



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Automedicação e os seus riscos
Principais distúrbios do trato gastrointestinal causados
pela automedicação

Ivânia Tavares Furtado

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de estudos Integrado)

Orientadora: Mestre Cátia Carina Pontífice Fernandes

Covilhã, abril de 2019

Automedicação e os seus riscos
Principais distúrbios do trato gastrointestinal causados pela automedicação

Dedicatória

Aos meus pais.

À minha irmã.

Aos meus irmãos.

Automedicação e os seus riscos
Principais distúrbios do trato gastrointestinal causados pela automedicação

Agradecimentos

Um agradecimento especial à minha orientadora Mestre Cátia Carina Pontífice Fernandes, pela disponibilidade e orientação fornecidas, tornando mais fácil a realização da presente dissertação.

À Fundação Cabo-verdiana de Ação Social Escolar, pela bolsa de estudo atribuído durante o meu percurso académico.

Aos meus pais, Manuel Pereira Furtado e Joana Tavares Furtado por existirem na minha vida e pelo apoio incondicional que sempre me deram.

À minha irmã, Maria Lucete Furtado que como uma segunda mãe sempre esteve muito presente, mesmo estando distante.

À minha amiga, Jane Risete Dias por toda a paciência e apoio técnico fornecidos.

Aos meus amigos pelo suporte emocional.

Aos muitos elementos que de forma indireta contribuíram para a minha formação profissional, pessoal e para a elaboração da minha dissertação de mestrado.

Automedicação e os seus riscos
Principais distúrbios do trato gastrointestinal causados pela automedicação

Resumo

A automedicação, como ato no qual o indivíduo escolhe e utiliza medicamentos para alívio sintomático e/ou tratamento de condições diagnosticadas por si, sem orientação de um profissional de saúde e/ou utilizando medicamentos sem necessidade de prescrição, costuma ser benéfica, quando utilizada de forma apropriada e para situações aconselhadas. Consiste num comportamento que faz parte da nossa sociedade, sendo impossível evitá-la. É conveniente e eficaz em muitas situações. Porém, não está isenta de riscos. Quando irresponsável, pode-se revelar numa prática insegura e com consequências nefastas. Entre elas o autodiagnóstico incorreto e conseqüente escolha errada da terapêutica, o atraso na procura de aconselhamento médico quando necessário, ocorrência de reacções adversas, o encobrimento de doenças graves, o aparecimento de novos problemas de saúde e até mesmo morte. Pretende-se com esta monografia, baseada em revisão de artigos, dissertar sobre a automedicação, suas características e os principais riscos associados, particularmente ao nível do trato gastrointestinal e propor eventuais medidas para controlo e prevenção de sua prática inadequada.

Palavras-chave

Automedicação; automedicação responsável; medicamentos não sujeitos a receita médica; trato gastrointestinal; AINEs.

Automedicação e os seus riscos
Principais distúrbios do trato gastrointestinal causados pela automedicação

Abstract

Self-medication, as the act in which the individual chooses and uses medicines either for symptomatic relief, treatment of selfdiagnosed conditions without orientation from a health professional or even uses non-prescribed medicines, is usually beneficial when appropriately used and for specific situations. This behavior is part of our society, and it is impossible to avoid it. In fact, it is convenient and effective in many situations. However, it is not risk-free. When irresponsible, it becomes an unsafe practice with harmful consequences. Among them, are incorrect self-diagnosis and consequent wrong therapeutic decisions, retardment to seek for medical advice when necessary, occurrence of adverse drug reactions, masking of serious illnesses, emergence of new health problems and even death. It is intended with this monograph, based in article review, to discuss self-medication and risks associated, particularly those of the gastrointestinal tract, but also propose eventual measures to control and prevent their improper practice.

Keywords

Self-medication; responsible self-medication; characteristics of self-medication; non-prescription medicines; gastrointestinal tract; NSAID.

Automedicação e os seus riscos
Principais distúrbios do trato gastrointestinal causados pela automedicação

Índice

1. Introdução	1
2. Métodos	3
3. Automedicação.....	5
3.1. Definição e contextualização	5
3.2. AM responsável	6
3.3. Razões que motivam a prática da automedicação	7
3.3.1. Razões relacionadas ao utente.....	7
3.3.2. Razões relacionadas aos serviços de saúde	7
3.3.3. Outras razões	8
3.4. Prevalência	8
3.5. Principais problemas de saúde associados a prática da AM.....	13
3.6. Principais grupos de medicamentos associados a automedicação	14
3.7. Fontes de informação e acesso aos medicamentos	16
3.8. Riscos <i>versus</i> benefícios da AM	17
3.8.1. Benefícios da AM a nível individual, social e dos serviços de saúde	18
3.8.2. Riscos da AM inapropriada a nível individual, social e dos serviços de saúde	18
4. Principais distúrbios do trato gastrointestinal causados pela AM.....	21
4.1. Descrição da anatomofisiologia do TGI	21
4.2. Relação do TGI com a farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos	22
4.3. Distúrbios do TGI mais comumente acarretados pela AM.....	23

4.4. RAM do TGI associada a utilização de AINEs.....	25
5. Medidas de promoção da prática responsável da automedicação	29
5.1. Papel do utente	29
5.2. Papel dos profissionais de saúde	30
5.2.1. Farmacêuticos	30
5.2.2. Médico	31
5.2.3. Enfermeiro	31
5.3. Papel do Serviço Nacional de Saúde, hospitais e centros de saúde	32
5.4. Papel da indústria farmacêutica.....	32
5.5. Papel dos <i>media</i>	33
6. Conclusões	35
7. Referências bibliográficas	37

Lista de Figuras

Figura 1 - Proporção da população com 15 ou mais anos que consumiu medicamentos não prescritos nas duas semanas anteriores à entrevista, por sexo e grupo etária, Portugal, 2014 (do INS de 2014).....	9
Figura 2 - Imagem do TGI (do <i>Harrison</i> , edição 19)	21
Figura 3 - Imagem de mecanismos de lesão da mucosa pelo AINE (do <i>Harrison</i> , edição 19) (47)	26

Automedicação e os seus riscos
Principais distúrbios do trato gastrointestinal causados pela automedicação

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Prevalência da AM distribuída por regiões	9
Tabela 2 - Queixas que mais comumente motivam a prática da AM.....	13
Tabela 3 - Grupos de medicamentos mais comumente associados a prática da AM	14
Tabela 4 - Principais formas de acesso a informações sobre medicamentos utilizados na AM.	16
Tabela 5 - Formas mais comuns de aquisição dos medicamentos utilizados na AM.....	17
Tabela 6 - Principais fatores de riscos para RAM gastrointestinais associados aos utentes	27

Automedicação e os seus riscos
Principais distúrbios do trato gastrointestinal causados pela automedicação

Lista de Acrónimos

AINEs - Anti-inflamatórios não-esteroides

AINEs-NSRM - AINEs não sujeitos a receita médica

AM - Automedicação

Apifarma - Associação Portuguesa Da Indústria Farmacêutica

CIM - Centro de Informação do Medicamento

DGS - Direção Geral da Saúde

DR - Diário da República

INE - Instituto Nacional de Estatística

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

INS - Inquérito Nacional de Saúde

MNSRM - Medicamentos não sujeitos a receita médica

MS - Ministério da Saúde

MSRM - Medicamentos sujeitos a receita médica

OMS - Organização Mundial da Saúde

RAM - Reacções Adversas a Medicamento

SNF - Sistema Nacional de Farmacovigilância

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SOC - System Organ Class

SPGS - Sociedade Portuguesa de Gestão e Saúde

TGI - Trato Gastrointestinal

Automedicação e os seus riscos
Principais distúrbios do trato gastrointestinal causados pela automedicação

WHO - World Health Organization

WSMI - World Self-medication Industry

1. Introdução

O medicamento é um instrumento terapêutico importante na prevenção e combate às doenças e promoção da qualidade de vida.

De acordo com o decreto-lei n.º 176/2006, emitido pelo Ministério da Saúde (MS) e publicado no Diário da República (DR), o medicamento define-se como “toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” (1).

Em 2016, segundo os dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (INE), existiam no mercado farmacêutico português 8 819 medicamentos e 53 617 apresentações (2).

O medicamento é utilizado em diferentes contextos, sendo a sua utilização motivada por diferentes razões. A automedicação (AM) constitui um dos contextos de utilização e é muitas vezes vista como meio alternativo de resolução, ou pelo menos, tentativa de resolução de problemas de saúde comuns. Entretanto, a sua prática indiscriminada e imprudente é nociva para a saúde e o bem-estar.

Os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) são os recomendados para a prática da AM (3). Apesar das definições de AM associarem-na à MNSRM, esta prática também abrange outros produtos de saúde, inclusive os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM).

A AM é uma forma de autocuidado que vem acompanhando a nossa sociedade desde antiguidade. Atualmente é um fenómeno em crescendo e está se tornando cada vez mais popular e universalmente utilizada. A sua prevalência é maior nos países em desenvolvimento, fato explicado por várias razões que serão abordadas mais a frente nesta dissertação (4). Em Portugal, no inquérito de saúde de 2014, feito pelo INE, 23,9% da população portuguesa admitiu utilização de MNSRM nas duas últimas semanas anteriores a investigação (5).

Paralelamente ao crescente fenómeno da AM estão a modernização e o aparecimento das novas tecnologias, que proporcionaram um maior acesso a informações relacionadas com a saúde. Estas informações, muitas vezes não fidedignas, podem induzir os utentes a tomar decisões erradas em relação aos sintomas experienciados. Por outro lado, um utente leigo ao receber uma informação, pode interpretá-la, readaptá-la e utilizá-la de forma incorreta à sua

realidade (3). Por isso, a AM apesar de ser uma importante ferramenta do autocuidado (6) não está isenta de riscos, que podem ser graves ou mesmo fatais.

A AM é considerada parte integrante dos sistemas de prestação de cuidados de saúde. Entretanto, por não estar isenta de riscos, o desenvolvimento de estratégias que visam a educação, a literacia em saúde e a capacitação do utente são imperativas à prática segura e responsável da AM, enquanto componente dos autocuidados de saúde (7).

Esta dissertação realiza-se no âmbito de Mestrado Integrado em Medicina da Universidade da Beira Interior e pretende abordar a AM, as suas características e os seus riscos, apresentando como um dos exemplos deste último, os principais distúrbios do trato gastrointestinal (TGI) associados a AM.

Neste contexto, este trabalho estrutura-se da seguinte forma:

- Revisão bibliográfica sobre AM, mais especificamente, o conceito e contextualização da AM; a AM responsável; as razões que motivam a sua prática; a sua prevalência; os fatores que influenciam a sua prática; queixas mais comumente associadas a sua prática; grupos de medicamentos mais comumente utilizados e as formas de acesso aos mesmos; e os riscos e benefícios associados a sua prática.
- Abordagem da anatomofisiologia do TGI e a sua relação com a farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos; principais distúrbios do TGI acarretados pela AM inapropriada.
- Apresentação de eventuais medidas para a prática responsável da AM.

2. Métodos

Este trabalho consiste numa dissertação baseada em revisão bibliográfica de artigos eletrónicos, capítulos de livros, manual e electronicamente e *websites* de entidades oficiais, como a *World Health Organization (WHO)*, a *World Self-medication Industry (WSMI)*, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), a Direção geral da Saúde (DGS), a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), o INE, a Sociedade Portuguesa de Gestão e Saúde (SPGS), o DR, o Centro de Informação do Medicamento (CIM) encontrando-se devidamente referenciados na bibliografia.

A pesquisa eletrónica de artigos foi efetuada nas bases de dados *PubMed*, *Web of science*, *Google Scholar* e *ResearchGate*. A pesquisa ocorreu entre abril de 2018 e março de 2019, tendo sido incluídos nesta monografia, artigos científicos publicados entre os anos 2009 e 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol. As palavras-chaves utilizadas foram: “*self-medication*”; “*automedicação*”; “*responsible self-medication*”; “*automedicação responsável*” “*self-medication risks*”; “*riscos da automedicação*”; “*characteristics of self-medication*”; “*características da automedicação*”; “*non-prescription medicines*”; “*medicamentos não sujeitos a receita médica*”; “*gastrointestinal tract*”; “*trato gastrointestinal*”; “*disorders of the gastrointestinal tract caused self-medication*”; “*distúrbios do trato gastrointestinal causados pela automedicação*”; “*nonsteroidal anti-inflammatory drug*”; “*anti-inflamatórios não esteróides*” “*patients role on responsible self-medication*”; “*papel do paciente na automedicação responsável*” “*health professionals role on self-medication*”; “*papel do profissional de saúde na automedicação*”.

Numa primeira fase, a exclusão dos artigos encontrados foi feita com base na leitura dos seus títulos. Posteriormente, a exclusão foi feita com base na análise dos *abstracts*. Os artigos, assim considerados relevantes para o tema foram lidos e analisados. De modo a tornar a revisão mais completa, foi feita uma segunda pesquisa com base nos resultados da primeira.

Após a análise cuidada de todo o material considerado relevante, procedeu-se a realização da presente dissertação.

Automedicação e os seus riscos

Principais distúrbios do trato gastrointestinal causados pela automedicação

3. Automedicação

3.1. Definição e contextualização

A automedicação é um fenómeno mundial e em tendência crescente nos dias de hoje (8). Esta prática acompanha a existência e a evolução da humanidade desde a antiguidade, até ao presente. Com ela, o homem tenta utilizar meios terapêuticos de alívio sintomático, consoante os recursos que tem a sua disposição. Portanto, é considerada uma alternativa a cuidado médico profissional (9).

O AM tornou-se num conceito mais firme com a mudança do paradigma da medicina paternalista para o paradigma da medicina centrada na pessoa, onde o utente tem direitos e responsabilidades para com a sua saúde e bem-estar. A expansão da indústria farmacêutica, o fácil acesso aos medicamentos e às informações sobre saúde também contribuíram para o aumento da AM (10).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define AM como uma prática no qual o utente selecciona e utiliza MNSRM, com o propósito de tratar sintomas ou doenças por si reconhecidos; ou utiliza de forma continua ou intermitente um MNRM, previamente prescrito para uma doença crónica ou recorrente (7). Esta prática é considerada um dos elementos centrais do autocuidado (11), que segundo a OMS constitui um hábito e uma cultura de vida, no qual o utente por iniciativa própria toma decisões relativas a si e aos seus familiares, no intuito de se manterem saudáveis, gerindo condições de saúde menos graves. Os juízos do utente baseiam-se nos seus conhecimentos e nas informações disponíveis. Quando necessário, as decisões são tomadas em colaboração com profissionais de saúde (6). A iniciativa do utente pode ser a nível individual, familiar ou comunitário, podendo envolver atitudes promotoras, preventivas e reabilitativas (12).

Não existe, no entanto, uma definição universal da AM, encontrando-se na literatura científica, consoante o autor, outras definições, como por exemplos: a AM é a “aquisição e utilização de medicamentos sem aconselhamento médico” (11); a AM é o “tratamento utilizado para problemas de saúde comuns, com medicamentos designados para os mesmos e seguros suficiente para serem utilizados sem prescrição médica” (8); a AM é “toma de medicamentos, ervas ou remédios caseiros, por iniciativa própria ou por sugestão de outrem, sem conselho médico” (13); a AM é a “utilização de medicamentos sujeitos ou não a receita médica por parte do utente no intuito de melhorar os seus problemas de saúde” (14).

Em Portugal, o despacho n.º 17690/2007 emitido pelo MS, enquadra a definição da AM, à “utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) de forma responsável,

sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde” (15). Sendo a utilização de MNSRM, considerada nos dias de hoje, uma componente do sistema de saúde, é fundamental que se restrinja a condições de saúde, de acordo com as indicações pré-definidas para tais medicamentos (15). Em 2002, a INFARMED, I.P., criou um Grupo de Consenso sobre Automedicação, destinado a definir os critérios de utilização dos MNSRM de modo a uniformizar as regras de sua utilização. Na altura foi definido a primeira lista de situações passíveis de AM (16). O consenso veio depois, consoante a experiência, fazer alguns ajustes, tendo sido adicionadas novas situações a lista proposta anteriormente. A última lista de situações passíveis de AM foi actualizada em 2007 e contém cerca de 73 situações passíveis de AM (17).

Embora o conceito da AM quase sempre restrinja à prática a utilização de MNSRM, outros produtos de saúde como MSRM, suplementos alimentares e ervas medicinais também são utilizados (18).

Apesar das vantagens e dos benefícios associados a AM, deve-se ter em atenção que esta prática pode acarretar desvantagens e riscos, visto ser um conceito muito abrangente e de aconselhamento profissional e supervisão facultativos (19).

3.2. AM responsável

De acordo com a OMS, a AM responsável é o hábito no qual o utente utiliza MNSRM de forma consciente, para tratar ou aliviar sintomas e/ou doenças passíveis de AM. O medicamento utilizado é aprovado, escolhido e aconselhado para tais situações, cumprindo critérios exigentes de qualidade, segurança e eficácia. A AM responsável requer que o utente esteja a par de um conjunto de informações, como o modo de administração do medicamento, os seus efeitos e riscos, a forma de monitorizar os efeitos, as precauções relacionadas à toma, o tempo de utilização e o momento em que deve procurar cuidados profissionais (7,10).

A aprovação do medicamento como MNSRM exige que o mesmo no decorrer das investigações, as quais é submetido preencha um conjunto de critérios, entre as quais: baixo risco de toxicidade, características desejadas e objectivo de utilização apropriado a AM. Deve ainda ter sido sujeito a receita médica por pelo menos cinco anos e ter tido uma extensa utilização e um espectro de reações adversas não severas (7). A utilização responsável de MNSRM na AM como suporte aos cuidados e sistemas de saúde, é cada vez mais utilizada como primeira forma de abordagem em muitas situações clínicas, consideradas menos graves (10).

3.3. Razões que motivam a prática da automedicação

Perante um sintoma ou uma doença, as razões que motivam a prática da AM advêm de vários contextos, podendo ser dependentes ou não do utente.

3.3.1. Razões relacionadas ao utente

- Desvalorização do sintoma pelo utente, sob julgamento de não ser uma situação séria e merecedora de maior atenção (20). Geralmente, sintomas percebidos como simples e não graves são mais frequentemente alvo de AM (21);
- Experiências sintomatológicas prévias similares e disponibilidade de medicamentos recomendados ou prescritos anteriormente tais situações. O utente baseia o seu julgamento e fundamenta a sua decisão numa experiência prévia própria ou numa experiência de um familiar ou amigo (11). Entretanto, é de realçar que sintomas similares em utentes diferentes e mesmo no próprio utente podem ser causados por doenças de base diferentes (22);
- Baixa tolerância à morbidade e necessidade de alívio sintomático rápido (11);
- Escassez de tempo, proporcionada por um estilo de vida inflexível e consequente incompatibilidade de horário médico/utente (20);
- Iliteracia em saúde (20);
- Ideia errónea de que MNSRM está isento de riscos, por ser de venda livre (21);
- Insatisfação com o serviço médico prestado (21), influenciada por experiências negativas do passado;
- Alternativa, quando a privacidade e a autonomia são muito valorizadas pelo utente (14);
- Meio de tratamento menos dispendioso que consulta médica quando recursos económicos são limitados (14).

3.3.2. Razões relacionadas aos serviços de saúde

- Acesso precário aos cuidados de saúde, devido a barreiras geográficas, escassez de recursos económicos que cubram as despesas das consultas e o preço dos medicamentos prescritos, falta de seguros de saúde, ou outros. Diante destes tipos de obstáculos, a AM torna-se numa alternativa atractiva e acessível, principalmente para os grupos de escalões económicos desfavorecidos (14);
- Acesso fácil a AM, ao contrário dos sistemas de saúde que por vezes se encontram congestionados e sobrecarregados (8,21);
- Padrão repetitivo das prescrições em consultas de cuidados primários (8);

- Facilidade de acesso aos medicamentos (23);
- Leis de regulação de prescrição e venda de medicamentos precárias (23).

3.3.3. Outras razões

- Influência dos *media* (23). A publicidade muitas vezes abrange unicamente aspectos benéficos dos medicamentos, desvalorizando informações importantes, como a segurança relacionada à utilização dos mesmos. Isto acaba por encorajar a utilização irracional e indiscriminada do medicamento. Num estudo feito em 2017, no Ceará-Brasil, para avaliar a influência da publicidade na AM na população, 67,6% dos participantes reconheceu que a publicidade sobre medicamentos influenciava a prática da AM (24).
- Influência de familiares ou amigos. O utente muitas vezes recorre a AM, baseando nos conselhos, orientações ou experiências prévias de uma pessoa próxima (11,25).

3.4. Prevalência

Entre os países do continente europeu, a prevalência da AM apresenta variações importantes. Os países do norte e do oeste, quando comparados aos países do sul e leste, apresentam menor prevalência de AM (26). A variação na prevalência da AM entre os países é influenciada por vários factores, dentre os quais: o método de estudo utilizado na investigação, as características sociodemográficas da população estudada, a duração e o ano em que decorreu o estudo (27), o conceito da AM aplicada ao estudo (19), a facilidade de acesso aos medicamentos, os fatores socioeconómicos e culturais relacionados a amostra, as leis de regulação de medicamentos do país (14), o tipo, a frequência e a gravidade da doença (22), e outras. Nota-se ainda, dentro de um mesmo país haver variações regionais na prevalência da AM (14).

Um inquérito feito pela Cegedim/Netsonda, na plataforma *online* da Netsonda, entre 2 e 10 de maio de 2012, para avaliar a preocupação da população portuguesa em relação a prestação de cuidados de saúde no país, averiguou num total de 1051 inqueridos, cujas entrevistas foram validadas, que 38% afirmou ter o hábito de se automedicar (28,29).

Em 2014, no Inquérito Nacional de Saúde (INS), feito pelo INE entre setembro e dezembro, 23,9% da população portuguesa admitiu o consumo de MNSRM, nas duas últimas semanas prévias a investigação. Dos resultados obtidos, as mulheres e a faixa etária compreendendo idades entre os 15 e os 44 anos (com predomínio entre os 25 e os 34 anos), foram os grupos que apresentaram maiores consumos, como mostrados na figura 1 (5).

Automedicação e os seus riscos
Principais distúrbios do trato gastrointestinal causados pela automedicação

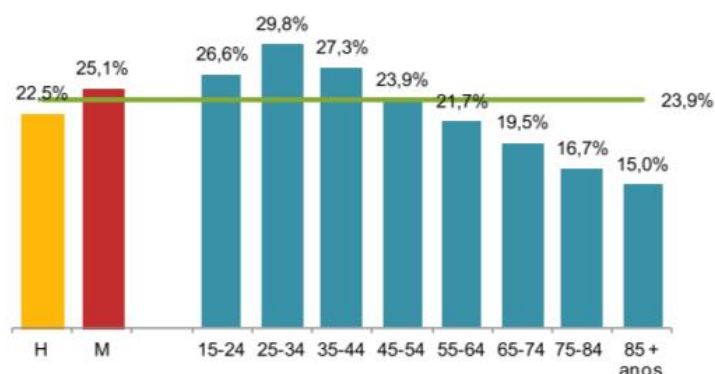


Figura 1 - Proporção da população com 15 ou mais anos que consumiu medicamentos não prescritos nas duas semanas anteriores à entrevista, por sexo e grupo etária, Portugal, 2014 (do INS de 2014)

Desse mesmo inquérito a prevalência da AM das várias regiões de Portugal, de acordo com a população residente em cada uma destas áreas está apresentada na tabela 1 (5).

Tabela 1 - Prevalência da AM distribuída por regiões

Região	Prevalência
Área Metropolitana de Lisboa	≈29,47%
Região Autónoma de Açores	≈29,4%
Região Autónoma de Madeira	≈26,6%
Algarve	≈25,49%
Centro	≈23,2%
Alentejo	≈20,2%
Norte	≈20,15%

≈ Valor aproximado

Num estudo feito pela escola superior de saúde do Instituto Politécnico de Viseu, entre março e abril de 2014, para determinar a prevalência da AM em jovens e adultos da região Centro de Portugal, através de aplicação de questionário *online*, a prevalência da AM nos últimos 6 meses (anteriores a investigação) e ao longo da vida foram de 85,9% e 86,7%, respectivamente. O estudo restringiu-se a moradores da região Centro de Portugal, tendo sido constituído por uma amostra de 182 participantes, com idade igual ou superior a 16 anos (30).

Num outro estudo feito em Bragança, Portugal, entre janeiro e março de 2009, para caracterizar a AM na respectiva população, 91.3% dos inqueridos de uma amostra constituída por 400 utentes afirmou alguma vez durante a sua vida ter recorrido a AM (31).

A prevalência da AM de um determinado país/região, depende de muitos fatores, dentre os quais:

- **Variáveis sociodemográficas**

Sexo - As pesquisas de literatura relativas aos estudos que relacionam a prática da AM ao sexo, revelaram-se contraditórias. Em alguns estudos, as mulheres apresentaram uma maior prevalência, quando comparadas aos homens (14), facto explicado, possivelmente por uma maior procura de cuidados de saúde pelas mulheres, um maior espírito de autocuidado das mulheres e por serem mais cientes e valorizarem mais os seus sintomas (32). Em contrapartida, noutros estudos os resultados foram diferentes e a prevalência da AM foi maior nos homens (14,19). Num estudo feito em julho de 2009, num centro de cuidados de saúde primários da Arábia Saudita para avaliar a prática da AM em utentes que utilizam sistema público de saúde, consideraram como possível fator explicativo, o fato dos homens serem mais ativos e se movimentarem mais do que as mulheres, tendo mais oportunidade de autocuidado, inclusive a AM. Entretanto, realça-se que o estudo em causa ocorreu num país conservado, onde até mesmo recorrer a uma farmácia ou qualquer outra fonte de AM pode ser difícil para mulheres (19).

Idade - A prevalência da AM costuma ser maior nas faixas etárias mais jovens. Dentro destes grupos, a faixa etária com maior prevalência geralmente, corresponde às idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos. Dentre os possíveis factores que explicam esta predominância estão a maior sensibilidade, o maior número de eventos agudos e uma menor tolerância do grupo etário mais jovem face aos problemas de saúde. Acrescenta-se ainda, o fato da faixa etária mais jovem apresentar uma maior urgência de resolução de seus problemas de saúde. O idoso, normalmente por apresentar condições crónicas tem maior necessidade de cuidados médicos e assim uma maior frequência de consultas médicas. Além disso, é mais adaptado e tolerante aos sintomas associados às suas condições crónicas. Desta forma, há uma maior probabilidade deste recorrer ao aconselhamento médico (11).

Literacia em saúde - Vários estudos feitos mostrou uma relação inversamente proporcional entre literacia em saúde e a prática da AM. Entretanto, parte-se do princípio que o utente com maior literacia em saúde quando opta pela AM seja mais competente e capaz de tomar decisões fundamentadas. Por isso, a prática da AM por um utente com boa literacia em saúde tende a ser mais apropriada e possivelmente com melhor resultado quando comparada a prática da AM por utente com baixa literacia em saúde. No entanto, esta fundamentação não é linear, podendo mesmo verificar-se o contrário. A título do exemplo foi um estudo feito por

Kamran A, e colaboradores (20), no qual os utentes com adequada literacia em saúde, quando comparados aos utentes com conhecimentos limitados, demonstraram pior desempenho, em certos comportamentos de autocuidado (20). Outro estudo feito na China, para avaliar as diferenças socioeconómicas na prática da AM, demonstrou que utentes com melhor literacia em saúde, por apresentarem melhor conhecimento sobre doenças e medicamentos e assim por tomarem mais eficazmente decisões apropriadas acerca do autodiagnóstico e da AM, tendem a confiar menos na qualidade dos serviços de saúde prestados, pelo que são mais propensos a se automedicarem (9).

Acesso aos cuidados de saúde - Uteute com acesso precário aos cuidados de saúde, tende a utilizar mais a AM, numa tentativa de resolver os seus problemas. Um estudo feito em julho de 2009, num centro de cuidados de saúde primários da Arábia Saudita para determinar a prática da AM entre os utentes que utilizam os sistemas de saúde públicos, mais de dois terços dos participantes, afirmaram que se automedicavam, porque não tinham os cuidados de saúde profissionais a seu dispor quando necessitavam (19).

Condições socioeconómicas - A literatura científica referente a esta questão revelou-se inconsistente. Em alguns estudos, a condição socioeconómica não influenciou muito os resultados, enquanto noutros mostrou ser um fator determinante (8). Por um lado, parte-se do princípio que o utente com nível socioeconómico mais elevado tende a ter mais literacia em saúde e desta forma melhores conhecimentos, que o permite usufruir melhor da prática da AM (9). Em contrapartida, no utente de escalão socioeconómico mais baixo, a AM torna-se num meio mais acessível de resolver os seus problemas de saúde, por ser mais barata que uma consulta médica (33).

Área urbana versus área rural - Apesar da AM ser muito comum nas áreas rurais, a sua prevalência tende a ser mais alta nas áreas urbanas (14), fato explicado por uma maior facilidade de acesso à informação pela população urbana e à dificuldade de acesso às consultas médicas imposta pelo estilo de vida que se pratica nas cidades (32). Estudos realizados em Portugal mostram-se corroborantes a estes resultados (18).

- **Fatores associados aos cuidados de saúde**

Obstáculos no acesso aos cuidados de saúde sejam eles sociais, demográficos ou económicos, geram necessidades e problemas de saúde. Na tentativa de resolver estes problemas, a AM aparece como meio alternativo de cuidados de saúde.

A percepção do estado de saúde, da eficácia e do acesso ao medicamento utilizado e terapêuticas alternativas influenciam a prática da AM (19). Num estudo feito por Pons EdS, e colaboradores (11), numa população do Brasil, os utentes que apresentavam percepção negativa da sua saúde e baixa tolerância aos seus sinais e sintomas e consequentemente auto-

avaliavam a sua saúde como má ou muito má recorriam mais frequentemente a AM, como forma de atender aos seus problemas (11). A satisfação com a qualidade dos serviços prestados pelo sistema de saúde também é fator determinante na prática da AM. Utente insatisfeito com a qualidade de cuidados de saúde prestados por um determinado sistema de saúde é mais propenso a se automedicar (19).

A história de utilização prévia de um medicamento e sua disponibilidade em casa associa-se de forma positiva com a prática da AM (11).

A taxa de utilização dos MNSRM na AM é maior que dos MSRM (27). Isto porque os MNSRM além de serem menos dispendiosos e mais disponíveis apresentam venda livre e menos controlada (23). Afortunadamente, a maioria dos medicamentos utilizados na AM são os indicados para tal situação e o utente já possui de algum conhecimento sobre os mesmos (11,33). Em Portugal, a recomendação da AM abrange utilização restringida de MNSRM em situações pré-definidas (15).

3.5. Principais problemas de saúde associados a prática da AM

Com base nos dados da revisão bibliográfica efectuada para a realização desta monografia, as queixas que mais frequentemente se associam a prática da AM são derivadas do sistema nervoso central e dos aparelhos respiratório e digestivo, estando devidamente apresentadas na tabela 2. Realça-se entretanto, que a prevalência e o peso individual de cada uma das queixas apresentadas na tabela 2 variam em função da metodologia do estudo e das características das regiões e das populações estudadas. Uma queixa de saúde que é a mais prevalente numa determinada região/população pode apresentar resultado diferente quando se estuda uma região/população diferente.

Tabela 2 - Queixas que mais comumente motivam a prática da AM

Queixas	Referência
Dor, principalmente cefaleia e dores músculo-esqueléticas	(8,14,22,24,25,27,33-37)
Febre	(8,14,22,24,27,33-37)
Respiratórias: infecções respiratórias vulgares, tosse e gripe	(8,13,18,24,25,27,33,35-37)
Gastrointestinais: pirose, dor no abdominal, obstipação e diarreia	(18,22,24,27,33-38)

Em Portugal, um estudo feito em Bragança corrobora estes resultados. O estudo em causa decorreu entre janeiro e março de 2009 e o objetivo era determinar a prevalência e as características da AM na população de Bragança. Numa amostra constituído por 400 utentes a cefaleia, a gripe/infecções respiratórias vulgares, a febre, a dor de garganta e as dores musculares foram as queixas pelas quais os utentes recorreram a prática da AM (31).

Globalmente, a dor e a febre são as queixas de saúde que mais frequentemente se associam à recorrência a AM (33).

3.6. Principais grupos de medicamentos associados a automedicação

Com base nos dados da pesquisa feita para a realização desta dissertação, os grupos de medicamentos que mais frequentemente são utilizados na prática da AM estão apresentados na tabela 3. Realça-se que a prevalência e o peso individual de cada um dos grupos de medicamentos apresentados na tabela 3 variam em função da metodologia do estudo e das características das regiões e das populações estudadas.

Tabela 3 - Grupos de medicamentos mais comumente associados a prática da AM

Grupo de medicamentos	Referência
Analgésicos	(8,13,14,21,24,27,33-35,37,39,40)
Antipiréticos	(8,13,21,24,27,33,37,38,41)
Anti-inflamatórios	(6,9,25,31,33,36,37,41)
Medicamentos que atuam no TGI	(24,27,33,35-38)
Antibióticos	(6,12,25,30,31,36)
Outros:	
Antigripais	(13,27,36,37)
Suplementos alimentares e vitaminas	(4,14,27,38)
Ervas medicinais	(20,27,35)

Alguns estudos realizados em Portugal obtiveram resultados parecidos. Uma investigação feita em 2014 na região Centro de Portugal, para avaliar a AM em jovens e adultos da região, numa

amostra constituída por 182 indivíduos com idade igual ou superior a 16 anos, os analgésicos (78,8%), os anti-inflamatórios (54,5%), os antipiréticos (22,4%), as vitaminas (19,9%) e os antibióticos (7,1%) foram os grupos de medicamentos que os utentes mais frequentemente eram utilizados na prática da AM (30). Outro estudo feito em 2009, para avaliar a prevalência e as características da AM na população de Bragança, num total de 400 utentes que constituíam a amostra, os grupos de medicamentos, mais utilizados na AM, por ordem decrescente foram: os analgésicos/antipiréticos, os anti-inflamatórios, os xaropes para a tosse, os antibióticos, os antiparasitários, os tranquilizantes e os laxantes (31). Ademais, de acordo com a avaliação do mercado da AM da indústria farmacêutica em números de 2016, publicado no *site* oficial da Associação Portuguesa Da Indústria Farmacêutica (Apifarma), os analgésicos e antipiréticos (25%) e os modificadores da motilidade intestinal (11%), ocuparam os dois primeiros lugares no *top 5* de grupos de medicamentos para AM, que mais foram comprados fora da farmácia (43).

O fato do antibiótico ser um MSRM e ainda assim estar entre os medicamentos que mais frequentemente são utilizados na prática da AM é preocupante, considerando a onda crescente de resistência bacteriana que tem vindo a ocorrer nos últimos tempos.

3.7. Fontes de informação e acesso aos medicamentos

De forma similar a secção prévia, nas tabelas 4 e 5 estão representadas, respectivamente, as principais fontes de informações sobre medicamentos utilizados na AM e as formas mais comuns de aquisição destes medicamentos, com base nos dados da pesquisa efectuada para a realização desta dissertação. Entretanto, a prevalência e o peso individual de cada uma das fontes de informação variam consoante a metodologia do estudo e as características das regiões e das populações estudadas.

Tabela 4 - Principais formas de acesso a informações sobre medicamentos utilizados na AM

Fonte de informação	Referência
Familiares	(4,8,19,36,37)
Amigos	(19,22,35-37)
Bula do medicamento	(8,19,35-37)
<i>Media</i>	(8,19,22,35,37)
Farmacêuticos e outros profissionais de saúde	(8,36,37)

Num estudo feito em Bragança, entre janeiro e março de 2009, para avaliar a prevalência e as características da AM na respectiva população, numa amostra constituída por 400 utentes, as fontes de informações citadas pelos utentes foram por ordem decrescente, os farmacêuticos, os folhetos informativos, a conversa com amigos/familiar e os *media*, incluindo os jornais, as revistas, a internet, a televisão e a rádio (31).

Tabela 5 - Formas mais comuns de aquisição dos medicamentos utilizados na AM

Formas de aquisição do medicamento	Referência
Farmácia	(4,8,13,19,35,37)
Resto de medicamentos de uma prescrição médica previa	(4,13,19,35,37)
Amigos	(4,13,19,35,37)
Familiares	(4,13,19)
Lojas fora farmácia, como os supermercados e outras lojas onde vendem produtos de saúde	(4,13,35)
Compra <i>online</i>	(44)
Vendedores ambulantes	(13)

Outro estudo feito em 2014, por Amaral, Odete, e colaboradores (30), para avaliar a AM em jovens e adultos da região Centro de Portugal, numa amostra constituída por 182 indivíduos com idade igual ou superior a 16 anos, as formas de aquisição de medicamentos mais citadas pelos utentes, foram a farmácia, as sobras de medicamentos previamente receitados, os familiares e os amigos (30). Nota-se que estes resultados corroboram aos dos estudos internacionais apresentados na tabela 5.

3.8. Riscos *versus* benefícios da AM

Embora não seja isenta de riscos, a AM não deve ser considerada uma prática estritamente reprovável, dado que quando responsável associa-se a benefícios (à nível individual, social e

dos serviços de saúde) tanto à curto, como médio e longo prazo. Entretanto, quando inapropriada, associa-se a consequências indesejáveis que podem afetar quer o indivíduo, quer a sociedade, quer os serviços de saúde.

3.8.1. Benefícios da AM a nível individual, social e dos serviços de saúde

- Promoção da autoconfiança (45), responsabilidade e capacitação do utente, consciencializando-o para a prática de autocuidado em saúde, componente importante da gestão de problemas de saúde e bem-estar (46);
- Oportunidade de educação para a saúde em situações específicas, como a gestão e o tratamento de problemas de saúde de menor gravidade (13);
- Evita perda de tempo e recursos financeiros com consultas dispensáveis (13);
- Evita absentismo ao trabalho, visto que o utente ativo e capacitado não necessita de faltar um dia de trabalho, para fazer uma consulta médica de uma situação que ele mesmo pode gerir (46).
- Redução do congestionamento e pressão sobre os serviços de saúde (14);
- Excelente alternativa na gestão de problemas de saúde de baixa gravidade para as populações geograficamente desfavorecidas e com obstáculos de acesso aos cuidados de saúde (14);
- Diminuição de desperdício de recursos de saúde em situações de menor gravidade e seu reencaminhamento para situações de maiores necessidades. Em consequência, diminui-se os custos na saúde e optimiza-se os recursos disponíveis (13).

3.8.2. Riscos da AM inapropriada a nível individual, social e dos serviços de saúde

- Autodiagnóstico incorreto (45);
- Selecção errónea do medicamento e consequente tratamento inadequado (21). A escolha incorreta do tratamento apropriado conduz a ineficácia terapêutica e pode até aumentar a o risco de aparecimento de um outro problema de saúde;
- Demora na procura de orientações médicas em situações em que há necessidade (45), com risco de encobrimento de situações sérias. Em consequência pode haver um atraso na prestação atempada de cuidados de saúde e agravamento do quadro clínico (21);
- Reacções adversas a medicamentos (RAM)(45);
- Reacções alérgicas a medicamento (21);
- Abuso e dependência (13);
- Interacções medicamentosas (46);

- Armazenamento (21), posologia e via de administração inapropriadas (46);
- Tempo de uso de medicamento inadequado e risco de utilização prolongada (21);
- Desvalorização de informações importantes como, as recomendações, as precauções, os efeitos adversos e as contra-indicações do medicamento utilizado (13);
- Risco de sobredosagem e intoxicação por tomar medicamentos com efeitos semelhantes, mas com nomes diferentes (13);
- Desperdício de recursos económicos. A AM ocasional de AM costuma ser mais custo-efetivo do que uma consulta médica. Entretanto, quando se transforma num hábito e um acto frequente está associada a altos custos, principalmente para utentes de escalões económicas mais baixas (14), visto que os medicamentos recomendados para a AM (MNSRM) não beneficiam de comparticipação (1,14);
- Aparecimento e aumento de prevalência na comunidade de problemas ou doenças devido a utilização inapropriada de medicamentos (13), como é o caso da resistência bacteriana secundária à utilização indiscriminada do antibiótico;
- Escassez de recursos, quer económico, quer humano para resolução de implicações que advêm da prática inapropriada da AM;

Automedicação e os seus riscos

Principais distúrbios do trato gastrointestinal causados pela automedicação

4. Principais distúrbios do trato gastrointestinal causados pela AM

4.1. Descrição da anatomofisiologia do TGI

O TGI é um tubo oco que pertence ao sistema digestivo, iniciando na cavidade oral e terminando no ânus. É constituído por vários órgãos: a boca, a faringe, o esófago, o estômago, o intestino delgado, o intestino grosso, o reto e o ânus. Cada um dos órgãos tem a sua função e estão em compartimentos separados por esfíncteres musculares de controlo independente (47,48). O TGI mantém comunicação com outros órgãos e esta relação é importante para suprir as necessidades tanto do trato, como dos órgãos comunicantes (47). A sua organização permite-lhe suprir água, electrólitos, nutrientes e vitaminas de modo contínuo ao corpo humano. Esta função depende de um conjunto integrado de ações: mastigação e desintegração parcial do alimento; motilidade, permitindo a passagem do conteúdo através do TGI; secreção do ácido gástrico, digestão do alimento e absorção da água, electrólitos, vitaminas e conteúdo digerido; transporte de substâncias absorvidas através da circulação sanguínea gastrointestinal (GI) e eliminação de resíduos não digeridos e não absorvidos e substâncias secretadas para o lúmen intestinal (47,48). Na figura 2 está representado o TGI. As acções do TGI estão sujeitas ao controlo local, nervoso e hormonal (48).

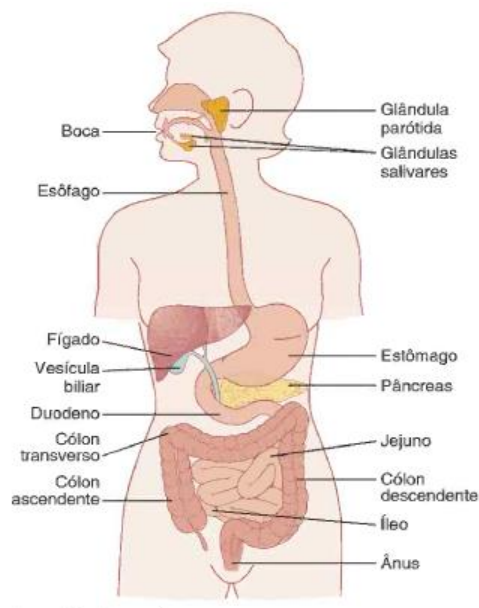


Figura 2 - Imagem do TGI (do Harrison, edição 19)

4.2. Relação do TGI com a farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos

A farmacocinética e a farmacodinâmica compreendem dois conceitos farmacológicos distintos, que representam um conjunto de eventos que têm início com a administração de um determinado medicamento e terminam na produção do seu efeito e excreção do organismo (49).

A farmacocinética está relacionada às etapas do trajecto do medicamento pelo organismo, desde a sua administração até a sua excreção. Estas etapas são:

- Absorção - descreve a passagem do medicamento desde o seu local de administração até a corrente sanguínea (49,50);
- Distribuição - processo de transporte do medicamento para os líquidos corporais e tecidos (49,50);
- Metabolização - compreende o processo de transformação do medicamento, sua modificação bioquímica ou degradação (49,50);
- Excreção - eliminação do medicamento do organismo (49,50).

O sistema gastrointestinal, inclusive os órgãos do TGI participam do processo farmacocinético do medicamento. O TGI está envolvido na absorção dos medicamentos (administrados por via oral) e na sua distribuição para os vários compartimentos do organismo. Constitui também um dos sistemas de órgãos de metabolização e eliminação de muitos medicamentos (50).

A farmacodinâmica refere aos efeitos dos medicamentos no organismo, seus mecanismos de acção e a relação entre a sua concentração e seus efeitos. Esses efeitos podem ser terapêuticos, isto é, desejados, ou secundários, ou seja, as RAM (49,50).

O conhecimento destes dois parâmetros pelos profissionais de saúde é de extrema importância, visto que são determinantes na escolha correta do medicamento, da sua dose e do seu perfil de toxicidade (49,50) , que são itens importantes a serem esclarecidos sempre que se fala ou recomenda a prática responsável da AM.

Sob o argumento de que a maioria dos medicamentos é administrada por via oral (50), o GTI por ser o primeiro destino desses medicamentos antes da sua absorção e distribuição, constitui um local muito susceptível de toxicidade farmacológica, quer por acção direta, quer por alteração de sua fisiologia (51).

4.3. Distúrbios do TGI mais comumente acarretados pela AM

Nesta dissertação adota-se como conceito de distúrbio do TGI, a ocorrência de qualquer RAM do TGI associada a utilização de medicamentos em regime de AM. Entretanto, nem todas as RAM do TGI são causadas pela AM e que nem todos os utentes que se automedicam têm RAM do TGI.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 176/2006 emitido pelo MS e publicada no DR, RAM significa “qualquer reacção nociva e involuntária a um medicamento que ocorra com doses geralmente utilizadas no ser humano para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de doenças ou recuperação, correcção ou modificação de funções fisiológicas” (1).

As RAM independentemente de estarem associadas ou não a AM classificam-se em:

- Previsíveis, que normalmente são dose-dependentes e correspondem a maior parte das RAM (52);
- Imprevisíveis, que geralmente são dose-independentes e estão associadas às reacções alérgicas ou idiossincráticas a medicamentos (52).

Os mecanismos subjacentes à ocorrência de distúrbios gastrointestinais induzidos por medicamentos são categorizados em:

- Mecanismos que alteram a fisiologia gastrointestinal (51);
- Mecanismos associados a toxicidade e lesão diretas (51);
- Mecanismos relacionados a alteração da flora gastrointestinal habitual (51);
- Mecanismos idiopáticos (51).

Estes mecanismos podem ocorrer individualmente ou em conjunto quando ocorre sobreposição de dois ou mais mecanismos (51).

Num estudo realizado por Panda A, e colaboradores (34), entre abril e agosto de 2015, para identificar e comparar problemas relacionados a medicamentos (PRM) entre utentes que se automedicavam e utentes que utilizavam medicamentos prescritos por médicos, a prevalência de PRM foi maior no grupo que se automedicava (40,78%) quando comparada a prevalência de PRM no grupo com medicamentos prescritos por médicos (11,97%). O risco PRM foi 5 vezes maior para o grupo que se automedicava, pelo que concluíram que a AM era um fator determinante na ocorrência de PRM. De acordo com os resultados deste estudo conclui-se que a probabilidade de ocorrência de RAM, inclusive as do TGI, como parte de PRM é maior na prática da AM (34).

Num outro estudo feito na Alemanha, para avaliar a natureza e a frequência de problemas relacionados a medicamentos utilizados na AM, numa amostra constituída por 2666 participantes, 2,2 % dos que tiveram PRM correspondiam à RAM (53).

Em Portugal, no relatório anual de notificações de RAM de 2017 do Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF), os distúrbios gastrointestinais, na distribuição de RAM feita por *System Organ Class (SOC)*, representaram 9% de todas as RAM notificadas, estando entre as 4 SOC mais representativas e ocupando a terceira posição, ficando atrás apenas das perturbações gerais ou relacionadas com o local de administração (SOC mais frequente, com 17% das notificações) e das perturbações da pele ou tecido subcutâneo (com 15% das notificações). Nas notificações de 2016, os distúrbios gastrointestinais também estavam entre as quatro RAM distribuídas por SOC mais representativas. O relatório não especifica entre as RAM que devido a AM e RAM devido a MSRM (54).

As queixas do aparelho gastrointestinal estão simultaneamente entre as razões que mais comumente motivam a AM (45) e as RAM que mais frequentemente se associam a esta prática. Num estudo feito por Panda, A, e colaboradores, entre abril e agosto de 2015, para identificar e comparar PRM entre utentes que se automedicavam e utentes que utilizavam medicamentos prescritos por médicos, o risco de ocorrência de uma RAM do aparelho gastrointestinal, com base na história prévia de RAM foi mais provável para o grupo que se automedicava e os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) foram os medicamentos que mais provavelmente estariam associados a ocorrência de uma RAM (34). Num outro estudo realizado na França, para análise das características das RAM associadas a AM registradas no sistema de farmacovigilância francês, entre os anos 2008 e 2014, as RAM gastrointestinais (nomeadamente náusea, vômitos e dor gastrointestinal) foram as mais notificadas, representando 21.1% de todas as RAM associadas a AM. Os AINEs e os analgésicos foram os medicamentos que mais se associaram a ocorrência de RAM (55).

A alteração da flora bacteriana habitual e consequente aumento da resistência bacteriana podem ocorrer como resultado da utilização indiscriminada de antibióticos na AM (25).

A hipótese de ocorrência de RAM mais graves e sérias, como a hemorragia do TGI não pode ser desconsiderada (53).

O padrão de ocorrência de RAM associada a AM está intimamente relacionado com a classe de medicamento utilizado (55). Por exemplo, enquanto AINEs se associam a RAM como dor e hemorragia gastrointestinais (55), os antibióticos se associam a RAM como vômitos e alterações da flora bacteriana intestinal habitual (25).

Nota-se que em vários estudos, os medicamentos que mais frequentemente se associaram a ocorrência de RAM (AINEs, analgésico e antibióticos), inclusive RAM gastrointestinais, são os que também são mais frequentemente utilizados na prática da AM (34,55). A maior

frequência de utilização destes grupos de medicamentos na AM talvez explique o fato destes mesmos grupos serem os que mais se associam a ocorrência de RAM associada a AM.

Entretanto, o fato de existirem poucos estudos acerca das RAM associadas a prática da AM (55) limitou-nos aprofundar satisfatoriamente esta secção.

Por estar entre os grupos de medicamentos que mais frequentemente são utilizados na AM e considerando a seu potencial de causar RAM gastrointestinal, a próxima secção desta dissertação debruça-se sobre os AINEs e os riscos que constitui para o TGI.

4.4. RAM do TGI associada a utilização de AINEs

A terapêutica com AINEs é popularmente muito utilizada na resolução de diversos problemas de saúde. Em Portugal, a dispensa do AINE como MSRM ou MNSRM é definida com base na composição do seu princípio ativo e/ou dosagem (56).

O mecanismo de acção destes fármacos abrange inibição de enzimas ciclo-oxigenase (COX) 1 e 2, envolvidas na síntese de prostaglandinas, resultando em efeitos analgésicos, anti-inflamatórios e antipiréticos. Dividem-se em não selectivos, que inibem os COX 1 e 2 e os selectivos, que inibem apenas o COX 2 (57).

A utilização a curto prazo de AINEs não sujeitos a receita médica (AINEs-NSRM) em quadros clínicos mais comuns, como a cefaleia, a febre, as infecções respiratórias vulgares e as queixas músculo-esqueléticas é muito frequente e constituindo uma terapêutica bastante eficaz no alívio sintomático (57).

As RAM gastrointestinais são as RAM que mais frequentemente ocorrem com a utilização de AINEs (57). Podem ocorrer tanto a curto prazo associadas a altas doses terapêuticas, como a longo prazo, associadas baixas doses terapêuticas (56). As lesões do TGI são causadas quer por mecanismos directos, quer por mecanismos indirectos, podendo os dois mecanismos de lesão ocorrerem em simultâneo. No mecanismo de lesão directo, o AINE lesa directamente a mucosa do TGI. A lesão indirecta ocorre como resultado dos efeitos sistémicos secundários a depleção de prostaglandinas (58). Na figura 3 estão representados os mecanismos de lesão associados a utilização de AINEs.

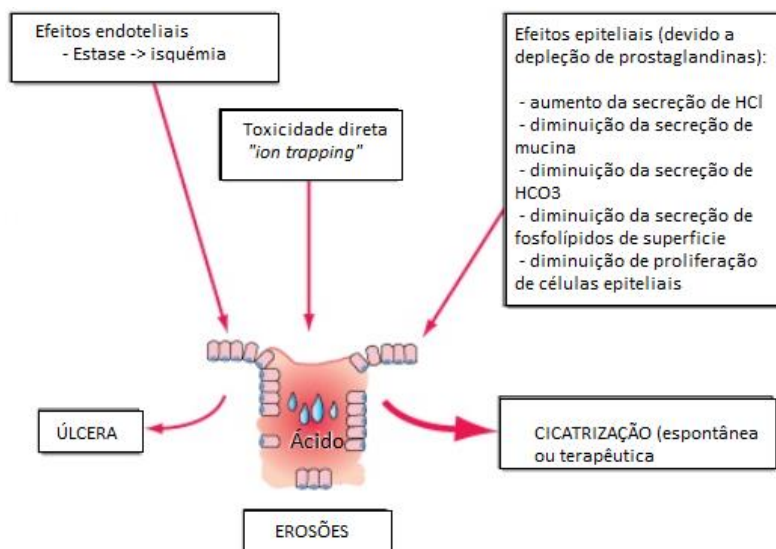


Figura 3 - Imagem de mecanismos de lesão da mucosa pelo AINE (do Harrison, edição 19) (47)

As lesões podem ocorrer tanto no TGI superior, como no TGI inferior (58), embora as desta última sejam menos estudadas. Apesar de mais frequentes (59), a incidência das RAM do TGI superior associadas a AINEs tem vindo a diminuir, em contrapartida a incidência das RAM associadas ao TGI inferior que têm vindo a aumentar (58).

O perfil de risco de RAM com AINEs-NSRM geralmente é baixo quando as doses utilizadas são as recomendadas para a AM. Entretanto, ainda que a maioria dos utentes respeite as recomendações para o regime de AM, um pequeno número não as cumpre e utiliza doses que equivalem as das prescrições, diminuindo o perfil de segurança do medicamento e aumentando o risco deste causar RAM (60). A utilização ocasional e a curto prazo de AINEs-NSRM em doses recomendadas para AM em utentes sem riscos (contra-indicações ou interações medicamentosas) geralmente, é segura (61). Outro fator que também influencia o perfil de risco de RAM associado a AINEs é a classe do AINE utilizada (60). Os AINEs inibidores selectivos da COX-2, geralmente associam-se a um menor risco de toxicidade, quando comparada aos AINEs não seletivos (58).

Fatores de riscos associados ao utente também influenciam a incidência e o padrão de RAM gastrointestinais associadas a utilização de AINEs (58). Na tabela 6 estão apresentados os grupos de utentes de maior risco para ocorrência de RAM TGI associadas a AINEs.

Tabela 6 - Principais fatores de riscos para RAM gastrointestinais associados aos utentes

Fatores de risco	Referência
Idade (principalmente se igual ou maior a 65 anos);	(57,62,63)
História de eventos gastrointestinais (principalmente úlcera prévia complicada ou não)	(57,62,63)
Utilização concomitante de fármacos que aumentam os efeitos adversos GI (ácido acetilsalicílico, outros antiplaquetários, anticoagulantes e corticóides orais)	(57,62,63)
Infeção por <i>Helicobacter pylori</i>	(57,62,63)
Tabagismo	(57,62,63)
Consumo de álcool	(57,62,63)

A ocorrência de RAM gastrointestinais associadas a utilização de AINEs geralmente, apresentam-se com quadros clínicos inespecíficos: dispepsia, diarreia, pirose, náusea (57), vômito, dor abdominal (58), obstipação (64) e anemia (59). No entanto, quadros clínicos graves como hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, perfuração (57), obstrução (63) e morte (58), embora raros, podem ocorrer. Um estudo realizado em maio de 2013 numa farmácia em Portugal, para avaliar a ocorrência prévia e atual de reacções adversas a AINEs, em utentes que frequentavam a farmácia e apresentavam intenção de comprar um AINE, 13,1% dos participantes da amostra constituída por 130 participantes, referiu que já teve reacção adversa a AINEs, sendo o ibuprofeno, o diclofenac e a nimesulida os AINEs que mais estavam associados a essas reacções. A dispepsia representou 50% de total de RAM reportadas; náusea, vômito e obstipação também foram reportadas (64).

Automedicação e os seus riscos
Principais distúrbios do trato gastrointestinal causados pela automedicação

5. Medidas de promoção da prática responsável da automedicação

Ciente dos benefícios e riscos da AM, da sua importância como componente dos autocuidados e da impossibilidade de bani-la da sociedade é imperativo o desenvolvimento de estratégias de intervenção que promovam uma prática responsável, de modo a garantir a segurança e o bem-estar do utente. São portanto, fundamentais, intervenções que abranjam os vários sectores da sociedade. A seguir são apresentados o papel dos profissionais de saúde, das instituições prestadores de serviços de saúde, da indústria farmacêutica, dos *media* e do próprio utente na AM responsável.

5.1. Papel do utente

Na aquisição do medicamento para AM, é importante que o utente:

- Saiba informações sobre o medicamento, como por exemplo o seu modo de administração, os seus efeitos terapêuticos e adversos (4) e as suas contra-indicações, de modo que seja capaz de escolhas que sejam efectivas, seguras e convenientes para a sua situação (23). As bases mais apropriadas para estas informações são o aconselhamento dos profissionais de saúde, a leitura do rótulo e do folheto informativo do medicamento (65);
- Optar pela indicação farmacêutica ou aconselhamento médico, quando não se sentir competente para escolher medicação apropriada à sua queixa (65);
- Recorra ao aconselhamento farmacêutico ou médico em caso do sintoma persistir ou agravar (65);
- Recorra a aconselhamento farmacêutico ou médico se ocorrer algum problema relacionado com a toma dos medicamentos (65);
- Esteja alerta quanto à propaganda enganosa sobre MNSRM, que muitas vezes enaltecem os benefícios e ignoram informações importantes, como a segurança e as contra-indicações do medicamento (66);
- Perceba e esteja consciente que MNSRM não é isento de riscos (14);
- Invista na sua educação para a saúde, de modo que possa ter conhecimentos suficientes sobre seus sintomas, orientando-o a tomar decisões individuais e adequadas. Por exemplo, o programa de literacia “Tratar de mim” da Apifarma constitui uma óptima oportunidade do utente investir na sua capacitação, uma vez

que tem a sua disposição informações fidedignas que auxiliam no conhecimento e tomadas de decisões em saúde (67).

5.2. Papel dos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde têm um papel fulcral na promoção da AM responsável. A informação, a educação do utente e o aconselhamento terapêutico devem ser os pilares centrais de atuação.

5.2.1. Farmacêuticos

O farmacêutico, com frequência costuma ser o primeiro profissional de saúde ao qual o utente recorre quando pretende se automedicar. Um estudo feito em Portugal, entre 3 e 16 de dezembro de 2012, numa farmácia em Vila Nova de Milfontes, Alentejo, para avaliar o impacto do aconselhamento farmacêutico em problemas de saúde menos graves, demonstrou que na presença de um problema de saúde, 51,3% dos utentes recorre à farmácia para se aconselhar com o farmacêutico quanto à melhor opção terapêutica, evidenciando deste modo a importância do farmacêutico na prática responsável da AM (18). O farmacêutico auxilia e orienta o utente na escolha terapêutica apropriada, devendo sempre encaminhá-lo à consulta médica quando as queixas apresentadas ultrapassam o domínio da AM. A conduta deve sempre se basear nas necessidades e circunstâncias do utente (68), com informações e aconselhamentos individualizados e adaptados, de forma a garantir sua compreensão e assimilação. Deve ainda desencorajar a utilização indiscriminada do medicamento (33)

Na dispensa de um medicamento, o farmacêutico deve se informar sobre o utente e avaliar a gravidade de sua situação, de modo a auxiliá-lo a escolher a terapêutica apropriada ou orientá-lo para uma consulta médica, caso julgue necessário (68).

Na dispensa do MNSRM o farmacêutico deve:

- Recolher informações importantes para a situação: o problema e os sintomas, a sua duração, os medicamentos utilizados com intuito de solucionar a situação e os medicamentos que estejam a ser tomados para outros problemas de saúde, de modo a permitir a avaliação correta da situação (69);
- Avaliar os sintomas de alarme que possam estar associados a doenças graves e nestes casos encaminhar o utente para uma consulta médica (69);
- Nas condições de menor gravidade, a dispensa de medicamentos deve ser feita apenas se houver necessidade (69);

- Se suspeitar de abuso de medicamentos, deve recusar a venda, comunicar a suspeita às outras farmácias, fornecer informações e aconselhamento sobre abuso e referenciar ao médico (66);
- A dispensa deve acompanhar-se de informações adequadas à promoção da utilização responsável do medicamento e necessidade de consulta médica, em caso de persistência ou agravamento do quadro. As recomendações podem ser orais ou escritas, devendo o farmacêutico sempre certificar-se que a informação foi compreendida e assimilada (69).

O papel proactivo do farmacêutico exige competências e formação contínua, quer no âmbito do medicamento e doenças sujeitas a AM, quer nas técnicas de comunicação, de modo a responder às necessidades em saúde.

A criação de programas de apoio, como fluxogramas e *softwares* baseados em *guidelines* que permitam acesso rápido a informações sobre medicamentos e doenças (18), e a existência de protocolos de dispensa que permitam padronização do aconselhamento sobre medicamentos são ferramentas importantes na prática farmacêutica (69).

5.2.2. Médico

A melhoria das competências relacionadas com a literacia em saúde e educação do utente devem integrar a fase formativa do profissional de saúde ao longo de suas várias etapas (20).

A consulta com boa relação médico-utente constitui uma boa ferramenta de aconselhamento e capacitação do utente, aquando a utilização responsável de medicamentos na AM. O médico deve adotar atitudes proactivas, abertas e receptivas na abordagem e fornecimento de informações acerca dos medicamentos (14). A informação fornecida ao utente deve ainda ser clara e adaptada, de modo a ser assimilada e percebida (4).

5.2.3. Enfermeiro

De igual forma, o enfermeiro enquanto profissional de saúde, também desempenha papel importante na AM. Tem a responsabilidade de informar, educar, aconselhar e promover a prática responsável da AM, em situações passíveis de AM. Através da educação, o enfermeiro ajuda o utente, a perceber a importância da AM informada e responsável. Pode ainda, contribuir na diminuição de riscos associados a AM, oferecendo informações e recomendando tratamento apropriado para os problemas de saúde de menor gravidade (4).

5.3. Papel do Serviço Nacional de Saúde, hospitais e centros de saúde

Intervenções a nível individual, regional e nacional são fundamentais na prática da AM responsável, sendo assim necessárias ações de maior escala, como:

- Melhoria das condições de acesso aos cuidados de saúde (19), de forma diminuir a AM desinformada, desnecessária e não orientada;
- Fazer farmacovigilância e a vigilância pós-introdução no mercado, de modo a garantir uma maior segurança dos medicamentos comercializados (4). Em Portugal, a farmacovigilância é feita pelo Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF), coordenado pela INFARMED, I.P., através de notificação de RAM, por parte dos profissionais de saúde e utentes (70);
- Implementação de leis de regulamentação que permitam monitorizar a dispensa (19), a segurança e a eficácia de medicamentos (4);
- Criação por parte do serviço nacional de saúde de protocolos de atuação adaptados às necessidades da comunidade (4);
- Promoção da colaboração entre os diferentes profissionais de saúde;
- Promover a educação do utente (14) e a melhoria da literacia em saúde (20), de forma a capacitar o utente na tomada de decisões fundamentadas e apropriadas sobre a prática da AM (67). A prática responsável e racional da AM exige a criação de políticas de educação em saúde (19), que informem e eduquem, no sentido de promover a utilização apropriada de medicamentos (26).

5.4. Papel da indústria farmacêutica

- O desenvolvimento de qualquer produto de saúde pelas indústrias farmacêuticas deve ter como pilar, a saúde e o bem-estar do utente. Para isso, há necessidade de condutas segundo os critérios de qualidade, segurança e eficácia pré-definidos pelas autoridades reguladoras (71);
- A promoção de seus produtos deve ser clara, não enganosa e deve conter informações equilibradas e apropriadas sobre benefícios versus riscos. O conteúdo das informações deve ser baseado e sustentado por evidências científicas. As informações devem ainda ser de carácter educacional e adaptadas ao público recetor (71).

Por fim é de realçar a importância da colaboração entre estes vários sectores sociais. Por exemplo, o programa “Tratar de mim” foi criado pela Apifarma em colaboração com outras entidades como a Associação Nacional das Farmácias, a DGS, o INFARMED, a Ordem dos

Farmacêuticos, a Ordem dos médicos; e destina-se a melhorar a aptidão dos utentes em relação aos seus problemas de saúde e orientá-los quanto a utilização responsável de MNSRM (67).

5.5. Papel dos *media*

Os *media* estão entre as razões que motivam a prática da AM, constituindo, actualmente uma das formas mais comuns de divulgação de informações sobre medicamentos, muitas vezes persuadindo o utente e promovendo a utilização indiscriminada de medicamentos (24).

A publicidade sobre um MNSRM para fins de AM deve ser sujeita a monitorização e controlo por entidades reguladoras, de modo a assegurar o equilíbrio quanto às informações sobre benefícios *versus* riscos (72). Num estudo feito no município do Crato, Ceará, Brasil, entre 2013 e 2014, para avaliar a influência da publicidade na AM, 67,6% de uma amostra constituída por 104 participantes, admitiu que a prática da AM se associava às publicidades, salientando desta forma a importância da fidedignidade da informação sobre medicamentos conduzida pelos meios de comunicações de massa (24).

Os *media* devem ser um meio importante de educação do utente e de alerta sobre os riscos associados a AM inapropriada (4).

Automedicação e os seus riscos

Principais distúrbios do trato gastrointestinal causados pela automedicação

6. Conclusões

O hábito de se automedicar constitui um comportamento universal e inevitável. Consiste numa forma de autocuidado muitas vezes praticada como alternativa aos cuidados de saúde médicos. O seu conceito associa-se sobretudo à utilização de MNSRM em problemas de saúde considerados comuns e menos graves. A sua prática é motivada por diferentes razões e circunstâncias. Experiência prévia, factores relacionados ao estilo de vida, iliteracia em saúde, conselhos de familiares e amigos, factores económicos, obstáculos de acesso aos cuidados de saúde, facilidade de acesso aos medicamentos e publicidades nos meios de comunicação estão entre as razões que motivam a prática da AM.

Os problemas de saúde relacionados ao sistema nervoso e aos aparelhos respiratório e gastrointestinal são os que mais comumente levam a prática da AM. A cefaleia e a febre são consideradas globalmente, as queixas que mais comumente se associam a AM. Consequentemente, os grupos de medicamentos mais frequentemente utilizados na prática da AM designam-se ao alívio sintomático de queixas e/ou tratamento de doenças provenientes dos sistemas nervoso, respiratório e gastrointestinal. Entre eles estão os analgésicos, os antipiréticos, os anti-inflamatórios, os medicamentos que atuam no TGI e os antibióticos.

As características da população, da região/país e dos serviços de saúde que regem as comunidades onde ocorrem as investigações são dos principais factores influenciadores da prevalência desta prática que frequentemente representa uma forma de expressão de desigualdade e obstáculos de acesso aos cuidados de saúde para os grupos sociais mais desfavorecidos.

Como ato responsável e restringida a problemas de saúde para os quais é recomendada, associa-se a muitos benefícios quer para o utente, quer para a sociedade, quer para o serviço nacional de saúde. Aumento da capacitação, optimização de recursos económicos, quer do utente, quer do serviço nacional de saúde, diminuição do congestionamento dos serviços de saúde são alguns desses benefícios. Entretanto, as hipóteses de riscos associados não devem ser ignoradas. Diagnósticos incorrectos, ocorrência de RAM, intoxicações e interacções, aparecimento de novos problemas de saúde, encobrimento de situações de saúde graves e muitas outras pertencem ao espectro de risco associado a AM desinformada e inadequada.

Os distúrbios do TGI estão entre as RAM que mais frequentemente se associam a esta prática, fato talvez explicado pela relação que existe entre o TGI e farmacocinética e farmacodinâmica do medicamento. Além disso, a maioria dos medicamentos é administrado pela via de oral, o que sujeita o TGI a uma serie riscos, derivados da toxicidade medicamentosa.

A promoção de uma AM segura e responsável exige contribuição dos vários sectores sociais. Utentes, profissionais de saúde, serviço nacional de saúde, hospitais, centros de saúde, indústria farmacêutica, entre outros desempenham papéis fundamentais. A iniciativa do utente em investir na sua capacitação e literacia em saúde, a procura de aconselhamento e orientação de um profissional de saúde em caso de dúvidas ou incompetência para escolha do tratamento apropriado evitam a maioria dos riscos associados a AM desinformada. Os profissionais de saúde, por sua vez, devem estar conscientes do seu papel de educador, aconselhador, orientador e promotor da AM responsável. A criação de protocolos de intervenção e o investimento em formações em áreas associados às doenças, aos medicamentos e às técnicas de comunicação são importantes no aconselhamento da utilização racional do medicamento. A melhoria das condições de acesso aos cuidados de saúde, a farmacovigilância, as leis de controlo de dispensa do medicamento, o controlo das publicidades sobre medicamentos são outras áreas de intervenção fundamentais à prática segura, informada e eficaz da AM.

Por fim, a prática da AM deve ser encorajada para que seja um ato informado e consciente de modo a garantir a segurança do utente e a usufruir das vantagens à ela associada.

7. Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Decreto-Lei 176/2006, 2006-08-30 - DRE [Internet]. 2006 [cited 2019 Mar 17]. Available from: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/540387/details/normal?q=+Decreto-Lei+n.o+176%2F2006+de+30+de+Agosto%3B+Artigo+3º>
2. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde de 2016: Farmácias e Medicamentos [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 19]. Available from: https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=277095050&PUBLICACOESmodo=2
3. World Self-medication Industry. What is Self-Medication? [Internet]. [cited 2019 Feb 12]. Available from: <http://www.wsmi.org/about-self-care-and-self-medication/what-is-self-medication/>
4. Agabna NMA. Sudan Journal of Rational Use of Medicine. Irrational Prescr. 2014;(7):4.
5. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde - 2014 [Internet]. Destaque. 2014. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
6. World self-medication industry. What is Self-Care? [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: <http://www.wsmi.org/about-self-care-and-self-medication/what-is-self-care/>
7. World Health Organization. Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for use in Self-Medication. Vol. 102, World Health Organization, Geneva. 2009.
8. Machado-Alba JE, Echeverri-Cataño L, Londoño-Builes MJ, Moreno-Gutiérrez PA, Machado-Alba JE, Echeverri-Cataño LF, et al. Social, cultural and economic factors associated with self-medication. Biomédica ARTÍCULO Orig Biomédica. 2014;3434:580-8580.
9. Chang J, Wang Q, Fang Y. Socioeconomic differences in self-medication among middle-aged and older people : data from the China health and retirement longitudinal study. BMJ Open. 2017;7:(e017306).

10. World Self-medication Industry. The story of self-care and medication 40 years of progress, 1970-2010. 2010;1-17. Available from: <http://www.wsmi.org/publications/>
11. Pons EDS, Knauth DR, Vigo Á, Mengue SS, Gadelha CAG, Costa KS, et al. Predisposing factors to the practice of self-medication in Brazil: Results from the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM). PLoS One. 2017;12(12):1-12.
12. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia Bangkok RC. Self-care in the Context of Primary Health Care. 2009.
13. Bennadi D. Self-medication: A current challenge. J Basic Clin Pharm. 2014;5(1):19.
14. Zhao Y, Ma S. Observations on the Prevalence, Characteristics, and Effects of Self-Treatment. Front Public Heal. 2016;4(April):1-8.
15. Ministério da Saúde. Despacho n.º 17690/2007 [Internet]. Diário da Republica. 2007. Available from: [https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/3189825/details/normal?q=Despacho+n.º 17690%2F2007](https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/3189825/details/normal?q=Despacho+n.º+17690%2F2007)
16. Grupo de consenso sobre automedicação. Lista de indicações passíveis de automedicação (Revogado pelo Despacho n . ° 2245 / 2003 , de 16 de Janeiro) [Internet]. 2003. Available from: http://www.infarmed.pt/documents/15786/1065790/011-D_Desp_2245_2003_1AltVF.pdf
17. Grupo de consenso sobre a automedicação. Lista de situações passíveis de automedicação [Internet]. 2007. Available from: http://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_returnToFullPageURL=%2F&_101_assetEntryId=1205087&_101_type=document&inheritRedirect=false&
18. Coelho RB, Costa FA da. Impact of pharmaceutical counseling in minor health problems in rural Portugal. Pharm Pract 2014 Oct-Dec. 12(4):451.
19. Alghanim S a. Self-medication practice among patients in a public health care system. East Mediterr Health J. 2011;17(5):409-16.
20. Kamran A, Sharifirad G, Shafaei Y, Mohebi S. Associations between self-medication, health literacy, and self-perceived health status: A community-based study. Int J Prev

Med. 2015;6:66.

21. Matos JF, Pena DAC, Parreira MP, Santos T do C dos, Coura-Vital W. Prevalência, perfil e fatores associados à automedicação em adolescentes e servidores de uma escola pública profissionalizante. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2018;26(1):76-83.
22. Sridhar SB, Shariff A, Dallah L, Anas D, Ayman M RP. Assessment of Nature, Reasons, and Consequences of Self-medication Practice among General Population of Ras Al-Khaimah, UAE. *Int J Appl Basic Med Res*. 2018;8:3-8.
23. da Rocha CE, Lessa FAS, Venceslau DO, Sakuraba CS, Barros IMC, de Lyra DP. Development of a decision support system for the practice of responsible self-medication. *Int J Clin Pharm*. 2016;38(1):152-61.
24. Gonçalves J Júnior, Moura SES, Dantas GGL, Lima Am, Brito WSB, Siebra BOB et al. Influencia da publicidade na automedicação na população de um municipio brasileiro de médio porte. *J Heal Biol Sci*. 2018;6(2):152-5.
25. Ayub M, Ibrahim A kanwal, Siddiqui S, Tabasum F, Akbar A, Anwar G, et al. Prevalence and Consequences Associated With Self Medication in Our Society: a Global Issue. *Int Res J Pharm*. 2015;6(8):548-51.
26. Kamekis A, Bertias A, Moschandreas J, Petelos E, Papadakaki M, Tsiantou V, et al. Patients' intention to consume prescribed and non-prescribed medicines: A study based on the theory of planned behaviour in selected European countries. *J Clin Pharm Ther*. 2018;43(1):26-35.
27. Arrais PSD, Fernandes MEP, Pizzol T da SD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, et al. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. *Revista de Saude Publica*. 2016;50(suppl 2):13s.
28. Cegedim/Netsonda. Avaliação da preocupação da população portuguesa com a qualidade dos cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde [Internet]. PÚBLICO. 2012 [cited 2019 Mar 17]. Available from: <https://www.publico.pt/2012/07/31/sociedade/noticia/42-dos-portugueses-dizem-nao-ter-dinheiro-para-cuidados-de-saude-1557055#gs.ceiv01Oy>
29. Cegedim/Netsonda. Inquérito sobre a preocupação dos portugueses em relação aos cuidados de saúde [Internet]. Sociedade portuguesa de Gestão de Saúde. [cited 2019 Jan 19]. Available from: <http://spgsaude.pt/website/page/311?op=5>

30. Amaral, Odete; Lages, Adriana; Sousa, Liliana; Almeida, Lúcia; Santos, Juliana; Dias, Mariana; Silva, Daniel & Pereira C. *Automedicação em Jovens e Adultos da Região Centro de Portugal*. 2014;47 (jun/de:97-109.
31. Martins D, Couto S, Ribeiro MI, Fernandes A. Prevalência da automedicação na região de Bragança. A perspetiva do consumidor e do farmacêutico. *Revista Egítania Scientia* [Internet]. 2011 [cited 2019 Feb 22];(8):199-215. Available from: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/6000>
32. Ramalhinho I, Cordeiro C, Cavaco A, Cabrita J. Assessing determinants of self-medication with antibiotics among Portuguese people in the Algarve Region. *Int J Clin Pharm*. 2014;36:1039-47.
33. Panda A, Pradhan S, Mohapatro G, Kshatri JS. Predictors of over-the-counter medication: A cross-sectional Indian study. *Perspect Clin Res*. 2017;8(2):79-84.
34. Panda A, Pradhan S, Mohapatra G, Mohapatra J. Drug-related problems associated with self-medication and medication guided by prescription: A pharmacy-based survey. *Indian J Pharmacol*. 2016;48(5):515-21.
35. Shafie M, Eyasu M, Muzeyin K, Worku Y, Martín-Aragón S. Prevalence and determinants of selfmedication practice among selected households in Addis Ababa community. *PLoS ONE*. 2018;13(3):1-20.
36. Lee CH, Chang FC, Hsu S Der, Chi HY, Huang LJ, Yeh MK. Inappropriate self-medication among adolescents and its association with lower medication literacy and substance use. *PLoS One*. 2017;12(12):1-14.
37. Shaghghi A, Asadi M, Allahverdipour H. Predictors of self-medication behavior: A systematic review. *Iran J Public Health*. 2014;43(2):136-46.
38. Aziz MM, Masood I, Yousaf M, Saleem H, Ye D, Fang Y. Pattern of medication selling and self-medication practices: A study from Punjab, Pakistan. *PLoS One*. 2018;13(3):1-12.
39. Carrera-Lasfuentes P, Aguilar-Palacio I, Clemente Roldán E, Malo Fumanal S, Rabanaque Hernandez MJ. Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo. *Aten Primaria*. 2013;45(10):528-35.
40. DE-PAULA KB, SILVEIRA LS da, FAGUNDES GX, FERREIRA MBC, MONTAGNER F. Patient automedication and professional prescription pattern in an urgency service in Brazil.

Braz Oral Res. 2014;28(1):1-6.

41. Beyene KGM, Beza SW. Self-medication practice and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia. *Trop Med Health*. 2018;46(1):1-14.
42. Kumar R, Goyal A, Padhy B, Gupta Y. Self-medication practice and factors influencing it among medical and paramedical students in India: A two-period comparative cross-sectional study. *J Nat Sci Biol Med*. 2016;7(2):143-8.
43. Apifarma. A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA EM NÚMEROS [Internet]. [cited 2019 Feb 22]. Available from: [https://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Documents/IF em Números 2016.pdf](https://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Documents/IF_em_Numeros_2016.pdf)
44. Fodor IK, Uivarosan D, Pallag A. DANGERS OF ONLINE SELF-MEDICATION. *Ann Univ Oradea, Fascicle Ecotoxicology, Anim Husb Food Ind Technol*. 2016;(December).
45. Rathish D, Wijerathne B, Bandara S, Piumanthi S, Senevirathna C, Jayasumana C, et al. Pharmacology education and antibiotic self-medication among medical students: A cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2017;10(1):1-5.
46. Ruiz M. Risks of Self-Medication Practices. *Curr Drug Saf*. 2010;5(4):315-23.
47. Loscalzo J., Kasper DL., Hauser SL., Jameson JL. , Fauci A. LD. Harrison, principles of internal medicine. In: McGraw Hill, editor. 19th ed. 2016. p. Part 14, Section 1, cap 344, pag 1985, Approach to.
48. Guyton Arthur C. HJE. Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology. In: *The Lancet*. 13th ed. Jackson, Mississippi: The Lancet; 1837. p. parte XII, cap 63-64, pag 797-816.
49. Loscalzo J., Kasper DL., Hauser SL., Jameson JL. , Fauci A. LD. Harrison, principles of internal medicine. In: Hill M, editor. 19th ed. 2016. p. part 1, cap 5, pag 31-45, Principles of Clinical P.
50. Dale M, Haylett D. Rang and Dale's Pharmacology. 8th ed. Elsevier Health Sciences, editor. 2014. section 1, cap 8-10, studentconsult, e-book version.
51. Philpott HL, Nandurkar S, Lubel J, Gibson PR. Drug-induced gastrointestinal disorders. *Frontline Gastroenterol*. 2014;5:49-57.
52. MSD. Adverse Drug Reactions - Clinical Pharmacology - MSD Manual Professional Version [Internet]. [cited 2019 Mar 9]. Available from:

<https://www.msmanuals.com/professional/clinical-pharmacology/adverse-drug-reactions/adverse-drug-reactions#v1109644>

53. Leung WMV. Nature and frequency of drug-related problems in self-medication (over-the-counter drugs) in daily community pharmacy practice in Germany. *Int J Learn*. 2011;18(2):254-60.
54. Sistema Nacional de Farmacovigilancia (SNF) - Relatório anual de notificações de reações adversas a medicamentos [Internet]. [cited 2018 Dec 17]. Available from: <http://www.infarmed.pt/documents/15786/2099374/Notificações+e+Casos+de+RAM+-+Ano+2017/f60bdace-f08d-4d85-928d-f9b22ca5d7f1>
55. Berreni A, Montastruc F, Bondon-Guitton E, Rousseau V, Abadie D, Durrieu G, et al. Adverse drug reactions to self-medication: A study in a pharmacovigilance database. *Fundam Clin Pharmacol*. 2015;29(5):517-20.
56. Nunes AP, Costa IM CF. Determinants of self-medication with NSAIDs in a Portuguese community pharmacy. *Pharm Pract (Granada)*. 14((1):648):1-9.
57. Centro de Informação Do Medicamento - ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES NÃO SUJEITOS A RECEITA MÉDICA Aconselhamento para uso seguro [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 20]. Available from: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/ft117_antiinflamatorios_nao_esteroides_nao_ujeitos_a_receita_medica_aconselhamento_para_uso_seguro_18576268815b042ac525407.pdf
58. Sostres C, Gargallo CJ, Arroyo MT, Lanas A. Adverse effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs, aspirin and coxibs) on upper gastrointestinal tract. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2010;24(2):121-32.
59. Cardile S, Martinelli M, Barabino A, Gandullia P, Oliva S, Nardo G Di, et al. Italian survey on non-steroidal anti-inflammatory drugs and gastrointestinal bleeding in children. *World J Gastroenterol*. 2016;22(5):1877-83.
60. Moore N, Pollack C, Butkerait P. Adverse drug reactions and drug - drug interactions with over-the-counter NSAIDs. *Ther Clin Risk Manag*. 2015;(11):1061-75.
61. Koffeman AR, Valkhoff VE, Çelik S, 'T Jong GW, Sturkenboom MC, Bindels PJE, et al. High-risk use of over-the-counter non-steroidal anti-inflammatory drugs: A population-based cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2014;64(621):191-8.

62. Direção-Geral da Saúde - Anti-inflamatórios não esteróides sistémicos em adultos: orientações para a utilização de inibidores da COX-2 [Internet]. [cited 2019 Jan 5]. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0132011-de-27062011-atualizada-a-13022013.aspx>
63. Sostres C, Gargallo CJ, Lanas A. Nonsteroidal anti - inflammatory drugs and upper and lower gastrointestinal mucosal damage. *Arthritis Res Ther*. 2013;15(Suppl 3):1-8.
64. Nunes AP, Costa IM, Costa FA. Determinants of self-medication with NSAIDs in a Portuguese community pharmacy. *Pharm Pract (Granada)*. 14(1):648.
65. Apifarma. Automedicação Responsável [Internet]. [cited 2019 Mar 1]. Available from: <https://www.apifarma.pt/apifarma/areas/automedicacao/Paginas/automedicacao.aspx>
66. Sujit S Sangiry, Archita H Bhansali, Shweta S Bapat QX. Abuse of over-the-counter medicines : a pharmacist ' s perspective. *Integr Pharm Res Pract*. 2017;(6):1-6.
67. Apifarma. Tratar de Mim [Internet]. [cited 2019 Mar 13]. Available from: <https://www.apifarma.pt/tratardemim/Paginas/default.aspx>
68. Wilbur K, El Salam S, Mohammadi E. Patient perceptions of pharmacist roles in guiding self-medication of over-the-counter therapy in Qatar. *Patient Prefer Adherence*. 2010;4:87-93.
69. Ordens dos Farmacêuticos. BOAS PRÁTICAS DE FARMÁCIA COMUNITÁRIA - Norma específica sobre dispensa de medicamentos e produtos de saúde [Internet]. [cited 2019 Mar 1]. Available from: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/of.c_n004_00_norma_especifica_sobre_dispensa_de_medicamentos_e_produtos_de_sauyde_5214920525afd9c8445f2c.pdf
70. Sistema Nacional de Farmacovigilância, INFARMED IP. Farmacovigilância - Notificação de reações adversas [Internet]. [cited 2019 Mar 2]. Available from: http://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes-area-transversal/medicamentos_uso_humano/muh_farmacovigilancia
71. Manufacturer Associations, International Federation of Pharmaceutical [Internet]. 2012 [cited 2019 Mar 13]. Available from: https://www.ifpma.org/wp-content/uploads/2016/01/IFPMA_Code_of_Practice_2012_new_logo.pdf

72. World Self-medication Industry. Advertising of Nonprescription Medicines [Internet]. [cited 2019 Mar 2]. Available from: <http://www.wsmi.org/policy-principles/advertising-of-nonprescription-medicines/>