



Etiqueta com Nome,  
endereço e número de  
ordem

## PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR APOSENTADOS BRASILEIROS

Tentativas	Data	Resultado	Agendamento	Motivo	Entrevistador
Primeira	__ / __		__ / __		
Segunda	__ / __		__ / __		
Terceira	__ / __		__ / __		

Horário início: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Horário término: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**PARTE A - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS**

A.1 IDENTIFICAÇÃO (IDENT): \_\_\_\_\_

A.2 Número de ORDEM: \_\_\_\_\_

A.3 O Sr.(a). recebeu, pelo correio, um questionário sobre uso de medicamentos, igual a este? **mostrar um exemplar**

Uma vez ..... 1

Duas vezes..... 2

Não recebeu ..... 3

NI ..... 9

A.4 O Sr.(a). respondeu a este questionário?

Na primeira vez..... 1

Na segunda vez..... 2

Nas duas vezes ..... 3

Respondeu mas não enviou..... 4

Não respondeu..... 5

NA..... 8

NI ..... 9

**Se não respondeu, motivo:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NA = 8    NI = 9

Agora vou fazer algumas perguntas sobre o(a) Sr(a).

A..5 Em que dia, mês e ano o(a) Sr(a) nasceu? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NÃO SABE = 08/08/88

NI = 09/09/99

O(a) Sr(a) pode confirmar o endereço daqui para mim?

**A.6 Acertou a rua:**

- Sim ..... 1  
Não..... 2  
NI ..... 9

**A.7 Acertou o número:**

- Sim ..... 1  
Não..... 2  
NI ..... 9

**A.8 Acertou o bairro:**

- Sim ..... 1  
Não..... 2  
NI ..... 9

**A.9 Sexo:**

- Masculino ..... 1  
Feminino ..... 2  
NI ..... 9

**A.10 O(a) Sr(a) mora em:**

- Casa ou apartamento próprio, ou de seus familiares ou de seus amigos..... 1  
Casa ou apartamento alugado, pelo(a) Sr(a) ou pelos seus familiares ou pelos seus amigos ..... 2  
Casa ou apartamento emprestado, para o(a) Sr(a) ou para seus familiares ou para seus amigos ..... 3

Quarto ou cômodo, alugado ou emprestado .....	4	
Hotel ou alojamento .....	5	
Casa ou clínica geriátrica .....	6	
Asilo .....	7	
Outro tipo de moradia .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>Se outro, especificar:</b> _____ NI = 9		<input type="checkbox"/>
<b>A.11 Quem mora com o(a) Sr(a)? não ler as alternativas</b>		
Mora só .....	1	
Esposa/esposo .....	2	
Filho(s) .....	4	
Neto(s) .....	8	
Outros parentes .....	16	
Outras pessoas .....	32	
NI .....	99	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>A.12 O(a) Sr(a) estudou? Qual a sua escolaridade? não ler as alternativas</b>		
Completo o curso superior .....	1	
Completo o 2º grau (científico, técnico, magistério, clássico)..	2	
Completo o 1º grau (curso ginasial) .....	3	
Completo o curso primário .....	4	
Frequentou curso de alfabetização de adultos .....	5	
Tem o primário incompleto .....	6	
Nunca estudou .....	7	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>

<p><b>A.13 O(a) entrevistado(a) precisou de ajuda para responder a Parte A:</b></p> <p>Sim ..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>NI ..... 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>PARTE B - SAÚDE EM GERAL E USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE</b></p>	
<p>A partir de agora, quero saber algumas informações sobre a sua saúde e o uso de serviços de saúde pelo(a) Sr(a).</p>	
<p><b>B.1 De um modo geral, como o(a) Sr(a) considera seu próprio estado de saúde?</b></p>	
<p>Muito bom ..... 1</p> <p>Bom ..... 2</p> <p>Regular ..... 3</p> <p>Ruim ..... 4</p> <p>Muito ruim ..... 5</p> <p>NI ..... 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>B.2 Nos últimos 15 dias, o(a) Sr(a) deixou de fazer alguma de suas atividades habituais, como por exemplo, sair de casa, passear ou trabalhar, por motivo de saúde? <b>não ler as alternativas</b></b></p>	
<p>Não ..... 2</p> <p>Sim ..... 1</p> <p>NI ..... 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>B.3 Nos últimos 15 dias o(a) Sr(a) esteve de cama por motivo de saúde? <b>não ler as alternativas</b></b></p>	
<p>Não ..... 2</p> <p>Sim ..... 1</p> <p>NI ..... 9</p>	<input type="checkbox"/>

B.4 De 1 ano para cá, quantas vezes o(a) Sr(a) consultou um médico?

- Nenhuma vez ..... 1
- 1 vez ..... 2
- 2 ou 3 vezes ..... 3
- 4 ou 5 vezes ..... 4
- Mais de 5 vezes ..... 5
- NI ..... 9

B.5 De 1 ano para cá, quantas vezes o(a) Sr(a) esteve internado em um hospital? Considere internação quando o(a) Sr. (a.) dormiu no hospital **pelo menos 1 noite**, por motivo de saúde.

- Nenhuma vez ..... 1
- 1 vez ..... 2
- 2 vezes ou mais ..... 3
- NI ..... 9

B.6 Além do atendimento prestado pelo SUS, o(a) Sr(a) tem algum plano de saúde particular? **não ler as alternativas**

- Não ..... 2
- Sim ..... 1
- NI ..... 9

**Se Não, vá para a pergunta B.8**

**Se Sim, continue em B.7**

B.7 O seu plano de saúde particular paga ou fornece remédios para o(a) Sr(a)? **não ler as alternativas**

- Não ..... 2
- Sim ..... 1
- NA ..... 8
- NI ..... 9

B.8 Qual é o problema que mais lhe aborrece quando o(a) Sr(a) precisa de serviços médicos? Vou ler alguns problemas, por favor escolha apenas 1 deles.

- É difícil chegar no local de atendimento (sem transporte ou fica longe de casa) ..... 1
- É difícil marcar a consulta médica (tem que ficar na fila) ..... 2
- O preço dos serviços é muito caro ..... 3
- É difícil conseguir um médico que lhe atenda na hora que o(a) Sr(a) precisa ..... 4
- Não tem dificuldades quando precisa de serviços médicos ..... 5
- Não precisa de serviços médicos ..... 6
- Outro problema ..... 7
- NI ..... 9

**Se outro, especificar:**

\_\_\_\_\_

NA = 8 NI = 9

Alguma vez na vida um médico ou outro profissional de saúde disse que o(a) Sr(a) tem ou teve alguma das seguintes doenças:

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>NI</b>	
B.9 Diabetes (açúcar no sangue) .....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
B.10 Artrite, artrose ou reumatismo .....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
B.11 Infarto .....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
B.12 Asma .....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
B.13 Depressão .....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
B.14 Problemas de audição (ouvido) .....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
B.15 Pressão alta .....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
B.16 Angina .....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
B.17 Ataque do coração .....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
B.18 Bronquite .....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
B.19 Problemas de visão .....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
B.20 Derrame .....	1	2	9	<input type="checkbox"/>
B.21 Outras .....	1	2	9	<input type="checkbox"/>

**Se outras, especificar:** \_\_\_\_\_

NI = 9

**B.22 O(a) entrevistado(a) precisou de ajuda para responder a Parte B:**

Sim .....	1		
Não .....	2		
NI .....	9		<input type="checkbox"/>

**PARTE C - USO DE MEDICAMENTOS**

A partir de agora eu vou fazer algumas perguntas sobre o uso de remédios pelo(a) Sr(a).

C.0.1 O(a) Sr(a) usa remédios regularmente? **não ler as alternativas**

- Não..... 2
- Sim ..... 1
- NI ..... 9

**Caso ele não use remédios, vá para a pergunta C.0.4**

C.0.2 O(a) Sr(a) precisa de ajuda de outra pessoa para tomar os seus remédios?

- Nunca..... 2
- Às vezes ..... 1
- Quase sempre ..... 3
- NA ..... 8
- NI ..... 9

C.0.3 Quantos reais o(a) Sr(a) gastou com remédios **para seu próprio uso** nos últimos 30 dias (no último mês)? **não ler as alternativas**

- Algum valor ..... 1
- Não sabe o valor ..... 2
- Não gastou nada ..... 3
- NA ..... 8
- NI ..... 9

**Se não sabe o valor, especificar o motivo:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NA= 8

NI = 9

**Se sabe o valor, especificá-lo:**

R\$ \_\_\_\_\_,00

NA = 8888

NI = 9999

**C.0.4 Nos últimos 15 dias, o(a) Sr(a) usou remédios? não ler as alternativas**

Não ..... 2

Sim ..... 1

NI ..... 9

**Se Não, passar para C.31**

**Se Sim, continuar em C.1.1**

Agora eu peço ao Sr(a) para trazer todas as embalagens, bulas ou receitas dos remédios que usou nos **últimos 15 dias**. Mesmo que algum remédio tenha acabado, pode trazer a(s) embalagem(ns) ou a(s) bula(s) ou a(s) receita(s).

Não esqueça as vitaminas, os remédios para gripe e também aqueles usados na pele e nos olhos (colírios, pomadas).

**Aguarde até que ele(a) traga os remédios para você prosseguir. Não é necessário registrar remédios feitos em casa, como os chás, ervas e raízes, nem os remédios homeopáticos.**

**MEDICAMENTO 1**

C.1.1 Nome do medicamento: \_\_\_\_\_

NA = 8            NI = 9

C.1.2 Dose: \_\_\_\_\_            NA = 8            NI = 9

C.1.3 Laboratório fabricante: \_\_\_\_\_

NA = 88            NI = 99

C.1.4 Forma farmacêutica:

Comprimido ou cápsula ..... 1

Xarope ou solução oral (líquido) ..... 2

Aerosol ou spray ..... 3

Injeção ..... 4

Pomada ou creme ..... 5

Outra ..... 6

NA ..... 8

NI ..... 9

**Se outra, especificar:** \_\_\_\_\_

NA = 8            NI = 9

C.1.5 Há quanto tempo o(a) Sr(a) usa este remédio?

Menos de 1 ano ..... 1

1 ano ou mais ..... 2

NA ..... 8

NI ..... 9

C.1.6 Onde este remédio foi recomendado ou receitado para o(a) Sr(a)? <b>não ler as alternativas</b>		
Amigos, parentes ou vizinhos .....	1	
No rádio, TV ou jornal .....	2	
Na farmácia .....	3	
Na consulta com o dentista .....	4	
Na consulta com o médico .....	5	
Não sabe .....	6	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
C.1.7 Onde o(a) Sr(a) conseguiu este remédio <b>pela última vez?</b> <b>não ler as alternativas</b>		
Na farmácia do SUS ou pública .....	1	
Na farmácia comercial .....	2	
Na igreja ou sindicato .....	3	
Em outro lugar .....	4	
Não sabe .....	5	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
C.1.8 O(a) Sr(a) tem algum problema para conseguir este remédio? Qual? <b>não ler as alternativas</b>		
Não tem problema .....	2	
Não tem na farmácia do SUS .....	1	
Outro problema .....	3	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>

<p><b>Se outro problema, especificar:</b> _____</p> <p>_____ NA = 8      NI = 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>C.1.9 O(a) entrevistado(a) apresentou comprovante de uso do medicamento 1?</b></p> <p>Sim..... 1</p> <p>Não..... 2</p> <p>NI ..... 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>MEDICAMENTO 2</b></p>	
<p>C.2.1 Nome do medicamento: _____</p> <p>NA = 8      NI = 9</p>	
<p>C.2.2 Dose: _____ NA = 8      NI = 9</p>	
<p>C.2.3 Laboratório fabricante: _____</p> <p>NA = 88      NI = 99</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>C.2.4 Forma farmacêutica:</p> <p>Comprimido ou cápsula ..... 1</p> <p>Xarope ou solução oral (líquido) ..... 2</p> <p>Aerosol ou spray ..... 3</p> <p>Injeção ..... 4</p> <p>Pomada ou creme ..... 5</p> <p>Outra ..... 6</p> <p>NA ..... 8</p> <p>NI ..... 9</p>	<input type="checkbox"/>

<b>Se outra, especificar:</b> _____		
NA = 8	NI = 9	<input type="checkbox"/>
<b>C.2.5 Há quanto tempo o(a) Sr(a) usa este remédio?</b>		
Menos de 1 ano .....	1	
1 ano ou mais .....	2	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>C.2.6 Onde este remédio foi recomendado ou receitado para o(a) Sr(a)? <b>não ler as alternativas</b></b>		
Amigos, parentes ou vizinhos .....	1	
No rádio, TV ou jornal .....	2	
Na farmácia .....	3	
Na consulta com o dentista .....	4	
Na consulta com o médico .....	5	
Não sabe .....	6	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>C.2.7 Onde o(a) Sr(a) conseguiu este remédio <b>pela última vez?</b> <b>não ler as alternativas</b></b>		
Na farmácia do SUS ou pública .....	1	
Na farmácia comercial .....	2	
Na igreja ou sindicato .....	3	
Em outro lugar .....	4	
Não sabe .....	5	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>

C.2.8 O(a) Sr(a) tem algum problema para conseguir este remédio?  
Qual? **não ler as alternativas**

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Não tenho problema .....         | 2 |
| Não tem na farmácia do SUS ..... | 1 |
| Outro problema .....             | 3 |
| NA .....                         | 8 |
| NI .....                         | 9 |

Se outro problema, especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NA = 8      NI = 9

C.2.9 O(a) entrevistado(a) apresentou comprovante de uso do medicamento 2?

- |          |   |
|----------|---|
| Sim..... | 1 |
| Não..... | 2 |
| NA ..... | 8 |
| NI ..... | 9 |

**MEDICAMENTO 3**

C.3.1 Nome do medicamento: \_\_\_\_\_

NA = 8      NI = 9

C.3.2 Dose: \_\_\_\_\_ NA = 8      NI = 9

C.3.3 Laboratório fabricante: \_\_\_\_\_

NA = 88      NI = 99

C.3.4 Forma farmacêutica:		
Comprimido ou cápsula .....	1	
Xarope ou solução oral (líquido) .....	2	
Aerosol ou spray .....	3	
Injeção .....	4	
Pomada ou creme .....	5	
Outra .....	6	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>Se outra, especificar:</b> _____		
NA = 8            NI = 9		<input type="checkbox"/>
C.3.5 Há quanto tempo o(a) Sr(a) usa este remédio?		
Menos de 1 ano .....	1	
1 ano ou mais .....	2	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
C.3.6 Onde este remédio foi recomendado ou receitado para o(a) Sr(a)? <b>não ler as alternativas</b>		
Amigos, parentes ou vizinhos .....	1	
No rádio, TV ou jornal .....	2	
Na farmácia .....	3	
Na consulta com o dentista .....	4	
Na consulta com o médico .....	5	
Não sabe .....	6	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>

<b>C.3.7 Onde o(a) Sr(a) conseguiu este remédio pela última vez? não ler as alternativas</b>		
Na farmácia do SUS ou pública .....	1	
Na farmácia comercial .....	2	
Na igreja ou sindicato .....	3	
Em outro lugar .....	4	
Não sabe .....	5	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>C.3.8 O(a) Sr(a) tem algum problema para conseguir este remédio? Qual? não ler as alternativas</b>		
Não tenho problema .....	2	
Não tem na farmácia do SUS .....	1	
Outro problema .....	3	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>Se outro problema, especificar:</b> _____		<input type="checkbox"/>
<hr/>		
NA = 8                  NI = 9		
<b>C.3.9 O(a) entrevistado(a) apresentou comprovante de uso do medicamento 3?</b>		
Sim.....	1	
Não.....	2	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>

**MEDICAMENTO 4**

C.4.1 Nome do medicamento: \_\_\_\_\_

NA = 8            NI = 9

C.4.2 Dose: \_\_\_\_\_ NA = 8            NI = 9

C.4.3 Laboratório fabricante: \_\_\_\_\_

NA = 88            NI = 99

C.4.4 Forma farmacêutica:

Comprimido ou cápsula ..... 1

Xarope ou solução oral (líquido) ..... 2

Aerosol ou spray ..... 3

Injeção ..... 4

Pomada ou creme ..... 5

Outra ..... 6

NA ..... 8

NI ..... 9

**Se outra, especificar:** \_\_\_\_\_

NA = 8            NI = 9

C.4.5 Há quanto tempo o(a) Sr(a) usa este remédio?

Menos de 1 ano ..... 1

1 ano ou mais ..... 2

NA ..... 8

NI ..... 9

C.4.6 Onde este remédio foi recomendado ou receitado para o(a) Sr(a)? **não ler as alternativas**

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Amigos, parentes ou vizinhos ..... | 1 |
| No rádio, TV ou jornal .....       | 2 |
| Na farmácia .....                  | 3 |
| Na consulta com o dentista .....   | 4 |
| Na consulta com o médico .....     | 5 |
| Não sabe .....                     | 6 |
| NA .....                           | 8 |
| NI .....                           | 9 |

C.4.7 Onde o(a) Sr(a) conseguiu este remédio **pela última vez?** **não ler as alternativas**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Na farmácia do SUS ou pública ..... | 1 |
| Na farmácia comercial .....         | 2 |
| Na igreja ou sindicato .....        | 3 |
| Em outro lugar .....                | 4 |
| Não sabe .....                      | 5 |
| NA .....                            | 8 |
| NI .....                            | 9 |

C.4.8 O(a) Sr(a) tem algum problema para conseguir este remédio? Qual? **não ler as alternativas**

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Não tenho problema .....         | 2 |
| Não tem na farmácia do SUS ..... | 1 |
| Outro problema .....             | 3 |
| NA .....                         | 8 |
| NI .....                         | 9 |

<b>Se outro problema, especificar:</b> _____ _____ NA = 8            NI = 9		<input type="checkbox"/>
<b>C.4.9 O(a) entrevistado(a) apresentou comprovante de uso do medicamento 4?</b>		
Sim.....	1	
Não .....	2	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>MEDICAMENTO 5</b>		
<b>C.5.1 Nome do medicamento:</b> _____ NA = 8            NI = 9		
<b>C.5.2 Dose:</b> _____ NA = 8            NI = 9		
<b>C.5.3 Laboratório fabricante:</b> _____ NA = 88            NI = 99		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>C.5.4 Forma farmacêutica:</b>		
Comprimido ou cápsula .....	1	
Xarope ou solução oral (líquido) .....	2	
Aerosol ou spray .....	3	
Injeção .....	4	
Pomada ou creme .....	5	
Outra .....	6	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>

<b>Se outra, especificar:</b> _____		
NA = 8	NI = 9	<input type="checkbox"/>
<b>C.5.5 Há quanto tempo o(a) Sr(a) usa este remédio?</b>		
Menos de 1 ano .....	1	
1 ano ou mais .....	2	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>C.5.6 Onde este remédio foi recomendado ou receitado para o(a) Sr(a)? <b>não ler as alternativas</b></b>		
Amigos, parentes ou vizinhos .....	1	
No rádio, TV ou jornal .....	2	
Na farmácia .....	3	
Na consulta com o dentista .....	4	
Na consulta com o médico .....	5	
Não sabe .....	6	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>C.5.7 Onde o(a) Sr(a) conseguiu este remédio <b>pela última vez?</b> <b>não ler as alternativas</b></b>		
Na farmácia do SUS ou pública .....	1	
Na farmácia comercial .....	2	
Na igreja ou sindicato .....	3	
Em outro lugar .....	4	
Não sabe .....	5	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>

C.5.8 O(a) Sr(a) tem algum problema para conseguir este remédio?  
Qual? **não ler as alternativas**

- Não tenho problema ..... 2  
Não tem na farmácia do SUS ..... 1  
Outro problema ..... 3  
NA ..... 8  
NI ..... 9

Se outro problema, especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NA = 8      NI = 9

C.5.9 O(a) entrevistado(a) apresentou comprovante de uso do medicamento 5?

- Sim ..... 1  
Não ..... 2  
NA ..... 8  
NI ..... 9

**MEDICAMENTO 6**

C.6.1 Nome do medicamento: \_\_\_\_\_

NA = 8      NI = 9

C.6.2 Dose: \_\_\_\_\_ NA = 8      NI = 9

C.6.3 Laboratório fabricante: \_\_\_\_\_

NA = 88      NI = 99

C.6.4 Forma farmacêutica:		
Comprimido ou cápsula .....	1	
Xarope ou solução oral (líquido) .....	2	
Aerosol ou spray .....	3	
Injeção .....	4	
Pomada ou creme .....	5	
Outra .....	6	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>Se outra, especificar:</b> _____		
NA = 8	NI = 9	<input type="checkbox"/>
C.6.5 Há quanto tempo o(a) Sr(a) usa este remédio?		
Menos de 1 ano .....	1	
1 ano ou mais .....	2	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
C.6.6 Onde este remédio foi recomendado ou receitado para o(a) Sr(a)? <b>não ler as alternativas</b>		
Amigos, parentes ou vizinhos .....	1	
No rádio, TV ou jornal .....	2	
Na farmácia .....	3	
Na consulta com o dentista .....	4	
Na consulta com o médico .....	5	
Não sabe .....	6	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>

**C.6.7 Onde o(a) Sr(a) conseguiu este remédio pela última vez? não ler as alternativas**

- Na farmácia do SUS ou pública ..... 1
- Na farmácia comercial ..... 2
- Na igreja ou sindicato ..... 3
- Em outro lugar ..... 4
- Não sabe ..... 5
- NA ..... 8
- NI ..... 9

**C.6.8 O(a) Sr(a) tem algum problema para conseguir este remédio? Qual? não ler as alternativas**

- Não tenho problema ..... 2
- Não tem na farmácia do SUS ..... 1
- Outro problema ..... 3
- NA ..... 8
- NI ..... 9

**Se outro problema, especificar:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NA = 8          NI = 9

**C.6.9 O(a) entrevistado(a) apresentou comprovante de uso do medicamento 6?**

- Sim ..... 1
- Não ..... 2
- NA ..... 8
- NI ..... 9

**MEDICAMENTO 7**

C.7.1 Nome do medicamento: \_\_\_\_\_  
NA = 8            NI = 9

C.7.2 Dose: \_\_\_\_\_ NA = 8            NI = 9

C.7.3 Laboratório fabricante: \_\_\_\_\_  
NA = 88            NI = 99

C.7.4 Forma farmacêutica:

- Comprimido ou cápsula ..... 1
- Xarope ou solução oral (líquido) ..... 2
- Aerosol ou spray ..... 3
- Injeção ..... 4
- Pomada ou creme ..... 5
- Outra ..... 6
- NA ..... 8
- NI ..... 9

**Se outra, especificar:** \_\_\_\_\_  
NA = 8            NI = 9

C.7.5 Há quanto tempo o(a) Sr(a) usa este remédio?

- Menos de 1 ano ..... 1
- 1 ano ou mais ..... 2
- NA ..... 8
- NI ..... 9

C.7.6 Onde este remédio foi recomendado ou receitado para o(a) Sr(a)? **não ler as alternativas**

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Amigos, parentes ou vizinhos ..... | 1 |
| No rádio, TV ou jornal .....       | 2 |
| Na farmácia .....                  | 3 |
| Na consulta com o dentista .....   | 4 |
| Na consulta com o médico .....     | 5 |
| Não sabe .....                     | 6 |
| NA .....                           | 8 |
| NI .....                           | 9 |

C.7.7 Onde o(a) Sr(a) conseguiu este remédio **pela última vez?** **não ler as alternativas**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Na farmácia do SUS ou pública ..... | 1 |
| Na farmácia comercial .....         | 2 |
| Na igreja ou sindicato .....        | 3 |
| Em outro lugar .....                | 4 |
| Não sabe .....                      | 5 |
| NA .....                            | 8 |
| NI .....                            | 9 |

C.7.8 O(a) Sr(a) tem algum problema para conseguir este remédio? Qual? **não ler as alternativas**

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Não tenho problema .....         | 2 |
| Não tem na farmácia do SUS ..... | 1 |
| Outro problema .....             | 3 |
| NA .....                         | 8 |
| NI .....                         | 9 |

<p><b>Se outro problema, especificar:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>NA = 8            NI = 9</p>		<input type="checkbox"/>
<p><b>C.7.9 O(a) entrevistado(a) apresentou comprovante de uso do medicamento 7?</b></p> <p>Sim ..... 1</p> <p>Não ..... 2</p> <p>NA ..... 8</p> <p>NI ..... 9</p>		<input type="checkbox"/>
<p><b>MEDICAMENTO 8</b></p>		
<p>C.8.1 Nome do medicamento: _____</p> <p>NA = 8            NI = 9</p>		
<p>C.8.2 Dose: _____ NA = 8            NI = 9</p>		
<p>C.8.3 Laboratório fabricante: _____</p> <p>NA = 88            NI = 99</p>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>C.8.4 Forma farmacêutica:</p> <p>Comprimido ou cápsula ..... 1</p> <p>Xarope ou solução oral (líquido) ..... 2</p> <p>Aerosol ou spray ..... 3</p> <p>Injeção ..... 4</p> <p>Pomada ou creme ..... 5</p> <p>Outra ..... 6</p> <p>NA ..... 8</p> <p>NI ..... 9</p>		<input type="checkbox"/>

<b>Se outra, especificar:</b> _____		
NA = 8	NI = 9	<input type="checkbox"/>
<b>C.8.5 Há quanto tempo o(a) Sr(a) usa este remédio?</b>		
Menos de 1 ano .....	1	
1 ano ou mais .....	2	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>C.8.6 Onde este remédio foi recomendado ou receitado para o(a) Sr(a)? <b>não ler as alternativas</b></b>		
Amigos, parentes ou vizinhos .....	1	
No rádio, TV ou jornal .....	2	
Na farmácia .....	3	
Na consulta com o dentista .....	4	
Na consulta com o médico .....	5	
Não sabe .....	6	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>C.8.7 Onde o(a) Sr(a) conseguiu este remédio <b>pela última vez?</b> <b>não ler as alternativas</b></b>		
Na farmácia do SUS ou pública .....	1	
Na farmácia comercial .....	2	
Na igreja ou sindicato .....	3	
Em outro lugar .....	4	
Não sabe .....	5	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>

C.8.8 O(a) Sr(a) tem algum problema para conseguir este remédio?  
Qual? **não ler as alternativas**

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Não tenho problema .....         | 2 |
| Não tem na farmácia do SUS ..... | 1 |
| Outro problema .....             | 3 |
| NA .....                         | 8 |
| NI .....                         | 9 |

Se outro problema, especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NA = 8          NI = 9

C.8.9 O(a) entrevistado(a) apresentou comprovante de uso do medicamento 8?

- |           |   |
|-----------|---|
| Sim ..... | 1 |
| Não ..... | 2 |
| NA .....  | 8 |
| NI .....  | 9 |

**ENTREVISTADOR:**

**Caso o(a) entrevistado(a) utilize mais remédios, faça uso das folhas avulsas para continuar a preencher.**

C.30 Além desses remédios que o(a) Sr(a) disse, **nos últimos 15 dias** o(a) Sr(a) usou algum outro remédio? **não ler as alternativas**

- |           |   |
|-----------|---|
| Sim ..... | 1 |
| Não ..... | 2 |
| NA .....  | 8 |
| NI .....  | 9 |

**Se Sim, utilizar as folhas avulsas**

**Se Não, continuar em C.31**

C.31 **Nos últimos 15 dias** o(a) Sr(a) deixou de usar algum remédio que deveria estar usando?

Não .....	2
Sim .....	1
NI .....	9

**Se Não, passar para C.36**

**Se Sim, continuar em C.32.1**

C.32.1 Nome do remédio: \_\_\_\_\_

NA = 8      NI = 9

C.32.2 Porque o(a) Sr(a) deixou de usar esse remédio? **não ler as alternativas**

Preço .....	1
Estava em falta na farmácia do SUS .....	2
Não conseguiu na farmácia comercial .....	3
Não tinha ninguém para buscar o remédio .....	4
Passou mal por causa do remédio .....	5
Outro motivo .....	6
NA .....	8
NI .....	9

<p><b>Se outro motivo, especificar:</b> _____</p> <p>_____ NA = 8 NI = 9</p> <p>C.33.1 Nome do remédio: _____</p> <p>NA = 8 NI = 9</p> <p>C.33.2 Porque o(a) Sr(a) deixou de usar esse remédio?</p> <p>Preço ..... 1</p> <p>Estava em falta na farmácia do SUS ..... 2</p> <p>Não conseguiu na farmácia comercial ..... 3</p> <p>Não tinha ninguém para buscar o remédio ..... 4</p> <p>Passou mal por causa do remédio ..... 5</p> <p>Outro motivo ..... 6</p> <p>NA ..... 8</p> <p>NI ..... 9</p> <p><b>Se outro motivo, especificar:</b> _____</p> <p>_____ NA = 8 NI = 9</p> <p>C.34.1 Nome do remédio: _____</p> <p>NA = 8 NI = 9</p> <p>C.34.2 Porque o(a) Sr(a) deixou de usar esse remédio? <b>não ler as alternativas</b></p> <p>Preço ..... 1</p> <p>Estava em falta na farmácia do SUS ..... 2</p> <p>Não conseguiu na farmácia comercial ..... 3</p> <p>Não tinha ninguém para buscar o remédio ..... 4</p> <p>Passou mal por causa do remédio ..... 5</p>	<p>┌</p> <p>└</p> <p>┌</p> <p>└</p>
--	-------------------------------------

Outro motivo .....	6	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>Se outro motivo, especificar:</b> _____		
_____ NA = 8 NI = 9		<input type="checkbox"/>
C.35.1 Nome do remédio: _____		
NA = 8 NI = 9		
C.35.2 Porque o(a) Sr(a) deixou de usar esse remédio? <b>não ler as alternativas</b>		
Preço .....	1	
Estava em falta na farmácia do SUS .....	2	
Não conseguiu na farmácia comercial .....	3	
Não tinha ninguém para buscar o remédio .....	4	
Passou mal por causa do remédio .....	5	
Outro motivo .....	6	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>Se outro motivo, especificar:</b> _____		
_____ NA = 8 NI = 9		<input type="checkbox"/>
C.36 O(a) entrevistado(a) precisou de ajuda para responder a Parte C:		
Sim .....	1	
Não .....	2	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>

**PARTE D - ANÁLISE DA RECEITA**

Agora eu gostaria de ver a última receita do seu médico.

**Caso o(a) entrevistado(a) não tenha apresentado alguma receita, passe para a PARTE E. Caso ele apresente várias receitas, selecione a mais recente e continue.**

Agora, se o(a) Sr(a) permitir, vou copiar esta receita que o(a) Sr(a) trouxe, sem identificar quem prescreveu: **observe atentamente a receita e preencha as informações abaixo**

**Caso o(a) entrevistado(a) não permita a transcrição da receita, passe para a PARTE E.**

D.1 Data da receita: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

NA = 08/08/88    NI = 09/09/99

D.2. Nome do prescritor

- Legível..... 1
- Ilegível..... 2
- Não consta..... 3
- NA ..... 8
- NI..... 9

D.3. Registro (CRM ou CRO) do prescritor

- Legível..... 1
- Ilegível..... 2
- Não consta..... 3
- NA ..... 8
- NI..... 9

D.4 Transcreva a receita **na íntegra**, respeitando as abreviaturas. Quando alguma informação estiver ilegível, escreva o termo “**ilegível**” no local dessa informação.

Para cada medicamento **da receita**, verificar se a dose e a frequência informadas pelo entrevistado correspondem às registradas:

	Sim	Não	NA	NI	
D.5 Medicamento 1 .....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
D.6 Medicamento 2 .....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
D.7 Medicamento 3 .....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
D.8 Medicamento 4 .....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
D.9 Medicamento 5 .....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
D.10 Medicamento 6 .....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
D.11 Medicamento 7 .....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>
D.12 Medicamento 8 .....	1	2	8	9	<input type="checkbox"/>

### PARTE E - REDE E SUPORTE SOCIAL

**E.1 ATENÇÃO ENTREVISTADOR: o(a) entrevistado(a) tem condições de responder à Parte E?**

Sim .....	1	
Não .....	2	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>

**Se Não, passar para a Parte F. Se Sim, continuar em E.2**

Esse é o nosso último bloco da entrevista. Agora vou fazer algumas perguntas sobre aspectos da sua vida com a família.

E.2 Quantos filhos vivos o(a) Sr(a) tem? \_\_\_\_\_

Nunca teve filhos = 88      NI = 99

**Se não tem ou nunca teve filhos, vá para E.5.  
Se Sim, continuar em E.3**

E.3 Algum dos seus filhos vive na mesma casa que o(a) Sr(a)? **não ler as alternativas**

Sim .....	1
Não .....	2
NA.....	8
NI.....	9

E.4 **Nos últimos 30 dias**, com que freqüência o(a) Sr(a) recebeu visita dos seus filhos que não moram com o(a) Sr(a)? **não ler as alternativas**

Quase todos os dias (mais de 4 vezes por semana) .....	1
Uma a quatro vezes por semana .....	2
Uma a três vezes por mês .....	3
Menos de uma vez por mês.....	4
Uma a duas vezes por ano.....	5
Nunca ou quase nunca .....	6
NA .....	8
NI .....	9

E.5 Não considerando seus filhos, o(a) Sr(a) visitou ou recebeu **no último mês** visitas regulares de parentes que não moram na mesma casa que o(a) Sr(a)? **não ler as alternativas**

Quase todos os dias (mais de 4 vezes por semana) .....	1
Uma a quatro vezes por semana .....	2

Uma a três vezes por mês .....	3	
Menos de uma vez por mês.....	4	
Uma a duas vezes por ano.....	5	
Nunca ou quase nunca .....	6	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>E.6 Com quantos amigos, conhecidos ou vizinhos o(a) Sr(a) se encontra uma vez por mês ou mais? não ler as alternativas</b>		
Nenhum.....	1	
1 a 2 .....	2	
3 a 5 .....	3	
Mais de cinco .....	4	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>E.7 O(a) Sr(a) tem alguma pessoa na sua vida, tanto faz se cônjuge, filho, parente ou amigo, com quem pode contar, ou seja, alguém para quem possa fazer confidências, pedir ajuda, compartilhar interesses ou se divertir? não ler as alternativas</b>		
Sim.....	1	
Não .....	2	
Não tem certeza.....	3	
NA.....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>

E.8 Considerando tudo, como se sente em relação aos seus relacionamentos pessoais?

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| Muito insatisfeito ..... | 1 |
| Insatisfeito .....       | 2 |
| Indiferente .....        | 3 |
| Satisfeito .....         | 4 |
| Muito satisfeito .....   | 5 |
| NA .....                 | 8 |
| NI .....                 | 9 |

**As perguntas E.9 a E.20 referem-se ao seguinte enunciado:**

O(a) Sr(a) poderia me dizer que tipo de ajuda o(a) Sr(a) oferece para a sua família? Considere os familiares que vivem ou que não vivem com o(a) Sr(a):

E.9 Dinheiro?

- |           |   |
|-----------|---|
| Sim ..... | 1 |
| Não ..... | 2 |
| NA.....   | 8 |
| NI .....  | 9 |

**Se Não, vá para E.11**

E.10 Com que frequência este tipo de ajuda acontece?

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| Sempre /quase sempre ..... | 1 |
| Às vezes .....             | 2 |
| Raramente .....            | 3 |
| NA .....                   | 8 |
| NI .....                   | 9 |

E.11 Moradia?		
Sim .....	1	
Não .....	2	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>Se Não, vá para E.13</b>		
E.12 Com que frequência este tipo de ajuda acontece?		
Sempre /quase sempre .....	1	
Às vezes .....	2	
Raramente .....	3	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
E.13 Roupa?		
Sim .....	1	
Não .....	2	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>Se Não, vá para E.15</b>		
E.14 Com que frequência este tipo de ajuda acontece?		
Sempre /quase sempre .....	1	
Às vezes .....	2	
Raramente .....	3	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>

E.15 Alimentação?		
Sim .....	1	
Não .....	2	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>Se Não, vá para E.17</b>		
E.16 Com que frequência este tipo de ajuda acontece?		
Sempre /quase sempre .....	1	
Às vezes .....	2	
Raramente .....	3	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
E.17 Companhia/cuidado pessoal?		
Sim .....	1	
Não .....	2	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>Se Não, vá para E.19</b>		
E.18 Com que frequência este tipo de ajuda acontece?		
Sempre /quase sempre .....	1	
Às vezes .....	2	
Raramente .....	3	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>

E.19 Cuida de netos?

- |           |   |
|-----------|---|
| Sim ..... | 1 |
| Não ..... | 2 |
| NA .....  | 8 |
| NI .....  | 9 |

**Se Não, vá para E.21**

E.20 Com que frequência este tipo de ajuda acontece?

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| Sempre /quase sempre ..... | 1 |
| Às vezes .....             | 2 |
| Raramente .....            | 3 |
| NA .....                   | 8 |
| NI .....                   | 9 |

**As perguntas E.21 a E.30 referem-se ao seguinte enunciado:**

Agora, o(a) Sr(a) poderia me dizer que tipo de ajuda a sua família lhe oferece? Considere familiares que vivem ou que não vivem com o(a) Sr(a).

E. 21 Dinheiro?

- |           |   |
|-----------|---|
| Sim ..... | 1 |
| Não ..... | 2 |
| NA .....  | 8 |
| NI .....  | 9 |

**Se Não, vá para E.23**

E.22 Com que frequência este tipo de ajuda acontece?		
Sempre/quase sempre .....	1	
Às vezes .....	2	
Raramente .....	3	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
E.23 Moradia?		
Sim .....	1	
Não .....	2	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>Se Não, vá para E.25</b>		
E.24 Com que frequência este tipo de ajuda acontece?		
Sempre/quase sempre .....	1	
Às vezes .....	2	
Raramente .....	3	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
E.25 Roupa?		
Sim .....	1	
Não .....	2	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>Se Não, vá para E.27</b>		

E.26 Com que frequência este tipo de ajuda acontece?		
Sempre/quase sempre .....	1	
Às vezes .....	2	
Raramente .....	3	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
E.27 Alimentação?		
Sim .....	1	
Não .....	2	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>Se Não, vá para E.29</b>		
E.28 Com que frequência este tipo de ajuda acontece?		
Sempre/quase sempre .....	1	
Às vezes .....	2	
Raramente .....	3	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
E.29 Companhia/cuidado pessoal?		
Sim .....	1	
Não .....	2	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>Se Não, vá para a Parte F</b>		

E.30 Com que frequência este tipo de ajuda acontece?		
Sempre/quase sempre .....	1	
Às vezes .....	2	
Raramente .....	3	
NA .....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>

**PARTE F - INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONDENTE PRÓXIMO**

**ENTREVISTADOR: Se não houve respondente próximo nesta entrevista, as questões abaixo não se aplicam.**

F.1 Nome do(a) respondente próximo(a):

NI = 9

NA = 8

F.2 Qual é a sua data de nascimento?

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NA = 08/08/88

NI = 09/09/99




F.3 **Sexo:**

Masculino ..... 1

Feminino ..... 2

NA..... 8

NI ..... 9

F.4 O(a) Sr(a) estudou? Qual a sua escolaridade? **não ler as alternativas**

- |   |   |
|---|---|
| Completou o curso superior .....                                | 1 |
| Completou o 2º grau (científico, técnico, magistério, clássico) | 2 |
| Completou o 1o grau (curso ginasial) .....                      | 3 |
| Completou o curso primário .....                                | 4 |
| Frequentou curso de alfabetização de adultos .....              | 5 |
| Tem o primário incompleto .....                                 | 6 |
| Nunca estudou .....   | 7 |
| NA.....   | 8 |
| NI .....  | 9 |

F.5 Qual a sua relação de parentesco com o(a) entrevistado(a)? **não ler as alternativas**

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Marido/esposa/companheiro(a) ..... | 1 |
| Outro parente .....                | 2 |
| Sem relação de parentesco .....    | 3 |
| NA.....                            | 8 |
| NI .....                           | 9 |

F.6 O(a) Sr(a) mora com o(a) entrevistado(a)? **não ler as alternativas**

- |           |   |
|-----------|---|
| Sim ..... | 1 |
| Não ..... | 2 |
| NA.....   | 8 |
| NI .....  | 9 |

**Se NÃO ou NI, passar para F8. Se SIM, continuar em F.7**

<b>F.7 Há quanto tempo o(a) Sr(a) mora com o(a) entrevistado(a)?</b>		
Menos de um ano.....	1	
Um ano ou mais.....	2	
NA.....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>F.8 Há quanto tempo o(a) Sr(a) conhece o(a) entrevistado(a)?</b>		
Menos de um ano.....	1	
Um ano ou mais.....	2	
NA.....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>F.9 O entrevistado participou da entrevista?</b>		
Sim.....	1	
Não .....	2	
NA.....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>
<b>F.10 Se o entrevistado não participou, qual o motivo?</b>		
Óbito nos últimos 15 dias.....	1	
Viagem nos últimos 15 dias.....	2	
Hospitalização nos últimos 15 dias.....	3	
O entrevistado se recusa a responder mas permite que o respondente o faça .....	4	
Outro.....	5	
NA.....	8	
NI .....	9	<input type="checkbox"/>

**Se outro motivo, especificar:**

\_\_\_\_\_  
NA = 8      NI = 9

**Agradeça ao(a) entrevistado(a) e ao respondente**



**Comentários:**

