



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA  
CURSO DE MEDICINA

EDUARDO DA SILVA PEREIRA

**A ATENÇÃO BÁSICA IMPACTA POSITIVAMENTE NA CONDUTA DE  
ARMAZENAMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS DA POPULAÇÃO  
ADSCRITA?**

IMPERATRIZ - MA

2019

EDUARDO DA SILVA PEREIRA

**A ATENÇÃO BÁSICA IMPACTA POSITIVAMENTE NA CONDUTA DE  
ARMAZENAMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS DA POPULAÇÃO  
ADSCRITA?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Medicina da Universidade Federal  
do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte  
dos requisitos para a obtenção do título de  
Bacharel em Medicina

**Orientador:** Prof. Dra. Rossana Vanessa  
Dantas de Almeida-Marques

IMPERATRIZ - MA

2019

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Pereira, Eduardo da Silva.

A ATENÇÃO BÁSICA IMPACTA POSITIVAMENTE NA CONDUTA DE  
ARMAZENAMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS DA POPULAÇÃO  
ADSCRITA / Eduardo da Silva Pereira. - 2019.

42 f.

Orientador(a): Rossana Vanessa Dantas de Almeida-  
Marques.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,  
Imperatriz - MA, 2019.

1. Armazenamento de Medicamentos. 2. Atenção Primária  
à Saúde. 3. Descarte de Medicamentos. I. Almeida-  
Marques, Rossana Vanessa Dantas de. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA  
CURSO DE MEDICINA

---

Candidato: Eduardo da Silva Pereira

Título do TCC: A atenção básica impacta positivamente na conduta de armazenamento e descarte de medicamentos da população adscrita?

Orientador: Rossana Vanessa Dantas de Almeida-Marques

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a ...../...../....., considerou

**Aprovado**

**Reprovado**

Examinador (a):      Assinatura: .....  
Nome: .....  
Instituição: .....

Examinador (a):      Assinatura: .....  
Nome: .....  
Instituição: .....

Presidente:            Assinatura: .....  
Nome: .....  
Instituição: .....

## COMITÊ DE ÉTICA

UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A ATENÇÃO BÁSICA IMPACTA POSITIVAMENTE NA CONDUTA DE ARMAZENAMENTO E DESCARTE DE MEDICAMENTOS DA POPULAÇÃO

**Pesquisador:** ROSSANA VANESSA DANTAS DE ALMEIDA MARQUES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 10498018.5.0000.5087

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Maranhão

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.435.582

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1172347.pdf	16/05/2019 17:05:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/05/2019 17:03:15	Eduardo da Silva Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_A_ATENCAO_BASICA.pdf	16/05/2019 17:02:29	Eduardo da Silva Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_A_ATENCAO_BASICA.doc	16/05/2019 17:01:35	Eduardo da Silva Pereira	Aceito
Parecer Anterior	RESPOSTA_AO_PARECER_PENDENTE.docx	16/05/2019 16:59:29	Eduardo da Silva Pereira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	16/05/2019 16:58:24	Eduardo da Silva Pereira	Aceito
Parecer Anterior	DECLARACAO_DE_LIBERACAO_DO_LOCAL.pdf	27/12/2018 11:25:26	ROSSANA VANESSA DANTAS DE ALMEIDA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 03 de Julho de 2019

---

Assinado por:  
**FRANCISCO NAVARRO**  
(Coordenador(a))

## **AGRADECIMENTOS**

Ser médico é um sonho que se iniciou na pequena cidade de Mauriti – CE, a partir da conquista de uma medalha na Olimpíada Brasileira de Biologia das Escolas Públicas. Esse sonho está cada dia mais próximo de se tornar realidade e tenho muito a agradecer às pessoas que foram essenciais nessa trajetória.

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades encontradas durante o caminho desta graduação, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia e socorro na hora da angústia.

A Universidade Federal do Maranhão - UFMA, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram um ambiente agradável de aprendizado.

Aos professores pelos ensinamentos transmitidos e pelas lições diárias que nos possibilitaram crescer enquanto acadêmicos e futuros profissionais.

A minha orientadora, professora Rossana Vanessa Dantas de Almeida-Marques, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

À minha avó Maria Pereira de Sousa, ao meu pai Francisco Evanildo Pereira, a minha tia Maria Zeneide Pereira, a minha noiva Cícera Natália da Silva Rodrigues e a toda a minha família pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Aos meus amigos que foram fundamentais nessa trajetória com companheirismo, irmandade e apoio em todo momento.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da conclusão desse ciclo, meu muito obrigado.

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS**

UBS	Unidade Básica de Saúde
GA	Bairros com cobertura por Unidade Básica de Saúde
GB	Bairros sem cobertura por Unidade Básica de Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

## RESUMO

Objetivou-se avaliar e comparar as condições de acondicionamento e descarte de medicamentos entre moradores de áreas cobertas e não cobertas pela atenção básica. Estudo de campo, quantitativo e analítico na área de Farmacovigilância, em que foram selecionados intencionalmente quatro bairros do município de Imperatriz, Maranhão, Brasil, dois cobertos por Unidade Básica de Saúde (UBS) – GA – e dois sem cobertura por UBS – GB. Grande parte possui medicamentos em casa (88,5% em GA e 83,3% em GB%;  $p=0,14$ ), realizando automedicação (46,4% em GA e 44,8% em GB;  $p=0,84$ ), adquirindo medicações sintomáticas (41,7% em GA e 38,0% em GB;  $p=0,18$ ), não necessariamente possuindo receita (35,9% em GA e 19,8% em GB;  $p<0,001$ ). Os principais medicamentos encontrados foram os antitêrmicos (47,9% em GA e 53,1% em GB;  $p=0,31$ ), analgésicos (46,9% em GA e 49,5% em GB;  $p=0,61$ ) e anti-inflamatórios (43,2% em GA e 30,2% em GB;  $p=0,008$ ). Muitos relatam não haver sobras de medicamentos (74,0% em GA e 78,6% em GB) e apresentam como principal fonte de descarte o lixo comum (74,0% em GA e 77,6% em GB%). O quarto é o principal cômodo onde se faz o acondicionamento (50,52% em GA e 51,04% em GB), e a maioria desconhece a presença de coletores de medicações vencidas na cidade (88,5% em GA e 92,7% em GB).

**Palavras-chave:** Armazenamento de Medicamentos. Descarte de Medicamentos. Atenção Primária à Saúde.



## ABSTRACT

The aim of this study is to evaluate and compare the conditions of drug packaging and disposal among residents of areas covered and not covered by primary care. Quantitative and analytical field study in the area of Pharmacovigilance, in which four neighborhoods of the municipality of Imperatriz, Maranhão, Brazil were intentionally selected, two covered by the Basic Health Unit (UBS) - GA - and two without coverage by UBS - GB. Most have medicines at home (88.5% in GA and 83.3% in GB%;  $p = 0.14$ ), self-medication (46.4% in GA and 44.8% in GB;  $p = 0.84$ ), acquiring symptomatic medications (41.7% in GA and 38.0% in GB;  $p = 0.18$ ), not necessarily having a prescription (35.9% in GA and 19.8% in GB;  $p < 0.001$ ). The main drugs found were antipyretics (47.9% in GA and 53.1% in GB;  $p = 0.31$ ), analgesics (46.9% in GA and 49.5% in GB;  $p = 0.61$ ) and anti-inflammatory drugs (43.2% in GA and 30.2% in GB;  $p = 0.008$ ). Many report no drug leftovers (74.0% in GA and 78.6% in GB) and have as their main source of disposal the common waste (74.0% in GA and 77.6% in GB%). The fourth is the main room for packaging (50.52% in GA and 51.04% in GB), and most are unaware of expired medication collectors in the city (88.5% in GA and 92, 7% in GB).

**Keywords:** Drug Storage. Drug Disposal. Primary Health Care.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>MÉTODOS .....</b>	<b>14</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>15</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXO A - NORMAS DA REVISTA.....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXO B – ACEITE DO COLEGIADO.....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO C – INSTRUMENTO DE PESQUISA.....</b>	<b>41</b>

## A atenção básica impacta positivamente na conduta de armazenamento e descarte de medicamentos da população adscrita?

Does primary care have a positive impact on the medication storage and disposal behavior of the enrolled population?

Eduardo da Silva Pereira<sup>1</sup>

Rossana Vanessa Dantas de Almeida-Marques<sup>2</sup>

**Abstract** The aim of this study is to evaluate and compare the conditions of drug packaging and disposal among residents of areas covered and not covered by primary care. Quantitative and analytical field study in the area of Pharmacovigilance, in which four neighborhoods of the municipality of Imperatriz, Maranhão, Brazil were intentionally selected, two covered by the Basic Health Unit (UBS) - GA - and two without coverage by UBS - GB. Most have medicines at home (88.5% in GA and 83.3% in GB%;  $p = 0.14$ ), self-medication (46.4% in GA and 44.8% in GB;  $p = 0.84$ ), acquiring symptomatic medications (41.7% in GA and 38.0% in GB;  $p = 0.18$ ), not necessarily having a prescription (35.9% in GA and 19.8% in GB;  $p < 0.001$ ). The main drugs found were antipyretics (47.9% in GA and 53.1% in GB;  $p = 0.31$ ), analgesics (46.9% in GA and 49.5% in GB;  $p = 0.61$ ) and anti-inflammatory drugs (43.2% in GA and 30.2% in GB;  $p = 0.008$ ). Many report no drug leftovers (74.0% in GA and 78.6% in GB) and have as their main source of disposal the common waste (74.0% in GA and 77.6% in GB%). The fourth is the main room for packaging (50.52% in GA and 51.04% in GB), and most are unaware of expired medication collectors in the city (88.5% in GA and 92.7% in GB).

**Keywords:** Drug Storage. Drug Disposal. Primary Health Care.

**Resumo** Objetivou-se avaliar e comparar as condições de acondicionamento e descarte de medicamentos entre moradores de áreas cobertas e não cobertas pela atenção básica. Estudo de campo, quantitativo e analítico na área de Farmacovigilância, em que foram selecionados intencionalmente quatro bairros do município de Imperatriz, Maranhão, Brasil, dois cobertos por Unidade Básica de Saúde (UBS) – GA – e dois sem cobertura por UBS – GB. Grande parte possui medicamentos em casa (88,5% em GA e 83,3% em GB%;  $p=0,14$ ), realizando automedicação (46,4% em GA e 44,8% em GB;  $p=0,84$ ), adquirindo medicações sintomáticas (41,7% em GA e 38,0% em GB;  $p=0,18$ ), não necessariamente possuindo receita (35,9% em GA e 19,8% em GB;  $p<0,001$ ). Os principais medicamentos encontrados foram os antitérmicos (47,9% em GA e 53,1% em GB;  $p=0,31$ ), analgésicos (46,9% em GA e 49,5% em GB;  $p=0,61$ ) e anti-inflamatórios (43,2% em GA e 30,2% em GB;  $p=0,008$ ). Muitos relatam não haver sobras de medicamentos (74,0% em GA e 78,6% em GB) e apresentam como principal fonte de descarte o lixo comum (74,0% em GA e 77,6% em GB%). O quarto é o principal cômodo onde se faz o acondicionamento (50,52% em GA e 51,04% em GB), e a maioria desconhece a presença de coletores de medicações vencidas na cidade (88,5% em GA e 92,7% em GB).

**Palavras-chave:** Armazenamento de Medicamentos. Descarte de Medicamentos. Atenção Primária à Saúde.

1- Discente do Curso de Medicina - Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – Av. da Universidade, s/n, Dom Afonso Felipe Gregory, CEP: 65915-240, Imperatriz- MA, Brasil.

2- Docente do Curso de Medicina - Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – Av. da Universidade, s/n, Dom Afonso Felipe Gregory, CEP: 65915-240, Imperatriz- MA, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A assistência em saúde tem o importante compromisso com a saúde pública de prestar conhecimento sobre o uso racional de medicamentos, no que diz respeito não só a sua dispensação, mas ao seu armazenamento e descarte. Tendo o medicamento como um insumo essencial, a preservação de sua qualidade deve ser garantida levando em consideração as boas práticas de estocagem<sup>1</sup>. Porém, o que se observa é que a população desconhece os riscos inerentes à má utilização e ao armazenamento doméstico de medicamentos<sup>2</sup>. No entanto, a falta de cuidados com a “farmácia caseira” pode afetar a efetividade e a segurança do uso dos medicamentos<sup>3</sup>. Quando armazenados de forma incorreta, em locais quentes e úmidos, como cozinha e banheiro ou em ambientes com incidência direta da luz, podem ocorrer alterações na composição (química, física e microbiológica) dos medicamentos, com a diminuição da efetividade terapêutica ou elevação do risco de efeitos tóxicos de acordo com o tipo de degradação sofrida pelo fármaco<sup>4</sup>.

Todos os produtos devem ser armazenados obedecendo às condições técnicas ideais de luminosidade, temperatura e umidade, com o objetivo de assegurar a manutenção das características e qualidade necessárias à correta utilização. Além dos órgãos oficiais, atribui-se à sociedade uma parcela de responsabilidade em relação à vigilância da qualidade dos medicamentos<sup>4</sup>. De acordo com a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC N° 39, de 14 de agosto de 2013, as boas práticas de armazenamento são de extrema importância para a conservação de seus princípios químicos e para a sua estabilidade, tendo em vista a sua rápida deterioração quando expostos a mudanças de temperatura e umidade, tendo cada tipo de medicamento as suas condições ideais de estocagem<sup>5</sup>.

O método mais comum para a eliminação de medicamentos não utilizados nos domicílios é o descarte em lixo (Reino Unido, Lituânia, Qatar, Sérvia). O impacto ambiental do descarte de medicação inadequada é esperado em países com mal funcionamento esquemas

de gestão de resíduos (Oriente Médio, Ásia e países africanos)<sup>6</sup>. Até os medicamentos que não são descartados e são consumidos acabam sendo eliminados no meio ambiente, onde fármacos de diversas classes terapêuticas têm sido detectados em esgoto doméstico, águas superficiais e subterrâneas<sup>7</sup>. Segundo Alvarenga e Nicoletti (2010)<sup>8</sup>, a legislação existente sobre o descarte de medicamentos se direciona aos estabelecimentos de saúde e não engloba a população em geral o que dificulta o entendimento sobre os impactos decorrentes do descarte doméstico, no qual a população elimina os medicamentos no lixo comum gerando resíduos.

Em um trabalho realizado em Portugal<sup>9</sup>, em média, cada agregado familiar mantido em casa gera 1,097 g de produtos farmacêuticos, dos quais 20% estavam em uso, 72% não estavam em uso, e 8% eram em sua maioria produtos vencidos prontos para descartar. Entrevistas com chefes de família mostraram que 69% dos entrevistados afirmaram devolver os resíduos farmacêuticos na farmácia em que o compraram. As barreiras identificadas para a eliminação adequada foram rotinas principalmente estabelecida e a falta de pontos de descarte próximos.

Todo estabelecimento farmacêutico, segundo a legislação vigente, deve ter um contrato firmado com empresas de descarte destes materiais. Dados epidemiológicos sobre armazenamento e descarte de medicamentos são escassos na literatura e quando encontrados são descritos apenas em regiões isoladas do país. Infere-se que a maioria das autoridades, dos profissionais de saúde e da população não tenham refletido sobre as consequências da não observação e correção das atitudes praticadas<sup>10</sup>. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo avaliar e comparar as condições de acondicionamento doméstico de medicamentos e correlatos e sua forma de descarte entre moradores de áreas cobertas e não cobertas pela atenção básica, no município de Imperatriz - MA.

## MÉTODOS

Realizou-se estudo de caráter quantitativo, descritivo e exploratório, empregando os procedimentos éticos da pesquisa científica com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Maranhão (CAAE 10498018.5.0000.5087), ressaltando-se os aspectos fundamentais, como a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade, contemplados rigorosamente desde o planejamento a execução das atividades. Posteriormente, obteve-se a concordância e formalização da participação utilizando-se o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

A amostra foi constituída por 384 domicílios localizados em quatro bairros da cidade de Imperatriz – Maranhão, Brasil, selecionados intencionalmente mediante a presença de cobertura por Unidade Básica de Saúde (GA; Bairros Santa Rita e Nova Imperatriz) e ausência de cobertura (GB; Bairros Bom Jesus e Vila Vitória). Foram incluídos moradores desses bairros supracitados, selecionados por conveniência, sem distinção de sexo ou escolaridade, com idade a partir de 18 anos, em plenas faculdades mentais, excluindo os que não se dispuseram a participar, ou não se apresentavam no domicílio no ato da visita. A amostra foi calculada com base na população municipal, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, (2010), com 247.505 habitantes e índice de 95% de confiabilidade.

Durante as visitas para a coleta de dados foi utilizado formulário estruturado direcionado ao responsável pelo domicílio, envolvendo questões socioeconômicas e relacionadas ao acondicionamento, condutas e descarte frente a utilização de medicamentos. Os sujeitos da pesquisa foram inicialmente informados da importância do trabalho. As perguntas foram lidas e assinaladas pelo aplicador do questionário, na forma de entrevista, adaptadas no ato da leitura ao nível de entendimento das pessoas sobre o assunto, e instruídos

a responder de forma concisa e em caso de incerteza poderiam consultar seu estoque domiciliar com a perspectiva de assinalar a resposta que mais caberia na verdade de suas ações.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico no programa Microsoft Excel versão 2016. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise estatística dos dados foi realizada no programa IBM SPSS 24 (IBM SPSS Statistics, 2016). Para avaliar possíveis associações entre a cobertura pela atenção básica (GA; GB) e as condutas frente ao acondicionamento, condutas e descarte de medicamentos, foram utilizados testes de Qui-quadrado, Exato de Fisher ou de Fisher-Freeman-Halton, dependendo do comportamento dos dados empregando nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

A tabela 1 apresenta informações sociodemográficas acerca da amostra total e dos grupos estudados, verificando que em GA predominou entre os entrevistados do gênero masculino, o nível de instrução ensino médio e faixa etária menor de 30 anos. Já para GB prevaleceu o gênero feminino, com ensino fundamental e com mesma faixa etária que GA. A análise inferencial apontou significância estatística para as variáveis gênero e escolaridade na comparação entre GA e GB.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas entre os entrevistados residentes em áreas cobertas ou não por UBS, Imperatriz/MA.

		Cobertura por UBS*				<i>p</i> -valor**
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
<b>Gênero</b>	<i>Feminino</i>	94	49,0	130	67,7	<0,001
	<i>Masculino</i>	98	51,0	62	32,3	
<b>Escolaridade</b>	<i>Analfabeto(a)</i>	31	16,1	22	13,5	<0,001
	<i>Ensino fundamental</i>	56	29,2	77	47,2	
	<i>Ensino médio</i>	68	35,4	54	33,1	
	<i>Ensino superior</i>	37	19,3	10	6,1	
<b>Idade</b>	<i>≤ 30 anos</i>	54	28,1	76	39,6	0,14
	<i>31 a 45 anos</i>	43	22,4	53	27,6	
	<i>46 a 60 anos</i>	48	25,0	33	17,2	
	<i>61 a 75 anos</i>	40	20,8	23	12,0	
	<i>&gt; 75 anos</i>	7	3,6	7	3,6	

\*Unidade básica de saúde. \*\*Teste de Qui-quadrado. Fonte: Autoria própria (2019).

A tabela 2 apresenta informações acerca do perfil dos medicamentos de acordo com a cobertura por UBS, evidenciando que em GA a maioria possui medicamentos em casa, relatam a prática da automedicação, compram medicamentos tendo a posse da receita médica, verificam a data de validade no ato da compra e leem a bula. Em relação a GB prevaleceu o ato de possuir medicamentos em casa, prática da automedicação, maiores índices em relação a GA de posse da receita e avaliação da validade no ato da compra e leitura da bula. A análise inferencial apontou significância estatística para as variáveis posse de receita, análise da validade e leitura da bula na comparação entre GA e GB.

**Tabela 2.** Perfil acerca de medicamentos de acordo com a cobertura por UBS, Imperatriz-MA (n=192)

		Cobertura por UBS*				p-valor**
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
<b>Possui medicamentos no domicílio</b>	<i>Sim</i>	170	88,5	160	83,3	0,14
	<i>Não</i>	22	11,5	32	16,7	
<b>Se automedica</b>	<i>Sim</i>	89	46,4	86	44,8	0,84
	<i>Não</i>	64	33,3	62	32,3	
	<i>Às vezes</i>	39	20,3	44	22,9	
<b>Quando compra medicamentos</b>	<i>Quando sinto algo</i>	80	41,7	73	38,0	0,18
	<i>Para estoque</i>	43	22,4	64	33,3	
	<i>Médico prescreve</i>	47	24,5	37	19,3	
	<i>Para uso contínuo</i>	20	10,4	17	8,9	
	<i>Nunca</i>	2	1,0	1	0,5	
<b>Possui receita</b>	<i>Sim</i>	65	33,9	65	33,9	<0,001
	<i>Às vezes</i>	58	30,2	89	46,4	
	<i>Não</i>	69	35,9	38	19,8	
<b>Verifica validade</b>	<i>Sim</i>	119	62,0	149	77,6	0,002
	<i>Não</i>	48	25,0	24	12,5	
	<i>Às vezes</i>	25	13,0	19	9,9	
<b>Lê a bula</b>	<i>Sempre</i>	63	32,8	90	46,9	0,01
	<i>As vezes</i>	66	34,4	60	31,3	
	<i>Não leio</i>	63	32,8	42	21,9	

\*Unidade básica de saúde. \*\*Teste de Qui-quadrado. Fonte: Autoria própria (2019).

Quanto às classes de medicamentos utilizadas de acordo com a cobertura por UBS (tabela 3) verificou-se que os fármacos das classes dos anti-inflamatórios, anti-hipertensivos, antidiabéticos e antibióticos apresentaram variação no uso, apresentando significância estatística na comparação entre GA e GB. Nos domicílios vinculados a área adscrita pela atenção básica há maior uso, no geral, das classes medicamentosas mencionadas.



**Tabela 3.** Classe do medicamentos de acordo com a cobertura por UBS, Imperatriz-MA (n=192)

		Cobertura por UBS*				<i>p</i> -valor**
		Sim		Não		
		N	%	N	%	
<b>Antitérmico</b>	<i>Não</i>	100	52,1	90	46,9	0,31
	<i>Sim</i>	92	47,9	102	53,1	
<b>Diurético</b>	<i>Não</i>	185	96,4	190	99,0	0,09
	<i>Sim</i>	7	3,6	2	1,0	
<b>Antialérgico</b>	<i>Não</i>	164	85,4	165	85,9	0,88
	<i>Sim</i>	28	14,6	27	14,1	
<b>Pomadas</b>	<i>Não</i>	174	90,6	182	94,8	0,11
	<i>Sim</i>	18	9,4	10	5,2	
<b>Anti-inflamatório</b>	<i>Não</i>	109	56,8	134	69,8	0,008
	<i>Sim</i>	83	43,2	58	30,2	
<b>Anti-hipertensivo</b>	<i>Não</i>	143	74,5	160	83,3	0,03
	<i>Sim</i>	49	25,5	32	16,7	
<b>Analgésico</b>	<i>Não</i>	102	53,1	97	50,5	0,61
	<i>Sim</i>	90	46,9	95	49,5	
<b>Antidiabético</b>	<i>Não</i>	164	85,4	180	93,8	0,008
	<i>Sim</i>	28	14,6	12	6,3	
<b>Antibiótico</b>	<i>Não</i>	152	79,2	169	88,0	0,02
	<i>Sim</i>	40	20,8	23	12,0	
<b>Anti-ulceroso</b>	<i>Não</i>	181	94,3	183	95,3	0,65
	<i>Sim</i>	11	5,7	9	4,7	

\*Unidade básica de saúde. \*\*Teste de Qui-quadrado. Fonte: Autoria própria (2019).

No que diz respeito ao destino das sobras e local de descarte de medicamentos (tabela 4), a ampla maioria nos dois grupos relatam que em seus tratamentos habituais não há sobras de medicações e quando há sobras, armazenam para utilizar em outro momento, realizam o descarte ou cedem a amigos ou vizinhos. Apenas um pequeno percentual em GB afirma devolver a uma unidade de saúde, sendo esse número inexistente em GA. Em relação ao local de descarte, o lixo comum foi o destino mais comum em ambos os grupos, seguido por descarte no vaso sanitário e devolução a uma UBS. Para uma parte da população esse descarte não ocorre, tendo em vista que relatam que esses medicamentos nunca chegam a vencer em seus domicílios.

**Tabela 4.** Destino das sobras de medicamentos e descarte de medicamentos de acordo com a cobertura por UBS, Imperatriz-MA (n=192).

		Cobertura por UBS*			
		Sim		Não	
		n	%	n	%
<b>Destino das sobras</b>	<i>Não sobra</i>	145	75,52	155	80,73
	<i>Armazena</i>	30	15,63	20	10,42
	<i>Descarta</i>	7	3,65	11	5,73
	<i>Dá aos vizinhos, amigos</i>	4	2,08	4	2,1
	<i>Nunca vencem</i>	3	1,56	0	0,0
	<i>Não tenho medicamentos</i>	3	1,56	0	0,0
	<i>Devolve a unidade de saúde</i>	0	0,0	2	1,02
<b>Onde descarta</b>	<i>Lixo comum</i>	142	73,96	149	77,6
	<i>Nunca vencem</i>	23	11,97	16	8,33
	<i>Vaso sanitário</i>	7	3,64	12	6,24
	<i>UBS</i>	5	2,60	1	0,52
	<i>Queima</i>	2	1,04	3	1,57
	<i>Armazena</i>	1	0,52	3	1,57
	<i>Pia</i>	3	1,57	3	1,57
	<i>Farmácia</i>	3	1,57	0	0,0
	<i>Esgoto</i>	3	1,57	0	0,0
	<i>Na Floresta</i>	1	0,52	2	1,04
	<i>Próximo ao hospital</i>	1	0,52	0	0,0
	<i>Ecoservice</i>	0	0,0	1	0,52
	<i>Desmancha na água</i>	1	0,52	0	0,0
	<i>Derrama no solo</i>	0	0,0	2	1,04

\*Unidade básica de saúde. Fonte: Autoria própria (2019).

Quanto ao local de acondicionamento dos medicamentos e condutas com os mesmos (tabela 5), foi visto que o quarto é o local mais comum para esse fim, em ambos os grupos pesquisados, seguido por cozinha e sala. Quanto a conduta com medicamentos de acordo com a cobertura por UBS, verificou-se que para GA a forma correta de acondicionamento dos medicamentos ocorre em sua maioria, assim como o destino das sobras de medicamentos; o mesmo não pôde ser visto em relação a forma de descarte que apresentou alto índice de descarte incorreto; nesse mesmo grupo a maioria afirma não possuir medicamentos vencidos em casa, relatam não ter ciência da existência de coletor de medicamentos vencidos ou extraviados em Imperatriz e acreditam que o descarte inadequado causa dano ambiental. Já para GB também houve ampla frequência de armazenamento de forma correta, no entanto inferiores a GA, assim como o destino das sobras de medicamentos. Em relação ao descarte encontrou-se índices similares a GA, com alto percentual de descarte inadequado, assim como a maioria relata não

possuir medicamentos vencidos em casa, não possuem ciência da existência de coletor em Imperatriz e acreditam que o descarte inadequado causa dano ambiental. A análise inferencial apontou significância estatística apenas para a variável acondicionamento na comparação entre GA e GB.

**Tabela 5.** Local onde acondiciona os medicamentos e conduta com medicamentos de acordo com a cobertura por UBS, Imperatriz-MA (n=192)

		Cobertura por UBS*				<i>p</i> -valor**
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
<b>Local de Acondicionamento</b>	<i>Quarto</i>	97	50,5	98	51,0	-
	<i>Cozinha</i>	67	34,9	67	34,9	
	<i>Sala</i>	6	3,1	9	4,7	
	<i>Banheiro</i>	1	0,5	3	1,6	
	<i>Outro</i>	21	10,9	15	7,8	
<b>Acondicionamento</b>	<i>Correto</i>	159	83,2	138	72,6	0,01
	<i>Errado</i>	32	16,8	52	27,4	
<b>Destino das sobras</b>	<i>Correto</i>	106	55,2	102	53,1	0,68
	<i>Errado</i>	86	44,8	90	46,9	
<b>Possui medicamentos vencidos</b>	<i>Não</i>	185	96,9	184	95,8	0,59
	<i>Sim</i>	6	3,1	8	4,2	
<b>Descarte</b>	<i>Correto</i>	32	16,7	21	10,9	0,10
	<i>Errado</i>	160	83,3	171	89,1	
<b>Sabe da existência de coletor em imperatriz</b>	<i>Não</i>	170	88,5	178	92,7	0,16
	<i>Sim</i>	22	11,5	14	7,3	
<b>Descarte inadequado causa dano ambiental?</b>	<i>Não</i>	12	6,3	22	11,5	0,18
	<i>Não sei</i>	32	16,7	27	14,1	
	<i>Sim</i>	148	77,1	143	74,5	

\*Unidade básica de saúde. \*\*Teste de Qui-quadrado. Fonte: Autoria própria (2019).

## DISCUSSÃO

A população estoca medicamentos em casa devido à inconstância na sua disponibilidade nas unidades básicas de saúde (UBS), por ter medo de ser acometida por doenças e ou ainda porque desconhece os riscos que os medicamentos podem acarretar se não forem armazenados e descartados corretamente<sup>2</sup>.

Dentre os grupos avaliados no presente estudo houve equivalência entre os sexos (tabela 1). Para Lima et al (2013)<sup>10</sup>, o público pesquisado era majoritariamente do sexo feminino (74,1%). O predomínio de mulheres como respondentes também foi encontrado por Bueno et al (2009)<sup>11</sup>. Esse fato pode ser explicado porque às mulheres são naturalmente cuidadoras estão

mais preocupadas com os sintomas físicos, dão mais atenção aos problemas de saúde, utilizam com maior frequência os serviços de saúde e estão mais familiarizadas com os medicamentos<sup>12</sup>. Ademais, pode ter contribuído para o achado o horário em que se realizou a coleta de dados, no qual os homens poderiam estar trabalhando.

Quanto a escolaridade, o nível médio foi o que gerou maiores índices em GA (35,4%), seguido pelo nível superior (19,3%). Já em GB houve predominância do nível fundamental (47,2%) e em menor percentual o nível superior, obtendo-se significância estatística a nível de 1%. Essa disparidade pode ser explicada pelo fato dos bairros englobados por GA serem mais centrais, maior acessibilidade aos núcleos de ensino, e maior planejamento urbano. Para Silva et al (2012)<sup>13</sup>, em relação a escolaridade majoritariamente o ensino médio completo obteve maiores percentuais, correspondendo a 46%.

A idade média também divergiu entre os grupos (45,0±18,4 para GA; 40,1± 17,5 para GB) apontando diferença estatística ( $p < 0,001$ ), com público mais jovem no grupo não assistido pela Atenção Básica. Contudo, faixas etárias mais jovens obtiveram maiores frequências em ambos os grupos, havendo um decréscimo das frequências conforme o aumento da faixa etária, representados pelos intervalos menor que 30 anos (GA 39,6%; GB 28,1%), 31 a 45 anos (GA 27,6%; GB 22,4%) e 46 a 60 anos (GA 17,2%; GB 25%), se correlacionando com o estudo de Lucas et al (2014)<sup>21</sup>, onde 84,4% do público pertenciam ao intervalo de 18 a 59 anos. Contudo, no estudo de Piveta et al (2015)<sup>14</sup> a idade média foi de 21± 3,3 anos, obtendo entre os entrevistados uma amostra mais jovem.

A pesquisa evidenciou que majoritariamente os entrevistados armazenam medicamentos nos domicílios (GA 88,5%; GB 83,3%; tabela 2), o que se assemelha ao encontrado em outros estudos<sup>6,11,15</sup>. Ribeiro e Heineck (2010)<sup>16</sup> verificaram que 93,5% das famílias entrevistadas apresentaram pelo menos um medicamento em estoque. Para Silva et al (2012)<sup>13</sup>, 98,55% possuíam pelo menos um e 1,45% não os possuíam, o que demonstra a grande

predominância da presença da farmácia domiciliar. Na pesquisa realizada por Clemente et al (2014)<sup>17</sup>, 95% possui medicamentos em casa, corroborando com os demais estudos.

Embora o armazenamento de medicamentos pareça uma prática inofensiva, problemas têm sido relatados, tais como: automedicação<sup>11</sup>, intoxicações<sup>13</sup>, condições de armazenagem inadequadas<sup>15</sup>, exposição ao alcance de crianças<sup>18</sup>, presença de medicamentos fora do prazo de validade<sup>13</sup> e desperdício de medicamentos<sup>19</sup>.

Os medicamentos encontrados em GA eram, em sua maioria, para uso esporádico (41,7%), assim como em GB (38%), em detrimento das medicações para uso contínuo (GA 10,4%; GB 8,9%). Nas residências urbanas do município de Anápolis - Goiás, dos medicamentos em armazenagem doméstica 51,5% eram de uso esporádico, utilizados casualmente em decorrência de sintoma comum, enquanto 34,1% eram de uso contínuo e 14,3% estavam sem uso<sup>20</sup>. Já para Clemente (2014)<sup>17</sup>, em um estudo realizado na cidade Juazeiro do Norte - Ceará, os medicamentos encontrados eram a maioria utilizados para uso contínuo (43%) e para estoque (40%).

No tocante a prática da automedicação, ambos os grupos obtiveram percentuais consideráveis desta prática (GA 46,4%; GB 44,8%), não havendo diferença estatística significativa entre estes. Em estudo realizado por Lucas et al (2014)<sup>21</sup>, na cidade de Manaus - Amazonas, 80% dos entrevistados mencionaram realizar automedicação, números com grande disparidade aos do presente estudo. Para Mastroianni et al (2011)<sup>15</sup> 13,4% se automedicavam, sendo que apenas um dos medicamentos utilizados na automedicação era isento de prescrição médica.

Com relação à forma de obtenção dos medicamentos, 35,9% dos entrevistados em GA afirmaram obtê-los por meio da compra sem receita médica, enquanto em GB esse valor foi de 19,8% ( $p < 0,001$ ), cujos entrevistados que não possuem receita são mais frequentes onde há cobertura por UBS (Tabela 2). Esse resultado foi inferior aos 41,6% verificado por Ribeiro &

Heineck (2010)<sup>16</sup> e aos 50,2% dos medicamentos estocados encontrados por Schenkel, Fernández & Mengue (2005)<sup>22</sup>. Para Lucas et al (2014)<sup>21</sup> a maioria (55,6%) afirmou consegui-los por meio da compra sem receita médica.

Quanto a prática de verificar a validade no ato da compra, 62% dos usuários de GA afirmam ter esse hábito, enquanto esse percentual sobe para 77,6% em GB. Esse dado gerou significância estatística demonstrando esse hábito com maior frequência onde não há cobertura ( $p=0,0020$ ). Os resultados encontrados em GB são superiores a um estudo realizado em Londrina - Paraná, e similares a GA, onde pouco mais da metade dos entrevistados (60,1%) referiu verificar o prazo de validade dos medicamentos<sup>14</sup>. Quanto a prática de leitura da bula, 32,8% do público residente em GA relatam possuir esse hábito enquanto esse número sobe para 46,9% em GB. Para Piveta et al (2015)<sup>14</sup> 63% dos entrevistados relatam possuir esse hábito de leitura sempre/quase sempre.

Os antitérmicos foi a classe medicamentosa frequentemente presente nos domicílios pesquisados (GA 47,9%; GB 53,1%), seguido pelos analgésicos (GA 46,9%; GB 49,5%), não havendo assim significância estatística entre os grupos. No entanto, os fármacos das classes dos anti-inflamatórios (GA 43,2%; GB 30,2%;  $p=0,008$ ), anti-hipertensivos (GA 25,5%; GB 16,7%;  $p=0,03$ ), antidiabéticos (GA 14,6%; GB 6,3%;  $p=0,008$ ) e antibióticos (GA 20,8%; GB 12,0%;  $p=0,02$ ) apresentaram diferença estatística significativa (tabela 3), o que demonstra que onde há cobertura por UBS existem mais pessoas utilizando essas classes de medicamentos. Segundo Lucas et al, (2014)<sup>21</sup> do público pesquisado, 22,7% possuíam fármacos que agem sobre o trato alimentar e metabolismo, seguidos por fármacos que agem no sistema nervoso central (16,9%).

Foi verificado o destino das sobras de medicamentos (tabela 4), onde percebeu-se que para a ampla maioria dos entrevistados, em ambos os grupos, declarou que não há sobra de medicações (GA 75,5%; GB 80,7%). Para os entrevistados onde há assistência da Atenção

Básica, 15,63% afirmam que guardam as medicações para usar outra vez, enquanto esse índice foi de 10,42% onde não há assistência. Para Piveta et al (2015)<sup>14</sup> quanto às sobras de tratamentos anteriores, 64,5% dos entrevistados mencionaram guardar os medicamentos para futura utilização e 43,6% descartá-los. Vale ressaltar que houve entrevistados que referiram mais de um destino para as sobras de medicamentos. O destino das sobras foi ainda categorizado como correto ou errado (tabela 5). Dessa forma, não verificou-se diferença estatística entre os grupos, onde 55,2% de GA e 53,1% de GB realizavam esse processo de forma adequada.

O descarte dos medicamentos vencidos e/ou extraviados nos domicílios é realizado de forma ambientalmente incorreta em ambos os grupos (tabela 4) e a maioria têm o lixo comum como principal destino (GA 74,0%; GB 77,7%). Considerando a adequação da forma de descarte, baixas frequências em ambos os grupos o fazem de forma adequada (GA 16,7%; GB 10,9%) destinando a postos de saúde, farmácias ou centros comunitários. Para Pinto et al (2014)<sup>23</sup>, em estudo realizado na cidade de Paulínia - São Paulo, a maioria dos entrevistados (91%) realizavam esse descarte de forma incorreta, sendo o lixo comum o principal destino (62%). Piveta et al (2015)<sup>14</sup> também encontrou índices semelhantes, onde o lixo comum se configurou como o principal ponto de destino (63,0%). Na cidade de Santos/SP foi realizado estudo sobre o descarte de medicamentos, onde foi constatado que 71% dos medicamentos eram descartados em lixo doméstico, 9,5% no esgoto e 19,5% em pontos de coleta<sup>1</sup>. Para Clemente et al (2014)<sup>17</sup>, 82,5% descartavam no lixo comum, 8,14% no esgoto e 5,81% em pontos de coleta. Segundo Junior et al (2018)<sup>24</sup> em uma pesquisa realizada no município de Caçador/SC, 80% dos entrevistados relataram o lixo comum ser o seu local de descarte para medicamentos vencidos ou não utilizados. Essa é uma prática habitual entre os usuários de medicamentos conforme também verificado em outros estudos<sup>11,13,25</sup>. O descarte de medicamentos em lixo comum representa um risco à saúde pública, considerando os riscos de ocorrência de graves problemas ambientais, tais como contaminação do solo e da água<sup>26</sup>. O principal motivo do

descarte inadequado é a falta de informação, uma vez que os medicamentos descartados podem ser acondicionados, identificados e recolhidos pelos agentes comunitários de saúde ou encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência, para realização do devido descarte<sup>11</sup>, embora se deva reconhecer que nem os estabelecimentos de saúde e tampouco os agentes de saúde estejam preparados orientar ou processar os medicamentos vencidos se trazidos pela população.

Quanto ao local onde são acondicionados os medicamentos (tabela 5), verificou-se que os cômodos quarto (GA 50,5%; GB 51,0%) e a cozinha (GA 34,9%; GB 34,9%) são os principais locais de armazenamento, coincidindo com os relatos de outros estudos<sup>13,14,15,19,21</sup>. Esses locais de armazenamento foram categorizados em correto ou errado e analisados estatisticamente (tabela 5), verificando-se que os moradores da área adscrita pela Atenção Básica armazenam seus medicamentos de forma correta quando comparados com aqueles sem assistência na área geográfica (GA 83,2%; GB 72,6%), obtendo na análise inferencial significância estatística ( $p=0,01$ ).

Quando indagados sobre a ciência da existência de coletor de medicamentos vencidos e/ou extraviados na cidade de Imperatriz (tabela 5), obtiveram-se elevados valores de desconhecimento (GA 88,5%; GB 92,7%). Esses números equivalem aos encontrados por Pinto et al (2014)<sup>23</sup>, onde 92% dos entrevistados, totalizando 564 pessoas, não têm conhecimento dos locais de recolhimento dos medicamentos, evidenciando que as pessoas efetuam o descarte inadequadamente por falta de informação. Ao final da entrevista, foi perguntado se eles acreditavam que o descarte inadequado de medicamentos poderia trazer impactos ambientais, 77,1% e 74,5% acreditavam que sim, 6,3% e 11,5% acreditavam que não e 16,7% e 14,1% não souberam responder em GA e GB, respectivamente. Foram encontrados resultados semelhantes, onde 82% acreditavam que sim, 14% acreditavam que não e 4% não souberam responder<sup>17</sup>.



Os resultados encontrados nesse estudo estão em consonância com a realidade do perfil da prática de armazenamento e descarte de medicamentos brasileira. Dessa forma, campanhas de conscientização com informações em saúde sobre a importância dessas práticas corretas são de extrema importância para a saúde pública, visto que erros nesses itens interferem diretamente na saúde coletiva.

### **Conclusão**

O estoque de medicamentos nos domicílios é uma realidade, não só no nordeste como também no Brasil e em outros países. Os resultados encontrados neste estudo indicam que esta é uma prática comum também na população estudada, tendo destaque que os moradores da área adscrita pela atenção básica armazenam seus medicamentos de forma correta quando comparados com aqueles sem assistência na área geográfica. Quase a totalidade das pessoas pesquisadas não faz o descarte de forma adequada, tendo como principal destino o lixo comum, não tem conhecimento sobre os locais de entrega e nem de campanhas ou propagandas públicas sobre os locais que recolham os medicamentos vencidos e/ou extraviados, mostrando que nesse quesito a presença da UBS não impacta a conduta dos usuários. Ao revelar as características do descarte de resíduos de medicamentos e inferir sobre as dificuldades na implementação de um programa de gerenciamento de resíduos sólidos de saúde, o estudo aponta para a necessidade de elaboração de estratégias que devem envolver os gestores, os trabalhadores e os usuários. Isso porque não basta descartar corretamente, é preciso intervir sobre o conjunto de ações indutoras do uso irracional de medicamentos, e assim minimizar os estoques desnecessários no serviço e/ou nos domicílios e as perdas de medicamentos.

## Referências

1. Maia M, Giordano F. Estudo da situação atual de conscientização da população de santos a respeito do descarte de medicamentos. *Revista Ceciliana, Santa Cecília*, junho, vol.4, n.1, 24-28, 2012
2. Margonato FB, Thomson Z, Paoliello MMB. Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 333-341, 2008.
3. Fernandes LC, Petrovick PR. Os medicamentos na farmácia caseira. In: Schenkel EP, Mengue SS, Petrovick PR. *Cuidados com os medicamentos*. 4. ed. Porto Alegre: UFRS; Florianópolis: UFSC, 2004. p. 39-42.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *O que devemos saber sobre medicamentos*. Brasília (DF), 2010a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 9 nov. 2013.
5. Brasil. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC N° 39, de 14 de agosto de 2013. Dispõe sobre os procedimentos administrativos para concessão da Certificação de Boas Práticas de Fabricação e da Certificação de Boas Práticas de Distribuição e/ou Armazenagem. *Diário Oficial da União n° 157, de 15 de agosto de 2013*.
6. Kusturica MP, Tomas A, Sabo A. Disposal of Unused Drugs: Knowledge and Behavior Among People Around the World. Department of Pharmacology, Toxicology and Clinical Pharmacology, Faculty of Medicine, University of Novi Sad, Hajduk Veljkova 3, 21000 Novi Sad, Serbia, 2016.
7. Brasil. Comissão especial da política nacional de resíduos sólidos (Destinada a apreciar e proferir parecer ao Projeto de Lei n° 203, de 1991 e apensados) projeto de lei n° 203, DE 1991 (e seus apensados). Dispõe sobre o acondicionamento, a coleta, o tratamento, o transporte e a destinação final dos resíduos de serviços de saúde.

8. Alvarenga LSV, Nicoletti MA. Descarte Doméstico de Medicamentos e algumas considerações sobre o Impacto Ambiental. *Revista Saúde*, 2010.
9. Ferreira CD, Valente S, Vaz J. Practices of pharmaceutical waste generation and discarding in households across Portugal. Research Centre for Natural Resources, Environment and Society, College of Agriculture, Polytechnic Institute of Coimbra, Bencanta 3045-601 Coimbra, Portugal, 2016.
10. Lima GB, Nunes LCC, Barros JAC. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, novembro, vol.15, suppl. 3, 2013.
11. Bueno CS, Weber D, Oliveira KR. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, Araraquara, v. 30, n. 2, p. 75-82, 2009.
12. Loyola-Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 22, n. 12, p.2657-2667, dez. 2006.
13. Silva JR, Souza M, Paiva AS. Avaliação do uso racional de medicamentos e estoque domiciliar. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, Campo Grande, vol. 16, núm. 1, pp. 109-124, 2012.
14. Piveta LN, Silva LB, Guidoni CM, Giroto E. Armazenamento e descarte de medicamentos por acadêmicos da área da saúde de uma universidade pública paranaense. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 36, n. 1, p. 55-66, jan./jun. 2015.

15. Mastroianni PC, Luccheta RC, Sarra JR, Galduróz JCF. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, maio, vol.29, n.5, 2011.
16. Ribeiro MA, Heineck I. Estoque domiciliar de medicamentos na comunidade ibiaense acompanhada pelo Programa Saúde da Família, em Ibiá-MG, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, julho/setembro, vol.19, n.3, 2010.
17. Clemente GG, Pereira ES, Macêdo MACS, Gomes AP, Sá TB. Armazenamento e descarte de medicamentos no bairro São Miguel em Juazeiro do Norte-CE. In: *Anais da VI Semana de Iniciação Científica da Faculdade de Juazeiro do Norte*; 2014; Juazeiro do Norte.
18. Beckauser GC, Valgas C, Galato D. Perfil do estoque domiciliar de medicamentos em residências com crianças. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, Araraquara, v. 33, n. 4, p. 583-589, 2012.
19. Mastroianni PC, Andrade RV, Galduroz JCF, Farache Filho A. Acesso, segurança e uso de medicamentos por usuários. *Rev. Ciênc. Ext.* v.8, n.2, p.6-24, 2012.
20. Silva AP, Nascimento A, Souza AB, Medeiros C, Machado DA, Souza DS, Moreira EA, Silva KP, Ferreira L, Carvalho LF, Lacerda RL, Nascimento SB, Honorato F. Avaliação da aquisição, uso e armazenamento de medicamentos em residências de Anápolis - Goiás. In: *Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão da UFG – CONPEEX, 2., Goiânia. Anais eletrônicos do XIII Seminário de Iniciação Científica [CD- ROM]*, Goiânia: UFG, 2005.n.p.FERREIRA, J. A. Resíduos sólidos e lixo hospitalar: Uma discussão ética. *Cad. Saúde Públ.* v.11 n.2, Rio de Janeiro, abr./jun. 2005.
21. Lucas ACS, Costa HTS, Parente RCP, Rodrigues BM. Estoque domiciliar e consumo de medicamentos entre residentes no bairro de Aparecida, Manaus-Amazonas. *Rev. Bras. Farm.* 95 (3): 867 – 888, 2014.

22. Schenkel EP, Fernádes LC, Mengue SS. Como são armazenados os medicamentos nos domicílios? *Acta farmaceutica bonaerense: Latin american journal of pharmacy*, Buenos Aires, v. 24, n. 2, p. 266-70, 2005.
23. Pinto GMF, Silva KG, Pereira RFAB, Sampaio SI. Estudo do descarte residencial de medicamentos vencidos na região de Paulínia (SP), Brasil. *Engenharia Sanitaria e Ambiental*, [s.l.], v. 19, n. 3, p.219-224, set. 2014.
24. Junior AT, Bellaver EH, Zancanaro V. Uso racional e descarte de medicamentos no grupo hiperdia no bairro nossa senhora salete no município de Caçador/SC. *Saúde Meio Ambient.* v. 7, n. 1, p. 81-90, jan./jun. 2018
25. Silva LR, Raposo NRB, Martins FJ, Vieira RCPA. Medicamento como risco no ambiente doméstico. *Cad. Saúde Col.* 18(2): 209–16, 2010.
26. Gasparini JC, Gasparini AR, Frigieri MC. Estudo do descarte de medicamentos e consciência ambiental no município de Cataduva-SP. *Ci. Tecnol.FATEC-JB.* 2(1): 38–51, 2011.

## ANEXOS

### ANEXO A - NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA DE CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA



#### INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

A revista *Ciência & Saúde Coletiva – C&SC* – publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência, Tecnologia e Inovação.

*Política de Acesso Aberto C&SC é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.*

#### **Orientações para organização de números temáticos**

A marca da revista *C&SC*, dentro da diversidade de periódicos da área, é o seu foco temático, segundo o propósito da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco – de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da Saúde Pública do país. Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de Saúde Coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial, o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “*Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas*”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na Internet, como por exemplo, [ICMJE Recommendations](#) ou nas [normas da mesma publicação](#). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### **Seções da publicação**

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

### **Apresentação de manuscritos**

**IMPORTANTE: C&SC não pratica cobrança de taxas e de encargos para submissão e publicação de artigos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico



da plataforma **Scholar One** – <http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> – segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://decs.bvs.br/P/decsweb2017.htm> e <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>).

## **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações e Escalas**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:  
 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11...  
 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”
3. As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
4. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ( Disponível em U.S. National Library of Medicine).
5. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus ( Disponível em U.S. National Library of Medicine).
6. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

### **Livros e outras monografias**

#### 6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

#### 7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

#### 8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

#### 9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

#### 10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

#### 11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

#### 12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### **Outros trabalhos publicados**

#### 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

#### 14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

#### 15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

### **Material eletrônico**

#### 16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet].

2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2<sup>a</sup> ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

**ANEXO B – ACEITE DO COLEGIADO****MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO****DESPACHO Nº 7633 / 2019 - CCMi (24.12)****Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO****São Luís-MA, 11 de Novembro de 2019**

A coordenação de medicina de imperatriz, no uso de suas atribuições, informa, para os devidos fins, que o projeto do referido discente foi aprovado em reunião do colegiado em 08-11-2019

Atenciosamente.

*(Assinado digitalmente em 11/11/2019 09:15 )*

ANTONIO COSTA MENDES

*ASSISTENTE EM ADMINISTRACAO*

*Matrícula: 3026303*

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufma.br/documentos/> informando seu número, ano, tipo, data de emissão e o código de verificação: **8d71770db4**



**ANEXO C – INSTRUMENTO DE PESQUISA****Sujeito \_\_\_\_\_**

1) Sexo M ( ) F ( )

2) Idade: \_\_\_\_\_

3) Qual o seu nível de escolaridade?

( ) Analfabeto ( ) Ensino fundamental incompleto

( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto

( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto

( ) Ensino superior completo ( ) Outros: \_\_\_\_\_

4) Você possui medicamentos em casa?

( ) Sim ( ) Não

5) Você costuma se automedicar?

( ) Não ( ) Sim ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

6) Em quais situações você compra medicamentos?

( ) Regularmente, para estoque ( ) Regularmente, para uso contínuo

( ) Quando sinto algo ( ) Quando o médico prescreve ( ) Nunca

7) E quando compra possui a receita?

( ) Sim ( ) Não

8) Quando você vai comprar medicamentos você verifica a data de validade?

( ) Não ( ) Sim ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

9) Qual seu costume de leitura da bula dos medicamentos?

( ) Não leio ( ) Leio pouco ( ) Leio casualmente ( ) Leio muito

10) Quais medicamentos você tem em casa? (pode marcar mais de uma opção)

( ) Anti-térmico ( ) Anti-inflamatório ( ) Analgésico ( ) Antibiótico

( ) Diurético ( ) Anti-hipertensivo ( ) Anti-diabéticos ( ) Anti-ulcerosos

( ) Anti-alérgico ( ) Pomada ou creme para assadura

( ) Pomada ou creme para insetos ( ) Para ferimentos

( ) Injeções ( ) Outro \_\_\_\_\_

11) Onde você os guarda?

( ) Numa caixa ( ) Local aberto ( ) Em cima da geladeira ( ) Na geladeira

( ) No armário ( ) No guarda-roupas ( ) Em cima do guarda roupa

( ) Banheiro ( ) Outro \_\_\_\_\_

12) O que você faz com as sobras de medicamentos?

- Guarda para usar outra vez       Descarta       Devolve a unidade ou ACS  
 Dá aos vizinhos, amigos       Não sobram       Outros: \_\_\_\_\_

**13) Você possui medicamentos vencidos?**

- Sim       Não

**14) Onde você descarta os medicamentos vencidos?**

- Lixo comum       Vaso sanitário       Esgoto  
 Farmácia comercial       UBS       Outro \_\_\_\_\_

**15) Você já foi informado sobre a existência de algum tipo de coletor de medicamentos vencidos em Imperatriz?**

- Não       Sim \_\_\_\_\_ (Especificar)

**16) Você acredita que o descarte inadequado de medicamentos pode trazer algum dano ao meio ambiente?**

- Não       Sim