ SRAIV __ SIRIT __ SNERV __ SCONF __ SISOL __</p>
<p>VAMOS FALAR AINDA DAS SUAS TRÊS ÚLTIMAS MENSTRUACÕES. GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE ALTERAÇÕES EM TEU CORPO QUE APARECEM NA SEMANA ANTES DA MENSTRUACÃO E QUE DESAPARECEM LOGO QUE INICIA A MENSTRUACÃO. SÓ RESPONDA SOBRE AS ALTERAÇÕES EM TEU CORPO QUE APARECEM ANTES DA MENSTRUACÃO E QUE DESAPARECEM APÓS MENSTRUAR. AQUELAS QUE DURAM O MÊS INTEIRO NÃO DEVEM SER CONSIDERADAS.</p>	<p>SCANS __</p>
<p>B47) Na semana anterior as três últimas menstruações tu tiveste: - Dor ou aumento de tamanho nos seios? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Inchaço na barriga, sensação de peso ou desconforto? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Dor de cabeça? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Inchaço nas mãos ou nas pernas? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Ganhaste peso? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Dor nas costas, nas juntas ou nos músculos? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>SEIOS __ SBARG __ SCABE __ SMAOP __ SGPES __</p>
<p>B48) Algum dos problemas perguntados acima: Atrapalhou teu relacionamento em casa? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Precisou que faltasse a escola? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Precisou que faltasse ao trabalho? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Outros problemas: _____</p>	<p>SDORJ __</p>
<p>B49) . Tu achas que tens TPM ou Síndrome Pré-menstrual? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO B52 (1) Sim (9) IGN</p>	<p>SDIFA __ SFALS __ SFALT __ SDIF __</p>
<p>B50) Tu fizeste ou estás fazendo tratamento para TPM ou Síndrome Pré-menstrual? (0) Não (1) Sim, está fazendo (2) Fez, mas já parou (9) IGN</p>	<p>STPM __</p>
<p>B51) Tu tomaste algum hormônio ou remédio para a menopausa? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>STRAT __</p>
<p>B52) Tu tens dor de cabeça 1 a 2 dias antes, ou durante a menstruação? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>SREME 8</p>
<p>B53) Tu usas pílula ou injeção para não engravidar? (0) Não → ENCERRE O QUESTIONÁRIO (1) Sim (8) NSA (9)IGN</p>	<p>EMEN __</p>
<p>B54) O uso de pílula ou injeção para não engravidar faz aumentar teus ataques de dor de cabeça? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>EPIL __</p>
<p>Horário do término da entrevista ____ : ____</p>	<p>EAUM __</p>

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO – BLOCO DE ADULTOS

G12) O(a) Sr(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou → PULE PARA A QUESTÃO G15 (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar há ___ anos ___ meses		<i>FUMO</i> ___ <i>TPAFU</i> ___ _____		
G13) Há quanto tempo o(a) Sr(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)? ___ anos ___ meses (8888) NSA		<i>TFUMO</i> _____		
G14) Quantos cigarros o(a) Sr(a) fuma (ou fumava) por dia? ___ cigarros (88) NSA		<i>CIGDIA</i> ___		
G15) Como o(a) sr(a) considera sua saúde? (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (9) IGN		<i>SAU</i> ___		
AGORA FALAREMOS DE FRATURAS E FISIOTERAPIA				
C1) Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem osteoporose ou fraqueza dos ossos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN		<i>YOSTE</i> ___		
C2) O(a) Sr(a) já quebrou algum osso do seu corpo? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C3 (8) NSA (1) Sim → Quantas vezes? ___ (9) IGN → PULE PARA QUESTÃO C3 SE SIM FAÇA O QUADRO ABAIXO PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS 5 QUESTÕES CONSIDERE SOMENTE A ÚLTIMA FRATURA OCORRIDA		<i>YFRAVD</i> ___ <i>YQTD</i> ___		
a) O que o(a) Sr(a) quebrou? (01) Pé (02) Tornozelo (03) Perna (04) Joelho (05) Fêmur ou quadril (06) Dedos da mão (07) Pulso (08) Antebraço (09) Braço (10) Clavícula (11) Escápula (12) Cadeiras ou bacia (13) Costela (14) Vértebra (15) Mais de um destes locais (16) Outro local _____ (88) NSA (99) IGN	b) Esta fratura ocorreu? (1) Trabalhando (2) No seu tempo livre fora de casa (3) Em casa (4) Trânsito (5) Na escola (8) NSA (9) IGN	c) Como foi que ocorreu esta fratura? (1) Praticando esportes (2) Acidente de carro/pedestre (3) Violência, Brigas, Agressões (4) Caiu sozinho (5) Acidente de trabalho com máquinas, andaimes, outros equipamentos (6) Outro Motivo _____ (8) NSA (9) IGN	d) Fez fisioterapia após tirar o gesso ou imobilização? (0) Não Sim → SE SIM (1) Pelo SUS (2) Particular (3) Convênio (4) Plano de Saúde (8) NSA (9) IGN	e) Esta fratura ocorreu de <MÊS> do ano passado até o dia de hoje? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

<i>YLOFRT</i> __ __	<i>YLUGAR</i> __	<i>YMOTFR</i> __	<i>YTIGEF</i> __	<i>YFRUTA</i> __	
C3) O(a) Sr(a) fez fisioterapia alguma vez na vida, por outro problema? (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO Sim → SE SIM (1) Pelo SUS (2) Particular (3) Convênio (4) Plano de Saúde (8) NSA (9) IGN					<i>YFTOUT</i> __
C4) Qual foi este outro problema para o(a) Sr(a) fazer fisioterapia? (00) Derrame (Acidente Vascular Cerebral; Isquêmico ou Hemorrágico). (01) Dor nas Costas (Lombalgias ou Cervicalgia) (02) Doença Respiratória (Asma, Bronquite, Pneumonia, Enfisema, etc). (03) Problemas no Ombro (Bursite, Síndrome do Supra-Espinhoso, Manguito Rotador). (04) Reumatismo (Doença Reumática). (05) Problemas de Coluna (Cifose, Escoliose, Lordose e Hérnia de disco). (06) Entorse, Luxação, Contusão ou Distensão . (07) Tendinites (Pulso, Cotovelo e Tornozelo). (10) Paralisia Facial (11) Outro motivo < Escrever motivo > _____ (88) NSA (99) IGN					<i>YOPROB</i> __ __
C5) O(a) Sr(a) fez fisioterapia entre <MÊS> do ano passado e o dia de hoje? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					<i>YFTUA</i> __
AGORA FALAREMOS SOBRE SAÚDE					
C6) Indique as 3 medidas que, na sua opinião, são as mais importantes para manter a boa saúde, começando com a mais importante de todas. (nos parênteses anteriores as opções deve ser anotada a ordem de importância dos 3 fatores citados) MOSTRAR A FOLHA COM AS FIGURAS. () (1) Ter uma alimentação saudável, evitando comer muita gordura animal; () (2) Fazer exercícios físicos regularmente; () (3) Não tomar bebidas alcoólicas em excesso; () (4) Consultar o médico regularmente; () (5) Não fumar; () (6) Manter seu peso ideal; () (7) Controlar ou evitar o estresse; (9) IGN					<i>UFAT1</i> __ <i>UFAT2</i> __ <i>UFAT3</i> __
C7) Quantas horas por dia o(a) Sr(a) gasta com serviços domésticos, estudos e seu trabalho? Manhã __ __ hrs __ __ min → TOTAL MANHÃ __ __ minutos Tarde __ __ hrs __ __ min → TOTAL TARDE __ __ minutos Noite __ __ hrs __ __ min → TOTAL NOITE __ __ minutos					<i>UMANA</i> __ __ __ <i>UTARDI</i> __ __ __

AGORA FALAREMOS SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Esta seção refere-se às atividades físicas que o(a) Sr(a) fez nos últimos 7 dias, unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer.

C8) Desde <DIA DA SEMANA PASSADA>, em quantos dias o(a) Sr(a) caminhou por, pelo menos, 10 minutos seguidos no seu tempo livre? Não considere as caminhadas para ir ou voltar do seu trabalho.

___ dia(s) por SEMANA (9) IGN

(0) Nenhum → PULE PARA A RECOMENDAÇÃO ANTERIOR A QUESTÃO C10

QDIA ___

C9) Nos dias em que o(a) Sr(a) caminhou no seu tempo livre, quanto tempo no total o(a) Sr(a) gastou POR DIA?

___ hora(s) ___ minutos TOTAL: ___ minutos (888) NSA (999) IGN

___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ ÷ ___ (dias) = ___ minutos

QTEM

Para responder as próximas questões considere que:

Atividades físicas FORTES são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal;

Atividades físicas MÉDIAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

C10) Desde <DIA DA SEMANA PASSADA>, em quantos dias o(a) Sr(a) fez atividades FORTES no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como correr, fazer ginástica, nadar rápido ou pedalar rápido?

<p>(4) Outro motivo – Qual? _____ (8) NSA (9) IGN</p> <p>C17) O(a) Sr(a) se sente velho(a) demais para fazer atividade física? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>C18) O(a) Sr(a) possui alguma lesão ou doença que atrapalhe na hora de fazer atividade física? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C20 (1) Sim (9) IGN</p> <p>C19) Qual? (01) Diabetes (07) Algum tipo de câncer (02) Doenças do coração (08) Hipertensão ou pressão alta (03) Paralisia (09) Asma e/ou bronquite (04) Problemas articulares (10) Outra _____ (05) Problemas musculares (88) NSA (06) Fratura (99) IGN</p> <p>C20) O(a) Sr(a) gosta de praticar atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>C21) O(a) Sr(a) sente preguiça ou cansaço para fazer atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>C22) A falta de dinheiro atrapalha o(a) Sr(a) de fazer atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>C23) O(a) Sr(a) tem medo de se machucar fazendo atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>C24) A falta de companhia é um fator que dificulta que o(a) Sr(a) faça atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>C25) O(a) Sr(a) tem tempo livre para fazer atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p><i>QMOT</i> ____</p> <p><i>UVELH</i>__</p> <p><i>ULES</i> ____</p> <p><i>UQLES</i>__ __</p> <p><i>UGOST</i>__</p> <p><i>UPREG</i>__</p> <p><i>UDIN</i>__</p> <p><i>UMEDO</i>__</p> <p><i>UMIGO</i>__</p>																																												
AGORA FALAREMOS DAS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O SR(A) REALIZAVA NA SUA ADOLESCÊNCIA, ENTRE OS 10 E 19 ANOS DE IDADE																																													
<p>C26) Sem considerar as aulas de Educação Física, o(a) Sr(a) esteve envolvido <u>NA ESCOLA</u> em equipes esportivas, com treinamentos e/ou competições ou grupos de dança, por no mínimo, 6 meses consecutivos? (0) Não (1) Sim - Qual atividade esportiva? (9) IGN</p> <table border="0"> <tr> <td>Futsal/Futebol de salão</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Futebol de campo/Futebol de 7</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Basquete</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Voleibol</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Handebol</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Atletismo</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Natação</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Dança</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Ginástica olímpica/artística</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Lutas</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> </tr> <tr> <td>Outra: Qual?</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(8) NSA</td> </tr> </table>	Futsal/Futebol de salão	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	Futebol de campo/Futebol de 7	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	Basquete	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	Voleibol	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	Handebol	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	Atletismo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	Natação	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	Dança	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	Ginástica olímpica/artística	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	Lutas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	Outra: Qual?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<p><i>UTEMP</i>__</p> <p><i>QESP</i> ____</p> <p><i>QFUT</i> ____</p> <p><i>QFUC</i> ____</p> <p><i>QBAS</i> ____</p> <p><i>QVOL</i> ____</p> <p><i>QHAN</i> ____</p> <p><i>QATL</i> ____</p> <p><i>QNAT</i> ____</p> <p><i>QDAN</i> ____</p>
Futsal/Futebol de salão	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA																																										
Futebol de campo/Futebol de 7	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA																																										
Basquete	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA																																										
Voleibol	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA																																										
Handebol	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA																																										
Atletismo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA																																										
Natação	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA																																										
Dança	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA																																										
Ginástica olímpica/artística	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA																																										
Lutas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA																																										
Outra: Qual?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA																																										

C27) O(a) Sr(a) participou em clubes, academias ou associações de alguma atividade esportiva ou realizou por conta própria alguma atividade física por, no mínimo, 6 meses consecutivos?

(0) Não → PULE PARA A RECOMENDAÇÃO ANTERIOR A QUESTÃO C28

(1) Sim - **Qual atividade?** (9) IGN

Futsal/Futebol de salão	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Futebol de campo/Futebol de 7	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Basquete	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Voleibol	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Handebol	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Atletismo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Natação	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Dança	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Ginástica olímpica/artística	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Lutas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Ginástica	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Musculação	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Caminhadas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Corridas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Andar de bicicleta	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Outra: Qual? _____	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA

SE AS RESPOSTAS DAS QUESTÕES C26 E C27 FOREM “NÃO”, PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO.

C28) Considerando somente as atividades físicas feitas durante a adolescência, o(a) Sr(a) as realizava por que gostava ou era obrigado, por algum motivo?

(0) Gostava (1) Obrigado (8) NSA (9) IGN

AGORA FALAREMOS SOBRE CONSULTAS AO MÉDICO

C29) Desde <MÊS> do ano passado o(a) Sr(a) baixou o hospital?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

C30) Desde <TRÊS MESES ATRÁS> deste ano o(a) Sr(a) consultou com médico?

(00) Não → PULE PARA A QUESTÃO C45

Sim. **Quantas vezes?** ___

SE CONSULTOU APENAS 1 VEZ, PULE PARA A QUESTÃO C31
SE CONSULTOU DUAS VEZES OU MAIS, PULE PARA A QUESTÃO C34

C31) Nessa vez, onde o(a) Sr(a) consultou?

(01) Posto de Saúde
(02) Pronto-Socorro
(03) Ambulatório do hospital
(04) Ambulatório da Faculdade
(05) Ambulatório do Sindicato ou empresa
(06) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde
(07) Consultório Médico Particular

QGIN ___
QLUT ___
QOUT ___

QATIV ___

QFUT2 ___

QFUC2 ___

QBAS2 ___

QVOL2 ___

QHAN2 ___

QATL2 ___

QNAT2 ___

QDAN2 ___

QGIN2 ___

QLUT2 ___

QGIN3 ___

QMUS2 ___

QCAM2 ___

QCOR2 ___

QBIC2 ___

QOUT2 ___

QAFAD ___

XHOSP ___

XCONS ___

XONDE ___

(08) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)

(09) Outro _____

(88) NSA

(99) IGN

C32) O médico lhe pediu algum exame?

(0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO

(1) Sim (8) NSA (9) IGN

XPED ____

C33) Que tipo de exame?

Sangue

(0) Não

(1) Sim

XSAN ____

Urina

(0) Não

(1) Sim

XURI ____

Rx

(0) Não

(1) Sim

XRX ____

Eletrocardiograma (ECG)

(0) Não

(1) Sim

XECG ____

Ultrassonografia (ecografia)

(0) Não

(1) Sim

XECO ____

Endoscopia (pela boca)

(0) Não

(1) Sim

XEDA ____

Colonoscopia (pelo ânus)

(0) Não

(1) Sim

XCOLO ____

Tomografia Computadorizada

(0) Não

(1) Sim

XTC ____

Ressonância Magnética

(0) Não

(1) Sim

XRm ____

Biópsias (tecidos, secreções, raspados)

(0) Não

(1) Sim

XBIO ____

Outro _____

XEOUT ____

(8) NSA

(9) IGN

PULE PARA A QUESTÃO C40

C34) Onde foram estas consultas?

(01) Posto de Saúde.

Sim. **Quantas vezes?** ____

XLOC1 ____

(02) Pronto-Socorro.

Sim. **Quantas vezes?** ____

XVEZES1 ____

(03) Ambulatório do hospital.

Sim. **Quantas vezes?** ____

(04) Ambulatório da Faculdade.

Sim. **Quantas vezes?** ____

(05) Ambulatório do Sindicato ou empresa.

Sim. **Quantas vezes?** ____

XLOC2 ____

(06) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde.

Sim. **Quantas vezes?** ____

XVEZES2 ____

(07) Consultório Médico Particular

Sim. **Quantas vezes?** ____

(08) CAPS Centro de Atenção Psicossocial

Sim. **Quantas vezes?** ____

XLOC3 ____

(09) Outro _____

Sim. **Quantas vezes?** ____

XVEZES3 ____

(88) NSA

(99) IGN

C35) Em alguma dessas consultas o médico lhe pediu algum tipo de exame?

(0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO

(1) Sim (8) NSA

XXPED ____

C36) Em quantas consultas o médico pediu pelo menos um tipo de exame? ____

(88) NSA (99) IGN

XXQC ____

C37) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do <PRIMEIRO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34> _____?

Sangue

(0) Não

(1) Sim

XISAN ____

Urina

(0) Não

(1) Sim

XIURI ____

Rx	(0) Não	(1) Sim	X1RX ___
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	X1ECG ___
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	X1ECO ___
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	X1EDA ___
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	X1COL ___
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	X1TC ___
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	X1RM ___
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	X1BIO ___
Outro _____			X1EOU ___
(8) NSA			
(9) IGN			

AS QUESTÕES C38 E C39 SOMENTE SERÃO PERGUNTADAS SE O ENTREVISTADO CONSULTOU EM MAIS DE UM LOCAL, CONFORME A QUESTÃO C34

C38) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do <SEGUNDO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34> _____ ?			XLOC2B ___
Sangue	(0) Não	(1) Sim	X2SAN ___
Urina	(0) Não	(1) Sim	X2URI ___
Rx	(0) Não	(1) Sim	X2RX ___
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	X2ECG ___
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	X2ECO ___
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	X2EDA ___
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	X2COL ___
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	X2TC ___
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	X2RM ___
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	X2BIO ___
Outro _____			X2EOU ___
(8) NSA			
(9) IGN			

C39) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do <TERCEIRO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34>? _____			XLOC3B ___
Sangue	(0) Não	(1) Sim	X3SAN ___
Urina	(0) Não	(1) Sim	X3URI ___
Rx	(0) Não	(1) Sim	X3RX ___
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	X3ECG ___
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	X3ECO ___
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	X3EDA ___
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	X3COL ___
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	X3TC ___
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	X3RM ___
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	X3BIO ___
Outro _____			X3EOU ___
(8) NSA			
(9) IGN			

C40) O(a) Sr(a) teve que pagar pelo(s) exame(s)?	(0) Não	(1) Sim	(2) Não fez o exame pedido	(8) NSA	XPAG ___
---	---------	---------	----------------------------	---------	----------

A PERGUNTA A SEGUIR DEVE SER FEITA SOMENTE PARA AS MULHERES

C41) A Sra. está grávida?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9)IGN	XGEST ___
----------------------------------	---------	---------	---------	--------	-----------

FALAREMOS AGORA APENAS SOBRE SUA ÚLTIMA CONSULTA NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES

C42) Qual a especialidade do médico com quem o(a) Sr(a) consultou?

- (1) Clínico geral (2) Psiquiatra
 (3) outro especialista – Qual: _____ (8) NSA (9) IGN

PCONS ____

C43) Qual o local onde o(a) Sr(a) consultou?

- (01) Posto de saúde
 (02) Ambulatório de hospital
 (03) Consultório médico
 (04) CAPS
 (05) Ambulatório de plano de saúde
 (06) Ambulatório da Faculdade de Medicina – UFPEL
 (07) Pronto socorro (08) outros – Qual? _____ (88) NSA (99) IGN

PLOC ____

C44) Nessa consulta, recebeu algum remédio para os nervos?

- (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

SE SIM: Qual? _____ (Registre o nome da medicação que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tiver recebido mais de uma medicação, considere a que recebeu há menos tempo)

PREC ____

PQUAL ____

C45) Desde <DIA DA SEMANA> retrasada o(a) Sr(a) tomou algum remédio para os nervos ou para dormir ou outro remédio que só se vende com receita?

- (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C52

- (1) Sim (8) NSA (9) IGN

SE SIM: Qual? _____ (Registre o nome que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tomar mais de uma medicação, considere a que toma há menos tempo)

PTOM ____

PQUALT ____

C46) Quem indicou?

- (1) Toma por conta própria
 (2) Médico geral
 (3) Médico psiquiatra
 (4) Médico de outra especialidade _____
 (5) Parente ou conhecido
 (6) Farmacêutico
 (7) Outra pessoa _____
 (8) NSA
 (9) IGN

PIND ____

C47) Há quanto tempo toma?

- __ anos __ meses __ dias (88, 88,88) NSA (99, 99,99) IGN

PTEMP ____

C48) Como conseguiu o remédio da última vez?

- (1) Comprou na farmácia com receita médica
 (2) Comprou na farmácia sem receita médica
 (3) Comprou em farmácia de manipulação
 (4) Retirou na farmácia municipal
 (5) Outros _____ (especificar)
 (8) NSA

PCOMO _

<p>(9) IGN</p> <p>C49) Toma mais algum remédio para os nervos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE SIM: Qual? _____ (Registre o nome que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tomar mais de uma medicação, considere a que toma há menos tempo)</p> <p>VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SITUAÇÕES QUE POSSAM TER LHE ACONTECIDO DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO</p> <p>C50) O(a) Sr(a) tem alguma pessoa na família, que more na sua casa, com doença grave? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C51) O(a) Sr(a) perdeu o emprego? (0) Não (1) Sim, mas já está empregado (2) Sim e continua desempregado (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>PMALG</i>__</p> <p><i>PMAIS</i>__ __ __</p> <p><i>PFAM</i>__</p> <p><i>PERD</i>__</p>
AGORA FALAREMOS DE CAMPANHAS DE SAÚDE	
<p>C52) Há dois anos atrás teve uma campanha onde faziam o teste do dedinho, para saber se as pessoas tinham diabetes ou açúcar no sangue. O(a) Sr(a) ficou sabendo desta campanha? (0) Não Sim → SE SIM (1) TV (2) Rádio (3) Vizinha, amiga, parente (4) Posto, agente de saúde, médico (5) Mais de uma opção. Quais? _____ (8) NSA (9)IGN _____</p> <p>C53)O(a) Sr(a) fez o teste do dedinho em Posto de Saúde, Associação de Diabetes ou Asilo de Mendigos na época da campanha? (0) Não→ PULE PARA A QUESTÃO C60 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C54) O(a) Sr(a) fez o teste mais de uma vez na campanha? (0) Não (1) Sim Quantas? ____ (8) NSA (9) IGN</p> <p>C55) O(a) Sr(a) lembra como foi o resultado do seu exame de açúcar no sangue? 1^o exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor ___ (888) NSA (999) IGN (SOMENTE PARA QUEM FEZ MAIS DE UM EXAME) 2^o exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor ___ (888) NSA (999) IGN 3^o exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor ___ (888) NSA (999) IGN</p> <p>C56) Após fazer o teste alguém lhe disse para procurar o médico? (0) Não→ PULE PARA A QUESTÃO C60 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C57) O(a) Sr(a) procurou o médico, foi consultar? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>JCAMP</i>__</p> <p><i>JTEST</i>__</p> <p><i>JFZTS</i>__ <i>JQTAS</i>__</p> <p><i>JEX1</i>__ __ __ <i>JEX2</i>__ __ __ <i>JEX3</i>__ __ __</p> <p><i>JIMED</i>__</p> <p><i>JCONS</i>__</p>

<p>C58) O médico pediu para o(a) Sr(a) fazer um outro exame do açúcar no sangue no laboratório? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60 Sim → SE SIM (1) O exame confirmou o açúcar alto (2) O exame deu normal (3) Pediu, mas o Sr(a) não foi ou não conseguiu fazer (8) NSA (9) IGN</p> <p>C59) O(a) Sr(a) está indo ao médico para tratar o açúcar no sangue, ou seja, diabetes? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>C60) Antes da campanha algum médico já tinha lhe dito que o(a) Sr(a) tinha: Açúcar no sangue? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Pressão alta? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Gordura no sangue, como por exemplo, colesterol ou triglicerídeos alterados? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C61) Algum de seus pais, ou algum de seus irmãos, ou algum de seus filhos, se o(a) Sr(a) tiver filhos, têm ou tiveram açúcar no sangue? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C62) Há dois anos atrás onde o(a) Sr(a) costumava consultar? (1) Posto de saúde (2) Ambulatório do hospital ou faculdade (3) Consultório médico particular ou convênio (4) Ambulatório de plano de saúde (5) Local não especificado (6) Outro local _____ (8)NSA</p>	<p><i>JOTEX</i>__</p> <p><i>JTTO</i>__</p> <p><i>JDIAB</i>__ <i>JHAS</i>__</p> <p><i>JGORD</i>__</p> <p><i>JHIST</i>__</p> <p><i>JOND</i>__</p>
AGORA FALAREMOS SOBRE VACINAS	
<p>C63) O(a) Sr(a) conhece uma vacina contra a gripe? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C70 (1) Sim (9) IGN</p> <p>C64) O(a) Sr(a) fez a vacina contra a gripe neste ano de 2003? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C66 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C65) Onde o(a) Sr(a) fez esta vacina no ano de 2003? (0) Serviço de saúde particular ou convênio (1) Serviço de saúde do SUS – posto de saúde ou outro (2) No local onde trabalha – hospital ou posto de saúde do SUS, Secretarias da Prefeitura (3) No local onde trabalha – empresa privada (4) Na farmácia (5) Outro local Qual? _____ (8) NSA (9) IGN</p> <p style="text-align: center;">PULE PARA A QUESTÃO C67</p>	<p><i>CVAC</i>__</p> <p><i>FEZVAC</i>__</p> <p><i>LUGVAC</i>__</p>

<p>C66) Porque o(a) Sr(a) não fez a vacina contra a gripe neste ano de 2003?</p> <p>(0) Quase nunca tenho gripe (1) A vacina é só para velhos (2) Gripe não é uma doença grave (3) A vacina não faz efeito (4) Vacina pode causar gripe (5) A vacina é injeção (6) Tenho alergia à vacina (7) Outro Qual? _____ (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>PQNAOVAC</i> __</p>
<p>C67) Como o(a) Sr(a) soube da vacinação contra a gripe neste ano de 2003?</p> <p>(0) Meios de comunicação: TV, rádio, jornal (1) Consulta médica ou posto de saúde (2) Local de trabalho (3) Amigo ou familiar (4) Outro Qual? _____ (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>CSVAC</i> __</p>
<p>C68) No ano passado o(a) Sr(a) fez a vacina contra a gripe?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>FEZVACAP</i> __</p>
<p>C69) O(a) Sr(a) sabe de quanto em quanto tempo deve ser feita a vacina contra a gripe?</p> <p>(0) Não sei (1) duas vezes por ano (2) Uma vez por ano (3) De 2 em 2 anos (4) De 3 em 3 anos (5) De 10 em 10 anos (6) Uma vez na vida (7) Outra _____ (9) IGN</p>	<p><i>FREQVAC</i> __</p>
<p>C70) Durante a campanha de vacinação contra a gripe deste ano, nos meses de abril até agosto, o(a) Sr(a) esteve no consultório de médico particular/convênio ou em um posto de saúde do SUS?</p> <p>(0) Não SIM → SE SIM (1) Consultei, acompanhei consulta ou outra atividade em serviço particular ou convênio (2) Consultei, acompanhei consulta ou outra atividade em posto de saúde do SUS (9) IGN</p>	<p><i>FOISS</i> __</p>
<p>C71) O médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem alguma destas doenças?</p> <p>Açúcar no sangue ou diabetes (0) Não (1) Sim (9) IGN Pressão alta ou hipertensão (0) Não (1) Sim (9) IGN Doença do coração (0) Não (1) Sim (9) IGN Doença crônica do pulmão (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p><i>DIAB</i> __ <i>HIPERT</i> __ <i>DCARD</i> __</p>

Doença crônica de rins	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	<i>DPULM</i> __
Tumor maligno ou câncer	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	<i>DRENAL</i> __
				<i>CANCER</i> __
C72) Neste ano de 2003 o(a) Sr(a) teve gripe com febre alta?	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	<i>GRIPE</i> __
AGORA FALAREMOS SOBRE DESLOCAMENTO PARA O TRABALHO				
C73) O(a) Sr(a) trabalha fora?	(0) Não	→ PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO		<i>GTRAB</i> __
	(1) Sim			
C74) Qual o meio de transporte o(a) Sr(a) usa para ir e voltar do trabalho?	(1) Vai a pé			<i>GTRANS</i> __
	(2) Bicicleta			
	(3) Motocicleta			
	(4) Ônibus			
	(5) Automóvel			
	(6) Outro Qual? _____			
	(8) NSA			
SE A RESPOSTA <u>NÃO</u> FOR BICICLETA (2) PULE PARA PRÓXIMA INSTRUÇÃO				
C75) Quantos dias da semana o(a) Sr(a) usa a bicicleta para ir trabalhar?	__ dias.	(8) NSA		<i>GDIAS</i> __
C76) Durante quanto tempo por dia o(a) Sr(a) anda de bicicleta, para ir e voltar do seu trabalho? Observar o tempo <u>total</u> diário	__ hora(s)	__ minutos	(888) NSA	<i>GTDIA</i> __ __ __
C77) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias de chuva para ir trabalhar?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>GCHUV</i> __
C78) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias de muito calor para ir trabalhar?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>GCALOR</i> __
C79) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias muito frio para ir trabalhar?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>GFRIO</i> __
C80) O(a) Sr(a) utiliza a bicicleta antes das 7 da manhã ou depois das 6 da tarde para ir ou voltar do trabalho?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	<i>GNOIT</i> __
C81) Desde <MÊS DO ANO PASSADO> o(a) Sr(a) sofreu algum acidente de bicicleta no caminho de casa para o trabalho ou na volta para casa, em que se machucou?	(0) Não	→ PULE PARA A QUESTÃO C84		<i>GACID</i> __
	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	
	SE SIM	Quantas vezes?	__ __ vez(es)	(88) NSA
C82) Qual o machucado mais grave que o(a) Sr(a) teve por causa do(s) acidente(s)?	(1) Arranhão ou escoriação			<i>GQACI</i> __ __
	(2) Batida forte			<i>GGRAV</i> __

<p>(3) Corte ou perfuração na pele (4) Fratura (quebra de osso) (5) Lesão de órgão interno (6) Outro machucado Qual? _____ (8) NSA</p>																																																									
<p>C83) Quantos dias o(a) Sr(a) precisou faltar ao trabalho por causa do acidente? (000) Nenhum ___ ___ Dia(s) (888) NSA</p>	<p>GFTRA ___ ___</p>																																																								
<p>C84) Agora eu gostaria de ver sua bicicleta, por favor.</p> <table border="0"> <tr> <td>Campainha (buzina)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GCAMP ___</td> </tr> <tr> <td>Refletor dianteiro</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GRDIA ___</td> </tr> <tr> <td>Refletor traseiro</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GRTRA ___</td> </tr> <tr> <td>Refletor lateral</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GRLAT ___</td> </tr> <tr> <td>Refletor nos pedais</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GRPED ___</td> </tr> <tr> <td>Espelho retrovisor ao lado esquerdo</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GRETR ___</td> </tr> <tr> <td>Freio funcionando</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GFREI ___</td> </tr> <tr> <td>Farolete Dianteiro</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GFARD ___</td> </tr> <tr> <td>Farolete Traseiro</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GFART ___</td> </tr> </table>	Campainha (buzina)	(0) Não	(1) Sim	GCAMP ___	Refletor dianteiro	(0) Não	(1) Sim	GRDIA ___	Refletor traseiro	(0) Não	(1) Sim	GRTRA ___	Refletor lateral	(0) Não	(1) Sim	GRLAT ___	Refletor nos pedais	(0) Não	(1) Sim	GRPED ___	Espelho retrovisor ao lado esquerdo	(0) Não	(1) Sim	GRETR ___	Freio funcionando	(0) Não	(1) Sim	GFREI ___	Farolete Dianteiro	(0) Não	(1) Sim	GFARD ___	Farolete Traseiro	(0) Não	(1) Sim	GFART ___																					
Campainha (buzina)	(0) Não	(1) Sim	GCAMP ___																																																						
Refletor dianteiro	(0) Não	(1) Sim	GRDIA ___																																																						
Refletor traseiro	(0) Não	(1) Sim	GRTRA ___																																																						
Refletor lateral	(0) Não	(1) Sim	GRLAT ___																																																						
Refletor nos pedais	(0) Não	(1) Sim	GRPED ___																																																						
Espelho retrovisor ao lado esquerdo	(0) Não	(1) Sim	GRETR ___																																																						
Freio funcionando	(0) Não	(1) Sim	GFREI ___																																																						
Farolete Dianteiro	(0) Não	(1) Sim	GFARD ___																																																						
Farolete Traseiro	(0) Não	(1) Sim	GFART ___																																																						
AGORA FALAREMOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS																																																									
<p>C85) Qual ou quais os métodos anticoncepcionais ou jeitos de evitar filhos que o(a) Sr(a) utiliza ou utilizou alguma vez na vida? (NÃO LER as alternativas e assinalar TODOS os métodos citados pela pessoa)</p> <table border="0"> <tr> <td>Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MPIL ___</td> </tr> <tr> <td>Camisinha masculina (preservativo/condom)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MCAMM ___</td> </tr> <tr> <td>Camisinha feminina</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MCAMF ___</td> </tr> <tr> <td>Ligadura de trompas (esterilização feminina)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MLIGA ___</td> </tr> <tr> <td>Vasectomia (esterilização masculina)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MVASE ___</td> </tr> <tr> <td>DIU (Dispositivo Intra-Uterino)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MDIU ___</td> </tr> <tr> <td>Diafragma</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MDIAF ___</td> </tr> <tr> <td>Geléia Espermaticida</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MGEL ___</td> </tr> <tr> <td>Método do Ritmo ou Tabelinha</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MTAB ___</td> </tr> <tr> <td>Coito Interrompido</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MCOIT ___</td> </tr> <tr> <td>Temperatura basal/Muco cervical</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MTEMP ___</td> </tr> <tr> <td>Anticoncepcional Injetável</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MINJ ___</td> </tr> <tr> <td>“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MEMER ___</td> </tr> <tr> <td>Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MOUT ___</td> </tr> </table> <p>(7) Nunca usou método anticoncepcional → PULE PARA A QUESTÃO C87 (8) NSA</p>	Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)	(0) Não	(1) Sim	MPIL ___	Camisinha masculina (preservativo/condom)	(0) Não	(1) Sim	MCAMM ___	Camisinha feminina	(0) Não	(1) Sim	MCAMF ___	Ligadura de trompas (esterilização feminina)	(0) Não	(1) Sim	MLIGA ___	Vasectomia (esterilização masculina)	(0) Não	(1) Sim	MVASE ___	DIU (Dispositivo Intra-Uterino)	(0) Não	(1) Sim	MDIU ___	Diafragma	(0) Não	(1) Sim	MDIAF ___	Geléia Espermaticida	(0) Não	(1) Sim	MGEL ___	Método do Ritmo ou Tabelinha	(0) Não	(1) Sim	MTAB ___	Coito Interrompido	(0) Não	(1) Sim	MCOIT ___	Temperatura basal/Muco cervical	(0) Não	(1) Sim	MTEMP ___	Anticoncepcional Injetável	(0) Não	(1) Sim	MINJ ___	“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência	(0) Não	(1) Sim	MEMER ___	Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)	(0) Não	(1) Sim	MOUT ___	
Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)	(0) Não	(1) Sim	MPIL ___																																																						
Camisinha masculina (preservativo/condom)	(0) Não	(1) Sim	MCAMM ___																																																						
Camisinha feminina	(0) Não	(1) Sim	MCAMF ___																																																						
Ligadura de trompas (esterilização feminina)	(0) Não	(1) Sim	MLIGA ___																																																						
Vasectomia (esterilização masculina)	(0) Não	(1) Sim	MVASE ___																																																						
DIU (Dispositivo Intra-Uterino)	(0) Não	(1) Sim	MDIU ___																																																						
Diafragma	(0) Não	(1) Sim	MDIAF ___																																																						
Geléia Espermaticida	(0) Não	(1) Sim	MGEL ___																																																						
Método do Ritmo ou Tabelinha	(0) Não	(1) Sim	MTAB ___																																																						
Coito Interrompido	(0) Não	(1) Sim	MCOIT ___																																																						
Temperatura basal/Muco cervical	(0) Não	(1) Sim	MTEMP ___																																																						
Anticoncepcional Injetável	(0) Não	(1) Sim	MINJ ___																																																						
“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência	(0) Não	(1) Sim	MEMER ___																																																						
Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)	(0) Não	(1) Sim	MOUT ___																																																						
<p>C86) Quando o(a) Sr(a) optou pelo último método anticoncepcional algum profissional de saúde do setor público ou do setor privado lhe deu informações sobre anticoncepção e/ou jeitos de evitar filhos?</p> <p>(0) Não (1) Sim, setor público (2) Sim, setor privado (8) NSA (9) IGN</p>	<p>MNAD ___</p> <p>MPROFS ___</p>																																																								
<p>C87) Quais as afirmativas sobre a pílula anticoncepcional estão corretas?</p> <p>a) Se esquecer de tomar a pílula anticoncepcional um dia deve-se tomar dois comprimidos juntos no dia seguinte no mesmo horário.</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>b) A pílula anticoncepcional deve ser tomada <u>somente</u> no dia ou na hora em que vai acontecer a relação sexual.</p>	<p>MESQPIL ___</p>																																																								

<p>acontecer a relação sexual. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>MHOPIL__</p>
<p>c) Mulheres que fumam e têm mais de 35 anos podem usar a pílula. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>MFUPIL__</p>
<p>d) Mulheres que têm pressão alta ou problemas no coração podem usar a pílula. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>MPAPIL__</p>
<p>C88) Quais as afirmativas sobre a camisinha estão corretas? a) Ao colocar a camisinha masculina deve-se apertar a ponta para evitar que ela arrebente. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>MCREB__</p>
<p>b) Além da camisinha masculina e feminina, existem outros métodos anticoncepcionais que ajudam a prevenir tanto a gravidez quanto às doenças sexualmente transmissíveis (DST). (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>MCDST__</p>
<p>C89) Quais as afirmativas sobre a ligadura de trompas estão corretas? a) A ligadura de trompas é indicada exclusivamente para pessoas que não querem ou não podem ter mais filhos. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>MLIGIND__</p>
<p>b) Mulheres que tentam desfazer a ligadura de trompas raramente conseguem ter mais filhos. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>MLIGFI__</p>
<p>C90) Quando começa um ciclo menstrual? (1) No primeiro dia da menstruação (2) No último dia da menstruação (3) No dia da ovulação (9) IGN</p>	<p>MINCLO__</p>
<p>C91) Numa mulher cujo ciclo menstrual é de 28 dias, a maior possibilidade de engravidar ocorre: (1) No 1º dia da menstruação (2) No último dia da menstruação (3) No 14º dia após o início da menstruação (4) No 14º dia após o término da menstruação (5) Igual em todos os dias do mês (9) IGN</p>	<p>MRISCO__</p>
<p>C92) O(a) Sr(a) tem filhos? (0) Não (9) IGN (1) Sim. Quantos? _____ (88) NSA (99) IGN Com que idade teve o 1º filho? _____ (88) NSA (99) IGN</p>	<p>MTFIL__ MNFIL__ MPRIMF__</p>
<p>SE O ENTREVISTADO FOR <u>HOMEM</u></p>	
<p>C93.a) O Sr. já engravidou alguém que não queria ou não podia estar grávida?</p>	

(0) Não → PULE PARA A PROXIMA INSTRUÇÃO

(1) Sim (8) NSA (9) IGN

MGINDH__

SE O ENTREVISTADO FOR MULHER

C93.b) A Sra. já esteve grávida alguma vez que não queria ou não podia estar grávida?

(0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO

(1) Sim (8) NSA (9) IGN

MGINDM__

C94) O(a) Sr(a) e/ou o(a) seu(sua) companheiro(a) estava usando algum método anticoncepcional? (0) Não (8) NSA (9) IGN

(1) Sim. **Qual?** (NÃO LER as alternativas e assinalar TODOS os métodos citados pela pessoa).

MGIND__

Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral) (0) Não (1) Sim

Camisinha masculina (preservativo/condom) (0) Não (1) Sim

Camisinha feminina (0) Não (1) Sim

Ligadura de trompas (esterilização feminina) (0) Não (1) Sim

Vasectomia (esterilização masculina) (0) Não (1) Sim

DIU (Dispositivo Intra-Uterino) (0) Não (1) Sim

Diafragma (0) Não (1) Sim

Geléia Espermaticida (0) Não (1) Sim

Método do Ritmo ou Tabela (Abstinência periódica) (0) Não (1) Sim

Coito Interrompido (0) Não (1) Sim

Temperatura basal/Muco cervical (0) Não (1) Sim

Anticoncepcional Injetável (0) Não (1) Sim

“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência (0) Não (1) Sim

Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos) (0) Não (1) Sim

(8) NSA

MGPIIL__

MGCAMM__

MGCAMF__

MGLIGA__

MGVASE__

MGDIU__

MGDIAF__

MGGEL__

MGTABE__

MGCOIT__

MGTEMP__

MGINJ__

MGEMER__

MGOUT__

AS QUESTÕES C95 A C101 DEVEM SER RESPONDIDAS POR HOMENS E MULHERES COM IDADE ATÉ 64 ANOS 11 MESES E 29 DIAS
AGORA FALAREMOS SOBRE DOR DE CABEÇA NO ÚLTIMO ANO

C95) Desde <MÊS> do ano passado o(a) Sr(a) teve dor de cabeça?

(0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO

(1) Sim

EDORC__

C96) Quantos ataques de dor de cabeça o(a) Sr(a) teve desde <MÊS> do ano passado?

(0) menos de 5 ataques

(1) 5 ataques ou mais

(8) NSA (9) IGN

EATAQ__

C97) De um modo geral, se o(a) Sr(a) não tomar remédio ou se o remédio não adiantar, esses ataques de dor de cabeça duram:

(1) Até 4 horas

(2) Mais de 4 horas a 3 dias

(3) Mais de 3 dias

(8) NSA (9) IGN

EDUR__

<p>C98) Em cada ataque de dor de cabeça, a dor de um modo geral, no início, é: (1) Somente em um dos lados da cabeça (2) Às vezes em um lado, às vezes nos dois lados da cabeça (3) Dos dois lados da cabeça ao mesmo tempo (8) NSA (9) IGN</p> <p>C99) Essa dor de cabeça, de um modo geral, é: (1) Latejante/pulsátil (2) Em pressão ou aperto (3) Em fisgada ou pontada (4) Outro modo (8) NSA (9) IGN</p> <p>C100) Essa dor de cabeça, de um modo geral: (0) Não atrapalha suas atividades do dia-a-dia (1) Atrapalha um pouco suas atividades do dia-a-dia (2) Atrapalha totalmente suas atividades do dia-a-dia (8) NSA (9) IGN</p> <p>C101) Quando o(a) Sr (a) sente dor de cabeça: Ela é acompanhada de vontade de vomitar ou enjôo? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Ela piora na presença de luz ou claridade? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Ela piora com barulhos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Ela piora com atividades como caminhar, subir escadas, abaixar-se? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>ELOC</i>__</p> <p><i>ETIP</i>__</p> <p><i>EATIV</i>__</p> <p><i>ENAU</i>__</p> <p><i>ECLAR</i>__</p> <p><i>EBARU</i>__</p> <p><i>EPIAT</i>__</p>
--	--

AS QUESTÕES C102 A C110 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR HOMENS
COM 20 ANOS OU MAIS
AGORA FALAREMOS SOBRE RENDIDURA OU HÉRNIA NA VIRILHA

<p>C102) O Sr. tem ou já teve rendidura ou hérnia na virilha? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C105 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C103) Há quanto tempo o Sr. sabe que tem rendidura ou hérnia na virilha? ___ ano(s) ___ meses</p> <p>C104) O Sr. já foi operado de rendidura ou hérnia na virilha? (000) Não Sim → SE SIM: Há quanto tempo? ___ ano(s) ___ meses (888) NSA (999) IGN</p> <p>C105) O Sr. tem algum parente: pai, mãe, irmão, irmã, filho, filha, que tem ou teve rendidura ou hérnia na virilha? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C106) Com que frequência o Sr. costuma praticar exercícios abdominais? (0) Nunca (1) Menos de uma vez por semana (2) Uma vez por semana (3) Duas ou mais vezes por semana</p>	<p><i>HERNIA</i>__</p> <p><i>HIMES</i>_____</p> <p><i>HOPMES</i> — — —</p> <p><i>HIHF</i>__</p> <p><i>HABD</i>__</p>
--	---

<p>(8) NSA (9)IGN</p> <p>C107) O Sr. costuma ter prisão de ventre? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C108) O Sr. costuma ter tosse sem estar resfriado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C109) Com que frequência o Sr. levanta ou carrega peso durante sua jornada de trabalho ou em outra atividade? (0) nunca (1) raramente (2) geralmente (3) sempre (8) NSA (9) IGN</p> <p>C110) Quantos lances de escada ou andares de escada o Sr. costuma subir diariamente em casa ou no trabalho? _____ lances/dia (00) Se não utiliza escada diariamente (88) NSA (99) IGN</p> <p>QUEREMOS AVISAR O SR. QUE PARA UMA PESQUISA COMPLEMENTAR, UM MÉDICO PODE VIR LHE FAZER UMA NOVA VISITA NOS PRÓXIMOS DIAS.</p> <p>Horário do término da entrevista _____ :</p>	<p><i>HOBST</i>__</p> <p><i>HTOSSE</i>__</p> <p><i>HLVPSO</i>__</p> <p><i>HSOBES</i>__</p>
--	--

AS QUESTÕES C111 A C120 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR MULHERES COM IDADE ENTRE 20 E 49 ANOS 11 MESES E 29 DIAS SE FOR MULHER E TIVER IDADE ENTRE 50 E 59 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS, PULAR PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO AGORA FALAREMOS SOBRE A SAÚDE DA MULHER

<p>C111) Nos últimos três meses, a Sra. menstruou normalmente? (0)Não → PULE PARA A QUESTÃO C119 (1) Sim (9) IGN</p> <p>VAMOS FALAR DAS SUAS TRÊS ÚLTIMAS MENSTRUações. GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE <u>SENTIMENTOS</u> QUE APARECEM NA SEMANA ANTES DA MENSTRUação E QUE DESAPARECEM LOGO QUE INICIA A MENSTRUação. SÓ RESPONDA SOBRE OS SENTIMENTOS QUE APARECEM ANTES DA MENSTRUação E QUE DESAPARECEM APÓS MENSTRUAR. AQUELES QUE DURAM O MÊS INTEIRO NÃO DEVEM SER CONSIDERADOS.</p> <p>C112) Na semana anterior as três últimas menstruações a Sra.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ficou triste, com vontade de chorar? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Ficou com muita raiva de alguém? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Ficou irritada, “briguenta” ou de mau humor? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Sentiu que estava muito nervosa ou tensa? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Sentiu que estava muito confusa? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Ficou com vontade de se isolar, de não ver ninguém? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Sentiu que estava mais cansada do que o habitual ou com muito trabalho? (0)Não (1)Sim (9) IGN <p>VAMOS FALAR AINDA DAS SUAS TRÊS ÚLTIMAS MENSTRUações. GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE <u>ALTERAÇÕES EM SEU CORPO</u> QUE APARECEM NA SEMANA ANTES DA MENSTRUação E QUE DESAPARECEM LOGO QUE INICIA A</p>	<p><i>SMENS</i>__</p> <p><i>STRIS</i>__</p> <p><i>SRAIV</i>__</p> <p><i>SIRIT</i>__</p> <p><i>SNERV</i>__</p> <p><i>SCONF</i>__</p> <p><i>SISOL</i>__</p> <p><i>SCANS</i>__</p>
---	---

MENSTRUACÃO.

SÓ RESPONDA SOBRE AS ALTERAÇÕES EM SEU CORPO QUE APARECEM ANTES DA MENSTRUACÃO E QUE DESAPARECEM APÓS MENSTRUAR. AQUELAS QUE DURAM O MÊS INTEIRO NÃO DEVEM SER CONSIDERADAS.

C113) Na semana anterior as três últimas menstruações a Sra. teve:

- Dor ou aumento de tamanho nos seios? (0) Não (1) Sim (9) IGN
- Inchaço na barriga, sensação de peso ou desconforto? (0) Não (1) Sim (9) IGN
- Dor de cabeça? (0) Não (1) Sim (9) IGN
- Inchaço nas mãos ou nas pernas? (0) Não (1) Sim (9) IGN
- Ganho de peso? (0) Não (1) Sim (9) IGN
- Dor nas costas, nas juntas ou nos músculos? (0) Não (1) Sim (9) IGN

SEIOS __

SBARG __

SCABE __

SMAOP __

SGPES __

SDORJ __

C114) Algum dos problemas perguntados acima:

- Atrapalhou seu relacionamento em casa? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN
- Precisou que faltasse à escola? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN
- Precisou que faltasse ao trabalho? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN
- Outros problemas: _____

SDIFA __

SFALS __

SFALT __

SDIF __

C115) A Sra. acha que tem TPM ou Síndrome Pré-menstrual?

- (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C117 (1) Sim (9) IGN

STPM __

C116) A Sra. fez ou está fazendo tratamento para TPM ou Síndrome Pré-menstrual?

- (0) Não (1) Sim, está fazendo (2) Fez, mas já parou (9) IGN

STRAT __

C117) A Sra. toma algum hormônio ou remédio para a menopausa?

- (0) Não (1) Sim (9) IGN

SREME __

C118) A Sra. tem dor de cabeça 1 a 2 dias antes, ou durante a menstruação?

- (0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN

EMEN __

C119) A senhora usa pílula ou injeção para não engravidar?

- (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO
- (1) Sim (8) NSA (9) IGN

EPIL __

C120) O uso de pílula ou injeção para não engravidar faz aumentar seus ataques de dor de cabeça?

- (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

EAUM __

AS QUESTÕES C121 A C130 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR MULHERES COM IDADE ENTRE 20 E 59 ANOS 11 MESES E 29 DIAS

AGORA FALAREMOS SOBRE EXAMES DE PREVENÇÃO

C121) A Sra já ouviu falar no câncer do colo do útero ou do câncer do útero?

- (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

CCAN __

C122) Existe um exame preventivo do câncer do colo do útero, também conhecido como pré-câncer. A Sra já ouviu falar deste exame?

- (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C128
- (1) Sim (8) NSA (9) IGN

CPREC __

C123) A Sra já fez este exame?

<p>(00) Não (88) NSA (99) IGN Sim → SE SIM: quantas vezes? __ __ A Sra fez este exame no Posto de Saúde durante a Campanha de 2002? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>SE JÁ FEZ ESTE EXAME ALGUMA VEZ, PULE PARA A QUESTÃO C125</p> <p>C124) Por que a Sra nunca fez este exame? (marcar a resposta dada pela entrevistada na coluna (1), a seguir <u>LER AS OPÇÕES</u> e marcar as respostas nas colunas (2) e (3). Se a primeira resposta for a opção “f”, não ler as demais).</p> <p>a) Acha que vai doer (1)Sim, esp. (2)Sim, ind. (3)Não b) Tem medo que dê câncer (1)Sim, esp. (2)Sim, ind. (3)Não c) Não sabe onde faz (1) Não Sabe, esp. (2)Não sabe, ind. (3)Sabe d) O médico não pediu este exame (1) Não pediu esp. (2)Não pediu, ind. (3)Pediu e) Sente vergonha (1)Sim, esp. (2)Sim, ind. (3)Não f) Nunca teve relações sexuais (não ler) (1) Nunca teve, esp. (9) IGN (6) Outra opção _____ (8) NSA (9) IGN</p> <p>PULE PARA A QUESTÃO C128</p> <p>C125) Há quanto tempo a Sra fez este exame? Pela última vez __ __ anos __ __ meses E antes desta última vez __ __ anos __ __ meses (8888) NSA (9999) IGN</p> <p>C126) Onde a Sra costuma fazer este exame para evitar o câncer do colo do útero? (1) Posto de saúde, hospital, ambulatório do <u>SUS</u> ou Faculdade de Medicina (2) Clínica ou consultório por <u>convênio</u> (3) Clínica ou consultório <u>particular</u> (4) Outro _____</p> <p>C127) O resultado deste exame demora alguns dias para ficar pronto. A Sra ficou sabendo o resultado do último exame que evita o câncer do colo do útero? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C128) Este exame serve para ver se tem câncer no colo do útero. A Sra acha que este tipo de câncer tem cura? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C129) A Sra consultou com ginecologista de <MÊS> do ano passado pra cá? (0) Não Sim → SE SIM: (1)SUS (2)Convênio (3)Particular (8) NSA (9) IGN</p> <p>C130) A Sra acha que o exame ginecológico dói? (0) Não Sim SE SIM (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (8) NSA (9) IGN</p> <p>Horário do término da entrevista _____ :</p>	<p>CFEZIP__ __</p> <p>C2002__</p> <p>CDOI__</p> <p>CMEDO__</p> <p>CNOND__</p> <p>CNPED__</p> <p>CVERG__</p> <p>CNREL__</p> <p>COUTR__</p> <p>CULPR</p> <p>CPNPR</p> <p>CONFZ__</p> <p>CSABU__</p> <p>CCACU__</p> <p>CGANO__</p> <p>CEXDO__</p>
---	--

ANEXO 4

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0034-8910
versão impressa

- [Categorias de artigos](#)
- [Autoria](#)
- [Processo de julgamento dos manuscritos](#)
- [Preparo dos manuscritos](#)
- [Envio dos manuscritos](#)

Estas instruções estão baseadas na tradução do documento "Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos", publicado na Revista de Saúde Pública 1999; 33(1). *No que couber e para efeito de complementação das informações, recomenda-se consultar esse citado documento.*

A Revista de Saúde Pública é um periódico especializado, internacional, aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional, arbitrada e distribuída a leitores do Brasil e de vários outros países.

Tem por finalidade publicar contribuições científicas originais sobre temas relevantes para a saúde pública, seja no âmbito do país, seja no âmbito internacional.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista de Saúde Pública, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. O(s) autor(s) deverá(ão) assinar e encaminhar declaração de acordo com o modelo no Anexo.

Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, em inglês ou em espanhol, em quatro vias, para o Editor Científico.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial em outros periódicos, como a tradução para outro idioma sem a autorização do Conselho de Editores. Desta forma, todos os trabalhos, quando submetidos à publicação, deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais, que pode ser obtida clicando [aqui](#), contendo assinatura de cada um dos autores, cujo modelo está no Anexo.

Categorias de Artigos

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a Revista de Saúde Pública publica revisões (a convite), atualizações, notas e informações, cartas ao editor, editoriais, além de outras categorias de artigos.

Artigos originais - São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem ter a objetividade como princípio básico. O autor deve deixar claro quais as questões que pretende responder

- Devem ter de *2.000 a 4.000 palavras*, excluindo tabelas, figuras e referências.
- *As tabelas e figuras devem ser limitadas a 5 no conjunto*, recomendando incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de *valor não representativo*. Quanto às *figuras*, não são aceitas aquelas que *repetem dados de tabelas*.

- *As referências bibliográficas estão limitadas a 15*, devendo incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada, havendo, todavia, flexibilidade. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.

A estrutura dos artigos é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A ***Introdução*** deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento ("estado da arte") que serão abordadas no artigo. Os ***Métodos*** empregados, a população estudada, a fonte de dados e critérios de seleção, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de ***Resultados*** deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. *Devem ser separados da Discussão*. A ***Discussão*** deve começar apreciando as limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, extraíndo as conclusões e indicando os caminhos para novas pesquisas.

Revisões - Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Sua extensão é de *5.000 palavras*.

Atualizações - São trabalhos descritivos e interpretativos baseados na literatura recente sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo. Sua extensão deve ser

de *3.000 palavras*.

Notas e Informações - São relatos curtos decorrentes de estudos originais ou avaliativos. Podem incluir também notas preliminares de pesquisa, contendo dados inéditos e relevantes para a saúde pública.

- Devem ter de *800 a 1.600 palavras* (excluindo tabelas, figuras e referências) *uma tabela/figura e 5 referências*.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

Cartas ao Editor - Inclui cartas que visam a discutir artigos recentes publicados na Revista ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Não devem exceder a *600 palavras* e a *5 referências*

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Manuscritos com mais de 6 autores devem ser acompanhados por declaração certificando explicitamente a contribuição de cada um dos autores elencados (ver [modelo](#)). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção "Agradecimentos". A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no

rodapé da página.

Cada manuscrito deve indicar o nome de um autor responsável pela correspondência com a Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone, fax e e.mail.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos à Revista, que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados aos Editores Associados que considerarão o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os manuscritos são encaminhados aos relatores previamente selecionados pelo Editores Associados.

Cada manuscrito é enviado para três relatores de reconhecida competência na temática abordada.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelo Conselho de Editores. Cópias dos pareceres são encaminhados aos autores e relatores, estes por sistema de troca entre eles.

Manuscritos recusados - Manuscritos não aceitos não serão devolvidos, a menos que sejam solicitados pelos respectivos autores. Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Manuscritos aceitos - Manuscritos aceitos ou aceitos sob condição poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações no processo de editoração e normalização

de acordo com o estilo da Revista.

Preparo dos manuscritos

- Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as "Instruções aos Autores" da Revista.
- Os manuscritos devem ser digitados em uma só face, com **letras arial, corpo 12**, em folha de papel branco, tamanho ofício, mantendo margens laterais de 3 cm, espaço duplo em todo o texto, incluindo página de identificação, resumos, agradecimentos, referências e tabelas.
- Cada manuscrito deve ser enviado em 4 vias. Quando aceito para publicação, deve ser encaminhada uma cópia do manuscrito em disquete 3/2, programa Word 95/97.
- Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação.

Página de identificação - Deve conter:

- a) Título do artigo, que deve ser conciso e completo, evitando palavras supérfluas. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais importante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância. Deve ser apresentada a versão do título para o **idioma inglês**.
- b) Indicar no rodapé da página o título abreviado, com até 40 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

- c) Nome e sobrenome de cada autor pelo qual é conhecido na literatura.
- d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço.
- e) Nome do departamento e da instituição no qual o trabalho foi realizado.
- f) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.
- g) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.
- h) Se foi baseado em tese, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada.
- i) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Resumos e Descritores - Os manuscritos para as seções Artigos Originais, Revisões, Atualização e similares devem ser apresentados contendo dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito foi escrito em espanhol, deve ser acrescentado um resumo nesse idioma. Para os **artigos originais** os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 250 palavras, destacando o principal objetivo e os métodos básicos adotados, informando sinteticamente local, população e amostragem da pesquisa; apresentando os resultados mais relevantes, quantificando-os e destacando sua importância estatística; apontando as conclusões mais importantes, apoiadas nas evidências relatadas,

recomendando estudos adicionais quando for o caso.

Para as demais seções, o formato dos resumos deve ser o **narrativo**, com até 250 palavras. Basicamente deve ser destacado o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. Abreviaturas e siglas devem ser evitadas; citações bibliográficas não devem ser incluídas em qualquer um dos dois tipos.

Descritores devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" (LILACS), quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical Subject Headings \(Mesh\)](#), quando acompanharem os "Abstracts" . Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos" desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outros.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver (RSP, vol. 33(1) p. 11-13). Os títulos de periódicos

devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grifados. Publicações com 2 autores até o limite de 6 citam-se todos; acima de 6 autores, cita-se o primeiro seguido da expressão latina et al.

Exemplos:

Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1988. *Rev. Saúde Pública* 1988; 32: 79-83.

Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo; EDUSP; 1992.

Laurenti R. A medida das doenças. In: Forattini, OP. *Epidemiologia geral*. São Paulo: Artes Médicas; 1996. p. 64-85.

Martins IS. *A dimensão biológica e social da doença*. São Paulo, 1985 [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1985.

Rocha JSY, Simões BJG, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. *Rev Saúde Pública* [periódico on line] 1997; 31(5). Disponível em URL: <http://www.fsp.usp.br/~rsp> [1998 Mar 23].

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos", RSP;33(1)1999.

Referências a comunicação pessoal, trabalhos inéditos ou em andamento e artigos submetidos a publicação não devem constar da listagem de Referências. Quando essenciais, essas citações

podem ser feitas no rodapé da página do texto onde foram indicadas.

A identificação das referências no texto, nas tabelas e figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. Esse número deve ser colocado em expoente, podendo ser acrescido do nome(s) do(s) autor(es) e ano da publicação. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pela conjunção "e"; se forem mais de três, cita-se o primeiro autor seguida da expressão "et al".

Exemplo:

Terris et.al.⁸ (1992) atualiza a clássica definição de saúde pública elaborada por Winslow.

O fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante parece evidente^{9,12,15}.

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas em folhas separadas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabelas extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos

submetidos à publicação. Tabelas consideradas adicionais pelo Editor não serão publicadas, mas poderão ser colocadas à disposição dos leitores, pelos respectivos autores, mediante nota explicativa.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas em folha à parte; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Figuras coloridas não são publicadas, a não ser que sejam custeadas pelo autor do manuscrito. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Abreviaturas e Siglas - Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecem nas tabelas e nas figuras devem ser acompanhadas de explicação quando seu significado não for conhecido. Não devem ser usadas no título e no

resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

[Clique aqui para verificar um resumo dos itens exigidos para apresentação dos manuscritos](#)

Envio dos manuscritos

Os manuscritos devem ser endereçados ao Editor Científico da Revista, em quatro vias em papel (uma original e três cópias) para o seguinte endereço:

Prof. Dr. Oswaldo Paulo Forattini
Editor Científico da Revista de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da USP
Av. Dr. Arnaldo, 715
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2002 *Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo*

Avenida Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo SP - Brasil
Tel./Fax: (55 11) 3068-0539

revsp@org.usp.br