**CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO**

1. **Nº entrevistado:**
2. **Município de residência:**
3. **Estado de residência:**
4. **Sexo: feminino ou masculino**
5. **Data de nascimento:**
6. **Cor:**

1. Branca.

2. Preta.

3. Amarela (japonesa, chinesa, coreana).

4. Parda (morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca, mestiça).

5. Indígena.

999. Não sei.

1. **Escolaridade:**

1. Analfabeto.

2. Ensino fundamental (1º grau) incompleto.

3. Ensino fundamental (1º grau) completo.

4. Ensino médio (2º grau) incompleto.

5. Ensino médio (2º grau) completo.

6. Superior incompleto.

7. Superior completo. Especificar o curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Pós-graduação lato sensu (especialização, MBA).

9. Mestrado ou doutorado.

999. NA

**DOENÇAS CRÔNICAS**

Alguma vez na vida um médico ou outro profissional de saúde disse que você tem ou teve alguma das seguintes doenças?

1. **Hipertensão:**

1. Sim.

2. Não.

99. Não sei. [\_\_\_][\_\_\_]

1. **Diabetes Mellitus:**

1. Sim.

2. Não.

99. Não sei. [\_\_\_][\_\_\_]

1. **Doenças do coração:**

1. Sim.

2. Não.

99. Não sei. [\_\_\_][\_\_\_]

1. **Dislipidemia (colesterol alto e/ou triglicerídeos):**

1. Sim.

2. Não.

99. Não sei. [\_\_\_][\_\_\_]

1. **AVC (acidente vascular cerebral):**

1. Sim.

2. Não.

99. Não sei. [\_\_\_][\_\_\_]

1. **Doença pulmonar crônica (asma, bronquite crônica, enfisema ou outra):**

1. Sim.

2. Não.

99. Não sei. [\_\_\_][\_\_\_]

1. **Artrite, artrose ou reumatismo:**

1. Sim.

2. Não.

99. Não sei. [\_\_\_][\_\_\_]

1. **Depressão:**

1. Sim.

2. Não.

99. Não sei. [\_\_\_][\_\_\_]

1. **Outra(s) doença(s) com MAIS DE SEIS MESES de duração:**

1. Sim.

2. Não.

99. Não sei. [\_\_\_][\_\_\_]

**ESTOQUE DOMICILIAR DE MEDICAMENTOS**

Agora vamos conversar sobre os outros remédios que você tem em casa, estando em uso ou não.

Onde você costuma guardar os medicamentos? Por favor, poderia me mostrar?

**Relacione todos os medicamentos (responder as perguntas 17 a 30 para cada um deles).**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTO nº \_\_\_\_**

**Qual o local de guarda do medicamento:**

1. **Cômodo da casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Local (ex.: armário do banheiro, caixa plástica, guarda-roupa, exposto): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Luminosidade de local de armazenamento dos medicamentos**

1. Forte

2. Normal

3. Pouca

4. Nenhuma.

99. Não sei.

999. NA [\_\_\_][\_\_\_]

**Qual o nome completo do medicamento, sua dosagem, sua forma farmacêutica e o nome do laboratório fabricante?** (Copie estas informações, preferencialmente, da embalagem e da receita médica).

1. **Nome comercial e/ou princípio ativo:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Forma farmacêutica:**

1. Comprimido ou cápsula.

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

3. Injeção (solução, suspensão ou pó para suspensão injetável).

4. Aerossol ou spray.

5. Pomada ou creme.

6. Colírio ou gotas (tópico).

99. Não sei. 999. NA [\_\_\_][\_\_\_]

1. **Apresentação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Exemplos: caixa ou cartela: com 10, 20, 30 comprimidos; frasco: 10, 20, 30 mL; tubos de 20 ou 30 g.

1. **Quantas unidades farmacêuticas estão disponíveis no estoque? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Exemplos: 10 comprimidos ou cápsulas, três frascos, duas injeções, três

Tubos.

1. **Medicamento genérico?**

1. Sim.

2. Não.

99. Não sei.

999. NA [\_\_\_][\_\_\_]

1. **Pergunte a data de validade. Está vencido?**

1. Sim.

2. Não.

99. Não sei.

999. NA [\_\_\_][\_\_\_]

1. **Quem usou ou quem está usando este medicamento?**

1. Está sendo utilizado atualmente pelo entrevistado

2. Foi utilizado pelo entrevistado

3. Está sendo utilizado atualmente por outro morador da casa (mãe, pai, filho, marido/esposa, ...)

4. Foi utilizado por outro morador da casa (mãe, pai, filho, marido/esposa, ...)

1. **Há quanto tempo o medicamento foi utilizado ou está sendo utilizado?**

99. Não sei.

1. Menos de um ano.

2. Um ano ou mais.

999. NA [\_\_\_][\_\_\_]

1. **É uma sobra de medicamento?**

1. Sim.

2. Não.

99. Não sei.

999. NA [\_\_\_][\_\_\_]

1. **Onde este medicamento foi receitado ou recomendado?**

1. Na consulta com o médico.

2. Na consulta com o dentista.

3. Na farmácia.

4. No rádio, na TV e/ou no jornal.

5. Amigos ou parentes ou vizinhos.

99. Não sei.

999. NA [\_\_\_][\_\_\_]

1. **Onde conseguiu este medicamento?**

1. Na farmácia do SUS.

2. Na farmácia comercial.

3. No Programa Farmácia Popular.

4. Na igreja ou no sindicato.

5. Em outro lugar. [\_\_\_][\_\_\_]

99. Não sei.

999. NA [\_\_\_][\_\_\_]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agora, confirme se existem outros medicamentos na casa.

- Na cozinha, tem mais algum medicamento para o estômago? Bicarbonato de sódio? Novalgina®? Antiácido? Remédio para vômito?

- No quarto, guarda medicamentos? Tem algum remédio para dormir? Anticoncepcional? Antifúngico? Alguma pomada? Vickvapourub?

- No banheiro, tem alguma pomada? Shampoo para caspa? Shampoo para piolhos? Cetoconazol ou remédio para micose? Creme esfoliante de pele?

E assim por diante, em todos os cômodos da casa.

Caso o entrevistado tenha dúvidas sobre a composição dos produtos que utiliza (se trata de medicamentos ou não), peça que mostre a você para verificação.

**Realize o registro de todos os medicamentos identificados. (responder as perguntas 17 a 30 para cada um deles).**

**SERVIÇO DE SAÚDE E FARMÁCIA**

1. **Nos últimos três meses, EM QUAL LOCAL você obteve os remédios que precisou?**

1. Em uma farmácia de UBS do SUS.

2. Em outra farmácia do SUS.

3. Em outro setor do SUS.

4. Na Farmácia Popular.

5. Pelo plano de saúde.

6. Pelo convênio da empresa.

7. Em instituição de caridade, ONG etc.

8. Com amigos, parentes e vizinhos.

9. Comprou em drogaria comercial.

10. Ficou sem o remédio.

11. Não teve dinheiro para comprar.

12. Achou que não precisava do remédio.

13. Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMPORTAMENTOS NO USO DE MEDICAMENTOS**

Agora vou fazer mais algumas perguntas e para respondê-las, gostaria que você

considerasse todas as vezes em que fez o uso de remédios, de uma maneira geral.

1. **Você utiliza algum remédio SEM RECEITA?**

1. Sim.

2. Não. (**Vá para a 32**).

1. **Em quais casos você utiliza algum remédio SEM RECEITA?**

99. Não sei.

1. Quando tem o remédio em casa

2. Quando conhece alguém que já tomou

3. Quando já tomou este remédio antes

4. Quando leu a bula ou outra informação

5. Quando consegue o remédio fácil

6. Quando recebe indicação na farmácia

7. Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Você DEIXA de utilizar algum remédio receitado pelo médico?**
2. Sim (**Vá para a 33**)
3. Não. (**Término da entrevista**).
4. **Em quais casos deixa de utilizar algum remédio receitado pelo médico?**

99. Não sei.

1. Quando acha que o remédio é muito forte ou muito fraco

2. Quando acha que o remédio não é o certo ou não funciona

3. Quando acha que não precisa do remédio

4. Quando acha que já está curado

5. Quando já usou o remédio e passou mal

6. Quando lê alguma coisa que acha ruim na bula

7. Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Finalize a entrevista agradecendo a disponibilidade do entrevistado.

Destaque que as informações coletadas serão discutidas de forma anônima (sem identificá-lo), apenas em sala de aula.

Adaptado de:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica: introdução, método e instrumentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 140 p. : il. – (Série Pnaum – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil ; Caderno 2).
2. Fernandes LC. Caracterização e análise da farmácia caseira ou estoque domiciliar de medicamentos. Dissertação (mestrado). Porto Alegre: UFRGS, Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, 2000. 104p.