



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Verónica José Pessoa Barros Alves dos Santos
Cavadas

AUTOMEDICAÇÃO
EVIDÊNCIA DO INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE
2019

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,
orientada pela Professora Doutora Aida Isabel Pereira Tavares e
pelo Professor Doutor Pedro Augusto Melo Lopes Ferreira e
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.**

Outubro de 2021



Verónica José Pessoa Barros Alves dos Santos Cavadas

AUTOMEDICAÇÃO

EVIDÊNCIA DO INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE 2019

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, orientada pela Professora Doutora Aida Isabel Pereira Tavares e pelo Professor Doutor Pedro Augusto Melo Lopes Ferreira e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre.

Coimbra, outubro de 2021

Em memória do meu pai,
Tanto desejou ter feito e tanto deixou feito!

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Aida Tavares, pela motivação que me inculuiu ao longo destes meses de trabalho, pela prontidão com que respondeu às questões e pela tranquilidade que transmite nas suas palavras!

Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira que foi o grande incentivador deste meu trabalho! Conhecê-lo e ser sua aluna foi um privilégio. Sem ele e sem os seus ensinamentos não teria começado!

Ao meu marido que esteve sempre!

Aos meus filhos pela compreensão!

À minha mãe, sempre atenta e dedicada!

Às minhas colegas de equipa sempre disponíveis!

A todos os que estiveram comigo nesta caminhada!

RESUMO

Encontramos na literatura diferentes conceitos de automedicação o que tem vindo a ser consensualizado pela definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) que reforça esta prática como o uso de medicamentos aprovados e disponíveis, para aquisição sem prescrição, seguros e efetivos. Em Portugal o conceito de automedicação está associado à utilização de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM). Com o objectivo de identificar determinantes na automedicação recorremos aos dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2019. A variável dependente automedicação (toma/não toma MNSRM) foi obtida pela questão: “Nas últimas 2 semanas, tomou ou usou algum medicamento, produto natural ou vitaminas que não tenha sido receitado por um médico?”. Relativamente às variáveis explicativas, consideraram-se variáveis socioeconómicas, bem como variáveis referentes ao estado de saúde e ao acesso a consulta, exame ou tratamento médico não satisfeita por dificuldades financeiras. Estimamos um modelo de regressão logística multivariada. Os resultados mais relevantes mostram que o nível de escolaridade apresentou um efeito significativo no consumo de MNSRM. Um resultado semelhante foi encontrado em relação ao rendimento. Os estudantes apresentaram uma probabilidade 33,5% superior de toma de MNSRM, do que o resto da população. A autoapreciação do estado de saúde revelou um efeito negativo no consumo. Os indivíduos com problemas crónicos apresentaram uma probabilidade superior de consumo de MNSRM em relação aos indivíduos sem problemas crónicos. A falta de acesso a consultas médicas por dificuldades financeiras aumentou a probabilidade de o doente consumir MNSRM em 34,9%, em relação aos doentes que recorreram às consultas. No que diz respeito às potenciais implicações políticas deste trabalho, o reconhecimento do papel dos prestadores de cuidados de saúde na educação e controlo do uso dos medicamentos, em particular na automedicação, fomentando a prática segura do autocuidado e a sensibilização para a notificação de eventos adversos, poderão contribuir para prevenir danos imediatos ou a longo prazo. Esperamos que o nosso trabalho contribua para uma política concertada entre a Literacia em Saúde e o uso racional dos medicamentos.

Palavras chave: Automedicação; medicamentos não prescritos; medicamentos venda livre; medicamentos não sujeitos a receita médica; determinantes em saúde.

ABSTRACT

In the literature, we find different concepts of self-medication. The WHO has defined such practice as the use of safe and effective medicines which have been approved and are available for purchase without prescription. In Portugal, the concept of self-medication is associated with the use of Over-the-counter (OTC) medication. Aiming at identifying the determinants of self-medication, we used data from the 2019 National Health Survey. The dependent variable “self-medication” (takes/does not take OTC) corresponds to the answer to the following question: “In the last 2 weeks, have you taken or used any medicine, natural product or vitamins which were not prescribed by a doctor?”. In what concerns explanatory variables, socioeconomic variables were considered, as well as variables concerning the health status and the access to doctor’s appointments, exams or medical treatment not satisfied due to financial struggles. A multivariate logistic regression model was estimated. The most relevant results show that the level of education had a significant effect in the consumption of OTC. A similar result was found for the level of income. Students have a 33,5% higher probability of taking OTC than the rest of the population. Self-appreciation of one’s health status revealed a negative effect on consumption. Individuals with chronic conditions have a higher probability of consumption of OTC than those without. The lack of access to medical appointments due to financial difficulties increase the probability of OTC consumption by 34,9% when compared to those who attended consultations. Regarding the political implications of this work, the acknowledgement of the role of healthcare workers in the education and control of the use of medications, in particular self-medication, fomenting the safe practice of self-care and raising awareness of the importance of notifying in case of adverse events can contribute to the preventions of immediate or long-term damage. We hope our work can contribute towards an aligned policy between health literacy and the rational use of medication.

Keywords: Self-medication; non-prescription drugs; over-the-counter medicines; over-the-counter medications; health determinants.

LISTA DE SIGLAS

AESGP- Association of the European Self-Care Industry

Apifarma- Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica

CCISP- Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos

DGS- Direcção-Geral de Saúde

EAD- Exames Auxiliares de Diagnóstico

EHIS- European Health Interview Survey

EU- European Commission

INE- Instituto Nacional Estatística

INFARMED- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

INS- Inquérito Nacional de Saúde

INSA- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

ISCED – International Standard Classification of Education/ Classificação Internacional Normalizada da Educação

MNSRM- Medicamentos não sujeitos a receita médica

MSRM- Medicamentos sujeitos a receita médica

NUTS- Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

ODPHP -Office of Disease Prevention and Health Promotion

OMS- Organização Mundial de Saúde

OTC- Over-the-Counter

RAA- Região Autónoma dos Açores

RAM- Região Autónoma da Madeira

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

UE- União Europeia

WHO- World Health Organization

WSMI- World Self-Medication Industry

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Automedicação em Portugal, noutros países europeus, na América e na Ásia	13
Tabela 2 - Variação em volume e valor de vendas de MNSRM entre 2016 e 2020	28
Tabela 3 - Descrição da variável dependente	34
Tabela 4 - Descrição das variáveis analisadas.	35
Tabela 5 - Análise descritiva das variáveis socioeconómicas.	37
Tabela 6 - Análise descritiva das variáveis da assistência na doença e estado de saúde.	39
Tabela 7 - Propriedades do modelo de regressão logística multivariada para o consumo de MNSRM.	40
Tabela 8 - Resultados da regressão logística multivariada para o consumo de MNSRM	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Variação do volume de vendas de MNSRM entre 2016 e 2020	29
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Determinantes socioeconómicas: modelo de Dahlgren e Whitehead	10
Figura 2 - Dispensa dos MNSRM em contexto europeu	24
Figura 3 - Logotipo adoptado na União Europeia para compras <i>on-line</i> de MNSRM	25

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1. Automedicação	4
1.1.1. Vantagens associadas à automedicação	6
1.1.2. Riscos associados à automedicação	7
1.1.3. Determinantes da automedicação	9
1.2. MNSRM	21
1.2.1. Mercado dos MNSRM	24
2. ESTUDO EMPÍRICO	31
2.1. Metodologia e dados	31
2.1.1. Inquérito Nacional de Saúde	31
2.2. Amostra	32
2.3. Objectivos	33
2.4. Hipóteses	33
2.5. Variáveis	34
2.5.1. Variável Dependente	34
2.5.2. Variáveis Explicativas ou Preditores	35
2.6. Métodos de análise estatística	36
2.7. Resultados	37
2.7.1. Análise descritiva da amostra	37
2.7.2. Modelo de Regressão Logística para o consumo de MNSRM	40
2.7.3. Determinantes do consumo de MNSRM nas últimas 2 semanas.	40
2.7.4. Discussão dos resultados	43
CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

INTRODUÇÃO

O consumo de medicamentos está muito relacionado com as políticas de venda de cada país, bem como da organização do sistema de saúde (Mendes *et al.*, 2004). A nível da União Europeia (UE) os cuidados de saúde estão em mudança, fomentando-se uma utilização racional, no sentido de um adequado uso dos recursos de saúde. Espera-se que as pessoas assumam mais responsabilidade pela sua saúde, na procura dos cuidados e dos profissionais que os prestam. Espera-se que façam escolhas saudáveis, mas também se espera que os profissionais possuam formação suficiente e que a comunicação seja eficaz. A movimentação transfronteiriça na UE tem vindo a alterar o acesso a medicamentos, nomeadamente à automedicação (EC, 2013).

Em Portugal o Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho, clarifica o conceito de automedicação como sendo a utilização de Medicamentos não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM), implicando a sua utilização responsável. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define automedicação como a seleção e o uso de medicamentos pelo indivíduo para tratar doenças ou sintomas autorreconhecidos (WHO, 1998).

Em 2019, em Portugal, encontravam-se em actividade 4.174 locais de venda de medicamentos dos quais 2.806 farmácias e 1.368 locais autorizados de venda de MNSRM (INFARMED, 2020a). No mesmo ano, verificou-se um aumento dos medicamentos com marca também denominados de medicamentos de referência ou original/innovador (INFARMED, 2015) relativamente ao ano anterior, situação que se vem verificando nos últimos anos, existindo 52.885 apresentações para 9.121 medicamentos. Dentro dos MNSRM estavam disponíveis 3.008 apresentações diferentes (INFARMED, 2020a).

Não existem muitos trabalhos em Portugal que visem demonstrar os determinantes da automedicação. A prevalência da automedicação é variável de acordo com a região e a população estudada. Um estudo realizado em meio urbano demonstrou que a prevalência se situava nos 26,2%, mais elevada no sexo masculino, identificando uma proporção mais elevada de automedicação, em ambos os sexos, nos indivíduos com maior nível de escolaridade, nomeadamente universitária, na população ativa e nos estudantes (Mendes *et al.*, 2004). Um estudo feito na Covilhã estimou a prevalência nos 56%, mais elevada no sexo feminino, contrariamente aos resultados encontrados no outro estudo, e nos indivíduos com idade compreendida entre os 18 e os 29 anos. Já em relação à escolaridade, a prevalência encontrava-se aumentada nos indivíduos com escolaridade mais baixa (Pervukhina, 2013).

Dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2019, permitiram estimar que mais de 2 milhões de portugueses consumiram medicamentos não prescritos nas duas semanas anteriores ao inquérito (INE, 2020a).

Para a realização do nosso trabalho iremos utilizar os dados do INS 2019. A variável dependente automedicação (toma/não toma MNSRM) será obtida pela questão: “Nas últimas 2 semanas, tomou ou usou algum medicamento, produto natural ou vitaminas que não tenha sido receitado por um médico?”, conforme consta no INS. Como variáveis explicativas consideraram-se as variáveis socioeconómicas bem como variáveis referentes ao estado de saúde que incluiu o auto reportado, a existência de doenças crónicas ou problemas de saúde prolongados e, por último, o acesso a consulta ou tratamento médico não satisfeita por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses.

É objectivo deste trabalho identificar os determinantes na automedicação associados à utilização de MNSRM, pela população residente em Portugal, com base no INS 2019. O conhecimento de algumas características e factores que podem ser preditores no consumo de MNSRM será um contributo na sensibilização de todos os intervenientes no processo saúde/doença.

O estudo será apresentado por uma parte introdutória, na qual se descreve o problema a analisar, se explicitam os objectivos e a forma como a dissertação está organizada, seguida por 2 capítulos. No primeiro capítulo serão apresentados os resultados encontrados na literatura que permitem enquadrar o problema no contexto nacional, europeu e internacional. Será ainda dado especial ênfase ao problema dos determinantes em saúde como forma de enquadramento dos múltiplos factores que podem condicionar a automedicação. O segundo capítulo incide sobre o estudo empírico, a importância do INS como instrumento de trabalho, a amostra, as variáveis dependentes e explicativas e a análise estatística. Neste capítulo serão ainda apresentados e discutidos os resultados obtidos e a sua relação com os determinantes identificadas na literatura. Terminaremos este trabalho com as principais conclusões e limitações que identificámos no decurso da sua realização.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os medicamentos fazem parte do dia a dia da grande maioria das pessoas e consequentemente da população em geral, utilizados para promover a saúde, o bem-estar e, na maioria das vezes, para aliviar sintomas e doenças. Numa sociedade de consumo, o acesso a MNSRM corre o risco de ser vulgarizado pelo consumo excessivo, inadequado e pela possibilidade de acumulação e armazenamento, tendência que parece instalar-se no quotidiano das sociedades mais consumistas.

Um dos grandes impactos económicos sobre os sistemas de saúde deve-se aos medicamentos. O encargo do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com especialidades farmacêuticas, foi de 1.327.226 euros em 2019, representando 26,10 % dos encargos do SNS no seu orçamento (INFARMED, 2020a). Embora o objecto do nosso estudo seja os MNSRM, os quais são financiados na sua totalidade pelo consumidor, importa referir que, apesar de muitas vezes o cidadão não sentir impacto no seu orçamento familiar quando adquire Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM), pois nem sempre o medicamento é sujeito a co-pagamento, não deixa de haver implicações indirectas pois é a partir dos impostos que uma grande parte do sistema de saúde é financiado. Para além do impacto imediato que os MNSRM podem ter na saúde do indivíduo, os efeitos a longo prazo no ambiente não devem ser ignorados nomeadamente os originados pelo desperdício. Motivos suficientemente válidos para que cada cidadão utilize consciente e racionalmente os medicamentos sujeitos ou não a prescrição médica.

Pela importância que os medicamentos têm no quotidiano das pessoas e pelo peso económico que eles representam, são uma das matérias mais inovadoras e estudadas e uma das matérias mais reguladas e legisladas a nível dos países desenvolvidos.

A Directiva 2004/27/CE define medicamento como:

- a) Toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas relativas a doenças em seres humanos; ou
- b) Toda a substância ou associação de substâncias que possa ser utilizada ou administrada em seres humanos com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas ao exercer uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, ou a estabelecer um diagnóstico médico (Directiva 2004/27/CE:136/36)¹

Em Portugal a definição de medicamento consta no Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto. Tanto na definição da Comunidade Europeia (CE) como na definição Nacional o

¹ Directiva 2004/27/CE do Parlamento Europeu e do Conselho (2004). Jornal oficial da União Europeia.

papel do medicamento é realçado como meio de prevenção e de tratamento, bem como um meio de diagnóstico.

Os medicamentos possuem valores fundamentais: valor terapêutico, o qual tem contribuído para o desenvolvimento de outros medicamentos tornando-os mais disponíveis e acessíveis; valor preventivo onde se incluem as vacinas e outros medicamentos que permitem prevenir situações agudas e doenças; os ganhos em saúde como seja o aumento da esperança de vida e a relação entre melhor saúde e mais crescimento económico e por último o valor da redução dos custos da doença (Apifarma, s.d.). Ao reduzirem as complicações das doenças, particularmente das doenças crónicas, contribuem para a redução dos internamentos hospitalares e conseqüentemente das despesas com a doença. Importa realçar o uso racional dos medicamentos, seja a partir da prescrição e da monitorização da resposta à sua utilização, neste caso dependente do prescritor e do doente, seja quando a sua aquisição ocorre por iniciativa do doente, o qual deve conhecer o medicamento e os cuidados a ter com eventuais efeitos adversos.

Em Portugal, é no final do Sec. XIX que surgem as primeiras indústrias de medicamentos e no início do sec. XX os primeiros investimentos industriais por companhias estrangeiras (Apifarma, 2014). Desenvolve-se a produção de sulfamidas, antibióticos e de anti-histamínicos (Apifarma, 2014).

Investigar medicamentos exige variados e diversificados recursos humanos, técnicos e científicos. Até à sua comercialização, os medicamentos são sujeitos a avaliações e análises sistemáticas de autorização de introdução no mercado (Silva *et al.*, 2010). O surgimento de novos medicamentos acontece nos anos 40 sobretudo para o tratamento de infeções (Melo *et al.*, 2006a).

Os avanços na descoberta de novos medicamentos, a sua divulgação e promoção, criaram na sociedade uma confiança excessiva no seu poder e na sua capacidade de tratar (Melo *et al.*, 2006a). Este excesso de confiança pode, em situações e em indivíduos com características particulares, levar ao uso excessivo, ao uso inadequado e às desigualdades de acesso aos medicamentos.

1.1. Automedicação

A automedicação é uma prática corrente na maioria dos países desenvolvidos, consequência, entre outros factores, de uma maior alfabetização, acessibilidade e aumento na publicidade

e disponibilidade de vendas (Tavares, 2013). A família, a sociedade e a legislação são outros dos factores que contribuem para a automedicação (Bennadi, 2014). As plantas medicinais e os remédios caseiros foram e são utilizados como recursos terapêuticos. O conceito de automedicação acompanha a existência humana desde o seu início (Cruz *et al.*, 2015).

Encontramos na literatura diferentes conceitos de automedicação. Automedicação pode ser vista como a utilização de medicamentos para o tratamento de distúrbios ou sintomas menores, mas também quando são utilizados medicamentos prescritos de modo intermitente (Parmar, 2003). Outros autores clarificam como um conceito mais global, como o ato de consumir medicamentos por sua iniciativa ou influência de terceira pessoa, o qual inclui os MNSRM, mas também os MSRM (Cruz *et al.*, 2015). Neste conceito, tanto o uso de medicamentos de venda livre como o recurso a receituário antigo são uma forma de automedicação. Esta ambiguidade de conceitos tem vindo a encontrar maior consenso, destacando-se a definição de automedicação da OMS que a define como um elemento do autocuidado pelo indivíduo, correspondendo à seleção e ao uso de medicamentos para tratar doenças ou sintomas autorreconhecidos (WHO, 1998). Define automedicação responsável como a prática do uso de medicamentos aprovados e disponíveis para aquisição sem prescrição, seguros e efetivos quando usados conforme indicado, para tratar os problemas de saúde. (WHO, 1998).

Em Portugal, é através do Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho, que é clarificado o conceito de automedicação, como sendo a utilização de MNSRM, implicando a sua utilização responsável no sentido de aliviar e tratar queixas passageiras e sem gravidade. Neste despacho, pode ainda ler-se que a prática da automedicação se deve limitar à especificidade de cada medicamento bem como a situações clínicas bem definidas. Estas medidas permitem reduzir o risco na utilização do medicamento e envolver o indivíduo numa gestão responsável pela sua saúde, com (ou sem) o apoio de um profissional de saúde.

O recurso à automedicação com acesso a MNSRM (internacionalmente conhecidos por *over-the-counter*, traduzido literalmente como os medicamentos vendidos em cima do balcão), disponíveis nos locais autorizados, permite uma maior autonomia fazendo assim parte do autocuidado. A OMS considera que o aumento do autocuidado se deve a vários factores socioeconómicos (melhores níveis de educação, maior acesso a informação e maior interesse pela saúde), estilos de vida (consciencialização da importância de alterar estilos de vida como factor de prevenção de doenças), acessibilidade aos produtos medicinais (evitando esperas para acesso a cuidados de saúde), factores epidemiológicos (mudança no padrão de

algumas doenças exigindo alterações no financiamento) levando a uma maior responsabilidade na procura de cuidados e uma maior capacitação para o autocuidado (WHO,1998).

O aumento dos custos com os cuidados de saúde leva às reformas do sector da saúde, contribuindo a automedicação para a redução do peso que os cuidados de saúde têm sobre o orçamento público (WHO,1998).

Os MNSRM, além de representarem uma conquista da sociedade, são também um recurso através do qual cada um se responsabiliza pela própria saúde, fazendo parte do autocuidado (Rodrigues, 2017). O autor menciona a diferença entre automedicação e autoprescrição, salientando o conceito de automedicação como uma decisão legítima, corroborada pelo conceito da OMS, dado que legalmente não necessitam de receita médica. Já quando se adquirem medicamentos sujeitos a prescrição médica, sem a respectiva prescrição, a sua utilização é entendida como autoprescrição.

À medida que o autocuidado foi sendo reconhecido pelos serviços de saúde, o processo de reclassificação de MSRM para MNSRM foi evoluindo, estando disponíveis cada vez mais produtos que favorecem a automedicação (EC, 2013).

Os níveis de conhecimento e compreensão, os níveis de literacia, variam entre os vários consumidores de MNSRM. Esta consciencialização exige um investimento de tempo por parte dos profissionais de saúde na promoção do autocuidado (EC, 2013). Receber informação não torna a pessoa informada (EC, 2013).

1.1.1. Vantagens associadas à automedicação

As vantagens e benefícios da automedicação poderão ser analisadas em diferentes perspectivas. Segundo Hughes *et al.* (2001) a Indústria Farmacêutica beneficia pelo aumento de acesso aos seus produtos que se encontram em expansão permanente. Relativamente aos profissionais de saúde, e particularmente para os farmacêuticos, permite que desempenhem um papel mais clínico, promovendo o envolvimento com os doentes e melhorando o “*status*” profissional. Já os médicos têm uma visão mais cuidadosa, embora reconheçam que consultas para resolução de sintomas considerados menores possam ser evitadas com recurso a automedicação. Relativamente aos custos com a saúde, para o governo enquanto principal pagador, este pode ver os custos reduzidos ao permitir a livre comercialização de MNSRM embora regulada. Finalmente para o doente, vai permitir uma responsabilização e a

confiança na tomada de decisões concertadas, entre o doente e os profissionais de saúde. Bennadi (2014), reforça as vantagens da automedicação pelo papel activo de cada pessoa na gestão dos cuidados com a sua saúde, a possibilidade de prevenir e aliviar sintomas, a oportunidade de educação com questões específicas (abandono do tabaco, por exemplo) e também as questões económicas que se colocam evitando custos (taxas moderadoras, tempo de transporte, tempo perdido de trabalho). Ao nível comunitário podemos considerar como grande vantagem a economia de recursos, a grande maioria das vezes escassos, muitas vezes usados em situações de menor gravidade e a redução do absentismo laboral (Bennadi, 2014). A automedicação responsável, em alguns países com recursos escassos, pode ser vista como o suporte dos cuidados e política de saúde (Bennadi, 2014).

Mas, para que todas estas vantagens sejam verdadeiramente eficazes e efetivas é necessário estar-se dotado do conhecimento e sensibilizado para os riscos. A falta de literacia em saúde está presente entre os utilizadores e nos profissionais de saúde de quem se espera as adequadas informações em saúde e particularmente no uso racional e adequado dos MNSRM.

Foi realizado um Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal em 2016 de onde se concluiu, por comparação com outros países, que Portugal era o país com menor percentagem de pessoas com um nível excelente de literacia em saúde (8,6%) e que apresentava um valor mais elevado (38,1%) do que a média europeia (35,2%) relativamente ao nível problemático de literacia em saúde (DGS, 2018). O Plano de Acção para a Literacia em Saúde define, como primeiro objectivo, a adopção de estilos de vida saudável. Para a consecução desse objectivo, estabeleceu como linhas prioritárias a alimentação, a vacinação e a medicação, entre outras (DGS, 2018). Daqui podemos entender a importância que a medicação tem na vida das pessoas, a importância de um uso criterioso, racional, consciente e responsável e a necessidade de capacitar o consumidor e de formar os profissionais de saúde.

1.1.2. Riscos associados à automedicação

Se, por um lado, o uso de MNSRM melhora a acessibilidade do individuo ao medicamento e promove o autocuidado, por outro lado, pode levar a uma utilização inadequada pois nem sempre existe um autodiagnóstico correcto resultando num uso indevido ou excessivo. A

seleção do medicamento após leitura do folheto informativo, obedecendo ao critério de indicação e utilização, são fundamentais para a diminuição do risco (Martins *et al.*, 2016).

Os riscos mais conhecidos, associados à automedicação, estão muito relacionados com diagnóstico incorrecto e conseqüentemente terapêutica inadequada, erro de dosagem, dependência por uso prolongado, reações adversas e interações medicamentosas que ao nível comunitário levam ao aumento das despesas públicas (Bennadi, 2014). O consumo de medicamentos pode originar situações de abuso, sendo os MNSRM de difícil controle. Segundo Sansgiry (2017), dos estudos feitos em todo o mundo, os medicamentos contendo opiáceos e os medicamentos para a tosse são dos mais usados e implicados no abuso. Um estudo realizado por Cooper (2013), com recurso aos dados da literatura internacional entre 1990 e 2011, sobre abuso de medicamentos, verificou que o abuso existe em muitos países, sendo um problema reconhecido internacionalmente. Verificou a existência de cinco grupos de medicamentos mais implicados nesse abuso nomeadamente, analgésicos com codeína, medicamentos para a tosse, anti-histamínicos sedativos, descongestionantes nasais e os laxantes. A utilização incorreta de MNSRM leva a danos fisiológicos e psicológicos, nomeadamente adição a opiáceos, hemorragias gástricas e a problemas sociais e económicos (Martins *et al.*, 2016).

Em contexto de consulta médica identificam-se algumas dificuldades. Se para o doente pode ser difícil identificar que o mesmo medicamento pode estar a ser tomado com nomes diferentes também para o médico pode surgir a dificuldade em explicar esse facto (Bennadi, 2014). Se há falta de informação sobre como os doentes gerem a sua medicação prescrita, mais difícil será comparar os riscos associados à toma de MNSRM (Martins *et al.*, 2016).

A população idosa apresenta-se mais susceptível a ter problemas com o uso de MNSRM, em parte devido a este ser um grupo que tendencialmente utiliza mais medicação, potenciando as interações medicamentosas (Martins *et al.*, 2016). O aumento do risco de interações medicamentosas, mesmo em doses terapêuticas, é devido a alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas relacionadas com o processo de envelhecimento (Gonçalves *et al.*, 2016). O aumento de doenças crónicas neste grupo etário leva ao aumento de medicação prescrita o que pode originar confusão na toma da medicação e conseqüentemente um aumento do risco das interações medicamentosas.

Hughes *et al* (2001), fazem referência a um estudo desenvolvido no Reino Unido, com idosos com mais de 65 anos, de onde se concluiu que os doentes não faziam referência aos

medicamentos que utilizavam como automedicação, que nas notas clínicas a informação era escassa relativamente a esse tema, que continuavam a utilizá-los mesmo dentro do hospital, desconhecendo a possibilidade dos efeitos adversos.

Relativamente às idades pediátricas e mais jovens existe um risco aumentado de sobre ou submedicação (Martins *et al.*, 2016).

1.1.3. Determinantes da automedicação

Matos (2006), faz referência a cinco aspectos a considerar, os quais podem influenciar a automedicação: o consumidor doente, o prescritor, o vendedor, o fabricante e a publicidade. Quanto ao consumidor, considera determinante a acessibilidade, ou seja, quanto mais acesso mais facilidade de consumo. No que respeita ao prescritor, neste caso o médico, este tem um papel fundamental na responsabilização do doente perante o uso da medicação. A automedicação torna-se frequente quando perante doenças crónicas o doente opta pela compra sem recorrer novamente ao serviço de saúde. Esta e outras situações após uma prescrição podem levar ao uso crónico de um medicamento sem reavaliação médica. Quanto ao vendedor, segundo a autora, ainda se encontram diferentes posturas aquando da disponibilização dos medicamentos. É papel do farmacêutico informar e aconselhar quando o medicamento se destina a automedicação e aconselhar quando deve ser consultado o médico. Para o fabricante e para todos os envolvidos na indústria farmacêutica, um dos aspectos importantes será uma avaliação da conduta responsável e ética dos colaboradores, particularmente dos Delegados de Informação Médica e, por último, a publicidade que tem um papel fundamental.

Os determinantes de saúde correspondem à variedade de fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que influenciam o estado de saúde. A falta de acesso, ou acesso limitado aos serviços de saúde, tem um grande impacto no estado de saúde sendo os indivíduos menos participativos em atitudes preventivas (ODPHP, 2020). Os determinantes sociais da saúde refletem as condições do ambiente em que as pessoas aprendem, trabalham e envelhecem. São responsáveis pela qualidade de vida e por muitos resultados em saúde (ODPHP, 2020).

Ao estudarmos os determinantes sociais, económicos e outros que contribuem para o consumo de MNSRM, estamos de certo modo a identificar a facilidade de acesso a estes

medicamentos. Conhecer estes determinantes poderá contribuir para uma melhor clarificação das políticas a implementar.

Apesar de reconhecermos os potenciais aspectos negativos relacionados com o consumo de MNSRM e da automedicação, é importante reconhecer as suas vantagens pelo que as desigualdades de acesso, nomeadamente por níveis baixos de condição de vida, são um determinante da desigualdade na saúde.

Alguns modelos permitem explicar como os determinantes sociais de saúde se relacionam. Um dos modelos mais estudado é o Modelo de Dahlgren e Whitehead, o qual mostra como o contexto de vida origina diferentes contextos de saúde. Os autores apresentam um modelo em que os indivíduos estão na base, dotados de características individuais (idade, sexo e factores hereditários) as quais influenciam o seu potencial e condições de saúde. A camada seguinte representa o comportamento e os estilos de vida das pessoas (dieta, actividade física). O modelo mostra que as redes comunitárias e de apoio correspondem à camada seguinte, “cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social” que “é de fundamental importância para a saúde da sociedade” (Buss e Filho, 2007:84). O nível seguinte representa as condições de vida e de trabalho, o acesso à saúde e à educação. O último nível, mais afastado, em que se situam os “macro-determinantes”, representa as condições económicas, culturais e ambientais da sociedade. Estas condições influenciam todas as outras camadas (Buss e Filho, 2007:84).

Figura 1 - Determinantes socioeconómicos: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Buss, Paulo M.; Filho, Alberto P. (2007) “A saúde e seus determinantes sociais” *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93.

Um dos factores determinantes do estado de saúde é a percepção que o indivíduo tem sobre o seu próprio estado de saúde. Os principais factores são os indicadores sociodemográficos,

o grupo etário e o estado civil, os indicadores socioeconómicos, (nível de escolaridade, rendimento e ocupação) e os indicadores de saúde, nomeadamente os referentes às doenças crónicas (Oliveira, 2009).

Segundo a OMS os determinantes da saúde incluem: o ambiente social e económico, o ambiente físico, as características e os comportamentos individuais. Rendimentos e status social mais altos estão normalmente associados a melhor nível de saúde. Melhor educação aumenta a autoconfiança, contrariamente aos baixos níveis de educação que estão associados a problemas de saúde e baixa autoconfiança. O ambiente físico favorável com água potável e ar sem poluição, o ambiente seguro no local de trabalho, nas casas, nos acessos, as condições de trabalho e as redes de apoio social, onde se inclui a família, os amigos e a comunidade, estão ligados a uma melhor saúde. A genética e a probabilidade de desenvolver algumas doenças e por outro lado a probabilidade de uma maior longevidade, o comportamento pessoal no que respeita à alimentação, actividade física, consumos, os serviços de saúde e o acesso aos mesmos, influenciam a saúde e são alguns dos mais importantes determinantes de saúde (WHO, 2017).

É difícil mudar comportamentos de risco sem se mudarem aspectos culturais. Para isso são necessárias políticas abrangentes para promover mudanças no comportamento as quais devem ter em conta o desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e económicas (Buzz e Filho, 2007).

É um dever do Estado, salvaguardar o princípio do acesso aos medicamentos (Dec. Lei 112/2019) ² e um direito de todos os cidadãos o de aceder a cuidados preventivos de saúde e a beneficiar de cuidados de acordo com a legislação (UE, 2016). No entanto, são poucos os países que desenvolveram políticas de preços de medicamentos de forma a minorar o acesso deficiente (WHO, 2011). Garantir o acesso equitativo a medicamentos de qualidade pelos Sistemas de Saúde é uma forma de promover a sua utilização racional e segura.

Nos países mais pobres, e apesar de cada vez mais se implementarem sistemas de seguro de saúde, apenas umas pequenas minorias das pessoas são cobertas por estes sistemas e a proporção de pessoas com cobertura em medicamentos é ainda menor. Estes seguros melhoram a acessibilidade dos que podem pagar, sendo uma prioridade melhorar a

² Decreto-Lei n.º 112/2019 da Presidência do Conselho de Ministros (2019). Diário da República: 1.ª série, n.º 156/2019.

disponibilidade de medicamentos pelo mais baixo custo através do setor público, garantindo o acesso aos mais vulneráveis (WHO, 2011).

A OMS promoveu a ideia de que o acesso equitativo a serviços eficazes e necessários, sem encargos financeiros, é um direito fundamental de todos cidadãos, ou seja, o "direito à saúde" como um conceito de política central. Este foi o foco para alcançar a cobertura universal de saúde até 2020 (WHO, 2018).

A Assembleia Mundial da Saúde estabeleceu no programa de trabalho da OMS 2019-2023 a cobertura universal de saúde como uma das três prioridades estratégicas (WHO, 2018).

No Serviço Nacional de Saúde português temos vindo a verificar alterações no co-pagamento, entendido como a parte paga pelo utente relativamente a uma prestação de saúde (Pereira, 2004), nomeadamente das taxas moderadoras das consultas nos Cuidados de Saúde Primários e nos Exames Auxiliares de Diagnóstico (EAD). As taxas moderadoras podem ser vistas por alguns como racionalizadoras da procura de cuidados e para outros, constituírem um financiamento do sector público (Pereira, 2004). Estas medidas recentemente implementadas, em contexto de Pandemia, contribuem para reduzir as desigualdades em saúde, facilitando o acesso a consultas e a exames de diagnóstico, embora outras desigualdades persistam nomeadamente geográficas e socioeconómicas.

Não existem muitos trabalhos em Portugal que visem demonstrar os determinantes da automedicação. A prevalência da automedicação é variável de acordo com a região e a população estudada.

Em todo o mundo o consumo de medicamentos não receitados tem sido uma preocupação, encontrando-se estudos que identificam prevalências bastante diversas. A tabela 1 apresenta alguns estudos realizados em Portugal, noutros países da Europa, na América e na Ásia, onde podemos verificar algumas semelhanças e diferenças significativas, as quais poderão estar relacionadas, entre outros factores, com o tipo de serviços de saúde disponibilizados por cada país.

Tabela 1 – Automedicação em Portugal, noutros países europeus, na América e na Ásia

Autor/Ano	Descrição	Conclusões
Portugal		
Mendes <i>et al.</i> , 2004	<p>Estudo realizado em farmácias no distrito de Lisboa e do Porto.</p> <p>Variáveis sociodemográficas e de acesso a cuidados de saúde.</p>	<p>Identificou uma prevalência de automedicação de 26,2%. Os homens apresentaram maior prevalência de automedicação do que as mulheres. Maior prevalência, 31%, entre os 10 e os 49 anos, baixando para 19,3% a partir dos 69 anos.</p> <p>Desenvolvido em meio urbano permitiu verificar que eram os indivíduos com formação universitária, os que trabalhavam e os que estudavam os que mais se automedicavam. Perante problemas “ligeiros” de saúde mais de ¼ dos inquiridos optou por recorrer ao farmacêutico.</p>
Melo <i>et al.</i> , 2006b	<p>Desenvolvido em farmácias comunitárias, em zonas rurais de Portugal (distritos de Coimbra, Leiria, Santarém e Castelo Branco).</p> <p>Conhecer a prevalência da automedicação, avaliar preditores, se existentes e verificar a existência de comportamentos sazonais.</p>	<p>A prevalência da automedicação foi de 21,5%, maior nas pessoas com menos de 40 anos (33,6%) e menor a partir dos 60 anos e semelhante entre homens e mulheres. Aumentou com o aumento da escolaridade, maior nos estudantes, trabalhadores por conta própria e empregados.</p> <p>Relativamente à acessibilidade aos cuidados de saúde os resultados da regressão logística sugeriram que os indivíduos que não consultavam um médico há seis meses tinham 6,7 vezes mais probabilidade de se automedicarem do que os que tiveram consulta há uma semana. Quem teve que esperar mais de um dia para ter consulta médica aumentou 1,5 vezes a probabilidade de se automedicar relativamente a quem teve consulta no próprio dia. Os autores verificaram que apenas 5,9% dos indivíduos que se automedicaram foram influenciados pela publicidade, sendo 47,2% influenciados pelo farmacêutico.</p>
Morais, 2011	Aplicado à população estudantil da Universidade de Aveiro, com vista a conhecer os hábitos de consumo de medicamentos na população académica.	Prevalência de automedicação de 44,2%. Relativamente ao género os resultados mostraram não existir diferenças tal como relativamente ao ciclo de estudo, não se verificaram diferenças significativas quanto à prática da automedicação. Já entre os cursos de saúde e os restantes cursos verificaram uma diferença significativa, com os estudantes dos cursos de saúde a se automedicarem com mais frequência.

		Os resultados sugeriram que os estudantes se automedicavam por curtos períodos e quando medicados de forma regular recorriam menos à automedicação
Pervukhina, 2013	Estudo realizado no concelho da Covilhã com vista a estimar a percentagem de população que se automedicava e definir o perfil no que respeitava ao sexo, idade, escolaridade e situação financeira.	Numa amostra de 384 indivíduos (65% do sexo feminino e 35% do masculino) com mais de 18 anos, a prevalência de automedicação foi de 56%. Segundo a autora os dados apresentados são superiores aos obtidos noutros estudos realizados em Portugal. A análise dos dados permitiu concluir que eram as mulheres que mais se automedicavam. Relativamente à idade observou-se que os indivíduos que mais se automedicavam se encontravam na faixa etária dos 18 aos 29 anos e dos 40 aos 49 anos. Quanto à escolaridade, a prática da automedicação aumentava de acordo com o grau de ensino, baixando ligeiramente a partir do ensino superior. Eram as pessoas desempregadas as que mais se automedicavam e as aposentadas as que pareciam ter menor tendência.
Amaral <i>et al.</i> , 2014	Estudo realizado em jovens e adultos na Região Centro de Portugal, com recurso a um questionário respondido online, a uma amostra constituída por 182 indivíduos.	Verificaram que a prevalência de automedicação nos últimos 6 meses foi de 85,9%, sendo de referir que 7,15% dos inquiridos se automedicou com antibiótico. Este estudo concluiu que a prática da automedicação foi superior no género feminino, sem diferenças estatisticamente significativas, associando-se com a idade, mais frequente em jovens e adultos jovens e em agregados familiares com filhos.
Sarmiento, 2015	Com recurso aos dados do 4º INS com objectivo de identificar factores no consumo de MNSRM em dois grupos: MNSRM para fins nutrição e para fins de automedicação	Verificou que eram as mulheres que apresentavam maior probabilidade de se automedicarem, bem como os indivíduos casados e os com maior grau de instrução. Foi na Região Norte que se apresentou maior propensão ao consumo de MNSRM. Relativamente ao rendimento, pareciam ser os indivíduos com maior rendimento a terem maior propensão a se automedicarem assim como os indivíduos com doença crónica.
Belo <i>et al.</i> , 2017	Realizado Hospital do Espírito Santo de Évora com o objectivo de avaliar a prevalência da automedicação em idade pediátrica, identificar a medicação administrada e os motivos que originam a automedicação. Incluíram cuidadores de crianças e adolescentes dos 0 aos 17 anos.	Questionários respondidos pelos pais, sendo em 97% as mães as respondentes. A maioria dos respondentes, 74%, possuía ensino superior. A automedicação é regular em 66% dos respondentes. Todas as crianças e jovens eram vigiadas regularmente. Quanto à administração de medicamentos 64% dos pais já tinham automedicado os filhos e desses 24% fizeram-no no último mês. Os medicamentos foram adquiridos em 94% das vezes na farmácia e a automedicação foi feita com recurso a MNSRM ou com medicamentos excedentes que tinham em casa. O principal motivo foi considerarem uma situação ligeira agindo de acordo com situação anterior idêntica.

		<p>O paracetamol foi o fármaco mais administrado (84,7%) tendo sido identificada a utilização de antibióticos e ácido acetilsalicílico sem prescrição médica.</p> <p>Salienta-se neste trabalho o facto de 17% dos pais terem administrado doses superiores ao recomendado de paracetamol, bem como o facto das respostas <i>on-line</i> poderem levar a um viés de seleção, não sendo representativa da população portuguesa.</p> <p>Segundo as autoras a prevalência encontrada é idêntica aos estudos internacionais</p>
Amaral <i>et al.</i> , 2019	Estimar a prevalência da automedicação e identificar factores sociodemográficos e de saúde associados em adultos da Região Centro e Norte de Portugal.	<p>Maioria da amostra constituída por mulheres (65%). Quanto ao estado civil, 50,3 % dos indivíduos da amostra eram casados ou em união de facto, 65,4% empregados e 53,1% com ensino superior. A prevalência da automedicação variou, sendo ao longo da vida de 74,1% e nos últimos 6 meses de 59,9%.</p> <p>A automedicação associou-se significativamente com a área de residência urbana ($p=0,018$) e relacionou-se positivamente com a idade ≤ 25 anos e negativamente com a área de residência, tendo concluído elevadas prevalências de automedicação nos últimos 6 meses no Norte e Centro de Portugal, estando a automedicação associada com variáveis sociodemográficas e de saúde.</p>
CCISP, 2021	Avaliação realizada no sentido de diagnosticar o comportamento de saúde e bem-estar dos estudantes do Ensino Superior Politécnico, nomeadamente o consumo dos fármacos tranquilizantes e para a melhoria do rendimento escolar.	<p>Verificaram que os estudantes do sexo masculino recorriam ao uso de ansiolíticos em muito menor percentagem do que as raparigas tendo, através de uma regressão logística, verificado que ser homem diminui a probabilidade de consumo em 65,50% e ter uma melhor percepção do estado de saúde diminui a probabilidade de consumo em 31,20%. Já no que respeita aos fármacos para melhorar o rendimento escolar, 30,6% dos estudantes referiram ter consumido nos últimos 30 dias, dos quais 10,20% mais de quatro vezes ou mais ao longo da vida. Quanto às frequências em função do sexo, as raparigas recorrem com mais frequência a este tipo de consumo. Foram considerados neste estudo, factores de risco para o consumo de tranquilizantes, o facto de estar envolvido em actividades de lazer e o consumo de média.</p>
Outros países europeus		
Nielsen <i>et al.</i> , 2003	Estudo com base nos dados do Danish Health and Morbidity Survey 2000, numa amostra de 16.690	<p>Verificaram que a proporção de consumidores de medicamentos prescritos aumenta de acordo com a idade. Já no que respeita ao consumo de MNSRM a maior propensão ao consumo foi verificada nas idades entre os 25 e os 44 anos. Tanto para os medicamentos</p>

	<p>dinamarqueses, para identificar os determinantes socioeconómicos (escolaridade, profissão/ocupação e rendimentos) no uso de medicamentos com e sem prescrição.</p>	<p>prescritos como para os não prescritos as mulheres mostraram ser mais consumidoras. Pessoas com doença crónica e com mais baixa autopercepção do seu estado de saúde mostraram-se mais propensas ao uso de MNSRM.</p> <p>A análise da regressão logística concluiu que a ocupação está associada ao consumo de MNSRM, sendo os aposentados por invalidez e os trabalhadores por conta própria os que menos risco apresentam para o consumo. Não houve associação entre o grau de escolaridade e o consumo de MNSRM. O uso de MNSRM diminuiu conforme os rendimentos aumentam, embora os rendimentos não tenham sido associados ao uso de MNSRM após o ajuste para idade, sexo e medidas de estado de saúde. Segundo o autor, a principal conclusão do seu trabalho foi a existência de diferenças sociais no uso de medicamentos prescritos o que não se verifica nos medicamentos não prescritos, ou seja, a população dinamarquesa com baixos rendimentos tem acesso aos medicamentos funcionando o sistema de co-pagamentos e os reembolsos anuais individuais de acordo com os rendimentos.</p> <p>O sistema de saúde dinamarquês é de acesso gratuito ao médico de família e a cuidados hospitalares, principalmente financiado pelos impostos públicos, sendo os medicamentos fora dos hospitais, sujeitos a co-pagamento. Relativamente aos MNSRM estes não são reembolsáveis salvo algumas exceções, se prescritos.</p>
<p>Carrasco-Garrido <i>et al.</i>, 2008</p>	<p>Dados do INS Espanhol de 2003. Foi realizado um estudo a 19.514 indivíduos com vista a verificar a prevalência da automedicação na população com mais de 16 anos e identificar os factores preditivos no consumo.</p> <p>Variáveis sociodemográficas, variáveis relacionadas com estilo de vida, consumos, existência de doença crónica, autoavaliação do estado de saúde e consulta médica nas duas semanas anteriores ao inquérito.</p>	<p>Os resultados do estudo concluíram que 58,5% dos inquiridos consumiram algum tipo de medicamento, sendo a prevalência de automedicação de 18,1%. Verificaram que 39,4% dos analgésicos consumidos eram por automedicação, salientando-se neste estudo o consumo de antibióticos sem prescrição médica. A extrapolação destes dados para a população espanhola significaria que 6.238 640 de espanhóis se automedicavam.</p> <p>Para o autor, o aumento do consumo é devido, em grande parte, à crescente substituição de MSRM para MNSRM. Resultados da regressão logística concluem que as mulheres têm mais probabilidade de se automedicarem. Foi na faixa etária entre os 25 e os 44 anos que existiu uma maior força de associação na automedicação, tendo também sido encontrada uma associação estatisticamente significativa nos estudantes universitários. No que respeita às doenças prolongadas e à percepção da saúde, foi identificada uma maior probabilidade de consumo nas pessoas que não sofrem de doença crónica e nas que têm boa percepção da sua saúde, o que segundo o autor não está e acordo com a maioria</p>

		dos estudos encontrados. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa associada a consulta médica nas duas últimas semanas.
Daban <i>et al.</i> , 2010	<p>Dados do INS de Barcelona 2000. Descrever o uso de medicamentos prescritos e não prescritos, numa área urbana. Analisaram variáveis sociodemográficas e de assistência nos Cuidados de Saúde Primários.</p> <p>Realizado tendo em conta os dados de outros estudos que consideravam as necessidades de saúde, a idade e o sexo como padrões de consumo.</p>	<p>Mais mulheres do que homens consumiram medicamentos no geral. A automedicação diminuiu com o aumento da idade, ou seja, foram os mais jovens que consumiram mais medicamentos não prescritos. No que respeita à classe social, homens das classes mais favorecidas e com boa saúde foram os que mais se automedicaram (analgésicos e similares), enquanto, os homens das classes mais favorecidas, mas com pior estado de saúde recorriam a medicamentos prescritos.</p> <p>Tendo a Espanha um Serviço de Saúde essencialmente financiado por impostos, os MSRMs são pagos numa percentagem pelo consumidor enquanto, os MNSRMs e os prescritos por médicos privados são totalmente financiados pelo utente. Os espanhóis adquirem MSRMs sem a respectiva receita usando-os como automedicação, apesar de existir legislação e campanhas de sensibilização. Segundo o autor, existem dados que permitem concluir que 13 % dos medicamentos que exigem receita, são vendidos sem a respectiva receita.</p> <p>Os autores consideraram algumas limitações ao estudo nomeadamente o facto de ter sido aplicado numa população urbana.</p>
Carrasco-Garrido <i>et al.</i> , 2014	<p>Estudo com dados do INS Espanhol 2009, sobre automedicação com analgésicos.</p> <p>Variáveis sociodemográficas, comorbilidades e recursos de saúde.</p>	<p>Prevalência de automedicação superior nas mulheres em relação aos homens. Significativamente maior a partir dos 65 anos, nas pessoas com mais do que duas doenças crónicas e nas com pior avaliação do seu estado de saúde. O consumo de analgésicos com recurso a automedicação foi de 23,7 % da amostra. A cefaleia é o tipo de dor que mais leva à automedicação analgésica (40,1%). A automedicação com recurso a analgésicos foi maior em jovens (16-39 anos), com maior grau de ensino, com duas vezes mais probabilidade de se automedicarem do que os com níveis mais baixos de escolaridade, com maior rendimento, com boa percepção do estado de saúde.</p>
Mayer e Österle, 2015	<p>Estudo realizado com os dados do EHIS (European Health Interview Survey) da Áustria, recolhidos entre 2006 e 2007.</p>	<p>Dos inquiridos, 10,1 % referiu ter tomado só medicamentos não prescritos, 12,7 % referiu tomar prescritos e não prescritos e 41,1 % apenas consumiu medicamentos prescritos nas duas últimas semanas. As mulheres consumiram mais medicamentos e o uso de medicamentos não prescritos reduziu conforme a idade aumentou.</p>

	<p>Investigar os determinantes socioeconômicos do uso de medicamentos prescritos e não prescritos.</p>	<p>A análise da regressão logística permitiu concluir que a probabilidade de consumo de MNSRM (medicamentos não prescritos) aumentava nos níveis de escolaridade mais elevados e para os com maiores rendimentos.</p> <p>O sistema de saúde austríaco cobre 98% da população, baseado num modelo de seguro social. Quer os MSRM quer os MNSRM, quando prescritos, são adquiridos nas farmácias sujeitos a um pagamento por item prescrito. Os MNSRM estão apenas disponíveis nas farmácias e são pagos na totalidade pelo utilizador quando utilizados como automedicação.</p>
Vogler <i>et al.</i> , 2015	<p>Estudo com base no EHIS com dados recolhidos entre 2006 e 2009 de modo a analisar os determinantes socioeconómicos relacionados com o uso de medicamentos prescritos e não prescritos em oito países (Bulgária, República Checa, Hungria, Letónia, Polónia, Roménia, Eslovénia e Eslováquia).</p>	<p>Relativamente ao uso de medicamentos não prescritos, os indivíduos com ensino superior e os com maiores rendimentos apresentavam uma maior probabilidade de consumo desses medicamentos em sete dos países analisados. Na Hungria, a probabilidade de indivíduos com ensino superior se automedicarem era quatro vezes superior, enquanto na Bulgária nem a escolaridade nem os rendimentos apresentaram risco no consumo embora entre os desempregados se tenha encontrado um maior risco de automedicação. Relativamente ao sexo, o estudo mostrou que as mulheres são mais propensas a se automedicarem e a tomar medicamentos prescritos, estando os medicamentos prescritos associados a um maior consumo nas idades mais avançadas e na presença de doenças prolongadas.</p>
Tripković <i>et al.</i> , 2018	<p>Estudo na população sérvia, numa amostra de 14.623 participantes, a partir da base de dados do Serbian National Health Survey 2013.</p> <p>Identificar preditores de automedicação com medicamentos de venda livre e sujeitos a prescrição médica.</p> <p>Variáveis sociodemográficas, relacionadas com o estado de saúde e com os serviços de saúde (necessidades de saúde não realizadas por espera acima do aceitável).</p>	<p>Verificaram que a prevalência da automedicação correspondia a 27,1%, tendo encontrado uma elevada prevalência para automedicação com MSRM entre antibióticos, sedativos e antidepressivos. Mais de dois terços das pessoas que se automedicavam faziam-no com medicação para a dor.</p> <p>O Sistema de Saúde da Sérvia é baseado no modelo de Bismark, estando coberto pelo fundo social de saúde 98 % da população.</p> <p>O estudo incluiu variáveis como necessidade de cuidados de saúde não satisfeita nos últimos 12 meses devido a espera prolongada e a necessidade de cuidados de saúde não satisfeita nos últimos 12 meses devido a distância ou problemas de transporte.</p> <p>As necessidades de saúde não satisfeitas levavam a um maior risco de automedicação.</p>

América		
Arrais <i>et al.</i> , 1997	Estudo multicêntrico sobre automedicação na América Latina. Realizado em duas cidades brasileiras, Fortaleza e Belo Horizonte e em 5 Regiões de Saúde do Estado de S. Paulo, com vista a descrever o perfil dos indivíduos que se automedicam.	Verificaram que em 30% dos inquiridos o medicamento comprado se destinava a uso familiar partilhado. Quem mais se automedicava eram as mulheres entre os 16 e os 54 anos, enquanto os homens apareciam como mais consumidores abaixo dos 15 anos e entre os 55 e os 65 anos. No Brasil é frequente o não cumprimento da obrigatoriedade de apresentação de receita médica. Para os autores do estudo, a prática de aquisição de medicamentos e a facilidade de acesso é influenciada pelo sistema de saúde do país que contribui para um aumento da procura.
Figueiredo, 2009	Conhecer o perfil dos estudantes de medicina face à automedicação, especificamente para redução do peso.	Verificou que 32% dos estudantes já tinham usado medicamentos para emagrecer. Dos que já se tinham automedicado para redução do peso, a maior percentagem correspondia aos estudantes dos últimos anos do curso, 5º e 6º ano, com 46% e 55% dos inquiridos a referir esse consumo. Segundo o autor, o facto destes estudantes se encontrarem nos últimos anos influenciava a decisão de não procurarem um profissional médico.
Aquino <i>et al.</i> , 2010	Avaliar o comportamento dos futuros profissionais de cursos da área da saúde, em relação à automedicação, numa Universidade do Recife, no Brasil, entre os 20 e 22 anos de idade.	Concluíram que nos últimos 15 dias, 57,7% dos estudantes se automedicaram e 70,8 % justificaram a automedicação pelo conhecimento do medicamento (ou por uso habitual, por ter sido medicado anteriormente ou por ser habitual o seu uso pela família). A maioria dos participantes eram mulheres. Os medicamentos mais usados foram os analgésicos e as vitaminas. Os autores referem que a prática da automedicação, aparentemente por os universitários considerarem os analgésicos e as vitaminas medicamentos inofensivos, pode pôr em causa, no futuro, a orientação dos doentes.
Ásia		
Parmar <i>et al.</i> , 2015	Estudo realizado em ambiente hospitalar no Estado de Gujarat, na Índia.	Dos 200 idosos que integraram o estudo, 62,5% eram homens. A prevalência de automedicação nos últimos 6 meses, foi de 88,5% tendo 20 % referido automedicação frequente. A dor abdominal, a cefaleia e a diabetes foram as situações mais mencionadas para a automedicação. Os medicamentos alopáticos são os mais utilizados estando o consumo de paracetamol nos 13,5%.

	<p>Objectivo de avaliar a prevalência e o padrão de automedicação nos idosos com idade igual ou superior a 60 anos.</p>	<p>A experiência anterior com o medicamento foi referida por 49,7% dos utilizadores como a principal informação, seguida pela publicidade (23,2%). Os motivos mais referidos foram a conveniência, a economia de tempo e o alívio rápido dos sintomas.</p> <p>Não foi identificada diferença na automedicação em relação ao sexo, rendimentos e escolaridade.</p> <p>Identificaram que nenhum dos inquiridos tinha conhecimento sobre os riscos da automedicação.</p>
<p>Chang <i>et al.</i>, 2017</p>	<p>Estudo realizado na China a uma amostra de 23.699 indivíduos com mais de 45 anos.</p> <p>Objectivo de conhecer as características socioeconómicas dos indivíduos que se automedicavam, usando dados a partir do China Health and Retirement Longitudinal Study 2011 e 2013. Neste estudo foi considerado que se automedicavam os indivíduos que responderam ter tomado “medicamentos modernos sem receita” nas últimas 4 semanas. Nestes medicamentos não estavam incluídos os prescritos, as ervas ou medicamentos tradicionais.</p>	<p>A prevalência da automedicação foi de 32,69% para os MNSRM e de 15,02% para os MSRSM sendo esta maior no grupo entre os 60 e os 70 anos, notando-se uma diminuição a partir dos 70 anos para a automedicação com medicamentos não sujeitos a prescrição.</p> <p>A proporção de mulheres que se automedicava era inferior aos homens e maior nas áreas urbanas do que nas áreas rurais. Foi observada uma correlação positiva quanto à escolaridade. Quanto maior, mais aumentava o risco de uso de MNSRM. No que respeitava ao rendimento, verificaram que quanto mais baixo maior a probabilidade de se automedicarem. Segundo os autores as dificuldades financeiras para consultar um médico são um motivo que leva à automedicação. Foi ainda observada uma correlação positiva entre automedicação e possuir seguro de saúde o que poderá estar relacionado com o facto de na China, os 3 esquemas existentes de seguro social de saúde fornecerem cobertura à maioria da população chinesa.</p>

1.2. MNSRM

Até aos anos 60 do século passado, a medicina, na maior parte dos países ocidentais, considerava o autocuidado e a automedicação como práticas desnecessárias e prejudiciais à saúde. Em muitos países, ainda hoje, os sistemas de saúde estão projectados para tratar e não para prevenir, além de tratar (WSMI, s.d.).

Em 1965, é publicado e adotado o primeiro ato legislativo relativo a produtos farmacêuticos, através da Directiva 65/65/CEE. Este documento define medicamento, os requisitos de autorização para comercialização e orientações de rotulagem (AESGP, s.d.). No início dos anos 80 começa a ser reconhecido e valorizado o papel do indivíduo nos seus cuidados de saúde, reconhecido pela OMS (AESPG, s.d.). O acesso a medicamentos modernos inicia-se nesta fase passando alguns medicamentos, que antes só se encontravam disponíveis com receita, a mudar o seu estatuto. Entre os primeiros medicamentos que alteraram o estatuto para não sujeito a prescrição está o ibuprofeno no Reino Unido em 1983 e nos Estados Unidos um ano depois (WSMI, s.d.). Na União Europeia, só a partir de 1992 são implementadas mudanças para os produtos farmacêuticos, definindo-se um “*status*” de classificação o qual distinguia os medicamentos em prescritos e não prescritos, ou seja, com ou sem receita médica, sendo autorizada a publicidade de medicamentos sem receita (AESPG, s.d.). São ainda adoptados requisitos de informação para o doente a nível de rotulagem e regulamentados os medicamentos homeopáticos (AESPG, s.d.). Em 1995, a supervisão dos medicamentos passa a ser centralizada com a criação da Agência Europeia do Medicamento (AESGP, s.d.).

A nível da União Europeia, a Directiva 2001/83/CE de 6 novembro estabelece um código comunitário no que respeita aos medicamentos para uso humano. A referida diretiva especifica as situações em que os medicamentos estão sujeitos a receita médica, salvaguardando que a informação deve ser completa e compreensível, garantindo a proteção dos consumidores e a utilização correta dos medicamentos. Está prevista e autorizada a publicidade ao público, estando proibida a publicidade enganosa exigindo que se distinga publicidade de informação (EC, 2013).

Em 2011, através de um fórum de Reguladores Europeus da Publicidade, foi feita uma análise sobre as regras de publicidade nos vários Estados Membros de onde se concluiu existirem diferentes modelos de regulamentação, o que permite uma abordagem diferente na publicidade dos MNSRM através da televisão, rádio e imprensa (EC, 2013). Verificam-se

novas formas de publicidade e de proximidade através das Redes Sociais (Facebook, Twitter e outras) havendo legislação para o conteúdo da publicidade, mas não para o seu formato (EC, 2013).

A publicidade contribui para o conhecimento sobre a disponibilidade dos medicamentos sem receita médica, mas pode também encorajar para o uso menos racional.

Em Portugal, a partir de 2005, através do Decreto-Lei nº 134/2005 de 16 de agosto, é estabelecido o regime de venda de MNSRM fora das farmácias. Nesta data, já 11 países europeus havia adoptado este tipo de vendas. Estão patentes neste decreto os benefícios para o consumidor, seja pela acessibilidade, dado o aumento de pontos de venda e ainda porque irá promover a concorrência e a comercialização, o que tenderá numa redução dos preços. No que se refere à venda, impõe o cumprimento das obrigações legais relativas ao Sistema Nacional de Farmacovigilância e ao princípio de uso racional do medicamento bem como a proibição da venda de MNSRM fora das farmácias a menores de 16 anos.

A Portaria 1100/2000, de 17 de novembro, estabelece as normas relativas aos medicamentos que devem ser considerados MNSRM definindo-os como:

as substâncias ou associações de substâncias utilizadas na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças, bem como outros produtos que, não sendo utilizados para aqueles fins, sejam tecnicamente considerados medicamentos, devendo relativamente a todos eles encontrar-se demonstrada uma relação risco/benefício, claramente favorável à sua utilização e cujo perfil de segurança se encontre bem estudado e seja aceitável no contexto da automedicação. (Portaria 1100/2000: 6581) ³

Esta portaria vigorou pouco tempo, tendo sido revogada pela Portaria 236/2004 de 3 de março, o que se deveu a políticas de avaliação de medicamentos e normativos comunitários e nacionais. O Despacho nº 8637/2002, de 20 de março criou o Grupo de Consenso sobre Automedicação e aprovou a lista de indicações passíveis de automedicação. O Despacho 2245/2003, de 16 de janeiro, actualizou as situações passíveis de automedicação, revogando o despacho anterior. Em agosto de 2007, através do Despacho 17690/2007 de 10 de agosto, foi aprovada nova lista de situações passíveis de automedicação, num total de 66 situações que incluíam o “foro digestivo, respiratório, cutâneo, nervoso/psique, muscular/ósseo, ocular, ginecológico e vascular” (Gonçalves *et al.*, 2016).

³ Portaria nº 1110/2000 do Ministério da Saúde (2000). Diário da República 1ª Série B n.º 266/2000

Em Portugal, o Decreto-lei nº 176/2006 de 30 de agosto classifica os medicamentos, no que respeita à dispensa ao público, como MSRM e MNSRM. No artigo 114.º podemos ler a definição de MSRM como:

os medicamentos que preencham uma das seguintes condições: a) Possam constituir um risco para a saúde do doente, directa ou indirectamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica; b) Possam constituir um risco, directo ou indirecto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam; c) Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja actividade ou reacções adversas seja indispensável aprofundar; d) Destinem-se a ser administrados por via parentérica. (Decreto-lei nº 176/2006:6328) ⁴

No Artigo 115.º é definido MNSRM como sendo “Os medicamentos que não preencham qualquer das condições previstas no artigo anterior não estão sujeitos a receita médica.”

Em 2013 foi legislada a menção de “Medicamento não sujeito a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia”, pelo Decreto-Lei nº 128/2013, respondendo à evolução do Sistema Europeu de Avaliação de Medicamento, considerado o perfil de segurança e indicações. Esta subclassificação dos MNSRM promove o acesso a esses medicamentos com segurança, os quais pelas características e indicações terapêuticas não estão sujeitos a receita médica, mas necessitam do aconselhamento e avaliação de um profissional de saúde (Gonçalves *et al.*, 2016; Martins *et al.*, 2016). A nível europeu, incluindo os 28 países da União Europeia (UE) e ainda a Islândia, a Macedónia, a Noruega, a Sérvia e a Suíça, em apenas 13 países os MNSRM são de dispensa exclusiva em farmácia e em dois, todos os MNSRM podem ser comercializados fora das farmácias (Gonçalves *et al.*, 2016). A figura 2 apresenta os locais de dispensa dos MNSRM em 33 países europeus.

⁴ Decreto-Lei n.º 176/2006 do Ministério da Saúde (2006). Diário da República: 1.ª série, n.º 167/2006.

Figura 2 - Dispensa dos MNSRM em contexto europeu



Fonte: Gonçalves *et al.* (2016) “Medicamentos Não Sujeitos, a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia em Portugal” Revista Portuguesa de Farmacoterapia, 8(2), 39-50.

A classificação de medicamentos baseia-se numa avaliação de risco, com base em evidências científicas, mas também tendo em conta o Sistema de Saúde e o grau de alfabetização (WHO, 2019). Cada autoridade nacional de saúde define o tipo de prescrição e as condições em que os medicamentos são disponibilizados (WHO, 2019). Apesar da UE ter legislação que regulamenta os medicamentos, cada país adopta medidas e adapta-as ao sistema de saúde e a aspectos culturais. As disposições são interpretadas e implementadas de forma diferente entre os vários Estados Membros do Conselho da Europa (WHO, 2019). A disponibilidade de MNSRM é muito variável como podemos ver na figura 2, sendo a segurança do doente uma consideração de importância primordial. Os MNSRM vão evoluindo à medida que surgem novas indicações de automedicação o que vai para além da regulamentação, fazendo parte da responsabilidade social (EC, 2013).

1.2.1. Mercado dos MNSRM

A nível da UE, é possível e está autorizada a venda de medicamentos *on-line* de acordo com a Directiva 2011/62/EU, sendo obrigação de cada país informar sobre os riscos dos medicamentos falsificados e dos medicamentos disponibilizados ilegalmente.

A existência de um logotipo comum, nas páginas da internet, onde é possível comprar MNSRM, sejam farmácias ou outros locais de venda livre, passou a ser obrigatório a partir de 1 de julho de 2015, permitindo confirmar o licenciamento do *website* (INFARMED, s.d.).

Figura 3 - Logotipo adoptado na União Europeia para compras *on-line* de MNSRM



Fonte: INFARMED (s.d.) Dispensa de medicamentos ao domicílio ou através da internet [imagem] <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/venda-de-medicamentos-pela-internet> [10 de janeiro de 2021]

As vendas *on-line* são um dos meios de aquisição de medicamentos de fácil acesso e em algumas situações com preços mais acessíveis. Não estando garantidas as condições necessárias de segurança, podem levar a situações de difícil diagnóstico e controlo o que tenderá a um problema de saúde pública.

A OMS possui um sistema de vigilância e monitorização para os produtos médicos de qualidade inferior e falsificados. Desde que este sistema foi implementado, a partir de 2017, que se tem vindo a verificar um aumento destes produtos (OMS, 2018). Os medicamentos falsificados vendidos pela internet estavam, até há uns anos atrás, associados a medicamentos para emagrecer e para a impotência. Nos últimos anos, analgésicos, medicamentos para o tratamento da fertilidade, contraceptivos, entre outros, encontram-se na lista das comunicações ao sistema de vigilância e monitorização, parecendo haver uma relação de maior consumo de vendas de medicamentos pela internet nos países com maior rendimento (OMS, 2018).

A popularidade dos medicamentos de venda livre pode levar ao abuso, sendo considerado um factor de risco. Os riscos associados ao consumo, quando não devidamente controlado, aumentam significativamente (Sansgiry *et al*, 2017). O uso indiscriminado de medicamentos é uma realidade mundial embora o acesso não seja equitativo.

Existe uma tendência dos países desenvolvidos para que, perante doenças crónicas, o individuo se possa automedicar como forma de minorar a dificuldade de acesso a consultas. Esta tendência levou a que muitos países reclassificassem os medicamentos de MSRSM para MNSRM o que habitualmente se designa por “*switch*” (Cruz *et al.*, 2015). É na Europa Oriental (Rússia, Ucrânia, Polónia) que se tem acentuado a mudança de MSRSM para

MNSRM embora nos últimos 10 anos o movimento de reclassificação se tenha acentuado na Nova Zelândia, Reino Unido, China e Austrália (Rodrigues, 2017).

Cohen *et al.* (2013), realizaram uma revisão sistemática da literatura, com vista a identificar as avaliações económicas acerca do impacto na transição dos MSRM para MNSRM, tendo encontrado 12 artigos, 10 dos quais realizados nos EUA, 1 no Reino Unido e outro que representava toda a Europa. Estes estudos incluíram custos com os medicamentos, 9 deles tiveram em conta as consultas médicas, 1 incluiu hospitalizações, 6 tiveram em conta eventos adversos e 6 ainda avaliaram os custos indirectos, nomeadamente a perda de produtividade. Nenhum estudo incluiu custos associados ao uso indevido por falta de supervisão. A revisão feita mostrou, em termos de benefícios económicos, que os custos dos medicamentos foram transferidos do pagador para o paciente (Cohen *et al.*, 2013). Pela revisão dos artigos, verificou-se existirem economias de custo directo, como menos idas ao médico, e de custo indirecto como seja o menor absentismo e, conseqüente, maior produtividade. Os estudos não incluíram a possibilidade do *switch* levar a consultas médicas adicionais, nem de as trocas gerarem custos adicionais relacionados com eventos adversos e interações medicamentosas devido à falta de acompanhamento médico.

Rodrigues (2017), num estudo que realizou com vista a entender o impacto económico dos MNSRM em vários países, nomeadamente em países da Europa, verificou que os MNSRM diferem de país para país de acordo com a receptividade da população, o que mais uma vez tem em conta determinantes culturais, políticos e de recursos de saúde. Concluiu que, sendo os MNSRM eficazes, geralmente seguros e com boa tolerância, apresentavam uma relação custo-benefício favorável (Rodrigues, 2017). A nível da UE existe uma variação em relação ao preço e reembolso dos medicamentos adquiridos sem receita médica, existindo países europeus onde o reembolso não é aplicado (EC, 2013).

Num estudo realizado nos Estados Unidos, concluiu-se que o sistema de saúde americano gerava uma economia de vários milhões de dólares pela diminuição do consumo de consultas médicas, pelo facto de serem utilizados MNSRM de custo mais baixo do que esperado se fossem de prescrição e poupança indirecta pela não realização de EAD dispensáveis (Rodrigues, 2017). Esse mesmo estudo demonstrou que, caso os MNSRM voltassem ao estatuto de MSRM, aumentaria a necessidade de 450 milhões de consultas médicas.

A nível europeu, numa projeção feita em alguns países da UE, onde se incluiu Portugal, concluiu-se que reclassificar medicamentos prescritos para uma automedicação responsável

pode gerar poupanças no orçamento da ordem dos 11 milhões de euros (Rodrigues, 2017). Mudar o estatuto de 5% dos medicamentos para MNSRM numa estimativa realizada na Europa levaria a uma economia anual de 16 biliões de euros pela diminuição dos encargos nos sistemas de saúde (Noone e Blanchette, 2018).

Na Alemanha, Espanha, França, Itália, Polónia e Reino Unido, foi efectuado um estudo onde ficou demonstrado que alterar um medicamento específico para a enxaqueca de MSRM para a condição de MNSRM, tendo em conta os custos dos medicamentos, consultas médicas e perda de produtividade, gerava uma economia na ordem 75 milhões de euros para o pagador (Rodrigues, 2017).

O autocuidado, com recurso à automedicação, reduz a necessidade de consultas médicas, beneficiando o paciente em termos de economia de custos, quando há lugar a pagamento ou co-pagamento, e mesmo quando não há lugar a pagamento, há que considerar a economia de custo oportunidade associada a uma provável falta ao trabalho para se deslocar a uma consulta. Numa automedicação responsável, o controlo antecipado de sintomas por parte do individuo aumenta a produtividade (Noone e Blanchette, 2018).

Em Portugal o volume total de vendas de MNSRM reduziu no ano de 2020, na ordem de 7,9% em relação ao ano anterior, situação que se verificava já no ano de 2019 com uma redução relativa a 2018 na ordem dos 0,7%. A tabela 2 permite visualizar a variação do volume e do valor das vendas dos MNSRM, bem como do mercado total de medicamentos em Portugal desde 2016 (INFARMED, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020).

Tabela 2 - Variação em volume e valor de vendas de MNSRM entre 2016 e 2020

	ANO				
	2016	2017	2018	2019	2020
Volume Locais Venda Livre	8 205 382	8 370 294	8 827 158	9 037 280	8 904 294
	→ 0,0%	↑ 2,0%	↑ 5,5%	↑ 2,4%	↓ -1,5%
Volume Farmácias	32 533 943	32 571 486	33 758 974	34 256 677	30 953 675
	→ 0,0%	↑ 0,1%	↑ 3,6%	↑ 1,5%	↓ -9,6%
Volume Total MNSRM	40 739 325	40 941 780	43 585 761	43 293 957	39 857 969
	→ 0,0%	↑ 0,5%	↑ 6,5%	↓ -0,7%	↓ -7,9%
Volume Mercado Total Medicamentos	249 195 344	248 197 781	252 399 564	260 461 141	254 898 737
	→ 0,0%	↓ -0,4%	↑ 1,7%	↑ 3,2%	↓ -2,1%
Valor Locais Venda Livre	48 615 082 €	51 199 302 €	55 311 611 €	58 595 014 €	59 917 463 €
	→ 0,0%	↑ 5,3%	↑ 8,0%	↑ 5,9%	↑ 2,3%
Valor Farmácias	242 741 539 €	252 600 772 €	269 141 200 €	283 362 692 €	266 048 953 €
	→ 0,0%	↑ 4,1%	↑ 6,5%	↑ 5,3%	↓ -6,1%
Valor Vendas Total MNSRM	291 356 621 €	303 800 074 €	331 936 699 €	341 957 706 €	325 966 415 €
	→ 0,0%	↑ 4,3%	↑ 9,3%	↑ 3,0%	↓ -4,7%
Valor Mercado Total Medicamentos	2 578 997 720 €	2 606 474 307 €	2 683 162 965 €	2 848 413 102 €	2 869 117 659,0 €
	→ 0,0%	↑ 1,1%	↑ 2,9%	↑ 6,2%	↑ 0,7%

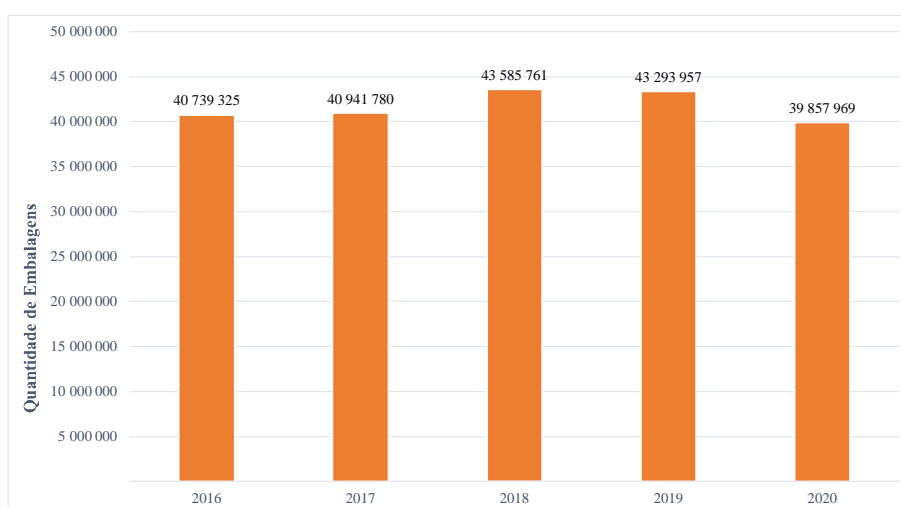
Fonte: Elaboração do autor com base em informação do INFARMED (Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS 2016 ,2017 ,2018 ,2019 e 2020.

As vendas de MNSRM fora das farmácias, no ano de 2020, representaram cerca de 20% do mercado total de MNSRM. O valor das vendas aumentou nos locais de venda livre o que não se verificou com as vendas nas farmácias. Esta situação consta no relatório apresentado pelo INFARMED (2020b) o qual refere que a maioria dos MNSRM são dispensados nas farmácias comunitárias com tendência para subir nos locais de venda livre.

O paracetamol é o princípio activo mais comercializado em número de embalagens, enquanto os fármacos de aplicação tópica, nomeadamente o diclofenac, representam maior peso nas vendas no que respeita ao valor, sendo nos hipermercados Continente onde se verifica o maior volume de vendas, correspondendo a quase metade de todas as vendas no país (INFARMED, 2020b).

Para uma melhor visualização, o gráfico 1 representa a variação do volume total de vendas de MNSRM entre 2016 e 2020, verificando-se uma tendência decrescente a partir de 2018.

Gráfico 1 - Variação do volume de vendas de MNSRM entre 2016 e 2020



Fonte: Elaboração do autor com base em informação do INFARMED (Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS 2016,2017,2018,2019 e 2020)

As vendas totais de MNSRM entre janeiro e dezembro de 2020, foram de 39.857.969 embalagens, correspondentes a um montante global de 325.966.416€. Esses números representam 15,6% e 11,36% do mercado total de medicamentos nesse ano (254.898.737 embalagens para um montante global de vendas de 2.869.117.658€) como está apresentado na tabela 3.

Tabela 3 - Enquadramento do mercado de MNSRM no mercado global de medicamentos

			Representatividade (%)		
		Nº de Embalagens	Valor (PVP em €)	Volume	Valor
Mercado Total de Ambulatório		254 898 737	2 869 117 659,00 €	**	**
MNSRM	Farmácias	30 953 675	266 048 953,00 €	77,66%	81,62%
	Fora das Farmácias	8 904 294	59 917 463,00 €	22,34%	18,38%
	Total	39 857 969	325 966 416,00 €	**	**
		15,64%	11,36%		

Fonte: Elaboração do autor com base em informação INFARMED (Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS, 2020b)

Em 2019 existiam em Portugal, com autorização de introdução no mercado, 9.121 medicamentos (marcas) correspondendo a 52.885 apresentações. Apenas 42,4% dos medicamentos (marcas) eram comparticipados pelo Estado (INE, 2021). Destes 9.121

medicamentos, 1.082 não eram sujeitos a receita médica. Dentro dos MNSRM estavam disponíveis 3.008 apresentações diferentes (INFARMED, 2020a). Nesse mesmo ano encontravam-se ativas 2.924 farmácias sendo a população do Alentejo e do Centro a que dispunha de maior número de farmácias por 100 mil habitantes com o valor de 38 e 33 farmácias, respetivamente (INE, 2021). Os postos farmacêuticos móveis também são uma realidade em Portugal, existindo em actividade 2 postos por cada 100 mil habitantes, com maior impacto no Alentejo (12 postos por 100 mil habitantes) e Região Autónoma dos Açores (RAA) onde existem 7 postos por 100 mil habitantes (INE, 2021). Relativamente aos locais autorizados de venda de MNSRM, em 2019, existiam 1368 locais de venda, um aumento de 234 locais de venda relativamente ao ano de 2015 (INFARMED, 2020a). Também os armazéns de medicamentos e o número de farmacêuticos aumentou progressivamente entre 2010 e 2018 passando os armazéns de 402 para 532 e os farmacêuticos de 7.320 para 9.598, respectivamente (Apifarma, 2018). Em 2019, encontravam-se em actividade 454 armazéns de medicamentos, uma redução significativa relativamente ao ano anterior, o mesmo se passando com as empresas farmacêuticas, as quais passaram de 465 em 2018 para 446 em 2019 (INFARMED, 2020a).

Em 2017 a Espanha, Bulgária, Roménia, Portugal e a Polónia foram os países da Europa que apresentaram maior crescimento do mercado da automedicação (Apifarma, 2018). Relativamente à quota de mercado ambulatorio, a Polónia apresentava a maior percentagem, com um valor de 43,4 %, bastante mais elevada do que Portugal cuja quota foi de 11,7% (Apifarma, 2018). Enquanto a Espanha tem um sector farmacêutico altamente regulamentado, em Portugal é permitida a venda de MNSRM em locais autorizados sem a necessidade de supervisão de um farmacêutico (EC, 2013).

Vários estudos, a partir da década de 70 do século passado, demonstraram o quanto as farmacêuticas tentaram influenciar os hábitos de prescrição, de dispensa e de utilização dos medicamentos (Melo, 2006a). Entre esses estudos verificou-se que 40% das pessoas se automedicavam com o mesmo medicamento que aliviou sintomas em situações semelhantes. A publicidade tem em conta todos estes factores (Melo, 2006a). O investimento com a publicidade chega a ser o dobro do que é gasto com pesquisa (Melo, 2006a), o que mostra a importância da publicidade para o sector da indústria.

2. ESTUDO EMPÍRICO

Ao longo deste capítulo irão ser descritos os procedimentos adoptados no que se refere a metodologia e fonte de dados, amostra, questões de investigação, objectivos, variáveis seleccionadas, a análise descritiva das variáveis e o modelo de regressão logística como resposta às questões levantadas na investigação. Neste capítulo, incluiremos os resultados e a discussão dos mesmos.

2.1. Metodologia e dados

Para a realização deste trabalho utilizámos os dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2019. O INS é um documento enquadrado no projeto EHIS, realizado em todo o território nacional a uma amostra probabilística representativa da população com o objetivo de caracterizar a população residente com 15 ou mais anos em três grandes áreas: estado de saúde, cuidados de saúde e determinantes de saúde relacionadas com estilos de vida (INE, 2020a).

Os dados recolhidos encontram-se em conformidade com o regulamento (EU) 2018/255 da Comissão de 19 fevereiro de 2018, no que respeita ao dimensionamento da amostra e às questões do EHIS (INE, 2020). O INS, tal como referido, é regulamentado a nível europeu de modo a permitir comparabilidade de dados (INE, 2020a). Para além das questões internacionais foram ainda colocadas questões de “cariz nacional” por forma a comparar os dados com o 4.º INS de 2005/2006 e com o INS 2014 (INE, 2020a).

A colheita de dados foi feita com recurso a entrevista presencial com computador portátil pelo método CAPI (*Computer Assisted Personal Interview*) e por recolha através do autopreenchimento do questionário electrónico pelo método CAWI (*Computer Assisted Web Interview*) (INE, 2019a; INE, 2019b).

2.1.1. Inquérito Nacional de Saúde

O primeiro INS data de 1987 seguido pelo de 1995/6, da responsabilidade do extinto Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. O Instituto Nacional de Estatística (INE) passa a colaborar no estudo e desenho da amostra e na coordenação do trabalho de campo, a partir do 2º INS. O 3º INS data de 1998/99, seguido pelo de 2005/06, pelo de 2014 e por último a sexta edição em 2019, sendo estes últimos da responsabilidade da Direcção-Geral

de Saúde (DGS) e do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). As três primeiras edições apenas foram aplicadas em Portugal Continental, tendo o 4º INS sido o primeiro inquérito de saúde por entrevista a abranger as populações residentes na RAA e na Região Autónoma da Madeira (RAM) (Vintém, 2008).

O consumo de medicamentos é abordado no âmbito dos inquéritos promovidos pelo Ministério da Saúde pela primeira vez em 1989, voltando apenas a ser abordado a partir do 4º INS, em 2005 (Dias, 2009). Os dados de 2005 mostraram que os medicamentos não prescritos foram utilizados por 9,4% dos residentes em Portugal, não se tendo verificado diferenças significativas no consumo no Continente e na RAA e RAM com 9,4%, 11,4% e 8,8 % respetivamente (INE, 2009).

O consumo de vitaminas, minerais e tónicos foi referido por 20,5% dos consumidores de medicamentos não receitados encontrando-se a dor como o principal motivo referenciado no consumo de medicamentos não receitados, referido por 36,3% dos residentes (INE, 2009).

É reconhecida a importância do INS como um contributo para a investigação em saúde. A informação apurada permite planear em saúde. A relevância deste documento foi fundamentada num estudo feito por Neto e Santos (2019), com recurso à base de dados Medline. O estudo identificou 32 artigos em que os dados do INS foram utilizados para efeitos de investigação. As instituições académicas (81% das publicações) têm sido as mais interessadas neste instrumento de trabalho, encontrando-se estudos em hospitais e nos Cuidados de Saúde Primários. O ano de 2014 foi o ano em que se publicaram mais artigos com recurso aos dados dos INS num total de 6 artigos, seguido pelo ano de 2017 com 4 artigos e 2006, 2013 e 2019 em que foram publicados 3 artigos por ano (Neto e Santos, 2019). O estudo de Neto e Santos (2019) demonstra a importância deste documento metodológico como base para estudos de âmbito local, regional e nacional. Este foi também o estímulo para o nosso trabalho, com recurso aos dados disponibilizados pelo último INS realizado em Portugal.

2.2. Amostra

A partir dos Censos 2011, foi construído em 2013 o Ficheiro Nacional de Alojamentos, o qual serviu de base de amostragem para o INS 2019. O processo de amostragem foi da responsabilidade do INE numa parceria com o INSA. Através de uma amostra representativa de 22.191 alojamentos, obteve-se uma taxa de resposta de 65,9%, correspondente a 14.617

respostas válidas, o que permitiu a caracterização da população residente em Portugal com 15 ou mais anos (INE, 2020a). Em cada alojamento foi selecionado apenas um indivíduo pelo método do último aniversário (INE, 2020a).

A amostra é estratificada, multietápica e transversal, permitindo comparações inter-regionais (amostra representativa por NUTS II) (INE, 2020a). As entrevistas presenciais e via *web*, para recolha de dados, decorreram entre setembro de 2019 e janeiro de 2020 (INE, 2020a).

2.3. Objectivos

Tendo em conta o tema em estudo, a sua importância para o próprio indivíduo enquanto gestor da sua saúde, para a sociedade enquanto meio de aculturação, para o Estado como regulador, pagador e prestador, entendeu-se formular questões que orientassem no sentido de responder aos objectivos da investigação:

Objectivo 1 - Identificar quais as variáveis sociodemográficas que podem ser preditoras no consumo de MNSRM;

Objectivo 2 - Identificar quais as variáveis do estado de saúde e de assistência na doença que podem ser preditoras no consumo de MNSRM.

2.4. Hipóteses

De acordo com as questões a estudar pretende-se verificar as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 - as variáveis sociodemográficas (região NUTS II, grau de urbanização do local onde vive, sexo, grupo etário, estado civil, nível de escolaridade, condição perante o trabalho e quintil do rendimento mensal), influenciam o consumo de MNSRM;

Hipótese 2 - as condições de assistência na doença (acesso a consultas ou tratamento e a medicamentos receitados não satisfeita) influenciam o consumo de MNSRM;

Hipótese 3 - as características de estado de saúde (autoavaliação do estado de saúde e problema de saúde prolongado) influenciam o consumo de MNSRM.

2.5. Variáveis

As três áreas fundamentais que integram o EHIS correspondem ao estado de saúde, cuidados de saúde e determinantes de saúde relacionadas com estilos de vida e as características sociodemográficas, permitindo a comparação internacional de resultados (INE, 2020a).

O INS 2019 tem incluídas variáveis específicas, disponibilizando dados nacionais, relativas a saúde oral, consumo de medicamentos, satisfação de vida, incapacidades de longa duração entre outras (INE, 2020a).

Tanto a análise das estimativas, como o suporte de informação para divulgação dos dados foram responsabilidade do INE.

Iremos apresentar as variáveis em estudo (nome), a questão conforme colocada no INS 2019 e em observações será feita a descrição da mesma.

2.5.1. Variável Dependente

Tendo como principal objectivo identificar os determinantes no consumo de MNSRM definiu-se como variável dependente “Nas últimas 2 semanas, tomou ou usou algum medicamento, produto natural ou vitaminas que não tenha sido receitado por um médico?”, sendo a variável dependente dicotómica: toma/não toma MNSRM. Na tabela 3 encontra-se a descrição da variável dependente (variável analisada).

Tabela 3 - Descrição da variável dependente

Variável	Questão INS 2019	Observações/descrição
Consumo de MNSRM nas últimas 2 semanas	“Nas últimas 2 semanas, tomou ou usou algum medicamento, produto natural ou vitaminas que não tenha sido receitado por um médico? “	= 1 se tomou ou usou algum medicamento, produto natural ou vitaminas que não tenha sido receitado por um médico = 0 se não tomou nem ou usou algum medicamento, produto natural ou vitaminas que não tenha sido receitado por um médico

2.5.2. Variáveis Explicativas ou Preditores

As variáveis explicativas ou predictoras incluídas na análise, foram as características socioeconómicas e demográficas (região NUTS II, grau de urbanização do local onde vive, sexo, grupo etário, estado civil, nível de escolaridade, condição perante o trabalho e quintil do rendimento mensal), condições de assistência na doença (compra de medicamentos não satisfeita por dificuldades financeiras e necessidade de consulta ou tratamento não satisfeita por dificuldades financeiras) e características de estado de saúde (autoapreciação do seu estado de saúde e problema de saúde prolongado). A sumarização das características das variáveis pode ser consultada na Tabela 4.

Tabela 4 - Descrição das variáveis analisadas.

Variável	Questão INS 2019	Observações/descrição
Região	Região NUTS II Norte Algarve Centro Lisboa Alentejo Região Autónoma dos Açores Região Autónoma da Madeira	A região do Algarve foi a categoria de referência no modelo de regressão. =1 se Norte ou = 0 se outro; =1 se Centro ou = 0 se outro; =1 se Lisboa ou = 0 se outro; =1 se Alentejo ou = 0 se outro; =1 se RAA ou = 0 se outro; =1 se RAM ou = 0 se outro.
Grau de urbanização	“Grau de urbanização da região onde reside” Área densamente povoada Área mediantemente povoada Área pouco povoada	O grau moderadamente urbano foi a categoria de referência no modelo de regressão. =1 densamente povoada ou = 0 se outro; =1 mediantemente povoada ou = 0 se outro; =1 área pouco povoada ou = 0 se outro.
Sexo	“Sexo do respondente”	=1 se homem; = 0 se mulher
Grupo etário	“Qual a sua idade?”	A variável foi introduzida como contínua no modelo de regressão logística. As idades estão agrupadas em 16 grupos dos 15 aos 85 anos ou mais anos.
Estado civil	“Qual o seu estado civil legal?”	A variável foi transformada em 3 categorias: solteiro, casado, viúvo ou divorciado. = 1 se solteiro ou = 0 se outro; = se casado ou = 0 se outro;

		= 1 se viúvo ou divorciado ou =0 se outro.
Habilitações literárias	“Qual o nível de escolaridade mais elevado completo?”	A variável foi introduzida como contínua no modelo de regressão logística.
Situação profissional	“Qual a sua condição perante o trabalho (autoclassificação)?”	A variável foi transformada em 3 categorias: empregado, desempregado ou estudante =1 se empregado ou = 0 se outro; =1 se desempregado ou = 0 se outro; =1 se estudante ou =0 se outro.
Nível de rendimento	“Quintil de rendimento mensal líquido por adulto equivalente”	A variável foi introduzida como contínua no modelo de regressão logística. Do mais reduzido para o mais elevado.
Estado de saúde	“Autoapreciação do estado de saúde?” “Como avalia o seu estado de saúde?”	Ordenada do melhor para o pior (Muito bom; bom; razoável; mau e muito mau)
Doenças crónicas	“Problema de saúde prolongado?”	= 1 se tem doença crónica; = 0 se não tem doença crónica.
Consulta ou tratamento não realizada	Necessidade de consulta ou tratamento médico não satisfeita por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses	= 1 se necessidade não satisfeita; = 0 se necessidade satisfeita.
Compra de medicamentos prescritos não satisfeita	Compra de medicamentos prescritos não satisfeita por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses	= 1 se necessidade não satisfeita; = 0 se necessidade satisfeita.

2.6. Métodos de análise estatística

A análise estatística foi realizada através do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 25, com um nível de significância α definido a 0.05. Primeiramente realizou-se uma análise descritiva das variáveis que incidiu sobre a sua frequência relativa (%) e absoluta (N). De seguida, estimou-se uma regressão logística multivariada para estudar o efeito das variáveis explicativas no consumo de medicamentos não prescritos nas últimas 2 semanas (variável dependente). O recurso à regressão logística múltipla permite estimar uma probabilidade quando temos uma variável categórica dicotómica e variáveis predictoras contínuas ou categóricas (Field, 2009).

2.7. Resultados

2.7.1. Análise descritiva da amostra

A análise descritiva das variáveis socioeconómicas encontra-se representada na Tabela 5. A Região Centro apresentou a maior frequência de respostas (21,3%; n=3107) e os inquiridos viviam mais frequentemente em áreas moderadamente povoadas (38,5%; n=5626). O sexo feminino esteve mais representado em relação ao masculino com 56,7% (n=8295) das respostas, o grupo etário dos 60 aos 64 anos foi o mais frequente (9,7%; n=1416) seguido imediatamente pelos grupos dos 65 aos 69 e dos 55 aos 59 anos (9,5%; n=1387 e 9,2%; n=1352 respectivamente) e os indivíduos eram principalmente casados (49,1%; n=7177). Relativamente ao nível de escolaridade mais elevado completado, a maioria dos inquiridos, 39,4% (n=5752) possuía o 1º e 2º ciclos de Ensino Básico, seguido imediatamente pelo 3º ciclo e pelo secundário. Valores idênticos foram encontrados na amostra relativamente aos que não completaram qualquer grau de ensino e os Licenciados pré Bolonha ou com Mestrado 2º ciclo (10,3%; n=1503 e 10,5%; n=1540 respectivamente). De entre os inquiridos, 44,3% (n=6470) estavam empregados e 35,2% (n=5148) eram reformados. Relativamente ao quintil de rendimento, 24,5% (n=3575), situava-se no 2º quintil, variando os restantes quintis de rendimento num intervalo entre 17,9 e 20,5%.

Tabela 5 - Análise descritiva das variáveis socioeconómicas.

Variável		%	N
Região NUTS II	Norte	14,5	2 121
	Algarve	11,5	1 683
	Centro	21,3	3 107
	Lisboa	9,5	1 382
	Alentejo	16,7	2 441
	RA Açores	13,5	1 969
	RA Madeira	13,1	1 914
Grau de urbanização	Área densamente povoada	28,9	4 225
	Área mediamente povoada	38,5	5 626
	Área pouco povoada	32,6	4 766
Sexo	Masculino	43,3	6 322
	Feminino	56,7	8 295

Grupo etário (anos)	15-17	1,9	276
	18-19	1,6	229
	20-24	3,6	532
	25-29	3,4	502
	30-34	4,1	599
	35-39	5,9	862
	40-44	7,8	1 146
	45-49	7,9	1 150
	50-54	8,3	1 207
	55-59	9,2	1 352
	60-64	9,7	1 416
	65-69	9,5	1 387
	70-74	9,1	1 333
	75-79	7,5	1 098
	80-84	5,9	867
Mais de 85	4,5	661	
Estado civil	Solteiro	25,5	3 724
	Casado	49,1	7 177
	Viúvo	15,3	2 231
	Divorciado	9,8	1 439
Nível de escolaridade mais elevado completo (ISCED 2011)	Nenhum completado	10,3	1 503
	Básico 1º e 2º ciclo	39,4	5 752
	Básico 3º ciclo	16,5	2 407
	Secundário	16,4	2 399
	Pós-secundário	1,1	166
	Curso Técnico Superior Profissional	0,5	72
	Bacharelato ou licenciatura 1º ciclo	4,8	705
	Licenciatura pré-Bolonha ou mestrado 2º ciclo	10,5	1 540
	Doutoramento	0,5	73
Condição perante o trabalho	Tem um emprego ou trabalho	44,3	6470
	Desempregado	6,9	1004
	Reformado, com reforma antecipada ou cessou a atividade	35,2	5148
	Incapacitado permanente para o trabalho	2,5	364
	Aluno, estudante, ou em estágio curricular	4,8	699

	Ocupa-se de tarefas domésticas	5,2	757
	Presta serviço cívico ou comunitário (obrigatório)	0,0	1
	Outra situação de inatividade	1,0	141
Situação na profissão	Trabalhador por conta própria	6,9	1 007
	Trabalhador por conta de outrem com contrato sem termo	31,2	4 567
	Trabalhador por conta de outrem com trabalho temporário ou a termo	6,1	890
Quintis do rendimento mensal líquido por adulto equivalente	1º quintil	19,2	2 808
	2º quintil	24,5	3 575
	3º quintil	20,5	2 993
	4º quintil	17,9	2 616
	5º quintil	18,0	2 625

A análise descritiva das variáveis da assistência na doença e estado de saúde encontra-se representada na Tabela 6. No que respeita à autoavaliação do estado de saúde, os inquiridos reportaram o seu estado de saúde mais frequentemente como “Razoável” (40,2%; n=5874) e como “Bom” em 33,7% (n=4923) das respostas. Mais de metade da amostra referiu ter um problema de saúde prolongado (56,9%; n=8318). Apenas 5,8% (n=851) referiram não comprar um MSRM que necessitavam e 9,8% (n=1438) admitem ter faltado a uma consulta médica ou exame que precisavam por dificuldades financeiras.

Quanto ao consumo de medicamentos, 63,2% (n=9243) referiu ter consumido medicamentos sujeitos a receita médica nas últimas 2 semanas e 22,4% (n=3277) dos inquiridos referiu ter consumido um medicamento sem receita médica no mesmo intervalo de tempo.

Tabela 6 - Análise descritiva das variáveis da assistência na doença e estado de saúde.

Variável		%	N
Autoavaliação do estado de saúde	Muito bom	10,4	1 518
	Bom	33,7	4 923
	Razoável	40,2	5 874
	Mau	11,9	1 734
	Muito mau	3,7	544
Problema de saúde prolongado		56,9	8 318

Consumo de medicamentos receitados nas últimas 2 semanas		63,2	9 243
Consumo de medicamentos não receitados nas últimas 2 semanas		22,4	3 277
MSRM não comprados		5,8	851
Ausência em consulta médica		9,8	1 438

2.7.2. Modelo de Regressão Logística para o consumo de MNSRM

As variáveis categóricas região NUTS II, grau de urbanização do local onde vive, sexo, estado civil, situação profissional, problema de saúde prolongado, compra de medicamentos receitados não satisfeita e consulta ou tratamento não realizada, foram modificadas e introduzidas como variáveis *dummy* (ou binária) no modelo de regressão logística para o consumo de MNSRM. As variáveis referentes ao nível de escolaridade mais elevado completo e ao quintil do rendimento mensal líquido por adulto equivalente foram introduzidas como variáveis de escala.

O modelo foi estatisticamente significativo ($\chi^2=372,99$; $p<0,001$) e explicou cerca de 2,42% da variância associada ao consumo de MNSRM (Pseudo $R^2=0,0242$). As suas propriedades podem ser consultadas na Tabela 7.

Tabela 7 - Propriedades do modelo de regressão logística multivariada para o consumo de MNSRM.

Propriedade	Valor
Número de observações	14,383
Wald χ^2	372,99
Valor P	<0,001
Pseudo R^2	0,0242

2.7.3. Determinantes do consumo de MNSRM nas últimas 2 semanas.

A Tabela 8 apresenta as variáveis selecionadas, coeficientes de regressão, *Odds Ratio*, Intervalo de Confiança a 95% e valor de significância para cada uma das variáveis introduzidas no modelo de regressão logística.

Tabela 8 - Resultados da regressão logística multivariada para o consumo de MNSRM

Variável	β	OR	IC 95%	Valor P
Região NUTS II (referência: Algarve)				
Alentejo	-0,178	0,837	0,717-0,977	0,024
Lisboa	0,038	1,039	0,867-1,245	0,680
Centro	-0,137	0,872	0,754-1,008	0,065
Norte	-0,332	0,718	0,610-0,844	<0,001
Açores	-0,057	0,945	0,805-1,108	0,485
Madeira	-0,079	0,924	0,788-1,083	0,328
Grau de urbanização (referência: área moderadamente urbana)				
Meio urbano	0,076	1,079	0,968-1,202	0,170
Meio rural	-0,098	0,907	0,820-1,004	0,059
Sexo masculino	-0,317	0,728	0,667-0,795	<0,001
Grupo etário	-0,015	0,985	0,965-1,007	0,176
Solteiro (a)	-0,056	0,945	0,811-1,103	0,474
Casado (a)	-0,074	0,929	0,810-1,065	0,292
Viúvo (a)	0,110	1,116	0,939-1,326	0,212
Nível de escolaridade mais elevado completo (ISCED 2011)	0,092	1,096	1,070-1,123	<0,001
Quintis do rendimento mensal líquido por adulto equivalente	0,093	1,097	1,055-1,141	<0,001
Estudante	0,289	1,335	1,008-1,768	0,044
Empregado	0,147	1,158	0,969-1,384	0,106
Desempregado	0,163	1,177	0,944-1,466	0,147
Reformado	0,049	1,051	0,885-1,247	0,572
Autoapreciação do estado de saúde	-0,090	0,914	0,865-0,966	0,001
Problema de saúde crónico	0,112	1,119	1,015-1,233	0,024
MSRM não comprados	-0,069	0,933	0,772-1,128	0,475
Ausência em consulta médica	0,299	1,349	1,170-1,555	<0,001
Constante	-1,211	0,298	0,203-0,438	<0,001
β , Coeficiente β ; IC 95%, Intervalo de Confiança a 95%; OR, <i>Odds Ratio</i> .				

Relativamente às variáveis socioeconómicas, os indivíduos que vivem na região do Alentejo (OR=0,837; IC 95%, 0,717-0,977; p=0,024) e do Norte (OR=0,718; IC 95%, 0,610-0,844; p<0,001) apresentaram menor probabilidade de consumir MNSRM em relação à região do Algarve. As regiões de Lisboa (p=0,680), Centro (p=0,065) e Regiões Autónomas dos Açores (p=0,485) e Madeira (p=0,328) não estiveram associadas a um maior consumo de MNSRM. O grau de urbanização, o grupo etário e o estado civil legal não foram preditores significativos do consumo de MNSRM. No que toca ao sexo, observou-se que os homens possuem uma menor probabilidade de consumo de MNSRM em relação às mulheres (OR=0,728; IC 95%, 0,667-0,795; p<0,001). O nível de escolaridade também possui um efeito significativo no consumo de MNSRM, sendo os indivíduos com mais habilitações literárias os que apresentam maior probabilidade de consumir um MNSRM. Dado que esta variável foi introduzida como variável contínua no modelo, cada nível de escolaridade tem cerca de 10% maior probabilidade de consumir MNSRM em relação ao nível de escolaridade anterior (OR=1,096; IC 95%, 1,070-1,123; p<0,001). Um resultado semelhante foi encontrado em relação ao rendimento mensal líquido por adulto equivalente. Cada quintil de rendimento tem cerca de 10% maior probabilidade de consumir MNSRM em relação ao quintil de rendimento anterior (OR=1,097; IC 95%, 1,055-1,141; p<0,001). Em relação à situação profissional, verificou-se que os estudantes apresentaram uma probabilidade 33,5% superior aos restantes grupos profissionais de consumir um MNSRM (OR=1,335; IC 95%, 1,008-1,768; p=0,044), mas não se encontraram efeitos significativos das categorias empregado (p=0,106), desempregado (p=0,147) ou reformado (p=0,572).

Relativamente às variáveis respeitantes às condições de assistência na doença e características de estado de saúde, a autoavaliação do estado de saúde revelou um efeito negativo no consumo de MNSRM. À medida que a visão sobre o estado de saúde individual agrava, a probabilidade de consumir um MNSRM diminui significativamente cerca de 9% em relação ao nível de estado de saúde anterior (OR=0,914; IC 95%, 0,865-0,966; p=0,001). Por outro lado, indivíduos com problemas crónicos de saúde apresentaram uma probabilidade superior de consumo de MNSRM em relação aos indivíduos sem problemas crónicos de saúde (OR=1,119; IC 95%, 1,015-1,233; p=0,024). A ausência em consultas médicas, por dificuldades financeiras, aumentou a probabilidade de o indivíduo consumir MNSRM em 34,9% em relação aos indivíduos que frequentavam essas consultas (OR=1,349; IC 95% 1,170-1,555; p<0,001). Não se verificou aumento de probabilidade de consumo de MNSRM nos indivíduos que não adquiriram MNSRM por dificuldades financeiras.

2.7.4. Discussão dos resultados

A prevalência da automedicação, pela avaliação dos dados do nosso estudo, foi de 22,4 % nas duas últimas semanas o que está sobreponível com os dados de outros estudos. Esta prevalência aumenta quando se questiona um período mais alargado relativamente ao consumo como referido por Amaral *et al.* (2014), no estudo que realizou, em que a prevalência da automedicação nos últimos 6 meses foi de 85,9%. Amaral *et al.* (2019), num estudo na Região Centro e Norte de Portugal verificaram que a prevalência ao longo da vida era de 74,1% e nos últimos 6 meses de 69,9%. Ou seja, a prevalência parece aumentar ao longo da vida o que demonstra a importância da responsabilização no autocuidado e, consequentemente, no uso racional dos medicamentos.

Verificámos que os indivíduos que vivem na Região do Alentejo e na Região Norte apresentam menor probabilidade de consumir MNSRM em relação à Região do Algarve. As regiões de Lisboa, Centro e RAA e RAM não estiveram associadas a um maior consumo de MNSRM. É no Alentejo que se encontra o maior número de farmácias por 100 mil habitantes o que não significa fácil acesso tendo em conta as características da região. A distância aos locais de venda de medicamentos poderá ser um factor desmotivador à deslocação, havendo ainda perda de autonomia, por parte da população idosa, o que poderá condicionar a aquisição de MNSRM. Por outro lado, esta região apresenta o maior índice de envelhecimento do país sendo esta uma população que habitualmente necessita de mais cuidados de saúde, que apresenta mais comorbilidades, fazendo a sua medicação habitual. Já na Região Norte encontramos a Região mais povoada do país (INE,2020b) e aquela onde existe maior oferta de serviços hospitalares (incluindo as consultas de especialidade) (SNS, 2018). A Região Norte concentra ainda o maior número de médicos (cerca de 37,5%) do total nacional correspondendo a um rácio de 3,0 médicos por 1000 habitantes (SNS, 2018). Espera-se que maior rácio de profissionais possa corresponder a maior acessibilidade aos Serviços de Saúde o que poderá justificar uma menor necessidade de recorrer aos locais de venda de MNSRM.

Segundo Amaral *et al.* (2019), no estudo que realizaram no Norte e Centro de Portugal, verificaram que a automedicação se associava significativamente com a área de residência urbana e negativamente com a área de residência rural. No nosso trabalho não verificamos que o grau de urbanização do País fosse preditor no consumo de MNSRM. Estes dados poderão ser indicadores de um aumento da informação na camada mais jovem e mesmo nos mais velhos que, com acesso às novas tecnologias e redes sociais, procuram mais

informação. Cada vez mais se verifica a fixação de casais jovens em zonas menos urbanas, fruto dos preços praticados nomeadamente no que respeita à habitação, o que pode justificar os resultados.

Relativamente ao grupo etário, no nosso estudo, não identificamos qualquer grupo que fosse preditor no consumo. Sarmiento (2015), num estudo com recurso aos dados do 4º INS, verificou que os indivíduos com idades entre os 15 e os 64 anos eram mais propensos ao consumo de MNSRM que os mais velhos. Relativamente ao nosso estudo, poderemos considerar estar a haver uma maior procura dos serviços de saúde pelas faixas etárias mais novas, nomeadamente para questões de âmbito preventivo (Planeamento Familiar, rastreios, vacinação). Por outro lado, a isenção de taxas moderadoras que actualmente vigoram, e as que à data do INS 2019 se encontravam em vigor, para este tipo de consultas, poderá justificar a redução no consumo de MNSRM.

No que respeita ao estado civil, no estudo de Sarmiento (2015) verificou-se uma menor propensão ao consumo nos indivíduos solteiros relativamente aos casados. No nosso estudo o estado civil legal não foi preditor significativo do consumo de MNSRM. Se considerarmos que cada vez mais existem jovens casais a viver em união de facto e que os filhos ficam com os pais até mais tarde esta questão poderá estar a ser influenciada pela relação com a família que é diferente da caracterização do estado civil.

No que toca ao sexo, observou-se que os homens possuem uma menor probabilidade de consumo de MNSRM em relação às mulheres. As mulheres recorrem mais aos serviços de saúde e conseqüentemente às farmácias, locais onde a oferta de MNSRM está acessível. Também os locais de venda livre de MNSRM encontram-se habitualmente próximo dos hipermercados onde as mulheres tendem a ser as mais consumidoras pelo papel familiar. O cuidar está muito associado às mulheres, de quem se espera resposta para as questões de saúde. Estes dados estão em conformidade com a maioria dos estudos nacionais e internacionais.

O nível de escolaridade também possuiu um efeito significativo no consumo de MNSRM, de forma que os indivíduos com mais habilitações literárias apresentaram maior probabilidade de consumir um MNSRM. Dado que esta variável foi introduzida como variável contínua no modelo, cada nível de escolaridade tem cerca de 10% maior probabilidade de consumir MNSRM em relação ao nível de escolaridade anterior. Estes resultados parecem ir de encontro a outros estudos em que se verificou que a probabilidade

de se automedicarem era superior nos indivíduos com formação universitária (Mendes *et al.*, 2014), licenciados, mestres e doutorados (Sarmiento, 2015). O mesmo se verificou no estudo de Melo *et al.* (2006b). Os dados do INS espanhol de 2003 também demonstraram uma associação estatisticamente significativa com a população universitária. Mayer e Österle (2014), concluíram que na Áustria a automedicação aumenta com os níveis de escolaridade. O mesmo se verificou no estudo de Vogler *et al.* (2015) realizado em oito países do leste europeu, onde na Hungria, por exemplo, a probabilidade de se automedicarem era quatro vezes superior nos indivíduos com ensino superior. O nível de escolaridade mais elevado não significa necessariamente maior capacitação e compreensão da informação sobre medicamentos, mas pode predispor a uma maior confiança e segurança na aquisição de MNSRM. Sabendo que a população tem vindo a aumentar a escolaridade, poderemos estar perante um risco de aumento no consumo de MNSRM que necessita de controlo de modo a não evoluir para um problema de saúde pública.

Um resultado semelhante foi encontrado no nosso estudo em relação ao rendimento mensal líquido por adulto equivalente. Cada quintil de rendimento tem cerca de 10% maior probabilidade de consumir MNSRM em relação ao quintil de rendimento anterior. Também Sarmiento (2015), verificou maior propensão ao consumo nos agregados familiares com rendimento superior. Mayer e Österle (2014), concluíram que a automedicação na Áustria aumentava com os níveis de rendimento e o mesmo se verificou no estudo de Vogler *et al.* (2015), onde a automedicação se associou a uma maior probabilidade nos que tinham maior rendimento, em sete dos oito países incluídos no estudo. Já na China quanto mais baixo o rendimento maior a probabilidade de se automedicarem (Chang *et al.*, 2017). Os autores justificam esta informação como estando relacionada com as dificuldades financeiras de acesso aos serviços de saúde. O maior rendimento poderá explicar o acesso mais facilitado aos MNSRM, particularmente na facilidade de se deslocarem para a compra e na facilidade económica de os adquirirem.

Em relação à situação profissional, verificou-se que os estudantes apresentaram uma probabilidade 33,5% superior aos restantes grupos profissionais de consumir um MNSRM, mas não se encontraram efeitos significativos das categorias empregado, desempregado ou reformado. A população estudantil, e particularmente a académica, tem sido uma preocupação no que respeita à automedicação pelo que encontramos alguns estudos direcionados para esta população. Figueiredo (2009), relativamente aos estudantes de medicina, verificou um aumento do consumo de MNSRM nos últimos anos do curso de

Medicina, o que relacionou com o aumento de confiança gerado no conhecimento. Já Morais (2011), relativamente à população académica da Universidade de Aveiro verificou existir maior propensão nos estudantes da área da saúde sem diferenças significativas relativamente aos diferentes ciclos de estudos. Carrasco-Garrido *et al.* (2008), verificaram existir uma associação estatisticamente significativa de automedicação nos estudantes universitários espanhóis. Em 2014, Carrasco-Garrido *et al.*, constataram que um maior grau de ensino aumentava duas vezes a probabilidade de automedicação em relação aos níveis mais baixos de ensino.

Relativamente às variáveis respeitantes às condições de assistência na doença e características de estado de saúde, a autoapreciação do estado de saúde revelou um efeito negativo no consumo de MNSRM. À medida que a visão sobre o estado de saúde individual agrava, a probabilidade de consumir um MNSRM diminui significativamente cerca de 9% em relação ao nível de estado de saúde anterior. Estes dados parecem estar de acordo com o encontrado na população espanhola na qual foi identificada uma maior probabilidade de automedicação nas pessoas que tinham boa percepção da sua saúde (Carrasco-Garrido *et al.*, 2014). Num estudo realizado em 2014, por Carrasco-Garrido *et al.*, sobre automedicação com analgésicos, também a probabilidade de automedicação foi associada a indivíduos com boa percepção do estado de saúde. Na Dinamarca, os indivíduos com baixa autopercção do seu estado de saúde mostraram ser mais propensas ao consumo de MNSRM (Nielsen *et al.*, 2003), o que não está de acordo com os dados que encontramos no nosso estudo. Os dados do nosso estudo, poderão ser explicados e interpretados como maior responsabilidade na compra dos MNSRM pois quanto menos saúde ou percepção do estado de saúde mais necessidade de procura de cuidados, o que tenderá a um maior consumo de MNSRM e menor risco de consumo de medicamentos não controlados. As pessoas que têm boa percepção do seu estado de saúde poderão estar a automedicar-se em situações aparentemente de curta duração e de rápida recuperação o que demonstra mais uma vez a importância do autocuidado. Estes dados poderão indicar que as pessoas que percebem piores estados de saúde optam por não se automedicarem seguindo as indicações prescritas esperando-se que quem tem menos saúde procure os serviços de saúde.

Por outro lado, indivíduos com problemas prolongados de saúde apresentaram uma probabilidade superior de consumo de MNSRM em relação aos indivíduos sem problemas crónicos de saúde. Dados de Sarmiento (2015), relativos ao INS 2014, também verificaram que indivíduos com doença crónica estavam mais propensos a se automedicarem. O mesmo

se verificou na Dinamarca em que os indivíduos com doença crónica mostraram ser mais propensos ao consumo de MNSRM (Nielsen *et al.*, 2003). Estes dados não estão de acordo com o encontrado na população espanhola, onde foi identificada uma maior probabilidade de automedicação nas pessoas que não sofrem de doença crónica (Carrasco-Garrido *et al.*, 2014). Vogler *et al.* (2015), no estudo que realizou em oito países do leste europeu, verificou que na presença de doenças prolongadas haveria uma maior propensão ao consumo de MSRM e não à automedicação.

Os indivíduos com doença crónica tendem a usar medicação prolongada pelo que existe alguma confiança nos fármacos levando muitas vezes à aquisição de medicamentos sem receita médica, mesmo quando sujeitos a prescrição. O recurso a MNSRM nos indivíduos com doença crónica poderá estar relacionado com sintomas menores.

Quanto às condições de assistência na doença, o nosso estudo permitiu verificar que a compra de MSRM não satisfeita por dificuldades financeiras não aumenta a probabilidade de compra de MNSRM. As dificuldades financeiras colocadas na aquisição de MSRM também se refletem na compra de MNSRM. Se as pessoas não compraram medicamentos receitados por falta de dinheiro, também provavelmente não iriam comprar medicamentos não receitados.

Já no que respeita a ausência em consultas ou tratamento médico não satisfeita por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses, esta aumentou a probabilidade de o doente consumir MNSRM em 34,9% em relação aos doentes que frequentavam essas consultas ($p < 0,001$). Foram encontrados poucos estudos que nos disponibilizam informação sobre a automedicação e o acesso aos cuidados de saúde. Melo *et al.* (2006b), verificaram que os indivíduos que não consultam um médico há pelo menos seis meses têm uma probabilidade de se automedicarem de 6,7 vezes superior aos que tiveram consulta há uma semana. Também Chang *et al.* (2017), verificaram existir uma maior probabilidade de as pessoas se automedicarem quando existem dificuldades económicas para consultar um médico. Tripković *et al.* (2018), determinaram como preditor da automedicação factores relacionados com necessidades de saúde não satisfeitas por espera acima do aceitável, ou seja, com a resposta dos serviços de saúde.

O impacto no estado de saúde dos indivíduos, por falta de acesso ou acesso limitado, leva a menor envolvimento nas questões preventivas de saúde, influenciando a qualidade de vida e consequentemente muitos resultados de saúde (ODPHP, 2020).

CONCLUSÃO

Em Portugal, o conceito de automedicação é clarificado pelo Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho, como sendo a utilização MNSRM. A OMS define automedicação como a selecção e o uso de medicamentos pelo indivíduo para tratar doenças ou sintomas autorreconhecidos (WHO, 1998). Automedicação corresponde à toma de um medicamento em que o indivíduo, por sua iniciativa, assume a toma do mesmo com a finalidade de melhorar um ou mais sintomas de mau estar ou doença. Encontrámos alguns artigos que consideraram a automedicação como o recurso a MNSRM e a MSRM aos quais se recorre porque se teve uma experiência anterior positiva, mas também ocorre por pressão da publicidade e por influência dos familiares e amigos.

Anualmente, cresce o mercado de medicamentos que, pelas suas características podem ser vendidos em locais autorizados, não necessariamente numa farmácia e, nem sempre, na presença de um farmacêutico. O acesso fácil a MNSRM parece fomentar a prática da automedicação.

A automedicação é considerada uma das estratégias do autocuidado, contribuindo para a responsabilidade em saúde ao envolver o cidadão na gestão dos cuidados e aliviando a pressão sobre os serviços de saúde. Tem várias vantagens, mas também alguns riscos nomeadamente as interações com outros medicamentos, risco de dependência, risco de intoxicação e risco de camuflar sintomas de doenças e complicações graves que vão ter diagnóstico e intervenções tardias. Mas também é importante olhar a automedicação como uma melhoria na qualidade de vida, sendo exigível conhecer o medicamento, os seus efeitos e interações. Não menos importante, é reconhecer que o mesmo medicamento (princípio activo) pode ter diferentes apresentações e dosagens o que em algumas situações pode originar sobredosagem ou subdosagem.

O nosso estudo teve por objectivo identificar preditores da automedicação. Este conhecimento poderá contribuir para inferir e tomar decisões no sentido de uma utilização mais racional dos MNSRM, reconhecendo que a automedicação melhora a vida das pessoas sem as deixar tão dependentes dos recursos de saúde.

Nem todos os países, mesmo a nível da Comunidade Europeia, possuem a mesma política de comercialização. A legislação garante a qualidade do medicamento e a sua segurança, mas não pode garantir essa segurança se o medicamento for usado de forma inconsciente e irracional. É necessário implementar políticas no sentido de prevenir a utilização irracional

dos medicamentos. Desde o início da formação académica deveria existir uma abordagem sobre o uso dos medicamentos, com um currículo ajustado ao ciclo de vida, direcionado para o uso adequado e racional dos medicamentos, para o risco de intoxicação, para a importância do cumprimento das prescrições e dos efeitos dos desperdícios no meio ambiente. Não é difícil verificar, no contexto das consultas de Saúde Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários, o quão as crianças e jovens estão sensíveis a questões do meio ambiente. Uma política idêntica seria necessária em relação ao uso dos medicamentos. Nestas mesmas consultas, os Sistemas de Informação possuem ícones associados a intervenções de alerta para os profissionais de saúde. Do mesmo modo que se desenvolveram intervenções direcionadas para a prevenção de acidentes (risco da ingestão acidental de medicamentos por parte das crianças, por ex.), seria importante associar intervenção de alerta de modo que os profissionais de saúde estejam atentos, na orientação aos pais, relativamente à utilização de MNSRM. Esta medida funcionaria como um alerta para o profissional validar a intervenção. As crianças, tendencialmente, adoptam comportamentos de imitação dos seus modelos que são, normalmente, os pais. Os medicamentos para as dores, para as alergias, para a tosse, para emagrecer são facilmente adquiridos nas farmácias e em locais de venda livre. Esta prática pode levar a uma aprendizagem inadequada com riscos para a saúde em geral. Os hipermercados, nas grandes superfícies, têm por perto locais autorizados de venda de MNSRM pelo que essa acessibilidade é de difícil controlo. Há necessidade de intervenção desde muito precocemente.

O estudo permitiu verificar que 22,4 % dos inquiridos consumiu medicamentos, produtos naturais ou vitaminas não receitados por um médico nas 2 semanas anteriores ao inquérito. Uma percentagem significativa quando extrapolada para 2 milhões de portugueses. O INS, instrumento de trabalho que utilizámos no nosso estudo, questiona relativamente ao consumo de medicamentos nas duas últimas semanas, o que reduz o risco do viés de memória. No entanto, seria importante perceber o que acontece na população portuguesa relativamente, por exemplo, aos últimos 6 meses. Este último ano apresentou-se como um ano atípico fruto da pandemia por SARS-CoV2. Se, por um lado, o isolamento levou menos pessoas à rua o que pode justificar a redução no volume de vendas de MNSRM, por outro lado poderá ter havido uma corrida à compra de medicamentos considerados menos essenciais. Esta pandemia foi um alerta para todos e muito em especial para a necessidade de implementação de políticas concertadas de saúde. Verificou-se um aumento das consultas e contactos não presenciais em detrimento dos contactos presenciais com os Cuidados de

Saúde. Seria importante avaliar o que realmente se passou em termos de compra de MNSRM e como foi a relação com o consumo (durante quanto tempo foi consumido, como foi a resposta ao medicamento). Importante ainda seria identificar o motivo que originou a compra (rapidez na resposta, sintomas ligeiros, como prevenção) acreditando que em algumas situações houve compra sem necessidade de utilização, levando a roturas, que podem ter impedido uma resposta atempada dos que efetivamente necessitaram dos medicamentos.

Mantendo-se a esperança de vida maior nas mulheres do que nos homens, também é esperado que sejam estas a recorrer mais aos serviços de saúde. Por outro lado, também os filhos ficam em casa até mais tarde sendo as mães as principais cuidadoras. É sobre a população feminina que parece haver necessidade de um maior investimento na informação, desde os cuidados com o bebé até aos cuidados com o idoso. São as mulheres que mais recorrem à automedicação, situação transversal à grande maioria da população europeia.

Também identificámos o nível de escolaridade como um determinante significativo no consumo de MNSRM, de forma que os indivíduos com mais habilitações literárias apresentam maior probabilidade de consumir um MNSRM. Reforçamos que informação não é necessariamente conhecimento e que a literacia em saúde na população portuguesa ainda não é uma realidade. Em relação a outros países europeus, Portugal apresenta um valor mais elevado do que a média europeia relativamente ao nível problemático de literacia em saúde (DGS 2018). Saber ler e interpretar é fundamental em todos os intervenientes na saúde. Quem prescreve ou dispensa um medicamento tem um papel activo na informação, quem acompanha o doente tem responsabilidade acrescida na monitorização das respostas aos medicamentos e o indivíduo uma responsabilidade acrescida, enquanto consumidor, cabendo-lhe reconhecer a importância da leitura do folheto informativo e reconhecer a adequação do mesmo à sua situação de doença. Para implementar esta prática é necessário utilizar as fontes de informação mais simples e que melhor chegam às pessoas. Sabendo que as actividades de lazer e locais para actividade física estão em grande expansão, poderiam ser aproveitados estes locais para a sensibilização dos utilizadores. Serão necessários mais estudos onde se possa avaliar se o folheto informativo é efetivamente lido na sua totalidade, qual o valor que lhe é atribuído e qual o impacto nos resultados em saúde.

Verificámos que os estudantes apresentaram uma probabilidade 33,5% superior aos restantes grupos profissionais de consumir um MNSRM. Esta situação foi verificada noutros estudos em estudantes de Medicina e noutras áreas da saúde e poderá ser justificada pelo aumento de confiança relacionada com o conhecimento. Seria importante identificar qual o tipo de

medicamentos que é mais consumido pelos estudantes, onde parece existir uma predisposição para o consumo de tranquilizantes e medicamentos para a melhoria do rendimento escolar. Também relativamente a esta população, e mais uma vez porque serão os pais do futuro, é fundamental a existência de programas de formação de literacia em saúde nas Universidades e Politécnicos.

Relativamente aos indivíduos com doença crónica, e apesar do conceito de automedicação com MSRM sair um pouco do âmbito do nosso estudo, será importante avaliar o tipo de comportamento mesmo com MSRM pois são necessárias consultas periódicas protocoladas e a ausência dos doentes nas mesmas pode comprometer o curso da doença, pela falta de reconciliação terapêutica. O recurso a MNSRM nos indivíduos com doença crónica poderá estar mais relacionado com sintomas ligeiros, ou ser considerada pelo doente como uma forma complementar de medicação, levando o doente já cansado dos serviços de saúde à procura célere da resolução dos seus problemas. Conhecendo as limitações que surgiram no acesso aos serviços de saúde nestes últimos meses, devido à pandemia por SARS-CoV2, condicionadas pela necessidade de racionalizar espaços, intervalos entre atendimentos, volume de doentes em sala de espera, com vista a reduzir o risco de contágio, houve claramente um prejuízo para os doentes e muito concretamente para os doentes crónicos. Nestes doentes seria importante a monitorização do consumo de MNSRM criando sistemas de informação que permitam ao prescriptor ter acesso à informação relativa a todos os medicamentos adquiridos, e não só a medicação prescrita, independentemente do tipo de disponibilização. Recentemente, foi criado um indicador para avaliação do desempenho das Unidades prestadoras de cuidados nos Cuidados de Saúde Primários, que permite avaliar a prescrição no âmbito privado aos utentes do ficheiro do respectivo médico de família. Criar um indicador para monitorizar o consumo de MNSRM, pela mesma população, seria um ganho em saúde pois permitiria ao médico identificar eventuais interações medicamentosas. O doente pode sentir-se constrangido em assumir as suas opções pelo receio da crítica. A relação médico-doente tem que ser efetiva e eficaz pois só numa relação de confiança pode haver continuidade de cuidados. Reconhecemos as dificuldades deste processo pois não havendo prescrição não há interação de sistemas de informação. Este processo pode ser contornado por uma franca, aberta e honesta relação entre o médico e doente, mas também pelo conhecimento que o doente deve ter de que os MNSRM são medicamentos.

Nos doentes crónicos é fundamental um bom controlo da doença a qual é conseguida se todo o regime terapêutico for cumprido, incluindo a medicação. O risco de interações está

aumentado neste tipo de doentes pelo que um incremento na monitorização em contexto das consultas de Medicina Geral e Familiar poderia reduzir a procura das urgências hospitalares. Um dado relevante do nosso estudo refere-se à probabilidade, significativamente aumentada (34,9% mais probabilidade em relação aos doentes que frequentaram consultas), de consumo de MNSRM pelos indivíduos que não obtiveram consultas ou tratamento médico por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses. Os dados do INS reportam-se a um período pré pandemia por SARS-CoV2, tendo terminado a recolha de dados antes de se ter decretado o Estado de Emergência. Sabendo que a pandemia teve, para além de outros, um impacto económico grande em algumas famílias, por desemprego e diminuição dos rendimentos, poderemos inferir que o risco de haver mais pessoas a não recorrer a consultas, especialmente os que não se encontram nos grandes centros, cuja distância dificulta a acessibilidade por custos com o transporte, aumentou a probabilidade do consumo de MNSRM. Seria importante avaliar o que realmente se passou nestes últimos 18 meses, avaliando os comportamentos relativos à automedicação, o que não pode ser meramente avaliado pelo volume de vendas pois esse valor não caracteriza os consumidores.

Um outro aspecto que importa referir diz respeito à notificação de eventos relacionados com a toma de medicamentos. Para que as entidades responsáveis possam desempenhar o seu papel, particularmente o INFARMED, através do Sistema de Farmacovigilância, é necessário que a população esteja informada das plataformas de notificação existentes e os profissionais de saúde e a comunicação social tenham um papel fundamental, na transmissão dessa mesma informação.

Apesar dos dados serem recentes, o que representa uma mais-valia nesta avaliação, e da identificação de alguns determinantes na automedicação, seria importante implementar a nível dos serviços de saúde e muito concretamente nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários, uma avaliação do comportamento dos utentes na resposta àquilo que percebem como sintomas menores em si e no seu contexto familiar. Esta avaliação permitiria sensibilizar os profissionais de saúde, intervindo atempadamente na gestão medicamentosa em particular no consumo de MNSRM e, assim, prevenir eventuais danos imediatos ou a longo prazo.

Consideramos algumas limitações no nosso trabalho, particularmente com a questão do INS relativamente ao uso nas duas últimas semanas de algum medicamento, tomado por iniciativa própria ou com aconselhamento médico, mas em relação ao qual não foi passada

uma receita médica. A questão poderia ser reformulada alargando o espaço temporal para que se possa conhecer a prevalência deste consumo na população portuguesa. Alguns estudos encontrados permitem verificar que a automedicação é mais elevada quando se questiona a sua prática nos últimos 6 meses ou mais, e é frequente ao longo da vida.

Uma outra limitação que verificámos existir no INS, enquanto documento de trabalho, está relacionada com a inexistência de questões que permitam perceber o consumo de MNSRM pelas crianças e pelos dependentes, independentemente da idade. Sendo estes grupos particularmente vulneráveis seria importante identificar como são utilizados os MNSRM por esta população.

Esperamos que o estudo contribua para o reconhecimento do papel dos prestadores de cuidados de saúde na educação e controlo do uso dos medicamentos, em particular na automedicação e possa contribuir para que outros estudos avaliem o custo-benefício e o custo-efetividade do consumo de MNSRM. Esperamos também que os dados e conclusões nos possam orientar numa política concertada entre a literacia em saúde e o uso racional dos medicamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AESGP: Association of the European Self-Care Industry (s.d.) “50 years of AESGP” <https://aesgp.eu/our-history> [19 de maio 2021].

Amaral, Odete; Lages, Adriana; Sousa, Liliana; Almeida, Lúcia; Santos, Juliana; Dias, Mariana; Silva, Daniel; Pereira, Carlos (2014) “Automedicação em Jovens e Adultos da Região Centro de Portugal” *Millenium*. 47, 97-109. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8112> [10 de maio de 2021].

Amaral, Odete; Veiga, Nélio; Nelas, Paula; Coutinho, Emília; Chaves, Cláudia (2019) “Automedicação na comunidade: um problema de saúde pública” *Revista INFAD de Psicología*. 4(1), 423-434. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3498/349861666042/349861666042.pdf> [10 de maio de 2021].

Apifarma: Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (s.d.) “Medicamento” <https://internet.apifarma.pt/apifarma/areas/saudehumana/Paginas/default.aspx> [05 de janeiro de 2021].

Apifarma (2014) “A indústria farmacêutica em Portugal. Saber investir, saber inovar 75 anos” <https://internet.apifarma.pt/salaimprensa/Documents/Livro%2075%20anos.pdf> [05 de janeiro de 2021].

Apifarma (2018) *A Indústria Farmacêutica em Números*. Lisboa: Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica https://www.apifarma.pt/wp-content/uploads/2021/04/IF_em_Numeros_2018.pdf [20 de abril de 2021].

Aquino, Daniela S.; Barros, José A.C.; Silva, Maria D.P. (2010). “A automedicação e os académicos da área de saúde” *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(5), 2533-2538. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500027> [05 de maio de 2021].

Aquino, Daniela S. (2008) “Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?” *Ciência & Saúde Coletiva*. 13(Supl.), 733-736. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700023> [25 de abril de 2021].

Arrais, Paulo S. D.; Coelho, Helena L. L.; Batista, Maria C. D. S.; Carvalho, Marisa L.; Righi, Roberto E.; Arnau, Josep M. (1997) “Perfil da automedicação no Brasil” *Revista de*

Saúde Pública. 31(1), 71-77. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000100010> [05 de maio de 2021].

Belo, Nidia; Maio, Patricia; Gomes, Susana (2017) “Self medication in children and adolescents” *Nascer e Crescer- Birth and Growth Medical Journal*. 26(4), 234–239. <https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v26.i4.10489> [15 de setembro de 2021].

Bennadi, Darshana (2013) “Self-medication: A current challenge.” *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*. 5(1), 19–23. <https://doi.org/10.4103/0976-0105.128253> [08 de março de 2021].

Buss, Paulo M.; Filho, Alberto P. (2007) “A saúde e seus determinantes sociais” *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 17(1), 77-93. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006> [08 de junho de 2021].

Carrasco-Garrido P.; Jiménez-García R.; Barrera, Valentim H.; Gil de Miguel, A. (2008) “Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population” *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 17(2), 193-9. doi: 10.1002/pds.1455. PMID: 17654747 [12 de junho de 2021].

Carrasco-Garrido P.; Andrés Ana L.; Barrera, Valentim H.; Jiménez-Trujillo, Isabel; Fernandez-de-las-Peñas, César; Palacios-Ceña, Domingo; García-Gómez-Heras, Soledad; Jiménez-García, Rodrigo (2014) “Predictive factors of self-medicated analgesic use in Spanish adults: a cross-sectional national study” *BMC Pharmacology & Toxicology*. Jul;15, 1-9. DOI: 10.1186/2050-6511-15-36 [12 de junho de 2021].

CCISP (2021) *Comportamentos de Saúde e Bem Estar dos Estudantes do Ensino Superior Politécnico*. Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos. <https://ccisp.pt/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio-Saude.pdf> [06 de julho de 2021].

Chang, Jie; Wang, Qing; Fang, Yu (2017) “Socioeconomic differences in self-medication among middle-aged and older people: data from the China health and retirement longitudinal study” *BMJ Open*. 7 (12), 1-10. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017306 [04 de junho de 2021].

Cohen J.; Millier A.; Karray S.; Toumi M. (2013) “Assessing the economic impact of Rx to OTC switches: systematic review and guidelines for future development” *Journal of Medical Economics*. 16(6), 835-844. DOI: 10.3111/13696998.2013.793693 [28 de junho de 2021].

Cooper, Richard J. (2013) “Over-the-counter medicine abuse - a review of the literature” *Journal of substance use*. 18(2), 82–107.

<https://doi.org/10.3109/14659891.2011.615002><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3603170/pdf/JSU-18-82.pdf> [28 de junho de 2021].

Cruz, Pedro S.; Caramona, Margarida; Guerreiro, Mara P. (2015) “Uma Reflexão sobre a Automedicação e Medicamentos não Sujeitos a Receita Médica em Portugal” *Revista Portuguesa De Farmacoterapia*. 7(2), 83-90. <https://doi.org/10.25756/rpf.v7i2.2> [30 de novembro de 2020].

Daban, Ferran.; Pasarín, M. I.; Rodríguez-Sanz, Maica; García-Altés, Anna; Villalbí, Joan R.; Zara, Corinne; Borrell, Carme. (2010) “Social determinants of prescribed and non-prescribed medicine use” *International Journal for Equity in Health*. 9(12), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-9-12> [30 de novembro de 2020].

Decreto-Lei n.º 134/2005 do Ministério da Saúde (2005). Diário da República: 1.ª série A, n.º 156/2005 <https://dre.pt/pesquisa/-/search/243692/details/maximized> [28 de novembro de 2020].

Decreto-Lei n.º 176/2006 do Ministério da Saúde (2006). Diário da República: 1.ª série, n.º 167/2006. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/176/2006/08/30/p/dre/pt/html> [28 de novembro de 2020].

Decreto-Lei n.º 128/2013 do Ministério da Saúde (2013). Diário da República: 1.ª série, n.º 171/2013 <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/128/2013/09/05/p/dre/pt/html> [28 de novembro de 2020].

Decreto-Lei n.º 112/2019 da Presidência do Conselho de Ministros (2019). Diário da República: 1.ª série, n.º 156/2019 <https://dre.pt/home/-/dre/123962150/details/maximized> [14 de setembro de 2021].

Despacho n.º 17690/2007 do Ministério da Saúde (2007). Diário da República: 2.ª série, n.º 154. <https://dre.pt/application/conteudo/3189825> [28 de novembro de 2020].

Dias, Carlos M. (2009) “25 anos de Inquérito Nacional de Saúde em Portugal”. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 27(2), 51-60. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/4409/1/25Anos-DIAS%20p-51.pdf> [12 de dezembro de 2020].

Directiva 2001/83/CE do Parlamento Europeu e do Conselho (2001). Jornal Oficial das Comunidades Europeias. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32001L0083&from=PT> [28 de novembro de 2020].

Directiva 2004/27/CE do Parlamento Europeu e do Conselho (2004). Jornal oficial da União Europeia. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004L0027&from=LV> [28 de novembro de 2020].

Directiva 2011/62/UE do Parlamento Europeu e do Conselho (2011). Jornal Oficial da União Europeia. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/files/eudralex/vol-1/dir_2011_62/dir_2011_62_pt.pdf [28 de novembro de 2020].

DGS (2018) *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx> [12 de junho de 2021].

EC: European Commission (2013) "Report of the Working group on Promoting a good governance for non-prescription drugs in Europa" <https://ec.europa.eu/docsroom/documents/7623?locale=en> [28 de junho de 2021].

Figueiredo, Estevão T.; Morais, Aline M.; Costa, Ana M.; Terra, Fábio S. (2009) "Perfil dos estudantes de Medicina frente à automedicação para redução do peso" *Revista Brasileira Clínica Médica*. 7, 385-389. <https://www.sbcm.org.br/revistas/RBCM/RBCM-2009-06.pdf#page=30> [10 de maio de 2021].

Field, Andy (2009) *Descobrimo a Estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed Editora, Lda.

Gonçalves, Elisabete; Marcelo, Ana; Vilão, Sérgio; Silva, José A.; Martins, Ana P. (2016) "Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia em Portugal" *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*. 8(2), 39-50. <https://doi.org/10.25756/rpf.v8i2.117> [21 de maio de 2021].

Hughes C.M.; McElnay J.C.; Fleming G.F. (2001) "Benefits and risks of self medication" *Drug Safety*. 24(14), 1027-1037. DOI:10.2165/00002018-200124140-00002. PMID: 11735659 [10 de março de 2021].

INE (2009) Inquérito Nacional Saúde 2005/2006. Instituto Nacional de Estatística, I.P. http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf [20 de dezembro de 2020].

INE: Instituto Nacional Estatística (2019a) Inquérito Nacional Saúde 2019 - CAPI <https://smi.ine.pt/SuporteRecolha/Detalhes/10370> [15 de março de 2020].

INE: Instituto Nacional Estatística (2019b) Inquérito Nacional Saúde - CAWI

<https://smi.ine.pt/SuporteRecolha/Detalhes/10371> [15 de março de 2020].

INE: Instituto Nacional de Estatística (2020a) “Inquérito Nacional Saúde 2019”

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2 [25 de abril de 2021].

INE: Instituto Nacional de Estatística (2020b) “Projeções de População Residente em Portugal 2018-2080”

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt [28 de junho de 2021].

INE (2021) *Estatísticas da Saúde- 2019*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P., ISSN 2183-1637.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2 [15 de julho de 2021].

INFARMED (s/d) “Dispensa de medicamentos ao domicílio ou através da internet”

<https://www.infarmed.pt/web/infarmed/venda-de-medicamentos-pela-internet> [10 de janeiro de 2021].

INFARMED (2015) *Medicamentos Genéricos a Máxima Confiança*. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde.

https://www.infarmed.pt/documents/15786/1410451/MG_Maxima_Confianca_Outubro_2015.pdf/065d93db-311b-4bab-81e7-f0d8813624ab [23 de setembro de 2021].

INFARMED (2016) “Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS jan-dez 2016”

<https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/relatorios/mnsrm> [15 de maio de 2021].

INFARMED (2017) “Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS jan-dez 2017”

<https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/relatorios/mnsrm> [15 de maio de 2021].

INFARMED (2018) “Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS jan-dez 2018”

<https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/relatorios/mnsrm> [15 de maio de 2021].

INFARMED (2019) “Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS jan-dez 2019” <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/relatorios/mnsrm> [15 de maio de 2021].

INFARMED (2020a) “*Estatística do Medicamento e Produtos de Saúde 2019*”. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. <https://www.infarmed.pt/documents/15786/1229727/Estat%C3%ADstica+do+Medicamento+2019/b2e448a8-dc71-c2e8-a93a-f0cbef7ad6eb?version=1.0> [20 de agosto de 2021].

INFARMED (2020b) “Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS jan-dez 2020” <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/relatorios/mnsrm> [28 de junho de 2021].

Martins, Ana; Gonçalves, Elisabete; Marcelo, Ana; Vilão, Sérgio; Silva, José (2016) “Pharmacy Medicines Not Subject to Medical Prescription in Portugal: An Underused Access Opportunity?” *Acta Médica Portuguesa*. 29(9), 542-548. DOI: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.7465> [19 de fevereiro de 2021].

Matos, Maria C. A. (2006) “Automedicação” *Psicologia.com.pt*. O Portal dos Psicólogos, <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0048.pdf> [10 de fevereiro de 2021].

Mayer, Susanne; Österle, August (2015) “Socioeconomic determinants of prescribed and non-prescribed medicine consumption in Austria” *European Journal of Public Health*. 25(4). 597-603. DOI: 10.1093/eurpub/cku179. Epub 2014 Nov 12. PMID: 25395395 [23 de junho de 2021].

Melo, Daniela O.; Ribeiro, Eliane; Storpirtis, Sílvia (2006a) “A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos” *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 42(4), 475-485. <https://doi.org/10.1590/S1516-93322006000400002> [08 de março de 2021].

Melo, Magda N.; Madureira, Brenda, Ferreira, Ana P. N.; Mendes, Zilda; Miranda, Ana C.; Martins, Ana P. (2006b) “Prevalence of Self-medication in Rural Areas of Portugal” *Pharmacy World and Science*. 28, 19–25. <https://doi.org/10.1007/s11096-005-2222-y> [10 de julho de 2021]

Mendes, Zilda; Martins, Ana P.; Miranda, Ana C.; Soares, Maria A.; Ferreira, Ana P.; Nogueira, A. (2004) “Prevalência da automedicação na população urbana portuguesa” *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 40(1), 21-25. <https://doi.org/10.1590/S1516-93322004000100005> [10 de março de 2021].

Morais, Ana C. C. (2011) *Prevalência da automedicação em estudantes da Universidade de Aveiro*. Tese de Mestrado em Psicologia - Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/6010>

Neto, Mariana; Santos, Joana (2019) “A importância dos Inquéritos de base populacional: uma revisão descritiva do contributo do Inquérito Nacional de Saúde para a produção de evidência científica e do potencial contributo para a tomada de decisão” *Boletim Epidemiológico Observações*. 8(11), 7-14. <http://www.insa.min-saude.pt/category/informacao-e-cultura-cientifica/publicacoes/boletim-epidemiologico-observacoes-suplemento-11/> [23 de junho de 2021].

Nielsen, Merete W.; Hansen, Ebba H.; Rasmussen, Niels K. (2003) “Prescription and non-prescription medicine use in Denmark: association with socio-economic position” *European Journal of Clinical Pharmacology*. 59(8-9), 677-84. DOI: 10.1007/s00228-003-0678-z. Epub 2003 Oct 2. PMID: 14523592 [23 de junho de 2021].

Noone, Joshua; Blanchette, Christopher M. (2018) “The value of selfmedication: summary of existing evidence” *Journal of Medical Economics*. 21(2), 201-211. DOI: 10.1080/13696998.2017.1390473 [28 de abril de 2021].

ODPHP: Office of Disease Prevention and Health Promotion (2020). Determinants of Health <https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Determinants-of-Health> [30 de maio de 2021].

Oliveira, Daniela G. F. (2009) *Determinantes do Estado de Saúde dos Portugueses*. Tese de Mestrado em Estatística e Gestão de Informação. Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa. <https://core.ac.uk/download/pdf/303710684.pdf> [28 de março de 2021].

OMS (2010) *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais*. Genebra: Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde OMS, Relatório Final.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789248563706_por_contents.pdf [23 de junho de 2021].

OMS (2018) “*Sistema Mundial de Vigilância e Monitorização da OMS para os Produtos Médicos de Qualidade Inferior e Falsificados*”. Genebra: World Health Organization.

https://www.who.int/medicines/regulation/ssffc/publications/GSMSreport_PO.pdf?ua=1
[23 de junho de 2021].

Parmar, Zankhana; Malhotra, Supriya; Patel, Varsha (2015) “Prevalence and pattern of self-medication in elderly individuals” *International Journal of Basic and Clinical Pharmacology*. 4(6), 1095-1099. <https://www.ijbcp.com/index.php/ijbcp/article/view/696>
[24 de setembro de 2021].

Pereira, João (2004) *Economia da Saúde: um glossário de termos e conceitos*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde https://www.researchgate.net/publication/323561316_Economia_da_Saude_um_glossario_de_termos_e_conceitos/citation/download [14 de setembro de 2021].

Pervukhina, Evgenia (2013) *Avaliação do padrão de auto medicação no concelho da Covilhã. Experiência profissionalizante na vertente de farmácia comunitária e investigação*. Tese de Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade da Beira Interior. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/1355> [10 de novembro de 2020].

Portaria nº 1110/2000 do Ministério da Saúde (2000). Diário da República 1ª Série B nº 266/2000 <https://data.dre.pt/eli/port/1100/2000/11/17/p/dre/pt/html> [28 de novembro de 2020].

Rodrigues, Antonio C. (2017) “Utilização de medicamentos isentos de prescrição e economias geradas para os sistemas de saúde: uma revisão” *Jornal brasileiro economia da saúde (Impr.)*. 9(1), 128-136. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-833576>
[08 de junho de 2021].

Sansgiry, Sujit S.; Bhansali, Archita H.; Bapat, Shweta S.; Xu, Qingqing (2017) “Abuse of over-the-counter medicines: a pharmacist’s perspective” *Integrated Pharmacy Research and Practice*. 6, 1-6. <https://doi.org/10.2147/IPRP.S103494> [30 de junho de 2021].

Sarmiento, Mariana V. (2015) *Factores Explicativos do Consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica*. Tese de Mestrado em Economia, na Especialidade de Economia Industrial. Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/28502> [10 de maio de 2021].

Silva, José A.; Souto, C. A.; Vilão, S. P. (2010) *Os Meus Medicamentos*. Alfragide: Texto Editores.

SNS (2018) Relatório Social do Ministério da Saúde e do SNS 2018. Ministério da Saúde.

http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatorio-Social-MS_SNS_2018_vf.pdf [25 de agosto de 2021].

Tavares, Aida I. (2013) “Self-medication model and evidence from Portugal” *International Journal of Social Economics*. 40(11), 990-1009. <https://doi.org/10.1108/IJSE-02-2012-0026> [25 de novembro de 2020].

Tripković, Katica; Nešković, Andjelija; Janković, Janko; Odalovic, Marina (2018) “Predictors of self-medication in Serbian adult population: cross-sectional study” *International Journal of Clinical Pharmacy*. 40, 627–634. <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0624-x> [10 de agosto de 2021].

União Europeia (2016) Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Jornal Oficial da União Europeia <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=FR> [14 de setembro de 2021].

Vintém, João M. (2008) “Inquéritos nacionais de saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade” *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 26 (2), 5-16. <http://hdl.handle.net/10362/95342> [02 de fevereiro de 2021].

Vogler, Sabine; Österle, August; Mayer, Susanne (2015) “Inequalities in medicine use in Central Eastern Europe: an empirical investigation of socioeconomic determinants in eight countries” *International Journal for Equity in Health*. 14(124), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0261-0> [10 de agosto de 2021].

WHO (1998) *The Role of the pharmacist in self-care and self-medication report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist*. The Hague: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65860> [08 de fevereiro de 2021].

WHO (2011) *The World Medicines Situation 2011 Medicines, prices, availability and affordability*. Geneve: World Health Organization, 3rd Edition. https://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch6_wPricing_v6.pdf [08 de fevereiro de 2021].

WHO: World Health Organization (2017) “Determinants of health” <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health> [15 de março de 2021].

WHO (2018) *The European health report 2018. More than numbers – evidence for all. Highlights*. Dinamarca: World Health Organization

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/380478/HEALTH_REPORT_HIGHLIGHTS_2018_EN.PDF [22 de maio de 2021].

WHO (2019) *The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region*. World Health Organization. Regional Office for Europe <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326394> [28 de maio de 2021].

WSMI (s.d.) “*The story of self care and self medication. 40 years of progress, 1970-2010*”. França: World Self-Medication Industry. <https://www.selfcarefederation.org/resources/story-self-care-and-self-medication-40-years-progress> [21 de março de 2021].