



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Avaliação da prevalência e incidência da automedicação nos estudantes de Ciências Farmacêuticas

Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia Comunitária e Investigação

Jéssica Filipa Antunes Ricardo

Relatório para obtenção do Grau de Mestre em

Ciências Farmacêuticas

(Ciclo de estudos Integrado)

Orientador: Prof. Doutora María Eugenia Gallardo Alba

Coorientador: Mestre Tiago Alexandre Pires Rosado

Coorientador: Doutor Mário Jorge Dinis Barroso

Covilhã, novembro de 2019

*Aos meus pais e ao meu irmão.
Às estrelas que me guiaram neste percurso.*

Agradecimentos

No culminar desta etapa resta-me agradecer a quem me acompanhou ao longo desta caminhada e a todas as pessoas e instituições que apoiaram a elaboração desta dissertação.

À Professora Doutora María Eugenia Gallardo Alba, minha orientadora, bem como aos coorientadores, Doutor Mário Barroso e Mestre Tiago Rosado, deste projeto de investigação que aceitaram desde o início orientar-me e se disponibilizaram a esclarecer todas as minhas dúvidas, pela simpatia demonstrada e motivação dada ao longo de todas as etapas.

A todas as instituições universitárias e núcleos de estudantes do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas que se disponibilizaram a proceder à divulgação do inquérito, prestando um contributo significativo na realização do estudo.

A todos os alunos do Mestrado e Doutoramento em Ciências Farmacêuticas que voluntariamente dispenderam algum tempo para responder ao questionário, com o objetivo de determinar a prevalência de automedicação em estudantes deste curso.

A todos os elementos da Farmácia Taborda, sem exceção, que me receberam de braços abertos, pela disponibilidade e dedicação que sempre demonstraram, pelos conhecimentos transmitidos e pelo contributo enriquecedor que deram ao período do meu estágio em Farmácia Comunitária. Agradeço, particularmente, à Dra. Ana Cristina, farmacêutica diretora técnica e à Dra. Ana Filomena, minha orientadora durante o estágio.

Aos amigos que estiveram sempre presentes e que direta ou indiretamente transmitiram motivação e companheirismo.

Aos colegas que me acompanharam durante os últimos anos, em especial à Margarida que esteve sempre disponível para me ouvir e motivar em todos os momentos, inclusive nos mais difíceis.

À Lara, minha companheira do primeiro ano e que, mesmo estando a quilómetros de distância, continuou a pessoa mais presente em todos os momentos, um ser humano incrível, no qual sei que pude e poderei sempre confiar.

Por último, mas não menos importante, à minha família. Avós, tios, padrinhos, primos e afilhada que sempre se orgulharam de mim e mostraram um apoio incondicional.

Aos meus pais por me proporcionarem estes cinco anos, pelo esforço que fizeram e que fazem por nós todos os dias, pela confiança que depositaram em mim, por acreditarem mais do que eu, pela ajuda quando mais precisei e pelo amor.

E ao meu irmão, que tornou tudo mais leve e mais alegre, mesmo não se apercebendo. Pelas gargalhadas, expressões e histórias que só nós percebemos.

Resumo

O presente trabalho encontra-se dividido em dois principais capítulos: o Capítulo I que diz respeito à vertente de investigação e o Capítulo II onde é abordada a experiência profissionalizante na vertente de Farmácia Comunitária.

A automedicação integra a utilização de produtos de saúde pelo próprio indivíduo, que procura o tratamento de uma condição, devendo esta ser autolimitada, permitindo a utilização de medicamentos que não necessitem de prescrição médica, com possibilidade de aconselhamento por um profissional de saúde. Esta abordagem tem vantagens e desvantagens que devem ser consideradas para cada situação individual.

A investigação realizada compreende um estudo epidemiológico observacional, descritivo e analítico transversal, constituído por 385 estudantes inscritos nos vários anos do curso e Doutoramento em Ciências Farmacêuticas, no ano letivo de 2018/2019. A recolha dos dados foi realizada através de um questionário *online*, procedendo-se à divulgação do mesmo pelas diversas instituições portuguesas que disponibilizam o curso, de forma a alcançar os alunos que cumpriam os critérios de inclusão do estudo. O inquérito incluiu questões acerca do perfil sociodemográfico e sociocultural dos participantes, da prática de automedicação, das razões que os levaram a automedicar-se, condições, grupos terapêuticos, outros produtos de saúde e, especificamente, os princípios ativos a que recorreram para realizar esta prática. O tratamento dos dados foi realizado no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.

A amostra é constituída por inquiridos com idades compreendidas entre os 18 e os 37 anos, integrando um maior número de participantes do sexo feminino (n=329), solteiros (n=382), residentes em meio urbano (n=231), com morada diferente da do agregado familiar (n=254), sem seguro de saúde (n=215), que distam entre 5 e 24 minutos do hospital mais próximo (n=218) e que não recorreram ao médico nos últimos três meses que antecederam o preenchimento do questionário (n=197). Quanto ao estilo de vida, a maioria consome bebidas alcoólicas esporadicamente, não fuma, não pratica atividade física mais intensa e não possui doenças crónicas diagnosticadas.

Constatou-se que 70,1% dos estudantes recorreu à automedicação nos três meses antecedentes ao preenchimento do questionário, sendo que o alargamento do período inquirido permitiu obter uma percentagem ainda mais elevada (82,6%). O rápido alívio dos sintomas, o conhecimento que consideram apresentar, a baixa gravidade da situação e a anterior obtenção do resultado pretendido foram as principais justificações apresentadas. As condições para as quais mais recorreram a esta prática foram a sintomatologia associada a estados gripais (15,7%), cefaleias (10,1%), dor de garganta (9,4%), tosse (7,6%), desordens menstruais (8,5%) e febre (7,1%).

O ano de curso, por si só, influenciou a recorrência à automedicação, mas também apresentou correlação com as fontes informativas utilizadas, razões mencionadas, com algumas condições apresentadas e grupos terapêuticos selecionados.

O capítulo II diz respeito às atividades desenvolvidas durante o estágio em Farmácia Comunitária, entre janeiro e maio, na Farmácia Taborda, no Fundão. O estágio permitiu a compreensão do papel do farmacêutico na prática do dia-a-dia, enquanto promotor do uso racional do medicamento, promovendo a saúde e prevenindo a doença junto da comunidade.

Palavras-chave

Automedicação, estudantes universitários, Ciências Farmacêuticas, questionário, Farmácia Comunitária.

Abstract

The present dissertation is divided into two chapters: the first chapter (Chapter I) describes the research component and the second chapter (Chapter II) refers to the activities developed during the traineeship in Community Pharmacy.

Self-medication is the use of medicines by a person seeking treatment for a health condition. This condition should be limited in time, allowing the use of over-the-counter drugs with, or without the advice of a health professional. This approach has pros and cons that must be taken into account for each situation.

This research consists in an observational, descriptive and cross-sectional epidemiological study, which includes 385 students attending the course of pharmaceutical sciences, including PhD students, in the academic year 2018/2019. Data was collected using an *online* questionnaire distributed by the several Portuguese institutions where this course is taught. The quiz included questions about the participant's socio-demographic and sociocultural profile, self-medication practice, reasons for self-medication, health conditions, therapeutic groups, other health products used, and the specific drugs they used to conduct for self-medication. Data treatment was performed using the SPSS statistical program, version 25.

The sample had respondents aged between 18 and 37 years, containing a large number of female participants (n=329), single (n=382), urban residents (n=231), with different household address (n=254), without health insurance (n=215), which are 5 to 24 minutes away from the nearest hospital (n=218) and who haven't attended a physician in the previous three months (n=197). As for lifestyle, most of the participants drink alcohol occasionally, don't smoke, do not do intense physical activity and don't have chronic diseases.

It was found that 70.1% of the students had self-medicated themselves in the three months preceding the submission of the questionnaire, and the increase of the reporting period led to an even higher percentage (82.6%). The main justifications for such behavior included the rapid relief of the symptoms, the feeling of knowledge on the matter, the low severity of the situation and the self-experience in previous situations. Self-medication has been found to be common in the treatment of flu-like symptoms (15.7%), headache (10.1%), sore throat (9.4%), cough (7.6%), menstrual disorders (8.5%) and fever (7.1%). The attended course year, by itself, influences the use of self-medication, but this also correlates to the used sources of information, reasons, other conditions and selected therapeutic groups.

The second chapter refers to the activities developed during the traineeship in Community Pharmacy, in Farmácia Taborda, Fundão, between January and May. During the traineeship I had the opportunity to understand the important role of a community pharmacist as a promoter of the rational use of drugs, promoting public health and preventing diseases in the community.

Keywords

Self-medication, university students, Pharmaceutical Sciences, questionnaire, Community Pharmacy.

Índice

Capítulo I - Avaliação da prevalência e incidência da automedicação nos estudantes de Ciências Farmacêuticas

1.	Introdução	1
1.1	Definição de automedicação	3
1.2	Automedicação responsável e não responsável	5
1.3	Benefícios e riscos associados à prática de automedicação	6
1.4	Prevalência da automedicação no mundo e em Portugal	8
1.5	Prevalência da automedicação em estudantes universitários (inscritos ou não em cursos de saúde)	11
1.6	Doenças/Condições/Sintomas/Problemas de saúde mais comuns na automedicação	14
1.7	Classes farmacológicas e outros produtos mais comumente utilizados na prática de automedicação	14
1.8	Fármacos mais comumente utilizados na prática de automedicação	15
1.9	Fatores e razões que influenciam e contribuem para a recorrência à automedicação	16
1.9.1	Influência dos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de dispensa Exclusiva em Farmácia (MNSRM-EF)	19
1.9.2	Alargamento dos pontos de venda de MNSRM e das situações passíveis de automedicação	20
1.10	Duração e resultado do tratamento	21
1.11	Fontes de informação e locais de obtenção dos medicamentos	22
1.12	Papel do farmacêutico na automedicação	25
2.	Justificação do tema e objetivos	26
3.	Metodologia do estudo.....	27
3.1	Tipo de estudo e seleção da amostra	27
3.2	Participantes e critérios de inclusão e de exclusão	28
3.3	Instrumento para recolha de dados	29
3.4	Procedimento de recolha de dados	29
3.5	Tratamento estatístico dos dados	30
4.	Resultados e discussão.....	31
4.1	Caracterização da amostra	31
4.1.1	Idade.....	32
4.1.2	Género.....	33
4.1.3	Estado civil	33
4.1.4	Residência e morada relativamente ao agregado familiar	34
4.1.5	Habilitações literárias dos progenitores.....	34
4.1.6	Ano em que se encontram inscritos na universidade.....	36

4.1.7	Universidade	36
4.1.8	Existência de plano/seguro de saúde	37
4.1.9	Período de tempo que demoram até ao hospital mais próximo e recorrência ao médico	37
4.1.10	Consumo de bebidas alcoólicas e tabaco	39
4.1.11	Prática de desporto ou atividade física mais intensa	39
4.1.12	Existência de doenças crónicas diagnosticadas	40
4.1.13	Realização de automedicação nos 3 meses e 6 ou 12 meses antecedentes.....	40
4.1.14	Causas e fatores que levaram à realização de automedicação	42
4.1.15	Verificação do prazo de validade antes de proceder à automedicação	43
4.1.16	Resultado obtido com a automedicação	43
4.1.17	Fontes de informação a que os inquiridos mais recorreram	44
4.1.18	Doenças/condições/sintomas para as(os) quais recorreram à automedicação .	46
4.1.19	Principal condição para a qual recorreram à automedicação	47
4.1.20	Classes farmacológicas/Grupos terapêuticos e outros produtos a que mais recorreram.....	47
4.1.21	DCI dos MNSRM e MSRM usados pelos inquiridos	48
4.2	Relação entre as variáveis sociodemográficas e a realização de automedicação pelos estudantes universitários de Ciências Farmacêuticas	49
4.2.1	Associação entre o género e a prática de automedicação	49
4.2.2	Associação entre o ano de curso e a prática de automedicação.....	50
4.2.3	Associação entre as classes etárias e a prática de automedicação	53
4.2.4	Associação entre o estado civil e a prática de automedicação	54
4.2.5	Associação entre a residência/morada relativamente ao agregado e a prática de automedicação	54
4.2.6	Associação entre o tempo a que se encontram do hospital mais próximo e a prática de automedicação	55
4.2.7	Associação entre as habilitações dos progenitores e a prática de automedicação	55
4.2.8	Associação entre a existência de seguro de saúde e a prática de automedicação	56
4.2.9	Associação entre as doenças crónicas e a prática de automedicação	56
4.2.10	Associação entre a prática de atividade física e a prática de automedicação .	56
4.2.11	Associação entre o consumo de bebidas alcoólicas/tabaco e a prática de automedicação.....	57
4.2.12	Associação entre a recorrência ao médico e a prática de automedicação.....	57
5.	Considerações finais e conclusões.....	58
5.1	Limitações	58
5.2	Abordagens a realizar para melhorar a prática de automedicação.....	58
5.3	Conclusões	60
6.	Referências bibliográficas.....	61

Capítulo II - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária	63
1. Introdução	63
2. Localização, Caracterização e Organização Geral da Farmácia.....	63
2.1. Localização e caracterização.....	63
2.2. Instalações.....	65
2.2.1. Espaço exterior	65
2.2.2. Espaço interior	65
2.3. Recursos humanos: funções e responsabilidades	69
2.4. Recursos Informáticos	71
3. Informação e Documentação Científica	72
4. Medicamentos e outros produtos de saúde	73
5. Aprovisionamento e Armazenamento	74
5.1. Fornecedores	74
5.2. Aquisição de medicamentos e produtos de saúde	75
5.3. Receção de encomendas	75
5.4. Margens legais de comercialização na marcação de preços	76
5.5. Armazenamento	77
5.6. Controlo de prazos de validade	77
5.7. Devoluções.....	78
6. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento	79
7. Dispensa de medicamentos e produtos de saúde	81
7.1. Dispensa de MSRM	82
7.1.1. Receita médica	83
7.1.1.1. Receita médica manual	83
7.1.1.2. Receita médica eletrónica	84
7.1.1.2.1. Materializada.....	85
7.1.1.2.2. Desmaterializada ou Receita sem papel	85
7.2. Dispensa de MSRM em urgência	86
7.3. Medicamentos sujeitos a receita médica especial.....	86
7.3.1. Dispensa de estupefacientes e psicotrópicos.....	86
7.4. Dispensa de MNSRM	87
7.5. Dispensa de produtos após encomenda <i>online</i> e entrega ao domicílio	87
7.6. Regimes de participação pelo SNS e outras entidades.....	88
8. Automedicação.....	89
9. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde	90
9.1. Produtos de dermocosmética e higiene	90
9.2. Produtos dietéticos para alimentação especial	90
9.3. Produtos dietéticos infantis	91
9.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais.....	91
9.5. Medicamentos de uso veterinário.....	92

9.6.	Dispositivos médicos	93
10.	Outros cuidados de saúde prestados na farmácia	93
11.	Preparação de medicamentos.....	95
11.1.	Manipulados	95
11.2.	Preparações extemporâneas	97
12.	Contabilidade e Gestão.....	97
12.1.	Formação contínua dos recursos humanos	97
12.2.	Processamento de receituário e faturação	97
13.	Conclusão	99
14.	Referências Bibliográficas	99
15.	Anexos	101

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Histograma das idades dos estudantes inquiridos, incluindo a curva de distribuição.	32
Gráfico 2 - Representação gráfica do género dos estudantes inquiridos.	33
Gráfico 3 - Representação gráfica do estado civil dos estudantes inquiridos.	33
Gráficos 4 e 5 - Representações gráficas da residência dos estudantes inquiridos (à esquerda) e das respostas à pergunta: “Tem morada diferente da do agregado familiar durante o período de aulas?” (à direita).	34
Gráfico 6 - Representação gráfica das habilitações literárias dos pais dos estudantes inquiridos.	35
Gráfico 7 - Representação gráfica das habilitações literárias das mães dos estudantes inquiridos.	35
Gráfico 8 - Representação gráfica dos anos em que os estudantes inquiridos se encontraram inscritos no curso de Ciências Farmacêuticas.	36
Gráfico 9 - Representação gráfica das universidades em que os estudantes inquiridos se encontram inscritos no curso de Ciências Farmacêuticas.	37
Gráfico 10 - Representação gráfica da posse de seguro de saúde pelos estudantes inquiridos.	37
Gráfico 11 - Representação gráfica do tempo (em minutos) a que os estudantes inquiridos se encontram do hospital mais próximo.	38
Gráfico 12 - Representação gráfica do número de recorrências ao médico nos últimos três meses por parte dos estudantes inquiridos.	38
Gráfico 13 - Representação gráfica do consumo de bebidas alcoólicas pelos estudantes inquiridos.	39
Gráfico 14 - Representação gráfica do consumo de tabaco pelos estudantes inquiridos.	39
Gráfico 15 - Representação gráfica das respostas à questão “Pratica algum tipo de desporto ou atividade física mais intensa?”.	40
Gráfico 16 - Representação gráfica da existência de doenças crónicas diagnosticadas aos estudantes inquiridos.	40
Gráficos 17 e 18 - Representações gráficas da prática de automedicação nos últimos 3 meses (à esquerda) e nos 6 ou 12 meses precedentes ao preenchimento do inquérito (à direita).	41

Gráfico 19 - Representação gráfica da verificação do prazo de validade dos medicamentos antes da prática de automedicação pelos estudantes inquiridos.43

Lista de tabelas

Tabela 1 - Estatística descritiva da variável idade dos estudantes inquiridos.	32
Tabela 2 - Teste de normalidade (<i>Kolmogorov-Smirnov</i>) relativo à variável idade.	32
Tabela 3 - Estatística descritiva das habilitações literárias dos pais dos estudantes inquiridos.	35
Tabela 4 - Estatística descritiva relativa ao resultado obtido na prática de automedicação pelos estudantes inquiridos.	44
Tabela 5 - Estatística descritiva relativa ao resultado obtido acerca da prática de automedicação pelos estudantes inquiridos.	45

Lista de acrónimos

AINEs	Anti-Inflamatórios Não Esteróides
ANF	Associação Nacional das Farmácias
AO	Antiobstipante
AR	Antiregurgitante
ASAE	Autoridade de Segurança Alimentar e Económica
CCF	Centro de Conferência de Faturas
CIMPI	Centro de Informação de Medicamento de Preparação Individualizada
CNP	Código Nacional do Produto
DCE	Dispensa Clínica de Exceção
DCI	Denominação Comum Internacional
DGAV	Direção Geral de Alimentação e Veterinária
DGS	Direção Geral de Saúde
FCS-UBI	Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior
FCT-UAAlg	Faculdade de Ciências e Tecnologia - Universidade do Algarve
FDA	Food And Drug Administration
FEFO	First Expire - First Out
FFUC	Faculdade de Farmácia - Universidade de Coimbra
FFUL	Faculdade de Farmácia - Universidade de Lisboa
FFUP	Faculdade de Farmácia - Universidade do Porto
FGP	Formulário Galénico Português
FI	Folheto Informativo
FIP	International Pharmaceutical Federation
FP	Farmacopeia Portuguesa
FT	Farmácia Taborda
HA	Hipoalergénico
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
IUCS-Cespu	Instituto Universitário de Ciências da Saúde
IUEM	Instituto Universitário Egas Moniz
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
LE	Linha de prescrição de psicotrópicos e estupefacientes sujeitos a controlo
LEF	Laboratório de Estudos Farmacêuticos
MICF	Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
MNSRM	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
MNSRM-EF	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica de dispensa Exclusiva em Farmácia
MSRM	Medicamento Sujeito a Receita Médica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAO	Período Após Abertura
PIM	Preparação Individualizada da Medicação
PKU	Fenilcetonúria
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PUDI	Pessoa que Utiliza Drogas Injetáveis
PVA	Preço de Venda ao Armazenista
PVP	Preço de Venda ao Público
RAMs	Reações Adversas Medicamentosas
RCM	Resumo das Características do Medicamento
RE	Prescrição de psicotrópicos e estupefacientes sujeitos a controlo
RGPD	Regulamento Geral de Proteção de Dados
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UFP	Universidade Fernando Pessoa
ULHT	Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia
WSMI	World Self-Medication Industry

Capítulo I - Avaliação da prevalência e incidência da automedicação nos estudantes de Ciências Farmacêuticas

1. Introdução

Os medicamentos têm um papel vital nos cuidados de saúde constituindo uma ferramenta terapêutica imprescindível que se encontra à disposição dos profissionais de saúde. Além destes profissionais, também a população tende a usá-los progressivamente, verificando-se um crescimento diário desta prática.(1)

Pode considerar-se que a automedicação sempre foi uma prática comum na vida humana, desde as populações ancestrais. O alívio dos sintomas e o tratamento das condições apresentadas iniciou-se com o recurso a “plantas medicinais, remédios caseiros, preparados galénicos, posteriormente, a especialidades farmacêuticas e conseqüentemente à industrialização do medicamento”.(2) O aumento desta prática acentuou-se, ao longo dos anos, devido aos anúncios televisivos, publicações farmacêuticas e muitos outros fatores.(3,4)

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), referentes ao ano de 2014 e resultantes do Inquérito Nacional de Saúde, realizado nesse mesmo ano, com edição de 2016, cerca de 2,1 milhões de pessoas (23,9%) com 15 ou mais anos referiram o consumo de medicamentos sem receita médica nas duas semanas que antecederam a entrevista. Quanto aos medicamentos prescritos, na mesma população e no mesmo período, registou-se uma prevalência de 56,1% (correspondendo quase a 5 milhões de pessoas).(5) É ainda de realçar que relativamente a faixas etárias mais específicas, nomeadamente os jovens, dado que é sobre estes que recai a investigação realizada, verifica-se que registam das percentagens mais elevadas de consumo de medicamentos sem receita médica nas duas semanas anteriores à entrevista (a faixa etária dos 15-24 anos corresponde a 26,6% e a de 24-35 anos verifica uma prevalência de 29,8%). No caso do consumo de medicamentos prescritos, entre as pessoas com menos de 35 anos, nas mesmas condições, os valores encontrados situam-se abaixo dos 30%.(5)

Estes são dados importantes para a perceção do acentuado consumo de medicamentos pela população, tanto em Portugal como, também, no resto da Europa, o mesmo se verifica.(6)

Tornou-se amplamente aceite que a automedicação é importante no sistema de saúde, contribuindo para esta visão o reconhecimento da independência e responsabilidade dos indivíduos na sua própria saúde e a preocupação, por vezes, “desnecessária/excessiva” dos profissionais de saúde com condições menores que os indivíduos apresentam.(7)

Quando é praticada corretamente tem um impacto positivo no indivíduo (permite uma maior confiança e responsabilidade na manutenção da saúde individual) e no sistema de saúde. Seguindo as *guidelines* da Organização Mundial de Saúde (OMS), reduz a sobrecarga nos serviços de saúde, auxilia o tratamento de situações autolimitadas e permite a redução dos custos. Portanto, a automedicação deve ser devidamente controlada, sendo que a determinação do seu padrão, da sua extensão e dos problemas relacionados com a mesma é essencial.(1)

Contudo, considera-se que é um fenómeno que ameaça cada vez mais a saúde da população, havendo vários riscos associados ao mesmo.(8)

Além da acentuada prevalência em Portugal, a automedicação é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo, sendo mais comum nos países desenvolvidos. Os padrões de automedicação variam entre as diferentes populações, sendo influenciados por vários fatores e características pessoais. Estudos revelam que a automedicação representa um problema comum entre os estudantes universitários.(3) Daí a enorme importância da realização de estudos nos jovens, de forma a perceber as principais razões e fatores que os levam a utilizar medicamentos sem prescrição ou aconselhamento médico. Tal tem sido feito nos últimos anos um pouco por todo o mundo, sendo que, uma abordagem de extrema importância é, então, a realização de investigações nos estudantes universitários, dado que se enquadram numa faixa da população que está a receber formação e que aplicará as práticas transmitidas para o resto da sua vida. É, assim, uma etapa crucial para a consciencialização da prática da automedicação responsável e de alerta para os problemas da utilização de medicamentos sem as devidas precauções. É, de facto, interessante perceber as práticas realizadas pelos estudantes nos mais variados cursos do ensino superior, mas torna-se ainda mais intrigante perceber as condutas relativas a este tema nos estudantes universitários de cursos de saúde, dado que irão ser os profissionais do futuro, que antes de incutirem os conhecimentos e as práticas corretas à população têm de saber aplicá-los a si mesmos.

Uma abordagem interessante, num outro grupo populacional, é a automedicação entre os profissionais de saúde, pois poderá representar uma ameaça ao profissionalismo e à confiança depositada na sua profissão.(9) Em 2016 foi realizado um trabalho de investigação onde se verificou que aproximadamente 75% dos profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde da Guarda - Hospital Sousa Martins praticavam automedicação.(10)

Atualmente existe uma acentuada utilização de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) pelos jovens e especialmente pelos estudantes. A probabilidade dos estudantes de cursos de ciências da saúde se automedicarem é superior, na medida em que estes têm um acesso facilitado a fontes de informação acerca da prática farmacêutica e uma maior familiaridade com diferentes tipos de fármacos.(1,3,11) Um dos fatores que poderá afetar é a publicidade, tendo uma pesquisa sobre medicamentos amplamente divulgados revelado que a maioria dos estudantes universitários usou pelo menos um dos anunciados sem pedir aconselhamento médico.(1)

Contudo, existem muitas outras razões e causas que podem levar à realização desta prática, como irá ser abordado. Na medida em que não existem fármacos sem complicações mas, devido ao seu uso indiscriminado, os efeitos secundários duplicam levando a complicações como as resistências e abuso na sua utilização, surge a necessidade de tratar os efeitos adversos resultantes.(12)

Convém já realçar, dada a sua importância, a realização de automedicação com antibióticos, sem aconselhamento médico. Além de ser altamente prevalente nos países em desenvolvimento, é necessária uma particular atenção, também, aos jovens com um elevado nível de educação, dado que, constituem um fator de risco para a automedicação com esta classe farmacológica. Assim, é necessário criar intervenções mais efetivas, dado que estes comportamentos só podem ser modificáveis através da educação, de forma a reduzir os riscos associados a este comportamento.(13)

O padrão de uso de medicamentos é um indicador de saúde vital, dado que auxilia na determinação da prevalência de doenças em populações específicas e fornece informações quanto à utilização dos recursos terapêuticos. As práticas de automedicação não aconselhadas por profissionais podem afetar adversamente a saúde do consumidor levando a efeitos secundários/reações adversas e interações medicamentosas.(14) Percebe-se, assim, que a automedicação pode interferir com o diagnóstico e mesmo com o curso da doença.

É nesta vertente que se insere a investigação realizada, tal como muitos estudos concretizados em diferentes pontos do globo que pretendem determinar, principalmente, a prevalência da prática de automedicação pelos estudantes.

1.1 Definição de automedicação

A definição de automedicação não é totalmente consensual entre os vários autores e fontes de informação.

Na legislação portuguesa, o termo automedicação é definido como “a 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 assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde.” (Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho).(15)

A OMS definiu como sendo a “seleção e utilização de medicamentos (incluindo produtos provenientes de plantas) pelos indivíduos para tratar doenças ou sintomas autodiagnosticados ou o uso continuado ou intermitente de um fármaco prescrito para doenças/sintomas crónicos ou recorrentes”.(16) São “medicamentos que não requerem prescrição médica, que são produzidos, distribuídos e vendidos aos consumidores para uso dos mesmos por iniciativa própria, sob a sua própria responsabilidade sempre que o considerarem apropriado e, sem recorrerem, para isso, a um profissional de saúde”.(7) Alguns autores consideram-na como parte integrante do autocuidado, na medida em que os indivíduos agem de forma a melhorar a

saúde, prevenir a doença ou restaurar a saúde após algum problema.(17-19) Enquanto outros, distinguem-na do autocuidado, uma vez que inclui o uso de fármacos que podem tratar o problema ou causar dano.(1)

Nos Estados Unidos, o termo é elucidado pela *Food And Drug Administration* (FDA) como correspondendo a fármacos seguros e efetivos para uso da população em geral que não procura um profissional de saúde.(20)

Relativamente às publicações disponíveis, em 2008, Zafar et al.(21), Bollu et al. em 2014 (4) e mais tarde em 2017, Helal et al.(3), definiram automedicação como a obtenção e consumo de fármacos sem aconselhamento de um médico, tanto em termos de diagnóstico, como prescrição ou acompanhamento do tratamento, geralmente utilizando MNSRM mas, também incluindo medicamentos unicamente obtidos com recurso a prescrição médica. Pode, então, incluir a aquisição de medicamentos sem prescrição médica, reutilização de prescrições obtidas previamente (medicamentos pertencentes a tratamentos instituídos anteriormente e que já se encontram em sua posse), partilha de medicamentos com membros do seu círculo social ou utilização de medicamentos armazenados em casa. Estes dois últimos fatores foram relacionados por Galato et al.(22) e poderão ser explicados através do êxito obtido de experiências anteriores, tanto pelo próprio sujeito como por familiares e amigos. Poderá, assim, alargar-se a definição desta prática para um âmbito maior do que o referido anteriormente, dado que pode incluir o uso de fármacos que foram anteriormente prescritos para outra patologia ou para outra pessoa. Outros estudos indicam que se trata do uso de medicamentos pelas pessoas que pretendem tratar por elas próprias os sintomas autorreconhecidos, sem orientação de um profissional de saúde.(18,23-26) Desta forma, é incluído por certos autores, na definição de automedicação, a utilização de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) para além dos MNSRM indicados na legislação portuguesa e sem recorrência a um profissional, sendo que no despacho indicado anteriormente, essa era uma questão opcional.

Numa reflexão sobre automedicação e MNSRM, salienta-se a decisão de uso dos medicamentos pelo indivíduo para aliviar ou tratar as queixas autovalorizadas. Realça-se, mais uma vez, que este conceito engloba tanto MSRM como MNSRM, porém são os MNSRM que mais se associam à automedicação.(2) São estes últimos que apresentam uma elevada margem de segurança, daí a disponibilização sem a necessidade de prescrição, para sintomas facilmente reconhecíveis.(19)

Em 2012 é referido por Dhamer et al.(26) que o incumprimento das indicações dadas, da prescrição, o prolongamento ou interrupção precoce do período de tratamento e o aumento ou diminuição da dosagem indicados na prescrição, também se incluem no conceito de automedicação.(27)

Em 2014, é reforçado por Ahmadi et al.(12) e em 2017 por Lopes et al.(28) como o uso de medicamentos pela própria pessoa, sem aconselhamento ou prescrição médica e, portanto, o

diagnóstico, decisão e cuidado fica a cargo do indivíduo sem que ocorra supervisão médica e com a utilização de “*over the counter drugs*”, ou seja, medicamentos de venda livre.(29) É uma prática que reduz o número de visitas aos profissionais de saúde (nalguns casos, desnecessárias e dispendiosas), mas isso não significa isentas de perigo.(24)

Já em 2018, Abdi et al.(11) definiram automedicação como o uso arbitrário de fármacos (exceto os sujeitos a prescrição), o que pode incluir vários tipos de substâncias provenientes de plantas e químicos. Tal como Alshogran et al.(20) que para além de considerar que se trata de uma forma global de autocuidado, inclui o uso de fármacos, produtos naturais ou aqueles armazenados em casa, por sua própria iniciativa ou por aconselhamento de outra pessoa, sem consultar o médico.

A *Internacional Pharmaceutical Federation* (FIP) define como “o uso de medicamentos não prescritos pelas pessoas, por sua própria iniciativa”.(17) Na definição fornecida pela *World Self-Medication Industry* (WSMI), a automedicação consiste no tratamento de problemas de saúde comuns com medicamentos concebidos para serem utilizados sem supervisão médica, tendo sido aprovados como seguros e eficazes na indicação para a qual são utilizados.(30)

Tal como se percebe, os indivíduos têm dificuldade na realização da examinação, diagnóstico, procura de informação e conseqüentemente na decisão terapêutica efetuada por si próprios.(24) Sendo assim, a automedicação tornou-se um fenómeno emergente e que ameaça, cada vez mais, a saúde pública.(8)

Como referido por Iuras et al.(25), poderão considerar-se três formas de classificar esta prática, nomeadamente do ponto de vista cultural, orientada e induzida. O primeiro caso consiste, essencialmente, na experiência que o indivíduo vai adquirindo ao longo da vida, bem como, nos conselhos transmitidos por familiares (como se fosse uma herança cultural). Relativamente à prática orientada, baseia-se nos conhecimentos dos indivíduos acerca dos medicamentos e, por último, a influência da publicidade e das campanhas farmacêuticas leva a uma automedicação induzida. De realçar que existem outras formas de classificar esta prática, como se refere de seguida.

1.2 Automedicação responsável e não responsável

A automedicação pode ser classificada de acordo com a forma como é praticada pelos indivíduos.

A automedicação responsável inclui a utilização de MNSRM após existir o conhecimento das indicações terapêuticas associadas, da posologia, dos possíveis efeitos colaterais, das interações, precauções, tempo de tratamento e após procura do aconselhamento de um profissional.(27) A qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos a utilizar têm de ter sido demonstradas e os mesmos têm de ser usados para as condições autorreconhecidas ou para condições crónicas ou recorrentes, após diagnóstico médico inicial.(19,31) Consiste, assim, na utilização racional do medicamento por parte do indivíduo que pretende automedicar-se. As

condições para as quais os indivíduos podem recorrer a esta prática devem considerar-se como problemas autolimitados (passageiros e sem gravidade, como indicado na legislação portuguesa(15)), os quais obedecem às recomendações realizadas, referidas anteriormente.

Embora a automedicação responsável possa trazer alguns benefícios, nomeadamente reduzir os custos, o tempo despendido no tratamento e facilitar o tratamento em caso de emergência, esta não se encontra isenta de riscos (atraso no tratamento efetivamente necessário, reações adversas, interações medicamentosas, entre outros). Tal como é enfatizado pela OMS, para a realização de automedicação responsável é necessário que o medicamento seja acompanhado das informações que descrevam a forma de administração, possíveis efeitos secundários, monitorização, interações que possam ocorrer, advertências importantes, duração do tratamento e acima de tudo, que o indivíduo tome conhecimento de todas essas informações.(18) Deve, assim, controlar-se esta prática desde início evitando o uso irracional dos medicamentos e a consequente toxicidade, interações medicamentosas e reações adversas dos medicamentos administrados.(18) A educação dos consumidores quanto à automedicação responsável tem muito a ver com o conteúdo e qualidade da informação que é transmitida, bem como o modo de proceder a essa transmissão, devendo garantir-se que esta se processa da melhor forma.(31)

Relativamente à automedicação não responsável, diz respeito ao autodiagnóstico, à valorização das queixas apresentadas pelo próprio indivíduo e no que concerne ao respetivo tratamento, este ou através da influência de outros, decide automedicar-se recorrendo a MNSRM ou MSRM sem aconselhamento de um profissional.(32)

1.3 Benefícios e riscos associados à prática de automedicação

A prática de automedicação tem prós e contras associados.(29) Pelo facto de existir um fácil acesso aos MNSRM ocorre um aumento do arsenal terapêutico disponível para o tratamento de situações menores. Estes medicamentos são considerados seguros e eficazes quando utilizados como indicado e o seu uso permite a minimização da recorrência ao sistema de saúde, o que consequentemente reduz os custos associados, pela diminuição da sobrecarga dos serviços (dado que seria inviável a consulta médica de toda a população que apresentasse problemas de saúde ligeiros).(3) A integração do indivíduo no cuidado da sua saúde e bem-estar e a responsabilidade associada à realização desta prática quando necessária (optando por estilos de vida mais saudáveis e consultando o médico ou o farmacêutico apenas nas situações apropriadas) podem ser consideradas vantagens do uso de MNSRM, dado que a recorrência a estes permite a manutenção de uma “boa saúde física e mental, responder às necessidades sociais e psicológicas, prevenir doenças ou acidentes, evitar riscos desnecessários”.(33) De notar que este limiar entre aquilo que pode ser tratado com recurso à automedicação e aquilo em que é necessário auxílio pelo sistema de saúde pode ser difícil de delimitar pelos indivíduos, sobrecarregando os serviços de saúde sem necessidade ou, pelo contrário, automedicando-se em situações em que era necessário auxílio médico. Assim, antes da possibilidade do indivíduo

exercer este tipo de intervenção na sua saúde, a sobrecarga era consideravelmente superior, sendo neste ponto que a prática correta de automedicação é importante. De destacar, também, que esta prática tem impacto ao nível da comercialização e do retorno associado, aumentando o lucro da indústria farmacêutica.

O ponto fulcral a realçar é, de facto, a generalização da prática de automedicação para todas as situações, condições ou patologias e o conhecimento que os indivíduos pensam apresentar acerca da utilização segura dos medicamentos, para se autodiagnosticarem e escolherem o tratamento farmacológico a seguir. Ou seja, o elevado nível de confiança que possuem em automedicar-se pode ser um problema para a saúde pública, traduzindo-se mesmo num comportamento de risco.

Além das vantagens, existem também desvantagens e riscos associados, como os resultantes da falta de informação quanto aos efeitos adversos causados por alguns deles e mesmo a incapacidade de reconhecer os riscos. Os MNSRM embora de venda livre, não deixam de ser medicamentos e, portanto, a possibilidade de ocorrência de efeitos colaterais tem de ser bastante clara para os utentes. De realçar que, além dos efeitos adversos que são relatados nos estudos e mesmo pela população aos profissionais (resultantes do recurso à automedicação), muitos dos que ocorrem não são notificados portanto, na realidade podem ser superiores (ocorrência de subnotificação).(24) Como os estudos de investigação que são realizados não comportam a determinação de todas as reações adversas, dado que, algumas só surgem a longo prazo, é nesta situação que a farmacovigilância é essencial e tem de ser promovido o diálogo com o profissional para a notificação dos problemas que surgem após automedicação.(22,31) Portanto, a transmissão à população da necessidade imperativa de reportar ao portal de notificação de Reações Adversas Medicamentosas (RAMs) é essencial, pois tal prática não cabe apenas aos profissionais, embora sejam estes os que podem fornecer um contributo mais importante para a farmacovigilância.

Outro problema subjacente é a aquisição de medicamentos inadequados para o problema em questão (incorreto autodiagnóstico e uso irracional dos medicamentos) o que pode atrasar tanto o diagnóstico correto efetuado por um profissional de saúde como a instituição do tratamento adequado e efetivo para o problema em causa.(1,17) Ao atenuar os sintomas apresentados, os indivíduos podem mascarar a doença/condição subjacente o que faz com que esta não receba o tratamento adequado, continue a progredir, tornando-se num problema sério ou, no pior dos cenários, potencialmente fatal.(12) Portanto, um autodiagnóstico e escolha do fármaco inadequados conduzem à ineficácia e desenvolvimento da condição subjacente. Além disso, a falta de conhecimento da posologia e da duração do tratamento contribui ainda mais para os problemas que podem surgir com esta prática.

Outra situação que causa riscos é ocultar esta prática ao médico ou farmacêutico (relativamente a situações passadas e/ou as que estão a ocorrer naquele momento), pois pode comprometer o tratamento farmacológico a instituir pelo médico ou existir, mesmo, o risco de

interação. Mais grave ainda é alterar a dosagem e a duração de tratamento recomendadas. As condições de armazenamento também devem ser as adequadas para manter a integridade e a conservação dos medicamentos, o que se aplica a todos os produtos de saúde.(24)

O risco de hospitalização resultante dos efeitos adversos da automedicação foi calculado num estudo, ocorrendo em 3,9% dos 7000 pacientes hospitalizados (metade dos casos correspondia a MNSRM). Foi verificada uma incidência superior dos efeitos secundários nos idosos.(24) Convém sempre lembrar que a dose de fármaco depende de cada pessoa e, nesse sentido, o acompanhamento de um profissional é essencial. A que é recomendada para um indivíduo já pode situar-se no patamar de sobredosagem noutra pessoa.(1) Assim, as dosagens indicadas no Folheto Informativo (FI)/Resumo das Características do Medicamento (RCM) têm, muitas vezes, de ser adaptadas às características dos indivíduos, por exemplo, tendo em conta a função renal, a função hepática e o estado nutricional, daí a extrema importância da avaliação profissional.

É nestes pontos fulcrais que a atuação dos profissionais de saúde é essencial. As interações que podem ocorrer tanto com medicamentos como com alimentos e álcool e o abuso medicamentoso também se enquadram nos riscos subjacentes (um exemplo deste último caso é a administração de medicamentos diferentes com a mesma substância ativa). Entre as causas de alguns destes riscos encontra-se a ausência da leitura do FI ou a sua incorreta interpretação.(33) Além dos já referidos, as intoxicações, o desenvolvimento de resistências, a dependência devido à tolerância causada por alguns fármacos e os problemas associados à sub- ou sobredosagem também se enquadram nas ocorrências verificadas.(11,21,34) Relativamente às intoxicações, estas ocorrem sobretudo devido a erros de seleção de medicamentos, de dosagem e medicamentos ao alcance de crianças. Também podem ocorrer dado que a metabolização de alguns fármacos gera metabolitos farmacologicamente ativos e estes podem contribuir para uma intoxicação acidental. Nos países ocidentais os medicamentos são responsáveis pela maior parte das intoxicações.(35) Uma vez que os fármacos procurados pelas pessoas no âmbito da automedicação podem causar estes problemas quando usados irracionalmente, é necessário o alerta à comunidade para a possibilidade de ocorrência de intoxicações medicamentosas.

É por todos estes motivos que a promoção da saúde e o alerta para os riscos da automedicação não responsável é fundamental. Para isto contribui em grande medida o controlo estabelecido pelas agências reguladoras dos medicamentos e o crescente envolvimento dos farmacêuticos na orientação dos utentes.(36) Tal como mencionado por Amaral et al.(32) a familiarização com os medicamentos e as inúmeras formas de obter informação sobre os mesmos podem levar à sua utilização descomedida e tornar-se numa prática regular, por isso há que ter sempre em atenção os riscos associados ao seu uso.

1.4 Prevalência da automedicação no mundo e em Portugal

Tal como referido por Martins et al.(19), nos últimos anos verificou-se uma alteração do acesso aos cuidados de saúde na Europa, tanto devido ao decréscimo da economia como à influência

demográfica, com o acentuado envelhecimento que se tem verificado. Consequentemente, a gestão da economia e dos recursos de saúde ganha um maior destaque e tem sido essencial nos últimos tempos. É neste âmbito que se insere, também, a automedicação, como forma de economizar os recursos.

De forma geral, a prevalência da automedicação nos países europeus é elevada (68%), sendo que nos países em desenvolvimento, por norma, essa percentagem é muito superior, excedendo os 92% na população jovem do Kuwait, na Ásia, por exemplo.(17)

Contudo, tal não significa que apenas os mais desfavorecidos recorram a esta prática, pois também aqueles que apresentam um maior poder económico e um nível de escolaridade superior tendem a realizar automedicação, possivelmente por acreditarem que possuem conhecimento suficiente para tal.(25,33) Verificar a veracidade desta afirmação foi o objetivo do estudo desenvolvido, em 2013, por Pinheiro et al.(37), no qual se infere que indivíduos com maior literacia apresentam maior confiança para se automedicar, dado que prestam mais atenção a terapêuticas prévias e aos seus resultados. Portanto, embora se pudesse pensar que ao disporem de mais informação acerca dos medicamentos e dos problemas subjacentes ao seu uso incorreto diminuiriam esta prática, o conhecimento que é adquirido ao longo dos anos de escolaridade permite aumentar a confiança para sua realização. Tal permite destacar a necessidade urgente de promover ações de esclarecimento acerca da automedicação, não só dirigidas para uma população menos informada como também incluir o grupo de pessoas que têm um nível de escolaridade superior.

Uma revisão sistemática analisou os diversos subgrupos populacionais na Etiópia e concluiu que os profissionais de saúde, bem como os estudantes universitários são os que mais realizam automedicação contudo, é sempre difícil conseguir generalizar os resultados obtidos nos estudos.(18)

Em Portugal, pelo facto do nível de literacia em saúde ser baixo (associado ao envelhecimento e à menor escolaridade da população) é necessário implementar medidas com vista à melhoria deste indicador.(33) Os estudos realizados permitem deduzir a significativa prevalência deste fenómeno.(2) Os Inquéritos Nacionais de Saúde, realizados pelo INE, têm permitido perceber a prevalência do consumo de MNSRM e de medicamentos que necessitam de prescrição nas diferentes faixas etárias.

Os novos locais de venda de MNSRM e as reclassificações de alguns MSRM para MNSRM permitiram o crescimento destes medicamentos no mercado português e consequentemente a prática de automedicação. De acordo com a informação disponibilizada pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED, I.P.) acerca da monitorização da venda de MNSRM e o enquadramento dos mesmos no mercado dos medicamentos, relativamente ao período de janeiro a dezembro de 2018, o volume total representado por estes foi de aproximadamente 17% (tendo em consideração a sua venda nas farmácias e fora delas). É relevante a comparação com anos anteriores por forma a perceber o crescimento ou

decréscimo desse valor de mercado total de medicamentos, sendo que neste caso tem ocorrido um aumento da representatividade total ao longo dos anos. É importante salientar que a percentagem total de venda de MNSRM fora das farmácias têm vindo progressivamente a aumentar nos últimos anos. A representatividade, em termos de valor, tem igualmente uma tendência de crescimento, podendo este justificar-se pelo aumento do número de embalagens de MNSRM vendidas mas, também, pelo aumento do seu Preço de Venda ao Público (PVP).(2,38)

Em Portugal têm sido realizados alguns estudos que permitem verificar a prevalência da automedicação. Talvez um dos primeiros, entre 1995 e 1996, avaliou a automedicação numa porção da população urbana portuguesa, nomeadamente a clientes de onze farmácias de Lisboa e do Porto (a maioria pertenciam ao sexo feminino, com o ensino primário, sendo a média de idades de 46 anos). Dos 4135 inquéritos realizados obteve-se 26,2% de prevalência de automedicação, sendo mais incidente no sexo masculino e na faixa etária entre os 10 e os 49 anos, seguida das idades pertencentes ao intervalo de 50-69 anos. Com a conclusão, já nessa altura, que a proporção mais elevada de automedicação ocorreu nos estudantes e pessoas com formação universitária, o que quer dizer que poderiam ter sido aplicadas medidas, ou as realizadas terem sido mais efetivas, para evitar o crescimento desta tendência até aos dias de hoje.(39)

Em 2013, foi realizada uma investigação relativa à automedicação no concelho da Covilhã, no âmbito da dissertação de Pervukhina et al.(40), na qual se obteve uma prevalência de 56%, sendo a incidência superior no sexo feminino (59,6%). A maioria dos inquiridos eram do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18-29 anos e tinham concluído o ensino secundário.

O estudo da automedicação em 182 jovens e adultos da região centro de Portugal, no ano de 2014, obteve 86,7% de prática de automedicação ao longo da vida e ao encurtar o tempo de estudo para 6 meses os valores obtidos foram de 85,9%.(32)

No mesmo ano, realizou-se um estudo numa cidade do norte de Portugal, com 330 indivíduos e com uma média de idades de 41,3 anos. A prevalência obtida foi de, aproximadamente, 88%, sendo que 78% realizaram automedicação no último ano (destes, a percentagem mais elevada é referente à prática de automedicação “algumas vezes por ano”).(41)

O estudo da automedicação, incluindo a determinação da sua prevalência e incidência, irá depender de determinados fatores, será influenciado pelas características demográficas da população em estudo, bem como, da definição de automedicação que se tem em consideração e da metodologia do estudo.(11) Por exemplo, relativamente ao período de tempo do estudo verifica-se que ao inquirir 315 utentes num serviço de urgência, relativamente ao período precedente de sete dias obtém-se um valor mais reduzido (43,9%) do que ao alargar o período de tempo e questionar se praticou automedicação alguma vez na vida (75,9%), como era previsível.(24)

1.5 Prevalência da automedicação em estudantes universitários (inscritos ou não em cursos de saúde)

Existem diversos estudos que avaliam a influência da área de formação na realização desta prática. Embora a abordagem neste estudo seja apenas relativamente aos estudantes de Ciências Farmacêuticas, uma caracterização geral dos estudantes universitários das mais diversas áreas é importante em determinados âmbitos. O facto de existirem variações no tempo de estudo, na quantidade de inquiridos e no contexto em que os estudos são conduzidos são fatores a considerar para poderem realizar-se comparações dos resultados obtidos nas diferentes publicações. Nalguns trabalhos são integrados estudantes que frequentam os diversos anos do curso em questão, sendo que noutros casos apenas determinados anos são incluídos o que, de facto, pode ser significativo em termos da retirada de conclusões. Por exemplo, como acontece num estudo na Sérvia(9), onde se verificou a automedicação de 79,9% dos 1296 alunos pertencentes ao primeiro, terceiro e sexto ano de Medicina. Os estudantes do último ano automedicam-se mais que os restantes, o que é extremamente interessante para perceber onde se deverá intervir. Numa abordagem mais geral, com cursos de diversas áreas, no sul da Índia, verifica-se uma associação superior da prática de automedicação com os mais jovens dos cursos.(14)

Parecem existir diversos fatores que levam a uma maior prevalência desta prática entre os estudantes de cursos de ciências da saúde, como um maior acesso a informação científica e uma maior familiaridade com os diferentes tipos de fármacos, o que potencia uma maior prática, sendo isto verificável nos resultados de vários estudos.(11,14)

Contudo, existem investigações que concluem precisamente o oposto, como Zafar et al.(21) que obtiveram uma prevalência de 76% com estudantes pertencentes ou não ao curso de Medicina, em Karachi, Paquistão. Ou seja, concluíram que não existem diferenças significativas entre a automedicação praticada por estudantes das várias áreas de formação. O mesmo foi referido por Alshogran et al.(20) no qual se obteve 96,8% de automedicação nos estudantes pertencentes ou não a cursos de saúde.

O estudo da automedicação por Galato et al.(22), em 2012, concluiu que existe uma percentagem de automedicação de 37% nos estudantes universitários de vários cursos (tendo em consideração apenas estudantes que já estivessem, pelo menos, a meio do curso) nos quinze dias antecedentes. Aproximadamente 97% afirmaram já ter realizado essa prática durante a sua vida, 42% recorreram a medicamentos de terapêuticas instituídas anteriormente e 2% utilizaram plantas medicinais. De realçar que não foram denotadas diferenças significativas relativas à prática de automedicação entre os estudantes dos vários cursos, apenas relativa às influências apresentadas pelos estudantes de cursos de saúde para a realizarem, o que mais uma vez salienta a influência deste fator.

Uma investigação realizada em 2012, a diversos cursos, entre os quais Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia, com 342

alunos avaliados, obteve uma prevalência de 68,7% relativamente ao mês anterior ao inquérito. 41,9% dos que realizaram automedicação não recorreram a um profissional de saúde e 29,1% realizaram-na com orientação farmacêutica.(26)

Ullah et al.(34) avaliaram a prática de automedicação em estudantes incluídos ou não em cursos de saúde no Paquistão, obtendo uma prevalência de 95,5%. Por Chiribagula et al.(8) a prevalência foi ainda superior, 99%, sem diferenças consideráveis entre cursos de ciências da saúde e outros.

Um estudo realizado no Bangladesh, relativamente ao período prévio de um ano, revelou que todos os inquiridos realizaram automedicação (estudantes de Medicina e Farmácia), dados que possivelmente estão relacionados com o alargamento no período de estudo.(23)

A análise relativa à prevalência e aos fatores que afetam a prática de automedicação nos estudantes de cursos de saúde em diferentes patamares da sua formação revelou um resultado de 33,7%, com referência ao período de um mês antecedente ao estudo. A área de estudo que influenciou mais na percentagem de automedicação foi a Farmacologia.(12)

No Egito foi determinada uma prevalência de 62,9%, relativa a um ano letivo completo, em jovens do primeiro e último ano de curso, inseridos ou não em faculdades de saúde. É de realçar que este trabalho permitiu inferir que há medida que ocorre a aquisição de conhecimento existe uma maior preocupação com os problemas relacionados com a automedicação e que, por isso, ocorreu a leitura do RCM por parte de 88,8% dos estudantes, bem como o alerta e desincentivo das pessoas do seu círculo social a realizarem esta prática. Um menor conhecimento por parte dos estudantes de primeiro ano desencoraja-os a automedicarem-se.(3) Todavia, curiosamente e concordante com alguns dos estudos referidos, são os indivíduos do último ano de formação que mais se automedicam, embora com maior compreensão dos malefícios dessa prática mas, em simultâneo, com o conhecimento superior das doenças e fármacos, julgam-se capazes de perceber o tratamento mais correto a realizar.

No Nepal, 81,35% dos 488 estudantes praticaram automedicação, o que se inclui num dos valores mais elevados.(29)

Avaliando 736 estudantes de Medicina, Farmácia e Enfermagem obteve-se uma prevalência de 92,39% de utilização de automedicação, nos seis meses antecedentes, existindo uma percentagem superior de estudantes de Enfermagem a automedicar-se.(1)

No Instituto Politécnico de Bragança a prevalência de automedicação foi de 90,7%, num total de 225 estudantes pertencentes a escolas superiores de diversas áreas, sendo que 57,4% destes referiram possuir conhecimentos relativos aos efeitos secundários.(42)

Na Escola Superior de Saúde de Bragança foi realizado um estudo no qual se incluíram 219 alunos dos cursos de Gerontologia, Farmácia, Enfermagem, Dietética e Nutrição e Ciências Biomédicas Laboratoriais, dos quais 98% recorreram à automedicação. Relativamente à

frequência, destes 98%, 51% refere recorrer a esta prática com “pouca frequência”, enquanto 28% afirma realizá-la com “alguma frequência”, 14% “raramente”, 5% com “muita frequência” e 2% “apenas uma vez”, tendo em conta que a definição do período de tempo referente a cada resposta não é indicada. Uma justificação dada para 78% destes se automedicarem devido a um problema de saúde ligeiro é que os estudantes podem estar distantes do seu agregado familiar e consequentemente do seu médico de família.(43)

Um estudo recente delineado por Abdi et al.(11) indicou uma prevalência de 89,6%, analisando o comportamento de 250 estudantes de vários cursos de saúde, nos seis meses antecedentes, sendo que a prevalência foi maior no curso de Medicina. O que foi verificado por Helal et al.(3) é que comparando com os alunos de áreas que não estão relacionadas com a medicina, os estudantes dessa área apresentam valores superiores da adoção da prática (contrariamente ao verificado noutros estudos em que a automedicação não dependia da área de formação). Porém, é de realçar que, são os estudantes de áreas de saúde que adotam mais a automedicação responsável. Kanwal et al.(17) verificaram que 46,3% dos 297 estudantes de Medicina questionados tinham praticado automedicação mais de duas vezes nos seis meses antecedentes e que 99% deles já tinha realizado esta prática na sua vida.

Relativamente a 800 estudantes de Farmácia da Índia, a análise do questionário realizado permitiu obter uma percentagem de 95% de utilização de medicamentos sem aconselhamento, sendo de realçar que 63% deles sugeriu medicamentos a outras pessoas para sintomas menores como a febre, dores e tosse.(4) Porém, dado que ainda pertencem à classe estudantil, o aconselhamento pode ser inadequado, pode existir um problema subjacente mais grave do que aparenta e questões relevantes a realizar antes de sugerir tratamento, sendo tal corroborado com o facto de o diagnóstico ser da responsabilidade do médico. No contexto português, nomeadamente na comunidade universitária da Universidade da Beira Interior foi obtida, na dissertação realizada por Queirós et al.(44), uma prevalência de 84,4%.

Quando se analisa a utilização de antibióticos pelos estudantes universitários, no âmbito deste conceito, obtém-se uma prevalência de 40,2% de utilização dos mesmos, nos seis meses prévios ao estudo realizado, em 2014, na China.(13) É ainda de notar que mais de metade dos 731 estudantes inquiridos armazenam antibióticos que foram prescritos em determinadas situações, para posterior utilização, o que acontece se não ocorrer o cumprimento do plano terapêutico, por exemplo. De realçar, também, que esta classe farmacológica é mais utilizada por estudantes de cursos de saúde (extremamente alarmante esta conclusão, dado serem alunos que recebem informação científica atualizada e que, portanto, deviam perceber o perigo desta ação) e por aqueles que residem em áreas urbanas. Relativamente à Europa, Scuri et al.(6) verificaram que tanto estudantes de Farmácia de Itália como de Espanha usam frequentemente antibióticos para gripes e constipações.

É importante ter em consideração o facto de os estudos serem conduzidos em contextos diferentes, com objetivos e métodos distintos, o que torna mais difícil a comparação entre

eles. Contudo, tendo em conta a abordagem de cada estudo, têm sido obtidas elevadas prevalências de automedicação entre os estudantes nas diversas áreas de formação.

1.6 Doenças/Condições/Sintomas/Problemas de saúde mais comuns na automedicação

Um problema para o qual correntemente se recorre à automedicação é a dor (dor em geral/dor no corpo(27,42,45), dor de dentes(20), dor de cabeça(12,20,26,27,42,45)), também a gripe(12,20,45), a febre(42,45) e a tosse(27) são comumente relatadas.(1,3,4,14,17,22,34) Outras condições como diarreia(1,4), alergia(1,4,17,20,27), indigestão, dificuldade em adormecer/insónias(20), cansaço e ansiedade são relatadas como sintomatologias que os estudantes tentam tratar.(3)

Também são indicados problemas hematológicos, menstruais(20,27), neurológicos(12), desordens gastrointestinais em geral(4,20,26), dores abdominais(12,17), músculo-esqueléticas, problemas de pele(3,12,20) e até mesmo para a prevenção da osteoporose.(11) Dor de garganta(26,45), cólicas intestinais, perda de peso e infeções do trato urinário são referidas pelos estudantes.(3) Obstipação(4), vômitos(1,4,27), acidez gástrica(1), dores musculares(26,45) são outras indicações referidas pelos participantes no estudo.(14) Inflamação na garganta(20), dor de estômago(4,26) e congestão nasal(20) foram também indicadas.(1) A melhoria do desempenho escolar foi referida como uma situação para a qual os estudantes recorrem a medicamentos.(25) Existe, na maior parte dos estudos, uma opção relativa a “Outros problemas” que corresponde sempre a alguma percentagem de estudantes. Sendo assim, compreende-se que existe uma maior variedade de situações para as quais estes recorreram, além das especificadas pelos investigadores.(1)

Deve realçar-se que, se estes problemas/sintomas/condições ocorrerem de uma forma prolongada ou repetirem-se sucessivas vezes, deve ser motivo de recorrência imediata ao médico, para não piorar as situações em causa. Será uma boa opção recorrer à automedicação se os benefícios superarem os riscos, por isso é necessário estar informado dos riscos subjacentes à automedicação evitando que seja associada, pelos indivíduos, a uma prática isenta de perigo.

1.7 Classes farmacológicas e outros produtos mais comumente utilizados na prática de automedicação

Os analgésicos representam elevadas percentagens da totalidade de classes farmacológicas usadas, o que é coerente com o principal problema que motiva a prática de automedicação.(1,9,11,12,14,20,22,26,29,43,45) Os antipiréticos(13,19,25,42) e anti-histamínicos(16,42) também apresentam taxas de utilização elevadas, sendo de referir, ainda, os antibióticos(19), que em vários estudos foi verificado que são comumente usados.(1,4,9,11,12,21,29,45) Além das resistências existem outras complicações que podem ocorrer ao administrar esta classe farmacológica inadvertidamente. Os indivíduos necessitam

de compreender que, mesmo quando prescrito pelo médico (após a avaliação de qual o mais adequado para a situação e a pessoa em causa) existem efeitos secundários, muito mais quando são administrados pelos próprios indivíduos sem os conhecimentos necessários para o seu uso correto.

Antitússicos(1,4,20,43), expetorantes(43), antidiarreicos(1,4), produtos à base de plantas(17), tranquilizantes/sedativos são descritos pelos estudantes como classes farmacológicas a que recorreram.(9,11,12) Os antieméticos também são referidos, embora em menor percentagem.(1,4,29,43) Laxantes(20), contraceptivos orais e antidepressivos são utilizados por uma menor percentagem de futuros profissionais.(9,43) Os Anti-Inflamatórios Não Esteróides (AINEs) são usados por 74,3% dos estudantes médicos incluídos num recente trabalho de investigação de Kanwal et al.(17) Antiácidos(26) e descongestionantes(4) também são utilizados em menor percentagem pelos estudantes.(1,20) Analgésicos intercalados com anti-inflamatórios são referidos com elevadas percentagens(4), bem como anti-inflamatórios por si só.(43,45)

Os suplementos vitamínicos também representam elevadas percentagens em alguns estudos, como 44%(21), 32,52%(12), 45,7%(9), 33,9%(14) e 29,7%(4).

Em Portugal é de realçar que os medicamentos e outros produtos de saúde mais utilizados vão ao encontro dos já referidos noutros estudos. Na investigação de Amaral et al.(32), constituída por 182 jovens e adultos da zona centro do país, verificou-se que os mais utilizados foram analgésicos, anti-inflamatórios, antipiréticos, vitaminas, antibióticos, contraceptivos e antidepressivos, sendo as prevalências de 78,8%, 54,5%, 22,4%, 19,9%, 7,1%, 3,8% e 1,3%, respetivamente. No estudo realizado por Costa et al.(46), em 746 estudantes universitários de Lisboa, obteve-se uma maior prevalência da automedicação para analgésicos e antipiréticos, bem como para AINEs, o que pode ser justificado pelo facto de, na sua grande maioria, os fármacos pertencentes a estes grupos serem de venda livre. Já os antibióticos, hormonas sexuais e psicofármacos apesar de terem de ser obtidos com prescrição também apresentaram uma percentagem associada à automedicação.

1.8 Fármacos mais comumente utilizados na prática de automedicação

Alguns estudos revelam elevadas percentagens de utilização do paracetamol, nomeadamente 60%(11), 14,3%(22), 31%(29) e associações deste, 6,5%(22). De notar que a obtenção de 43,6%(11), 6,5%(29) de utilização de amoxicilina e 17,6%(29) de azitromicina é extremamente preocupante. O diclofenac e ibuprofeno, além do paracetamol são dos mais solicitados, sendo que a codeína e o tramadol são menos prevalentes (5,7%).(12) A cetirizina (8,6%) e o omeprazol (6,3%) são outros dos fármacos mencionados num estudo realizado, em 2015, no Nepal e a combinação de paracetamol e ibuprofeno foi referida por 19% dos 488 estudantes.(29)

Uma investigação realizada em 2003, a 746 estudantes da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa revelou que os fármacos mais utilizados foram o paracetamol e associações do mesmo, ibuprofeno, nimesulida, acetilsalicilato de lisina, ácido acetilsalicílico, ciproterona e etinilestradiol, amilase, diclofenac, ambroxol, ácido acetilsalicílico+cafeína+vitaminaC, pseudoefedrina+triprolidina, multivitaminas+sais minerais+ácido fólico.(46)

Um estudo realizado no Instituto Politécnico de Bragança, em 2009, a 225 estudantes, obteve como mais prevalentes, 81,8% de consumo de paracetamol, 72,9% de ibuprofeno e 55,1% de tirotricina, o que reflete as principais condições para os quais foram utilizados. Em menores percentagens registou-se o diclofenac (19,1%), valeriana (20,4%), ácido ascórbico (39,1%), ácido acetilsalicílico (44,9%) e 5,8% em outros MNSRM.(42)

De notar que a maior parte das investigações revela os resultados em termos de classes farmacológicas mais comumente usadas e não através da Denominação Comum Internacional (DCI).

1.9 Fatores e razões que influenciam e contribuem para a recorrência à automedicação

As características sociodemográficas e socioculturais dos indivíduos influenciam a utilização de fármacos por parte dos mesmos, como se encontra demonstrado de seguida, através de diversos estudos.

Poderão, então, existir diferentes fatores que influenciam os alunos das diferentes áreas de formação. Existe uma correlação entre estudantes de saúde e a influência do seu conhecimento acerca de patologias e medicamentos. Relativamente aos alunos dos restantes cursos, tendem a prestar mais atenção aos aconselhamentos de familiares e amigos, publicidade, reutilização de prescrições anteriores, entre outros.(22,47)

De facto, o conhecimento acerca da saúde tem grande influência na prática de automedicação contudo, entre estudantes dessa área podem não existir diferenças consideráveis. Um estudo realizado com estudantes universitários do curso de Medicina e Farmácia demonstrou que as razões para a realização desta prática não diferem significativamente.(23) O que pode ser essencialmente explicado tendo em conta que são dois cursos da área da saúde e, portanto, os fatores que influenciam os estudantes, baseado no facto de possuírem conhecimento científico, poderão ser semelhantes. De notar que o mesmo estudo revelou uma diferença significativa na preocupação acerca da segurança dos medicamentos/da realização de automedicação, mais evidente nos estudantes de Farmácia. Esta evidência poderia levar a uma menor prevalência desta prática nestes alunos, o que não se verificou.

Geralmente, os consumidores realizam esta prática pois, embora a(s) condição(ões) que apresentam seja(m) problemática(s), não é(são) suficientemente séria(s) que justifique(m) a recorrência a uma consulta médica (são, por vezes, referidas pelos estudantes como sendo não problemáticas).(1,3,9,12,14,18,23,34)

O facto de existir um fácil acesso aos medicamentos, de ser uma condição com baixa severidade, ser prático e cómodo, de apresentarem experiência prévia com sintomas similares (na maior parte dos casos resultando o sucesso do tratamento), a escassez de tempo, a urgência na resolução do problema, os recursos económicos escassos, por vezes, o difícil acesso aos sistemas de saúde e a disponibilidade do aconselhamento farmacêutico justificam esta recorrência.(1,11,12,17,21,22,24) Para além das referidas, o conhecimento adquirido de experiências prévias, a indisponibilidade do médico e, portanto, a impossibilidade de obter a consulta médica pretendida, parece ter influência na aplicação da automedicação para a resolução dos seus problemas.(3,9,14,17) Também a elevada quantidade e variedade de medicamentos que existem propiciam uma maior utilização, o que conseqüentemente pode aumentar a probabilidade do seu uso incorreto.(23) A indisponibilidade de transporte pode ser mais uma das razões apontadas para o recurso à automedicação.(21)

Uma das razões referidas é o tempo de espera, principalmente para os estudantes, onde o compromisso e a regularidade para com o estudo têm de ser mantidos e, portanto, embora a manutenção da saúde seja essencial, priorizam as aulas, frequências, exames e o tempo que é necessário despende para o estudo em vez de consultarem o médico para condições que estes associam a uma fácil resolução. Associado está, também, o *stress* a que estão sujeitos e que parece influenciar significativamente a incidência desta prática na população que frequenta o ensino universitário. Foi, ainda, verificado que os estudantes referenciam que pretendem ter um papel ativo na sua saúde e veem na automedicação uma oportunidade para o fazer.(23,36) Esta mesma razão está associada ao facto de acreditarem que possuem o conhecimento e a informação farmacoterapêutica necessária para tomar as suas próprias decisões terapêuticas.(11) É de referir, também, a ideia que é mencionada pelos estudantes que justificam o recurso à automedicação pelo facto do médico (caso recorressem aos serviços de saúde) prescrever o mesmo medicamento que eles definem como sendo o mais adequado.(17) Existe um reduzido número de pessoas que justifica a prática devido a não confiarem no seu médico, o que tem de ser desmistificado, dado que os profissionais de saúde são as pessoas com mais conhecimento científico e, portanto, não existe qualquer motivo para existir desconfiança.(1) O conceito do autodiagnóstico e administração imediata de medicamentos prende-se muito com o facto de necessitarem de um rápido alívio dos sintomas que podem estar a interferir com as suas atividades diárias.(17) Na maior parte dos estudos as justificações mais reportadas são a diminuída gravidade do problema e as experiências anteriores.

Nalguns estudos(3,9,12,22,24,33) verifica-se uma prevalência da automedicação no género feminino, tal é justificado pelo facto de participarem em maior número nestes estudos, por existir um maior autocuidado/preocupação com a saúde por parte das mulheres, em geral, e das estudantes em particular, bem como, por estarem predispostas a problemas específicos associados ao seu género. Existem casos em que comparado com o sexo masculino, mais do dobro das mulheres praticaram automedicação.(42)

O ano em que se encontram inscritos os estudantes no curso, apesar de alguns estudos o terem em conta para selecionar os inquiridos, parece não ser relevante ou significativo para a diferença de resultados.(21) Como já se referiu anteriormente, outras publicações encontraram diferenças significativas, dado que os resultados obtidos podem demonstrar que os mais jovens automedicam-se mais ou menos, dependendo dos estudos. Relativamente à idade da população em geral, vários trabalhos demonstram que não existe correlação com a automedicação.(22,26) Contudo, existem outros que demonstram a associação entre esta variável e a prática de automedicação.(32)

Outro fator que parece influenciar é o estado civil, dado que nas pessoas que têm companheiro(a) a automedicação parece ser ligeiramente superior relativamente aos solteiros mas, na maior parte dos casos, a diferença não é significativa.(3,9,11,33) Também um agregado familiar que inclua filhos pode estar associado com esta prática.(32) Já outros estudos denotam que esta é uma variável correlacionada negativamente com a automedicação.(24) O rendimento mensal disponível pode também afetar o autodiagnóstico e a administração de medicamentos, dado que, quanto mais elevado este for, menos preocupação existe em ter de poupar para outros gastos e portanto, a prática de automedicação fica facilitada. No entanto são necessários mais estudos neste âmbito.(11)

A residência relativamente ao agregado familiar pode influenciar a prática de automedicação.(11) Outro fator que se encontra relacionado com o anterior é a área de residência ser urbana ou rural.(3,9) Ambos estão descritos em estudos como fatores que podem influenciar a prática de automedicação tanto positivamente como negativamente.

Um dado interessante foi determinado no estudo elaborado por Lukovic et al.(9), em estudantes de Medicina, no qual concluiu que existe influência por parte da educação do pai, mas que a frequência de recurso à automedicação é superior por parte dos jovens cujo pai possui o ensino básico ou secundário, diminuindo a prevalência no ensino superior.

Alguns autores consideram que a influência principal será ao nível cultural (a própria pessoa ou influenciada por outros, decide ou não automedicar-se), o que pode ser justificativo de não existirem diferenças relevantes em termos de género, estado civil, residência, entre outros. As atitudes que são praticadas pelos elementos mais velhos da família têm influência nas ações dos mais jovens (tendem a repetir, mais tarde, as ações que viram realizar), o que se pode refletir na prevalência desta conduta. Portanto, a educação recebida, a família e a sociedade influenciam todas as ações dos indivíduos, incluindo esta.(9,11) O próprio estudante, também pode conseguir tolerar com maior ou menor facilidade os sintomas/condições que apresenta sendo que, aqueles que apresentam um limiar mais reduzido de tolerância tendem a automedicar-se mais.(9)

Os planos de saúde também podem ter influência na prática de automedicação.(11) Foi inserida, também, para outros estudos, uma questão relativa à presença de doenças crónicas por forma a concluir se afeta ou não a realização automedicação.(9,14) O estudo do padrão de

recorrência ao médico, quando analisado, pode permitir estabelecer correlações com o recurso a medicamentos. No estudo de Alshogranet et al.(20) uma porção significativa dos estudantes recorreram mais de uma vez ao médico nos últimos seis meses, sendo de realçar que aproximadamente 12% deles não seguiram as indicações fornecidas pelo profissional, o que é preocupante, dado que são estes que, posteriormente, podem ter de se socorrer da automedicação. Na investigação de Ribeiro et al.(42), 31,1% dos inquiridos deslocaram-se mais de duas vezes ao médico no último ano e 25,8% não consultaram o médico, sendo que os restantes consultaram uma ou duas vezes. De notar que existe correlação entre a recorrência ao médico e o género associado (os indivíduos do sexo feminino recorreram mais à consulta médica) contudo, o mesmo não se verificou relativamente ao curso em que se encontravam, nem à idade do inquirido.

A influência pode advir dos profissionais de saúde dado o auxílio que prestam, familiares e amigos (que já apresentaram anteriormente a mesma condição ou conhecem alguém que já passou pelo mesmo), conhecimento próprio, prescrições antigas e publicidade. O conhecimento próprio foi o fator que mais influenciou a maioria dos 205 estudantes de Farmácia inquiridos, no estudo de Lima et al.(45), que se sentiram seguros e confiantes para procederem à automedicação.

A prática de atividade física, consumo de álcool e tabaco também podem estar correlacionados com a realização de automedicação. Influências podem advir também de recentes hospitalizações ou mesmo de estados depressivos.(9,24) A presença de uma “farmácia de casa”, com medicamentos armazenados de regimes terapêuticos instituídos anteriormente, aumenta a probabilidade dos indivíduos recorrerem aos mesmos em cerca de cinco vezes, sendo este fator corroborado por outras publicações.(9,14) A sazonalidade também foi estudada obtendo-se uma maior influência no primeiro e quarto trimestres do ano, dado a prevalência de alguns tipos de condições nessas épocas.(33)

Relativamente às razões que levam os estudantes a optar por não se automedicar, o “risco de reações adversas (50%), erros nas dosagens (33,7%), erros nos fármacos (33,7%), ausência de diagnóstico (21,6%) e criar dependência (14,9%)” estão entre as principais razões referidas.(27) Um estudo(3) realizado no Egipto aponta que a causa mais frequente para não se automedicarem é o medo que sentem relativamente aos efeitos secundários que podem surgir com a administração dos medicamentos, derivado, também, da falta de conhecimento ou de uma má experiência anterior. Contudo, há que realçar que a deteção dos efeitos adversos não é fácil, tanto nos tratamentos prescritos pelos profissionais como ao nível da automedicação.

1.9.1 Influência dos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de dispensa Exclusiva em Farmácia (MNSRM-EF)

A transposição de alguns MSRM para a classificação de MNSRM-EF, a partir de 2013, permitiu um aumento do número de medicamentos disponíveis sem prescrição e, portanto, uma maior acessibilidade o que, conseqüentemente, pode fazer aumentar a prática de automedicação.

Em comparação com outros países, Portugal possui uma menor quantidade de MNSRM, sendo que em alguns países os medicamentos usados em doenças crónicas encontram-se classificados dessa forma. No nosso país, os mesmos permanecem MSRM, dado que a definição de automedicação da legislação portuguesa exclui doenças crónicas.(2) Assim, trata-se de uma subclassificação dos MNSRM que, tal como o nome indica, podem ser obtidos na farmácia sem necessidade de recurso a uma prescrição médica. A inclusão nesta categoria indica que possuem alguma particularidade que justifica a sua dispensa por um profissional de saúde, que deveria ser o farmacêutico, pois promoveria a segurança e eficácia na sua utilização, disponibilizando informação mais detalhada e cumprindo o protocolo (este tem em conta as precauções e contraindicações associadas e os casos em que é necessário referenciar para consulta médica). Contudo, como a reclassificação teve em conta as indicações terapêuticas e a segurança associada, sendo necessário ter em conta os protocolos de dispensa quando ocorre a cedência destes medicamentos, tal pode ser realizado por qualquer um dos profissionais habilitados.

Tudo isto levará ao anteriormente descrito, por um lado à possibilidade de tratar atempadamente as condições que apareçam, evitando os custos associados a tratamentos mais dispendiosos, por outro lado a instituição de tratamentos desadequados, dado o incorreto diagnóstico realizado pelos próprios indivíduos. Devido à quantidade de MNSRM em Portugal é necessário prestar atenção à sua utilização pelos utentes para que, caso ocorra um uso irracional dos medicamentos, se possa ponderar a reclassificação dos mesmos.(19) Contudo, deve ser realçado o facto de a reclassificação ser realizada sempre tendo em conta todos os dados de farmacovigilância e segurança do medicamento em questão, sendo que só após uma revisão completa de todos os parâmetros se propõe a alteração da classificação de dispensa.(31)

A criação desta categoria, como referido, visa a necessidade de um acompanhamento por profissionais de saúde mais qualificados e mesmo da intervenção farmacêutica nos medicamentos em que existe necessidade de particular atenção ao risco-benefício e à segurança. Pode existir, ainda, alguma falta de conhecimento relativo aos MNSRM-EF e uma das funções dos profissionais de saúde é informar os utentes sobre estes. Até porque um maior conhecimento por parte dos indivíduos traduz-se numa diminuição da possibilidade de utilização de produtos farmacêuticos inadequados e potencialmente perigosos.(31)

De realçar a abordagem que é referida por Gonçalves et al.(31) em termos da abertura de uma discussão a nível nacional para a reclassificação de medicamentos para esta categoria de forma a serem supervisionados por um farmacêutico, sobretudo os MNSRM, que atualmente podem ser dispensados noutros locais sem essa supervisão.

1.9.2 Alargamento dos pontos de venda de MNSRM e das situações passíveis de automedicação

A disponibilização alargada dos medicamentos de venda livre à população pode contribuir para o aumento da automedicação na comunidade. Tal é coadjuvado pela diminuição do preço dos medicamentos dada a concorrência entre os vários canais de distribuição e

comercialização.(33) Embora exista legislação específica relativa à venda dos MNSRM fora das farmácias por pessoal qualificado (farmacêuticos, técnicos de farmácia ou pessoal sob a sua supervisão) é essencial que a disponibilização dos mesmos seja realizada sob supervisão farmacêutica.(31) Assim, embora o alargamento dos pontos de venda permita facilitar o acesso dos indivíduos, as consequências associadas não podem ser desvalorizadas, dado que os trabalhadores destes locais de venda podem não estar suficientemente habilitados para fornecerem todas as informações necessárias sobre os medicamentos às pessoas que os procuram.

Outra forma de obtenção é através da *internet*, que para além de aumentar a disponibilização de informação aos indivíduos permite, cada vez mais, a aquisição de medicamentos, o que pode levar a considerar a reclassificação de alguns deles.(31)

Ao longo do tempo também tem aumentado o número de situações suscetíveis de automedicação, contribuindo para isso a reclassificação de vários MSRM para MNSRM, responsabilizando cada vez mais o indivíduo pela sua saúde. Tal como referido por Gonçalves et al.(31) a perspetiva futura tende mesmo a poder alargar o conceito de automedicação a situações crónicas. A tendência é passar, então, a ser cada vez mais direcionada para a prevenção e tratamento de situações mais complexas, que correspondem, a maior parte das vezes, a condições crónicas assintomáticas.(19) A utilização desmedida dos medicamentos pode mesmo ocorrer, dado o habitual recurso aos mesmos em situações ligeiras, nas quais poderiam não ser necessários. Assim, as condições legisladas para as quais se poderá recorrer à automedicação encontram-se no Anexo I.

1.10 Duração e resultado do tratamento

Num estudo realizado a estudantes de Medicina(9) foi possível verificar que 92,2% utiliza os fármacos por sua própria iniciativa por um período até uma semana. Num trabalho realizado no Brasil, a estudantes de ciências da saúde, 47% dos inquiridos revelou a utilização de MNSRM durante um a dois dias, sendo que 37% usou durante uma semana e a restante percentagem durante meses ou mesmo anos.(25)

Em Portugal, no ano de 2014, numa investigação a jovens e adultos, 70,5% destes referiram utilizar durante 1 a 2 dias, 21,2% durante 3 ou 4 dias e 8,3% durante 5 dias ou mais.(32) Num estudo realizado a estudantes de diversos cursos da Escola Superior de Saúde de Bragança(43), obteve-se que a maioria apenas utilizava os medicamentos durante 1 a 2 dias, e 7% durante 5 ou mais dias até os sintomas melhorarem.

De acordo com a *Association of the European Self-Medication Industry*, o período de tempo durante o qual um paciente se pode automedicar varia consoante as circunstâncias mas, não deve ir, normalmente, além dos 3 a 7 dias.(48)

Além do tempo de tratamento que é praticado pelos indivíduos importa também saber se existiu, após a adoção desta prática, a obtenção de melhoria do problema ou se as condições apresentadas pioraram.

Mais de dois terços dos inquiridos no estudo de Ullah et al.(34) revelaram ter conseguido tratar o problema. No trabalho desenvolvido por Ahmadi et al.(12) obtiveram-se 35% de complicações subseqüentes nos estudantes que se automedicaram, estando os efeitos adversos associados, maioritariamente, aos antibióticos. 59% dos inquiridos revelaram que ocorreu a resolução do problema com os fármacos a que recorreram para se automedicar.(3) Noutro trabalho realizado por Chiribagula et al.(8), pelo contrário, 78,8% dos participantes tiveram de consultar o médico dado o insucesso do tratamento que executaram. Outra publicação(20) revela que os estudantes admitem que aumentam ou diminuem a dosagem do medicamento a administrar para tentarem resolver o problema, caso a medicação que administraram não tenha permitido obter o resultado pretendido (embora o mais prevalente é recorrerem ao médico ou farmacêutico, antes de alterarem a dosagem). No estudo realizado por Johnson et al.(1), 94% dos 736 estudantes de Medicina, Enfermagem e Farmácia beneficiaram com a prática de automedicação, bem como numa investigação realizada a 200 estudantes de diversos cursos, 97,3% deles não apresentaram problemas resultantes da prática de automedicação.(47)

Uma conclusão interessante do estudo realizado por Alam et al.(23) foi a procura do médico, por parte dos estudantes de Medicina, em diversas situações, nomeadamente se os sintomas durassem mais de uma semana, caso surgisse uma dor severa, ineficácia do tratamento habitual, reações adversas e problemas psicológicos. Os alunos de Farmácia recorreram ao profissional quando a gravidade dos sintomas aumentou ou percecionassem, de facto, a gravidade da condição que apresentavam.

1.11 Fontes de informação e locais de obtenção dos medicamentos

Como já foi referido, a possibilidade da venda livre de medicamentos possibilitou o aumento da prática de automedicação, dado a facilidade para a sua aquisição e o marketing realizado em torno dos mesmos.(25,37) A publicidade incentiva a comunidade a socorrer-se dos medicamentos quando necessite e a recorrer ao médico ou farmacêutico apenas em caso de dúvida ou persistência dos sintomas incentivando, assim, em primeira medida a automedicação e só, caso exista necessidade, a procura de um profissional de saúde. É essencialmente esta publicitação que ocorre nos mais variados meios de comunicação.

Embora a divulgação possa ter como objetivo transmitir às pessoas o conhecimento dos benefícios dos medicamentos, ocorre conseqüentemente o estímulo ao consumo dos mesmos.(45,49) Os problemas que poderão advir do marketing realizado com os medicamentos surgem se os objetivos comerciais superarem os limites éticos enunciados na legislação em vigor, embora existam normas a cumprir na divulgação realizada.(50)

Os anúncios televisivos afetam essencialmente a população idosa, contudo outros meios de comunicação atingem uma população-alvo que integra outras faixas etárias. A ideia transmitida, e que as pessoas assimilam, é que a toma de MNSRM não é problemática, não existindo prejuízo para a sua saúde, o que é completamente errado. Tal leva a que as pessoas pensem que não têm qualquer tipo de responsabilidade ao praticarem automedicação e por isso, é necessário, claro, informar a população acerca dos medicamentos de venda livre mas, transmitir que não existe isenção de efeitos adversos ao realizar a sua administração.(49)

Os medicamentos são enunciados como se fossem meros produtos de consumo o que pode levar ao seu uso indiscriminado, incentivando então a realização de automedicação e daí podem advir todos os problemas, já enunciados, relacionados com esta prática. Poderá agravar os sintomas ou mesmo doenças que apresentem, existirão despesas para o indivíduo sobretudo se for uma compra desnecessária e custos para o Estado (caso exista o agravamento das condições ou ocorrência de reações adversas que justifiquem a recorrência aos serviços de saúde). Nesta medida, os indivíduos têm de saber distinguir entre bens de saúde e bens comuns de consumo, para que só utilizem os primeiros quando estritamente necessário e com o devido aconselhamento. De notar que na farmácia é relativamente frequente a indicação pelos utentes que necessitam do produto que é publicitado na televisão, cabendo aos farmacêuticos avaliar se é realmente necessário e se não ocorrem interferências com o tratamento farmacológico do utente. Caso o utente insista, têm também a responsabilidade de o informar sobre os riscos e complicações a que está sujeito.(50)

Atualmente os *media* têm um grande impacto nos jovens e portanto, também a publicidade farmacêutica, através destes meios, afeta significativamente esta fração da população. Os jovens que estão a formar-se na área da saúde podem ver nesta publicitação uma forma de confirmar os conhecimentos adquiridos representando para eles uma maior segurança na utilização dos medicamentos, quando necessitam de tratar alguma condição. Como foi confirmado num estudo que analisou os anúncios publicitários de vários medicamentos, no qual se verificou que os estudantes universitários utilizaram pelo menos um dos medicamentos divulgados sem debater essa escolha com o médico.(1)

Investigar a procura de qualquer tipo de informação pelos estudantes, antes de se automedicarem, é importante para perceber se recorreram a algum tipo de fonte ou se seguiram apenas a sua experiência/conhecimento. Num estudo realizado a 200 estudantes de diversos cursos, 83% afirmou que realizou uma pesquisa antes de se automedicar, a fim de obter alguns esclarecimentos.(47) Contudo, realça-se a possibilidade de obter informação incorreta, como é o exemplo da *internet*, à qual recorrem muitas vezes (24,73%, neste estudo) e caso não seja feita uma correta seleção da informação poderá tornar-se falacioso. 15% dos alunos recorreu ao farmacêutico para esclarecer diversas questões e relativamente a todas as informações obtidas, 84,3% compreendeu-as e 63,3% realizou o tratamento tendo em conta os esclarecimentos obtidos.(28) Também a maioria dos estudantes na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa revelaram consultar algumas fontes de informação antes do

consumo de medicamentos, principalmente através do FI. Contudo, 15,7% dos 746 estudantes não consultaram qualquer tipo de informação. A iniciativa própria representa a maior percentagem na automedicação realizada, seguida do aconselhamento por profissionais da farmácia, amigos, familiares e outros profissionais de saúde.(46) Um inquérito realizado, em 2014, a 364 estudantes da *University of Medical Science*, no Irão(12), determinou que os meios de informação mais usados foram os conhecimentos transmitidos na universidade, a *internet*, os profissionais de saúde, os amigos, as revistas científicas e, por fim, com uma reduzida percentagem, os FIs. De notar que as formas de aquisição dos medicamentos são através da farmácia, prescrições anteriores e amigos. Quatro anos depois, o estudo realizado, no Irão(11), aos 250 estudantes de vários cursos de saúde revelou que estes recorreram mais aos farmacêuticos, de seguida à *internet* e aos livros, o que demonstra que têm vindo a ocorrer alterações em algumas das fontes mas, de uma forma mais clara ou mais subentendida, os farmacêuticos mantêm-se entre as formas de obtenção de informação a que os estudantes priorizam recorrer.

A maior parte dos medicamentos são obtidos na farmácia mas, aqueles que se encontram armazenados em casa possuem maior risco de serem administrados inadvertidamente (prazo de validade expirado, destinados a outros indivíduos e prescritos para outras condições).(21) Noutros trabalhos, para além da obtenção na farmácia representar a maior percentagem, são também referidos amigos, vizinhos e prescrições anteriores como formas de obtenção dos medicamentos.(3) É interessante ter noção que relativamente à manutenção de fármacos e produtos de saúde em casa, os que foram descritos como sendo armazenados são os antissépticos, paracetamol, AINEs, antidiarreicos, antitússicos, anti-histamínicos, antiácidos e descongestionantes nasais.(24)

Um estudo realizado em Bragança(42) revelou que a obtenção dos medicamentos é realizada, em maior percentagem, pelo próprio indivíduo e o aconselhamento é maioritariamente realizado pela família, seguindo-se a sua própria iniciativa. Noutra investigação realizada também em Portugal(32), em 2014, cerca de metade dos indivíduos inquiridos da zona centro do país recorreram à administração de medicamentos por iniciativa própria. Neste estudo ainda foi possível verificar que 29,5% dos indivíduos consultaram prescrições anteriores, 12,2% recorreram a um profissional de saúde, que não o médico, 5,8% foram influenciados por familiares, amigos ou vizinhos, e por último, em menor percentagem (0,6%), recorreram à *internet*.

Em suma, as fontes de informação e locais de obtenção descritos nas publicações são essencialmente os mesmos, o que poderá variar é a percentagem relativa de cada um. O conhecimento adquirido sobre os fármacos provém essencialmente dos livros, família, amigos e *internet* sendo que o local onde mais os adquirem é a farmácia. Contudo realça-se a obtenção dos mesmos através dos indivíduos do seu círculo social, corroborando o descrito anteriormente.(1)

1.12 Papel do farmacêutico na automedicação

É imprescindível a percepção do papel dos farmacêuticos e dos limites da sua intervenção nas situações oportunas, avaliando e, conseqüentemente, aprovando ou repreendendo as decisões dos indivíduos e, sobretudo, o encaminhamento para consulta médica nos casos em que seja necessário.(49) A atuação do farmacêutico deve ser centrada no utente, em todos os casos, garantindo o uso racional dos medicamentos por parte do mesmo, permitindo, assim, promover a saúde e prevenir a doença. A abordagem deixa de estar centrada no medicamento passando a existir um enfoque no utente.

A automedicação realizada de uma forma racional tem como princípio subjacente o acompanhamento por parte de um profissional de saúde (quer seja médico ou farmacêutico). Relativamente ao farmacêutico, este assume um papel de destaque nesta prática pois avalia a situação em causa, apresentando os conhecimentos necessários para o aconselhamento das pessoas mais leigas no assunto. De notar que, muitas vezes, é a este que os utentes recorrem em primeira instância. Daí, a importância de aprovar a sua escolha medicamentosa ou direcionar para consulta médica, de forma a evitar complicações, tendo sempre em vista a melhoria da sua saúde e qualidade de vida.(45) Ao longo deste procedimento, há que ter especial atenção se os utentes que pretendem automedicar-se são grávidas, lactentes, crianças, portadores de doenças crónicas (como a hipertensão e a diabetes *mellitus*), idosos e pacientes polimedicados ou com comorbilidades graves.(22,36) Dado o conhecimento que o farmacêutico apresenta desde a investigação e produção do medicamento até à sua comercialização, incluindo as indicações farmacoterapêuticas, posologia, duração do tratamento, interações medicamentosas, efeitos secundários, entre outros, está capacitado para criar campanhas de sensibilização e mesmo de promover a consciencialização das pessoas para os riscos inerentes à prática de automedicação sem qualquer tipo de aconselhamento.

Assim sendo, o farmacêutico tem de prestar extrema atenção no seu dia-a-dia, de forma a verificar algumas situações irregulares, como naquelas em que os utentes relatam necessitar de um medicamento concreto, tendo o mesmo sido aconselhado por outra pessoa. É essencial a sua intervenção e a transmissão da importância dos utentes não adquirirem medicamentos para uma condição específica por recomendação de outra pessoa, dado que, o que foi prescrito ou utilizado por alguém pode não ser, de todo, adequado ao utente em questão, sobretudo sem aconselhamento de um profissional. Além disso, deve estar atento às reações adversas que possam ser mencionadas pelo utente durante o atendimento de forma realizar o devido reporte, aproveitando para informar os utentes que também o poderão fazer.

Como foi referenciado, uma das grandes valências é o encaminhamento ao médico nas situações em que não é oportuna a utilização de MNSRM ou MNSRM-EF. Por outro lado, nos casos em que os utentes tomam estes medicamentos é necessário sensibilizá-los a informar o médico acerca destes, para que o profissional possa ter em atenção todos os produtos de saúde utilizados pelo utente.(31)

Existem outras indicações importantes a transmitir aos utentes, que se aplicam a todos os medicamentos, como o modo de conservação e a forma correta de realizar a sua eliminação, após ter sido ultrapassado o prazo de validade. Tal é essencial para garantir a integridade do produto e evitar a administração de medicamentos fora do prazo de validade.(4) O incentivo à consulta e compreensão do FI também é fundamental.

Uma questão relevante, que importa salientar, é que os estudantes universitários são considerados uma parte instruída da população que está num processo de crescimento educacional, sendo que, mesmo assim, a prática de automedicação é elevada. Portanto, na restante população, pelo facto de não estar ciente dos problemas decorrentes desta prática, será ainda mais problemática.(21) A maioria das pessoas não possui os conhecimentos nem as informações necessárias para se automedicar, contudo, ao aplicarem as práticas que conhecem poderão estar a incorrer em consequências graves. Por este motivo é necessário criar, urgentemente, formas efetivas de transmitir a informação relativa à prática de automedicação e abordagens que alterem os comportamentos inadequados e permitam compreender a maneira de a realizar corretamente.

2. Justificação do tema e objetivos

O estudo da automedicação nos estudantes universitários tem relevância dado que estes representam um segmento importante da população, o qual se considera ter acesso privilegiado à informação relacionada com a saúde em geral.(9,17) De particular interesse enquadram-se os estudantes universitários de cursos de saúde dado que serão os profissionais de saúde do futuro. Exemplo disso são os estudantes de Medicina que têm um papel fundamental na educação para a saúde sendo, também, os profissionais responsáveis pela avaliação das condições apresentadas e pela prescrição de medicamentos.(9) Como serão os futuros praticantes de Medicina, o aconselhamento dos pacientes em relação às vantagens e desvantagens dos fármacos é essencial. Dada a diferença que estes apresentam, em termos do conhecimento das doenças e do seu tratamento, relativamente à população em geral, têm sido conduzidos vários estudos para avaliar esta prática entre estes.(17) O estudo da forma como cuidam da sua própria saúde, mantendo o bem-estar geral é interessante, dado que se relaciona com a sua prática futura. Existem, aliás, estudos que demonstram a elevada prática de automedicação nos profissionais de saúde. Os estudantes de Medicina tentam aplicar o conhecimento adquirido e passar da teoria à prática recorrendo, muitas vezes, à automedicação, daí que esta tenha vindo a ser muito estudada a este nível.(20)

Além destes estudantes, existem outros futuros profissionais que terão um contacto próximo com a comunidade, como é o caso dos farmacêuticos. Estes, como já referido, estabelecem muitas vezes o primeiro e último contacto dos indivíduos com o sistema de saúde, além do

importantíssimo aconselhamento que prestam, pode inferir-se que é uma das profissões em que os utentes confiam.

Todavia, importa salientar, mais uma vez, que os estudantes universitários tendem a incluir-se num grupo populacional geralmente jovem e saudável e, portanto, não representam totalmente a população em geral tanto em relação a problemas de saúde, como a terapêuticas utilizadas, estilos de vida, etc. Apesar disso, é extremamente relevante a avaliação das repercussões ao nível da saúde, dado os fatores de riscos a que esta geração e, no ponto de vida em que se encontra, está sujeita (pressão social, stress, esforço intelectual intenso, entre outros).(42) A compreensão da prática da automedicação realizada pelos estudantes de Ciências Farmacêuticas e do que esta envolve permitirá deduzir quais os programas que têm de ser elaborados para intervir ao nível comportamental nestes estudantes. É extremamente importante essa intervenção desde cedo, para que possam tomar consciência do que está subjacente, com vista a que transmitam, no futuro, o modo de uso consciente dos medicamentos.

Portanto, além de ser importante perceber a influência do curso frequentado pelos estudantes no recurso à automedicação, o estudo de cursos específicos também será interessante, tanto para concluir acerca da prevalência como dos fatores que influenciam e justificam a utilização de medicamentos para os mais diversos fins. Associado, também, está o facto dos estudos acerca deste tema serem escassos em Portugal e de forma a interceder ao nível populacional, com campanhas e programas relacionados à automedicação, tem primeiramente de se perceber o padrão de realização desta prática. Realizar o estudo da prevalência da automedicação com estudantes, neste caso universitários do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) e Doutoramento no mesmo curso, será importante para perceber algumas das suas justificações, se são ou não corretas e intervir, caso necessário, nas abordagens a que recorrem para a realização da automedicação.

Tendo por base o anteriormente citado, o objetivo principal será perceber qual a prevalência e quais as características sociodemográficas que contribuem para uma maior incidência desta prática. Perceber quais as causas e fatores que mais influenciam os inquiridos a automedicarem-se, fontes de informação a que acedem para a execução dessa prática, o resultado da mesma, bem como os problemas/condições/sintomas e grupos terapêuticos a que mais recorreram são outros dos parâmetros que se pretenderam analisar.

3. Metodologia do estudo

3.1 Tipo de estudo e seleção da amostra

O período sobre o qual recaiu o estudo foram os três meses antecedentes ao momento de preenchimento do inquérito, portanto trata-se de um estudo epidemiológico observacional, descritivo e analítico transversal. O trabalho foi desenvolvido após a pesquisa de informação e

a revisão da literatura relacionada com o tema, pretendendo-se perceber a relação entre as diferentes variáveis avaliadas. O estudo foi submetido à análise pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior, tendo sido posteriormente aprovado pela mesma, como se pode verificar no Anexo II.

Segundo os dados fornecidos pelas diversas universidades às quais foi questionado o número total de estudantes dos diversos anos que frequentaram o MCF e o Doutoramento no mesmo curso, no ano letivo de 2018/2019, verificou-se que este é de aproximadamente 5000. De forma a obter o número mínimo de participantes, tendo em conta uma margem de erro de 5%, um intervalo de confiança de 95%, com uma prevalência de 50% de realização desta prática (dado a falta de informação relativa à população inquirida), o número total de inquéritos necessários para a obtenção de uma amostra significativa é de 357 inquiridos (através da utilização do “*Sample size calculator by Raosoft®*”, que calcula, tendo em conta as informações prestadas, qual o tamanho necessário da amostra, para ser considerada representativa(51)).

3.2 Participantes e critérios de inclusão e de exclusão

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão, os participantes declararam:

- ser estudantes matriculados no curso de Ciências Farmacêuticas das várias universidades/faculdades do país, no ano letivo de 2018/2019;
- ter lido os objetivos e condições subjacentes ao trabalho;
- aceitar participar de forma voluntária no estudo.

Assim sendo, foram incluídos todos aqueles que satisfizeram as condições anteriores e excluídos aqueles que recusaram participar no estudo estando implícita, nos primeiros, a leitura prévia das condições subjacentes (tal ocorre, dado que a questão: “Aceita participar no estudo descrito?”, que é precedida pela introdução do questionário, é de índole obrigatória). Das 386 respostas ao inquérito apenas uma foi excluída, dado que, o inquirido não aceitou participar no mesmo. Os inquiridos pertencem às diversas instituições que disponibilizam o curso anteriormente citado, nomeadamente a Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior (FCS-UBI); Faculdade de Farmácia - Universidade de Coimbra (FFUC); Faculdade de Farmácia - Universidade do Porto (FFUP); Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia (ULHT); Faculdade de Farmácia - Universidade de Lisboa (FFUL); Faculdade de Ciências e Tecnologia - Universidade do Algarve (FCT-UAAlg); Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS-Cespu) e Instituto Universitário Egas Moniz (IUEM). Além destas também foi solicitada a divulgação do inquérito à Universidade Fernando Pessoa (UFP) contudo, não se obteve nenhuma resposta dos estudantes desta instituição. Assim, indivíduos das oito universidades que disponibilizam o curso de Ciências Farmacêuticas participaram no estudo a seguir descrito.

3.3 Instrumento para recolha de dados

De forma a facilitar a participação dos estudantes dos vários pontos do país e a disponibilização do estudo aos mesmos, a recolha dos dados foi realizada através de um questionário *online* concretizado nas ferramentas disponibilizadas pelo *Google Docs*, nomeadamente, na aplicação “Formulários”. Foi concebida uma introdução onde se detalhou brevemente os objetivos, os métodos e se esclareceu que todos os dados recolhidos no âmbito do estudo realizado, apenas serviriam para o propósito do mesmo (garantia de anonimato e confidencialidade). Devido ao atual Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) a descrição de todos estes pontos é essencial e foi complementada com a inserção da primeira questão relativa à concordância em participar no estudo. Disponibilizou-se também uma forma de contacto para esclarecimento de possíveis dúvidas que pudessem surgir aquando do preenchimento do inquérito.

3.4 Procedimento de recolha de dados

Antes da divulgação do questionário aos alunos de Ciências Farmacêuticas das diversas universidades, foi realizado um pré-teste a 20 alunos inscritos no curso, sendo que não foi reportada qualquer dúvida ou dificuldade no preenchimento e, portanto, as respostas a esses inquéritos foram incluídas no estudo.

O questionário elaborado foi disponibilizado aos estudantes de Ciências Farmacêuticas das diversas universidades de Portugal que possuem o curso, tanto através do envio de *emails* para as próprias instituições, com o intuito de auxiliarem no contacto com estes estudantes inscritos no curso, no ano letivo 2018/2019, bem como, através das associações de estudantes que amavelmente se disponibilizaram a divulgar o inquérito aos estudantes que representam. No caso da Universidade da Beira Interior foi solicitado ao Gabinete de Relações Públicas a divulgação a todos os alunos inscritos nesta instituição no curso de Ciências Farmacêuticas, no ano letivo referido. A distribuição do inquérito e a receção das respetivas respostas ocorreu no período de março a junho de 2019, após a aprovação do mesmo pela Comissão de Ética.

O inquérito elaborado (Anexo III) é de autopreenchimento, sendo constituído por três partes, com perguntas de resposta aberta e fechada (escolha múltipla e múltipla opção). A primeira parte é referente às informações relativas ao perfil sociodemográfico e sociocultural do estudante (com 16 questões) e a segunda e terceira partes (com 11 questões) alusivas à prática de automedicação. Relativamente à primeira parte questionou-se a idade, o género, o estado civil, a residência, as habilitações literárias dos progenitores, as informações relacionadas com o percurso académico, a existência de seguro de saúde, a distância ao hospital mais próximo, a recorrência ao médico nos últimos três meses, o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, a prática de exercício físico e a existência de doenças crónicas. A recolha destes dados relativos ao perfil do inquirido permitirá analisar a possível existência de correlação com a prática de automedicação. A segunda secção diz respeito ao período em que praticaram automedicação, sendo que, caso a resposta seja afirmativa para o período dos três meses antecedentes prossegue a resposta ao questionário, sempre em relação a esse período de tempo (sendo esta

uma forma de minimizar o viés de memória). Caso a resposta seja afirmativa apenas nos 6 ou 12 meses anteriores ao período em que se encontra, termina o questionário, mas garante-se a percepção da frequência obtida nesse período. A terceira secção diz respeito à prática de automedicação em si, nomeadamente, os fatores e razões que levam à sua recorrência, fontes de informação que mais utilizam, classes farmacológicas, outros produtos e condições para as quais sentiram necessidade de recorrer à automedicação, verificação do prazo de validade e percepção se existiu um resultado benéfico ou prejudicial da automedicação (se foram obtidos os resultados pretendidos, se passou a existir maior severidade da condição ou se foi mesmo necessário recorrer ao médico). Existem ainda duas perguntas de resposta aberta, relativamente aos medicamentos sujeitos ou não a receita médica que os estudantes utilizaram, tendo sido solicitados em termos da sua DCI.

Ao todo foram preenchidos 386 questionários, sendo que a amostra a analisar ficou constituída por 385 respostas, como referido anteriormente.

3.5 Tratamento estatístico dos dados

O tratamento estatístico teve por base a análise descritiva e inferencial usando o programa estatístico SPSS, versão 25, com nível de significância de $p < 0,05$, nos testes estatísticos realizados às diferentes variáveis. A base de dados foi diretamente criada neste programa facilitando assim a criação das variáveis a incluir no estudo e permitindo a sua caracterização imediata.

A variável quantitativa (idade) foi analisada através da média e mediana (medidas de tendência central), desvio-padrão, máximos, mínimos, assimetria e achatamento (*curtose*). No caso das variáveis qualitativas, estas foram apresentadas através de tabelas com as frequências absolutas e percentuais e algumas delas representadas, também, por gráficos. A relação entre as diversas variáveis (nominais, ordinais, intervalares) foi conseguida através de testes de hipóteses tendo em conta a caracterização das duas variáveis que estavam a ser estudadas. Assim, conseguiu determinar-se a existência/inexistência de associação ou de diferenças estatisticamente significativas entre elas.

Tendo em conta que nas variáveis intervalares determina-se se estas seguem uma distribuição normal, para poder ser possível a aplicação dos testes paramétricos, no caso da variável idade foi, primeiramente, realizado um teste de normalidade: *Kolmogorov-Smirnov* (dado o tamanho da amostra ser superior a 30), obtendo-se o valor de $p = 0,000$. (Tabela 2) Tendo em conta uma probabilidade inferior a 0,05 ($p < 0,05$) como estatisticamente significativa e sendo a hipótese “ H_0 : a variável em estudo segue distribuição normal” e a “ H_1 : a variável em estudo não segue distribuição normal”, dado o valor de probabilidade obtido, rejeita-se a hipótese H_0 e, portanto, conclui-se que a variável não segue distribuição normal. Mesmo assim, de forma a verificar se é possível apresentar um comportamento similar a uma distribuição normal, utilizou-se o coeficiente de assimetria. Caso o rácio entre o coeficiente de assimetria e o seu desvio-padrão (erro) pertencer ao intervalo $[-1,96; +1,96]$ pode considerar-se que os dados da

variável apresentam simetria. Se o valor dessa razão for superior a +1,96 a assimetria é positiva e a cauda ficará representada para o lado direito caso contrário, para valores inferiores a -1,96 a assimetria é negativa e as frequências mais altas têm tendência a situar-se no lado direito do gráfico e a cauda do gráfico tenderá para a esquerda. Os valores obtidos para a assimetria e para o erro associado, como se pode verificar pela Tabela 1, foram de 2,236 e 0,124, respetivamente. Portanto, o coeficiente de assimetria obtido é $\frac{2,236}{0,124} = 18,03$, o que não se enquadra nos valores referidos para se poder considerar simétrico, apresentando uma assimetria positiva em que as frequências mais altas encontram-se representadas na parte esquerda do gráfico e devido ao valor da média ser relativamente superior ao da mediana a sua cauda estará deslocada para a direita (Gráfico 1). O coeficiente de *curtose* que é representado pela razão entre o valor obtido da *curtose* e o erro associado permite perceber o grau de achatamento da distribuição (se o valor dessa razão igualar a 3 designa-se uma distribuição mesocúrtica, se for superior a 3, leptocúrtica e inferior a 3, platicúrtica). Neste caso, o coeficiente de curtose é dado por $\frac{8,274}{0,248} = 33,36$ o que claramente corresponde a uma curva leptocúrtica.

Sendo assim, foram realizados testes não paramétricos com as variáveis. De notar que, optou por não se aplicar o Teorema do Limite Central (para dimensões elevadas da amostra pode recorrer-se aos testes paramétricos, mesmo não seguindo uma distribuição normal), dado que, não se considera que a amostra apresente uma dimensão suficientemente elevada para poder ser aplicado este teorema (embora não existam restrições quanto ao número mínimo de participantes para se poder utilizar). O teste não-paramétrico a utilizar foi essencialmente um teste de associação: Teste do Qui-Quadrado. (52,53)

Os *outputs* obtidos do tratamento estatístico encontram-se em anexo, sendo omitida a fonte em todos eles, uma vez que resultam do tratamento realizado na versão 25 do programa SPSS.

4. Resultados e discussão

4.1 Caracterização da amostra

Foram obtidas 385 respostas válidas ao inquérito distribuído aos alunos do curso de Ciências Farmacêuticas, sendo realizada, de seguida, a caracterização da amostra.

4.1.1 Idade

Em termos da idade dos participantes, pela análise da Tabela 1 constata-se que o valor mínimo é de 18 anos e o máximo é de 37 anos. Apresenta uma média de idades de 21,25 anos, uma mediana de 21 anos e um desvio-padrão de 2,742 anos. O coeficiente de assimetria dado pela razão entre a assimetria e o erro associado, bem como o Teste de *Kolmogorov-Smirnov* (Tabela 2) permitem concluir que a variável não segue uma distribuição normal. Os coeficientes de assimetria e de *curtose* justificam que a curva apresente cauda para a direita e um achatamento leptocúrtico, como representado no Gráfico 1, que apresenta também a distribuição de idades por meio de um histograma, dada a classificação da variável como contínua.

Tabela 1 - Estatística descritiva da variável idade dos estudantes inquiridos.

	N	Mín.	Máx.	Média	Mediana	Desvio-Padrão
Idade dos inquiridos	385	18	37	21,25	21,00	2,742
	Variância		Assimetria/Erro		Curtose/Erro	
Idade dos inquiridos	7,521	2,236	0,124	8,274	0,248	

Tabela 2 - Teste de normalidade (*Kolmogorov-Smirnov*) relativo à variável idade.

	<i>Kolmogorov-Smirnov</i> ^a		
	Estatística	df	Sig.
Idade dos inquiridos	0,182	385	0,000

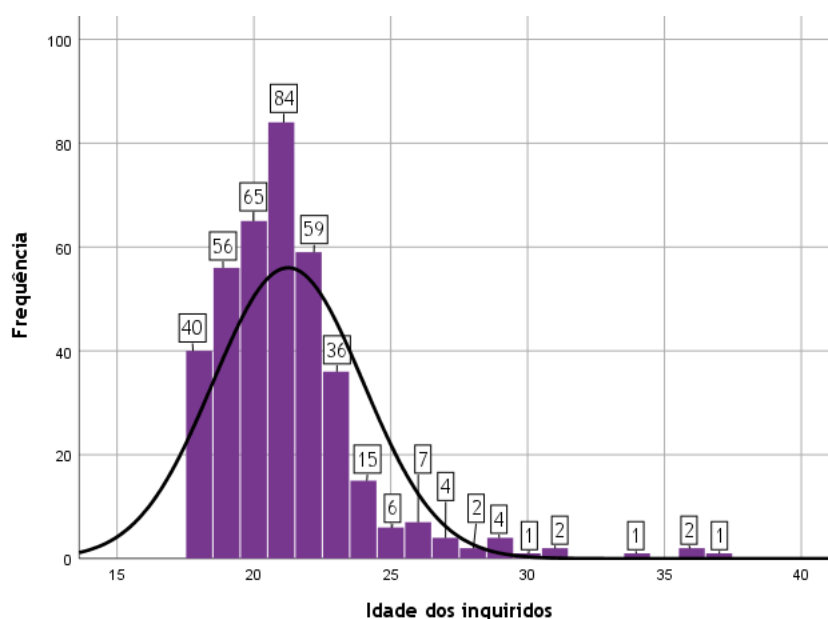


Gráfico 1 - Histograma das idades dos estudantes inquiridos, incluindo a curva de distribuição.

4.1.2 Género

Como se percebe pelo Gráfico 2 e *Output* 4.1 presente no Anexo IV, o número de participantes do sexo feminino no estudo foi de 329, o que corresponde a 85,5% do total. Os restantes 14,5%, ou seja, 56 inquiridos são do sexo masculino.

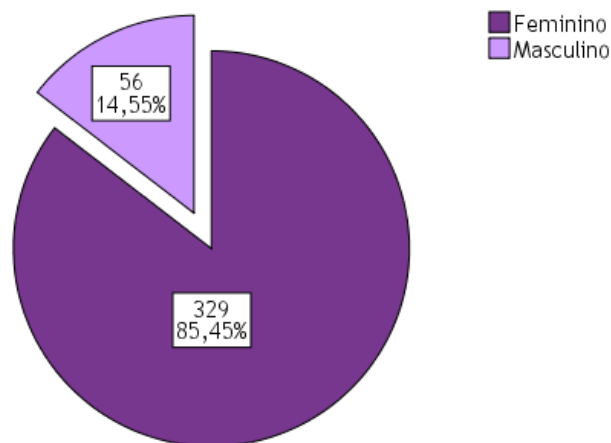


Gráfico 2 - Representação gráfica do género dos estudantes inquiridos.

4.1.3 Estado civil

Em relação ao estado civil, verifica-se que apenas 3 estudantes são casados (0,8%), sendo os restantes 382 solteiros (99,2%), como se encontra representado no Gráfico 3 e *Output* 4.2. Tal permite deduzir a inexistência de correlações estatisticamente significativas quando se relacionam as restantes variáveis com esta.

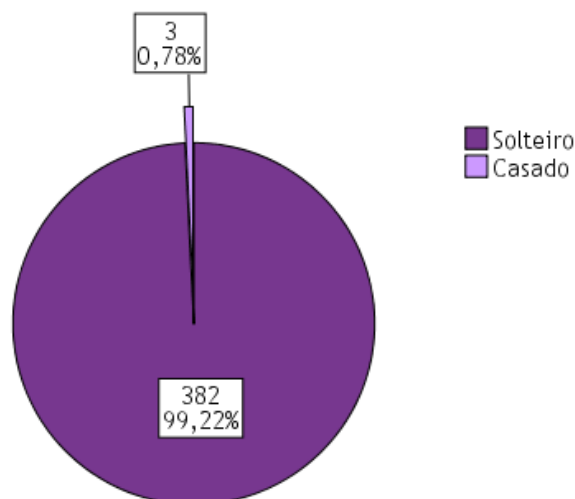
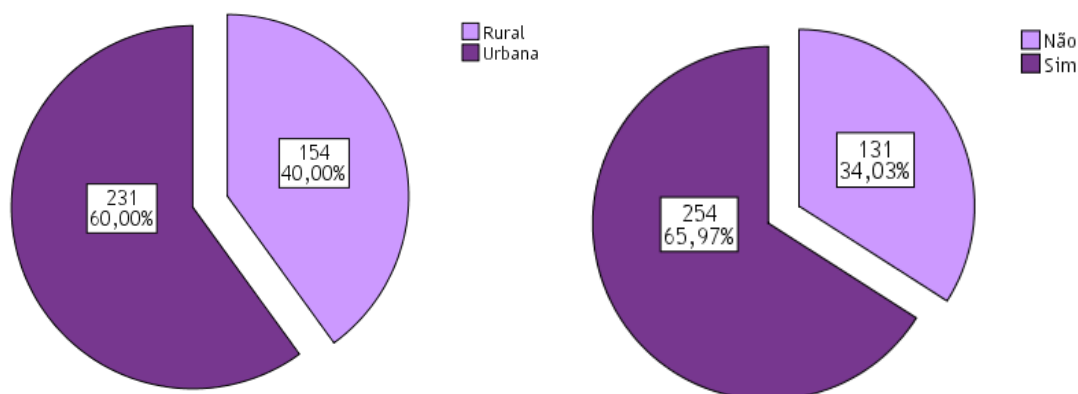


Gráfico 3 - Representação gráfica do estado civil dos estudantes inquiridos.

4.1.4 Residência e morada relativamente ao agregado familiar

Relativamente à residência, como se pode comprovar pelos gráficos a seguir representados (Gráficos 4 e 5) e pelo *Output* 4.3 em anexo, 231 estudantes (60,0%) habitam em zonas urbanas e 154 (40,0%) em zonas rurais. De realçar que 254 (66,0%) dos 385 estudantes inquiridos possuem morada diferente da do agregado durante o ano letivo, sendo que, os restantes 131 (34,0%) residem com o agregado familiar nesse período.



Gráficos 4 e 5 - Representações gráficas da residência dos estudantes inquiridos (à esquerda) e das respostas à pergunta: “Tem morada diferente da do agregado familiar durante o período de aulas?” (à direita).

4.1.5 Habilitações literárias dos progenitores

De forma a verificar se existe influência do nível de formação dos pais na realização de automedicação pelos estudantes, esta variável foi estudada, separadamente, para os dois progenitores. No caso das habilitações dos pais, foram classificadas como omissões de resposta os três inquiridos onde foi assinalada a opção: “Não é possível disponibilizar essa informação”. No caso das habilitações das mães, o mesmo ocorreu mas, apenas num questionário. Pelos resultados apresentados na Tabela 3 e nos Gráficos 6 e 7, tendo em conta a percentagem válida, dada a existência de dados omissos, a maior percentagem (32,2%) dos pais dos inquiridos têm um nível de formação correspondente ao ensino secundário, enquanto as habilitações da maior parte das mães dos estudantes (31,8%) correspondem ao ensino superior. Existem, em ambos os casos, menor percentagem de progenitores com formação ao nível do ensino primário.

Tabela 3 - Estatística descritiva das habilitações literárias dos pais dos estudantes inquiridos.

		N		%		% válida		% cumulativa	
		Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe
Válido	Ensino primário	58	38	15,1%	9,9%	15,2%	9,9%	15,2%	9,9%
	Ensino básico	116	108	30,1%	28,1%	30,4%	28,1%	45,5%	38,0%
	Ensino secundário	123	116	31,9%	30,1%	32,2%	30,2%	77,7%	68,2%
	Ensino superior	85	122	22,1%	31,7%	22,3%	31,8%	100,0%	100,0%
	Total	382	384	99,2%	99,7%	100,0%	100,0%		
Omisso		3	1	0,8%	0,3%				
Total		385	385	100,0%	100,0%				

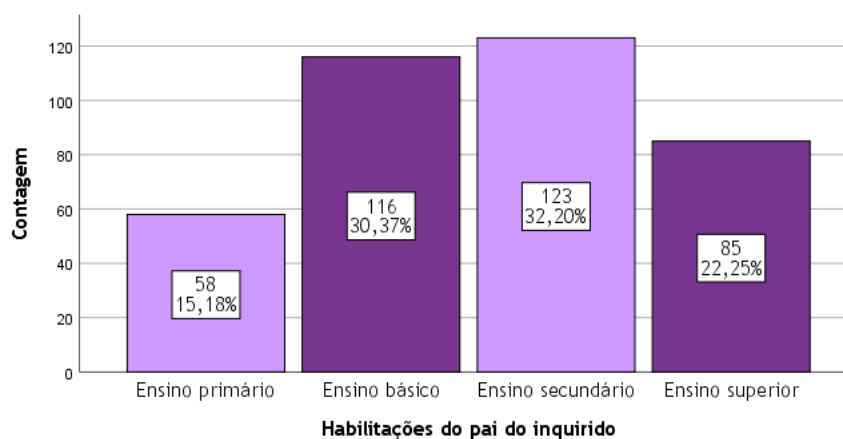


Gráfico 6 - Representação gráfica das habilitações literárias dos pais dos estudantes inquiridos.

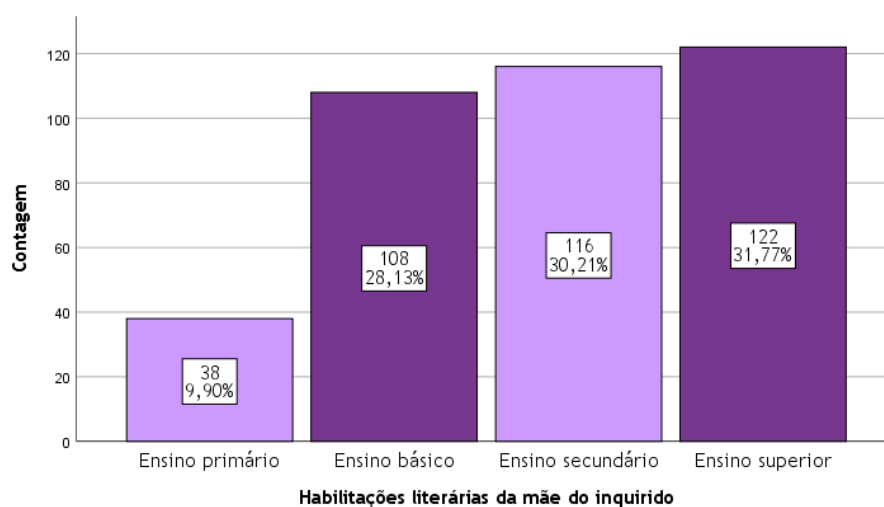


Gráfico 7 - Representação gráfica das habilitações literárias das mães dos estudantes inquiridos.

4.1.6 Ano em que se encontram inscritos na universidade

Como se pode verificar (Gráfico 8) obtiveram-se respostas de alunos pertencentes aos diversos anos do MIF, bem como de alunos de Doutoramento em Ciências Farmacêuticas, tendo a amostra elevada representatividade do quarto ano (n=101;26,2%). Relativamente aos restantes, o 1º ano (n=61;15,8%), o 2º ano (n=77;20,0%), o 3º ano (n=75;19,5%), o 5ºano (n=66;17,1%) e o Doutoramento (n=5;1,3%). Estes resultados encontram-se a seguir representados, bem como no *Output 4.4*.

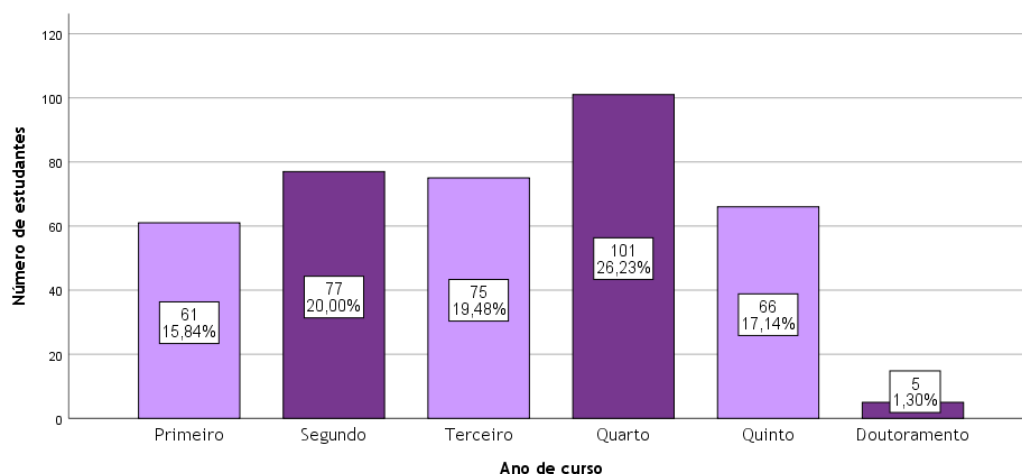


Gráfico 8 - Representação gráfica dos anos em que os estudantes inquiridos se encontraram inscritos no curso de Ciências Farmacêuticas.

4.1.7 Universidade

Embora os questionários tenham sido enviados para as nove instituições de ensino superior em Portugal que contemplam na sua oferta formativa o curso de Ciências Farmacêuticas, obtiveram-se respostas de estudantes inscritos em todas elas, exceto na UFP. A maior parte dos estudantes integrantes da amostra frequenta a FCS-UBI (n=169;43,9%), segue-se a FFUP (n=74;19,2%), a FFUC (N=63;16,4%), a FCT-UAlg (n=30;7,8%), o IUCS-Cespu (n=22;5,7%), a FFUL (n=19;4,9%) e, com a mesma percentagem de alunos participantes no estudo, a ULHT e o IUEM (n=4;1,0%), como se pode verificar no Gráfico 9 e no *Output 4.5* em anexo.

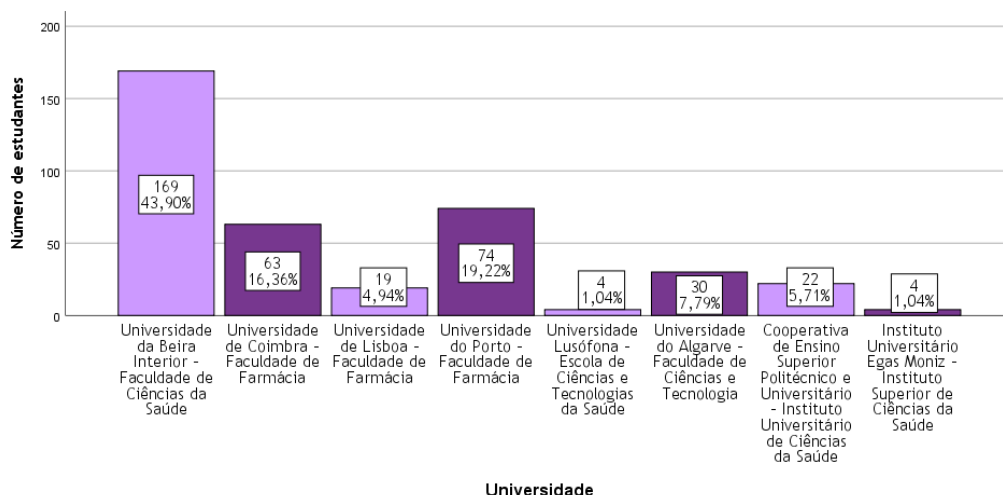


Gráfico 9 - Representação gráfica das universidades em que os estudantes inquiridos se encontram inscritos no curso de Ciências Farmacêuticas.

4.1.8 Existência de plano/seguro de saúde

Em resposta à pergunta “Tem algum seguro de saúde?”, 215 dos 385 inquiridos (55,8%) responderam que “Não” e os 170 restantes (44,2%) responderam que “Sim”, como demonstrado no Gráfico 10 e no *Output* 4.6.

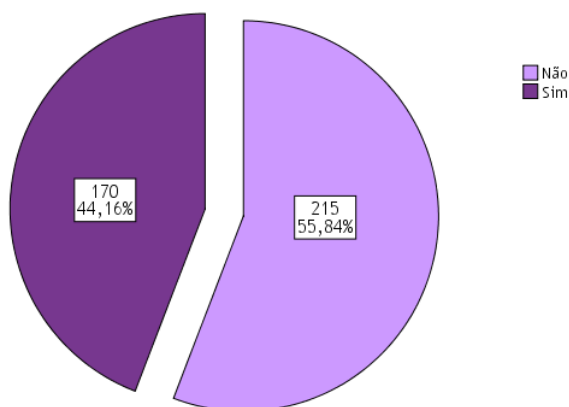


Gráfico 10 - Representação gráfica da posse de seguro de saúde pelos estudantes inquiridos.

4.1.9 Período de tempo que demoram até ao hospital mais próximo e recorrência ao médico

Relativamente a estas variáveis, optou-se por representá-las por categorias, correspondendo, assim, a variáveis ordinais. A maior parte dos estudantes referencia demorar entre 5 a 24 minutos a deslocar-se até ao hospital mais próximo (n=218;56,6%), sendo que até 5 minutos, exclusive (n=124;32,2%), entre 25 e 60 minutos (n=42;10,9%) e apenas um inquirido se encontra a mais de 60 minutos do hospital.

Relativamente ao número de recorrências ao médico, a maior percentagem de alunos não recorreu nenhuma vez nos três meses precedentes (n=197;51,2%), seguindo-se de “1-3 vezes” (n=168;43,6%) e, por fim, “> 3 vezes” (n=20;5,2%). (Gráfico 11 e 12, *Output 4.7*, em anexo).

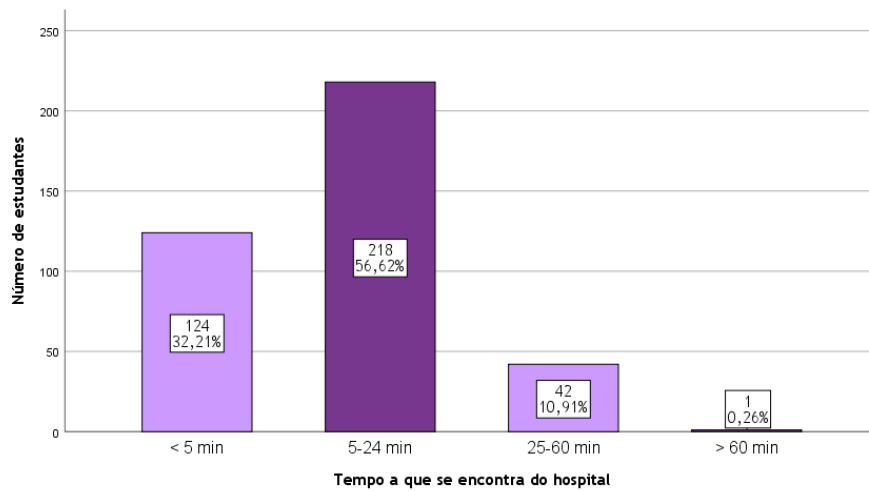


Gráfico 11 - Representação gráfica do tempo (em minutos) a que os estudantes inquiridos se encontram do hospital mais próximo.

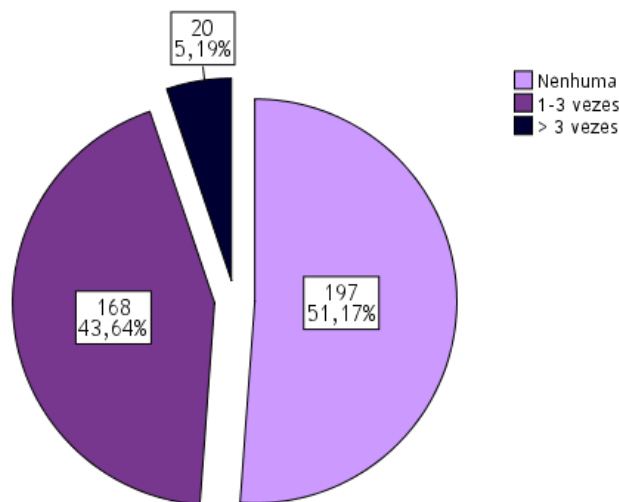


Gráfico 12 - Representação gráfica do número de recorrências ao médico nos últimos três meses por parte dos estudantes inquiridos.

4.1.10 Consumo de bebidas alcoólicas e tabaco

Foi também importante determinar alguns estilos de vida dos inquiridos, tais como o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco (Gráfico 13 e 14, *Output 4.8*). Verificou-se que a maioria consome bebidas alcoólicas apenas de forma esporádica (n=279;72,5%), seguindo-se o não consumo (n=84;21,8%) e o consumo de forma frequente (n=22;5,7%). Já para o tabagismo, 337 dos 385 inquiridos não fuma (87,5%).

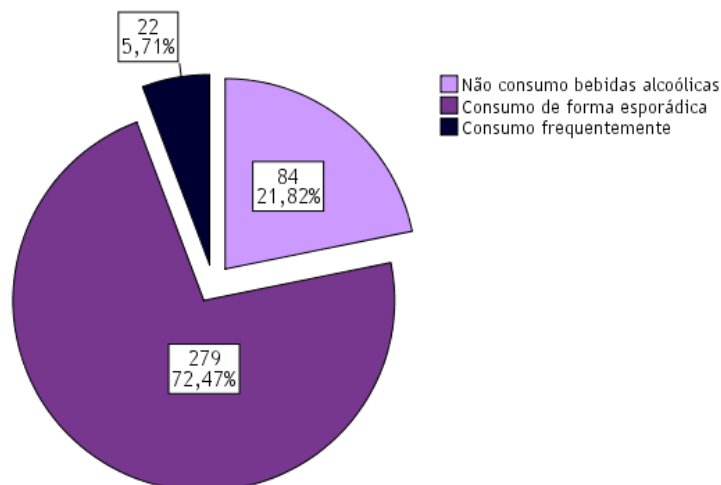


Gráfico 13 - Representação gráfica do consumo de bebidas alcoólicas pelos estudantes inquiridos.

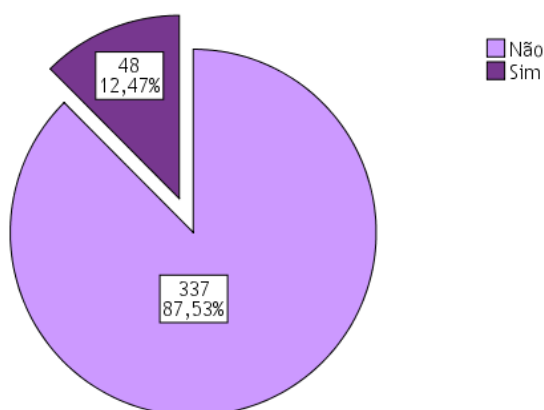


Gráfico 14 - Representação gráfica do consumo de tabaco pelos estudantes inquiridos.

4.1.11 Prática de desporto ou atividade física mais intensa

Outra variável avaliada foi a prática de atividade física, contudo optou-se por restringir na pergunta a um desporto ou àquela que é praticada de forma intensa, dada a multiplicidade de interpretações que podem estar associadas. Verificou-se que a maioria dos estudantes que participaram no estudo não praticaram algum tipo de desporto ou atividade física mais intensa (n=267;69,4%) (Gráfico 15 e *Output 4.9*).

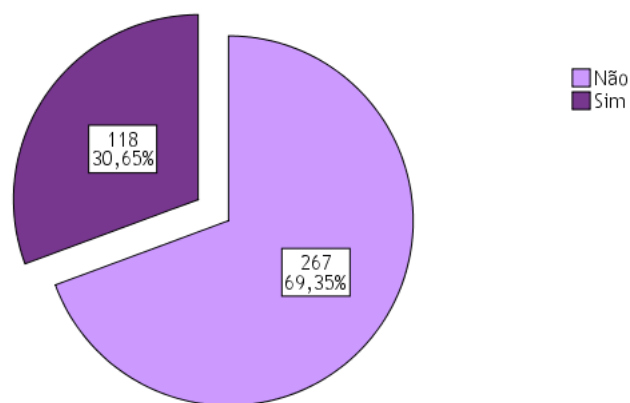


Gráfico 15 - Representação gráfica das respostas à questão “Pratica algum tipo de desporto ou atividade física mais intensa?”.

4.1.12 Existência de doenças crónicas diagnosticadas

Quanto a esta variável, foi perccionado com o tratamento estatístico que, na amostra analisada, a maioria revela não possuir doenças crónicas diagnosticadas ($n=333;86,5\%$). Contudo, os restantes $13,5\%$ ($n=52$) indicaram apresentar problemas crónicos. Tal é importante para, posteriormente, se poder verificar se existe alguma correlação com a prática de automedicação (Gráfico 16 e *Output* 4.10).

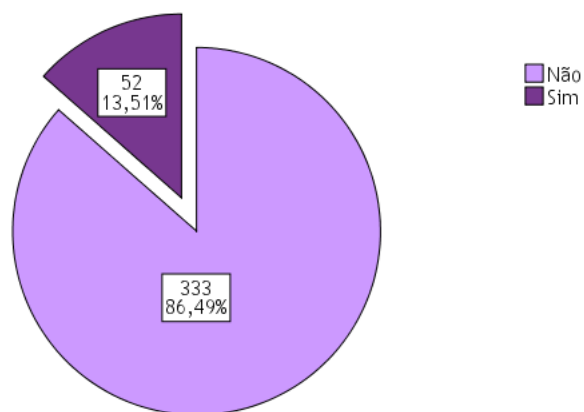


Gráfico 16 - Representação gráfica da existência de doenças crónicas diagnosticadas aos estudantes inquiridos.

4.1.13 Realização de automedicação nos 3 meses e 6 ou 12 meses antecedentes

Relativamente à variável central do estudo, a prática de automedicação, foi avaliada tendo em conta dois momentos temporais. Contudo, o estudo prossegue apenas com a variável da prática de automedicação nos 3 meses antecedentes ao preenchimento do questionário, dado que, o alargamento do período de tempo poderia conduzir a um aumento do viés de memória.

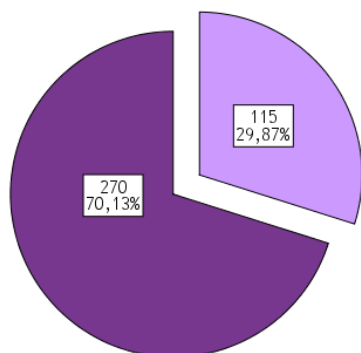
O período dos 6 ou 12 meses antecedentes servirá, essencialmente, para ter uma noção da semelhança/diferença que existe na realização desta prática quando se alarga o período em estudo.

Foi determinada uma prevalência de automedicação, relativa aos três meses antecedentes, de 70,1% (n=270). Com o alargamento do período de tempo questionado (6 ou 12 meses precedentes) supunha-se um aumento na prevalência desta prática, o que efetivamente se verificou (n=318;82,6%). Tal pode ser verificado nos Gráficos 17 e 18, a seguir representados, bem como no *Output* 4.11, em anexo.

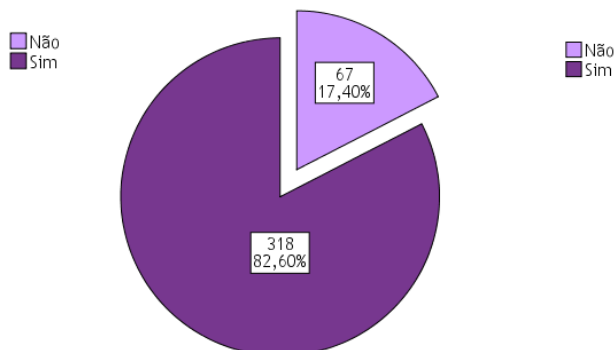
Um estudo realizado a 205 estudantes de Farmácia, em 2017 no Brasil, reportou valores altíssimos de prevalência de automedicação (99,51%).(45) Esta diferença encontrada, comparativamente ao presente estudo, pode dever-se às amostras analisadas. Apesar de pertencerem a áreas de estudo semelhantes, estão inseridas em contextos socioculturais diferentes. Também os diferentes períodos de tempo estudados em cada investigação podem justificar a diferença encontrada nos resultados. Outro, ainda, foi o estudo de Alshogran et al.(20) realizado em 2018, na Jordânia, no qual se obteve 96,8% de automedicação nos estudantes pertencentes ou não a cursos de saúde. Para além do facto de nos estudantes da área da saúde se ter incluído o curso de Farmácia, também se concluiu que não existiram diferenças na automedicação praticada entre as diferentes áreas de formação, daí a escolha desta investigação para realizar a comparação.

A nível europeu, 64,5% dos estudantes de Farmácia inquiridos em Itália declarou ter usado produtos farmacêuticos nos 12 meses prévios. Já relativamente a Espanha, a prevalência obtida foi de 58,4%. É importante realizar a comparação com países europeus, pois os contextos em que se encontram estes estudantes serão, decerto, semelhantes aos inquiridos nesta investigação ou, pelo menos, mais próximos que os restantes estudos referidos. (6)

Praticou automedicação nos últimos 3 meses?



Praticou automedicação nos últimos 6 ou 12 meses?



Gráficos 17 e 18 - Representações gráficas da prática de automedicação nos últimos 3 meses (à esquerda) e nos 6 ou 12 meses precedentes ao preenchimento do inquérito (à direita).

4.1.14 Causas e fatores que levaram à realização de automedicação

Foi apresentada aos estudantes uma série de causas e fatores, de forma a perceber quais as principais razões que os levam a recorrer à automedicação, no que diz respeito às situações que decorreram no período antecedente de três meses, como se encontra representado no *Output 4.12*, em anexo.

As justificações mais dadas para o recurso a esta prática foram “Para obter um rápido alívio dos sintomas ou da condição apresentada” (n=253), “Conhecimento suficiente para se automedicar” (n=252), “Baixa gravidade/severidade da condição apresentada” (n=249), “Uso bem-sucedido do fármaco anteriormente prescrito/Obter um bom resultado com a automedicação” (n=219) e “Praticidade e comodidade” (n=214), com percentagens de respostas, relativamente ao total, entre 6 e 7%. As percentagens mais baixas (entre 0,2% e 0,9%) correspondem a “Elevado custo ao consultar o médico (considerações económicas)” (n=34), “Existência de estados depressivos” (n=32), “Falta de acesso aos profissionais de saúde” (n=17), “Não ter seguro de saúde ou isenção de taxas moderadoras” (n=16), “Tratamento anteriormente prescrito pelo médico não ter sido bem sucedido” (n=12), “Diminuição da atividade física” (n=12), “Indisponibilidade de transporte” (n=11), “Interpretação incorreta do problema apresentado” (n=7). De realçar a “Urgência do problema” (n=150;4,2%), “Necessidade de obter rendimento/concentração no estudo e não poder ficar doente numa altura em particular” (n=115;3,2%), “Não querer perder tempo a deslocar-se ao médico” (n=142;3,9%) e “Experiência prévia com sintomas similares” (n=194;5,4%). As razões mais apontadas denotam a confiança e o conhecimento adquirido com a repetição das situações em que se automedicaram. A necessidade de rapidez na resolução do problema pode estar relacionada tanto com a falta de tempo que possuem, como com a impossibilidade de ficarem doentes num período de avaliações/estudo. O “Armazenamento de medicamentos para múltiplos propósitos - “farmácia de casa” (n=159,4,4%) também foi consideravelmente reportado. Esta é uma prática que ocorre dado que podem sobrar medicamentos de regimes terapêuticos instituídos anteriormente e, portanto, existe a tendência de os guardar para serem utilizados algum tempo depois, caso surja o mesmo problema. A facilidade de compra, de acesso aos medicamentos e a fontes de informação também obtiveram, cada um, aproximadamente, 5% do total de opções selecionadas. Uma das razões que apresentou uma percentagem reduzida, num estudo realizado em 2008(21), foi a indisponibilidade de transporte, por isso foi inserida nesta investigação, com objetivo de fazer um paralelo entre os resultados, obtendo-se também uma baixa prevalência.

Num estudo realizado somente com estudantes da área de Farmácia(27), as razões que contribuíram para a prática de automedicação entre estes foram um “rápido alívio (42,4%), problemas considerados menores, sem necessidade de consultar o médico (37,5%), urgência (30,5%), poupança de tempo (26,8%), poupança económica (26,8%) e evitar muitas pessoas no hospital (21,6%).” Assim sendo, algumas das razões mais apontadas foram corroboradas com as mais selecionadas nesta investigação.

4.1.15 Verificação do prazo de validade antes de proceder à automedicação

Um das práticas importantes antes de recorrer à automedicação é verificar o prazo de validade dos medicamentos de forma a perceber se estes mantêm a sua integridade e consequentemente a sua atividade biológica. Nesta amostra, 18 dos 270 inquiridos (6,7%) que recorreram à automedicação nos três meses antecedentes assumiu não verificar a data em que os medicamentos, que pretendiam utilizar, expirava. Os restantes 93,3% (n=252) realizaram esse procedimento, como se pode verificar no Gráfico 19 e *Output* 4.13. Este resultado pode ser equiparado ao obtido por Bollu et al.(4), onde também 93,4% dos 800 estudantes de Farmácia de Guntur (Índia) verificou a validade antes de proceder à automedicação. Também no estudo de Sharma et al.(14) mais de 90% dos alunos de cursos incluídos ou não na área da saúde verificou o prazo de validade dos medicamentos antes de proceder à sua administração.

É essencial que ao decidir realizar esta prática, se verifique o prazo de validade. Embora a maioria o tenha realizado é importante continuar a reforçar esta ideia principalmente aos estudantes desta área da saúde, que irão transmitir futuramente essas práticas à comunidade.



Gráfico 19 - Representação gráfica da verificação do prazo de validade dos medicamentos antes da prática de automedicação pelos estudantes inquiridos.

4.1.16 Resultado obtido com a automedicação

Outra condição que é importante ser verificada é o resultado da automedicação, tanto a obtenção do resultado esperado com a prática de automedicação como, pelo contrário, quando esta ação se torna prejudicial, levando ao acumular de efeitos indesejáveis. Na amostra analisada (Tabela 4), a obtenção dos resultados pretendidos prevaleceu (n=264;97,1%). Apenas um estudante referiu ter apresentado maior severidade da condição ou mesmo ter sentido efeitos adversos resultantes da sua decisão, dois inquiridos sentiram que foi prejudicial terem recorrido a esta prática e cinco decidiram consultar o médico e, portanto, não realizaram a decisão terapêutica, nem a instituíram sozinhos. O facto de a maioria ter obtido um bom

resultado com a automedicação traduz-se num incentivo superior quando necessitarem de tratar novamente o(a) mesmo(a) sintoma/problema/condição pois, à partida, sabem que tratamento escolher para o(a) conseguirem solucionar. Nas situações em que a automedicação foi prejudicial e causou mesmo efeitos adversos, o reporte teria sido essencial. Pelo facto de apenas 1,8% das respostas dadas dizerem respeito à necessidade de recorrer ao médico antes de se automedicarem indica, mais uma vez, a confiança demonstrada nas suas escolhas. Este resultado equipara-se ao obtido noutra investigação(32) onde 97,5% dos 183 jovens e adultos inquiridos, no ano de 2014 em Portugal, não referenciaram qualquer tipo de efeito adverso após a administração de medicamentos. Ainda na avaliação realizada a 205 estudantes do curso de Farmácia, em 2017 no Brasil(45), 93,1% afirmaram nunca ter sofrido nenhum efeito colateral.

Tabela 4 - Estatística descritiva relativa ao resultado obtido na prática de automedicação pelos estudantes inquiridos.

	Respostas	
	N	%
Foram obtidos os resultados pretendidos após recorrer à automedicação	264	97,1%
Experienciou maior severidade da condição apresentada/mais efeitos secundários do que antes de realizar automedicação	1	0,4%
A automedicação foi prejudicial em algumas situações	2	0,7%
Foi necessário recorrer ao médico antes de tomar um medicamento	5	1,8%
Total	272	100,0%

4.1.17 Fontes de informação a que os inquiridos mais recorreram

Esta foi uma das perguntas de múltipla opção, em que no máximo poderia ocorrer a seleção de três respostas. Existe um claro realce da recorrência ao farmacêutico (n=185;24,8%), consulta do FI/RCM (n=154;20,6%) e conhecimento adquirido na universidade (n=136;18,2%). Ao contrário do que se poderia pensar, nesta era das novas tecnologias, o uso de fontes *online* não foi a opção mais prevalente (n=70;9,4%) e a publicidade totaliza apenas 0,2% (n=2) das respostas assinaladas. Uma reduzida percentagem foi também obtida na utilização de revistas científicas (n=14;1,9%). A quinta fonte a que recorreram foi o médico (n=64;8,6%). De destacar que os 270 inquiridos, que se automedicaram nos três meses antecedentes ao preenchimento do questionário, assinalaram, em 5,5% das respostas a esta questão, a recorrência a pessoas do seu círculo social para realizarem a tomada de decisão de se automedicar. Os resultados obtidos

na resposta a esta questão (Tabela 5) são interessantes, na medida em que, permitem concluir se os inquiridos utilizam, preferencialmente, as fontes mais indicadas para consultar a informação científica antes de se automedicarem. Embora a maioria recorra a fontes credíveis (farmacêutico, FI ou RCM), a percentagem obtida referente aos 41 inquiridos que selecionaram a opção relativa aos elementos do círculo social como fonte de informação (5,5%) foi superior à obtida relativamente aos artigos científicos e livros que têm facilmente à sua disposição (1,9%), o que permite inferir que existe uma baixa tendência para se socorrerem da informação científica realmente credível. Alternativamente, podem apresentar uma maior confiança na família e amigos, dado que estes têm mais experiência e já podem ter passado pelo mesmo anteriormente. Mas, verificou-se que é aos farmacêuticos, a sua futura profissão, que os estudantes mais recorreram.

Em termos de comparação, um estudo realizado a 403 estudantes de Farmácia(27) revelou que estes utilizaram, por ordem decrescente, a informação obtida da consulta farmacêutica, da consulta médica, a experiência prévia, as prescrições prévias, os livros/jornais, o FI dos medicamentos e a *internet* ou redes sociais, para a realização da automedicação.

Uma investigação realizada, em Itália, revela a baixa procura dos farmacêuticos por parte dos estudantes de Farmácia (8,9%). Em Espanha, a percentagem mais elevada diz respeito ao médico mas, uma parte significativa dos inquiridos admite recorrer ao aconselhamento de membros da família (sendo esta superior à percentagem de estudantes que recorre ao farmacêutico).(6)

Tabela 5 - Estatística descritiva relativa ao resultado obtido acerca da prática de automedicação pelos estudantes inquiridos.

		Respostas	
		N	%
Fontes de informação a que os estudantes recorreram	Farmacêutico	185	24,8%
	Fontes online	70	9,4%
	Conhecimento próprio adquirido na faculdade	136	18,2%
	Livros, jornais ou revistas científicas	14	1,9%
	Familiares, amigos, vizinhos	41	5,5%
	Publicidade feita pelas empresas farmacêuticas	1	0,1%
	Prescrições anteriores	81	10,8%
	Anúncios publicitários	1	0,1%
	Folheto Informativo ou Resumo das Características do Medicamento	154	20,6%
	Médico	64	8,6%
Total		747	100,0%

4.1.18 Doenças/condições/sintomas para as(os) quais recorreram à automedicação

Como se encontra representado no *Output* 4.14, a “Sintomatologia associada a Constipação/Gripe” foi a condição mais referida (n=225;15,7%), seguida das “Cefaleias ligeiras a moderadas” (n=145;10,1%), “Dor de garganta” (n=135;9,4%), “Tosse” (n=109;7,6%), “Desordens menstruais” (n=108;8,5%) e “Febre” (n=102;7,1%). Relativamente aos menos indicados pelos estudantes, incluem-se os “Problemas respiratórios” (n=11;0,8%), “Feridas superficiais” (n=12;0,8%), “Infeções comuns” (n=10;0,7%), “Queimadura de 1º grau” (n=10;0,7%), “Vómitos” (n=9;0,6%), “Insónia” (n=9;0,6%), “Indigestão” (n=8;0,6%), “Infeções do trato urinário” (n=8;0,6%), “Enjoos de movimento” (n=7;0,5%), “Problemas psicológicos” (n=7;0,5%), “Frieiras” (n=6;0,4%), “Carência nutricional” (n=2;0,1%), “Prevenção da osteoporose” (n=1;0,1%), “Doenças neurológicas” (n=1;0,1%) e “Perda de peso” (n=1;0,1%). Todas as sintomatologias integrantes do questionário foram selecionadas por, pelo menos, um inquirido, exceto a “Alopécia”. Nesta questão poderia ocorrer a seleção de um máximo de seis opções, sendo que existia a possibilidade de colocar outra(s) sintomatologia(s) para além das descritas. No entanto, nenhum inquirido escolheu esta opção.

É de realçar a utilização, por parte de 10,7% (n=29) dos inquiridos praticantes de automedicação, de medicamentos para a “Dificuldade temporária em adormecer”, 7,8% (n=21) para a “Falta de concentração/memória” e 6,7% (n=18) para a “Enxaqueca já diagnosticada”.

Em termos de comparação com outros estudos, existe alguma semelhança nas condições relatadas. Johnson et al.(1) e Helal et al.(3) relataram que um problema para o qual correntemente se recorre à automedicação é a dor ocasional (dor em geral/dor no corpo, dor de dentes, dor de cabeça). Também a gripe, a febre e a tosse foram comumente relatadas. Outras condições como diarreia, alergia, indigestão, dificuldades em dormir (insónias), cansaço e ansiedade foram indicadas como sintomatologias que os estudantes tentam tratar.(3) Em Itália, os 1700 estudantes de Farmácia inquiridos apontaram motivos para a automedicação, como a dor de cabeça (61,3%), infeções (39,1%), bronquite (9,7%), ansiedade (7,7%), alergias (4,6%), irritabilidade associada a distúrbios do sono (5,1%) e problemas de memória (4,9%). Em Espanha dos 463 inquiridos, 30,7% automedicou-se em casos de ansiedade e 27,4% em problemas associados à perda de memória.(6)

De realçar que, de todas as condições referidas, aquelas que não estão presentes nas situações passíveis de automedicação (Anexo I) são a falta concentração/memória, infeções comuns, infeções do trato urinário, problemas psicológicos (apenas algumas situações mais específicas do sistema nervoso/psíquico), prevenção da osteoporose e perda de peso. Embora com diferentes percentagens todas foram selecionadas por, pelo menos, um indivíduo, o que se torna relevante, principalmente no caso dos 18 estudantes que se automedicaram por apresentarem infeções de diferentes origens.

4.1.19 Principal condição para a qual recorreram à automedicação

A questão relativa à principal condição apresentada que leva os estudantes inquiridos a recorrerem a determinado tipo de terapêutica, justifica-se na tentativa dos estudantes refletirem qual a sintomatologia que apresentaram mais vezes e que, por conseguinte, decidiram automedicar-se com maior frequência. A condição mais indicada foi a “Sintomatologia associada a Constipação/Gripe” (n=90;33,3%), de seguida as “Cefaleias ligeiras a moderadas” (n=53;19,6%), as “Desordens menstruais” (n=25;9,3%), a “Dor ocasional (de cabeça, no corpo, etc)” (n=17;6,3%), a “Alergia” (n=14;5,2%) e a “Enxaqueca já diagnosticada” (n=13;4,8%). O que permite comparar com o ponto anterior e concluir que a “Alergia” também se inclui na categoria das condições mais frequentes no que diz respeito à instituição de um tratamento por parte do próprio indivíduo (*Output* 4.15, em anexo.) De realçar que as condições mais mencionadas fazem parte das situações passíveis de automedicação que se encontram legisladas.

4.1.20 Classes farmacológicas/Grupos terapêuticos e outros produtos a que mais recorreram

Esta questão permitia a seleção de cinco opções, no máximo. As respostas dadas a este tópico no questionário realizado (*Output* 4.16) são pertinentes no sentido de as correlacionar com as doenças/condições/sintomas referidas(os) pelos estudantes. Os “Analgésicos e Antipiréticos” foram a classe mais assinalada (n=214;24,2%). Os “Anti-inflamatórios não esteróides (AINES)” (n=133;15,0%) e os “Anti-histamínicos” (n=97;11,0%) foram a segunda e a terceira classes mais mencionadas, respetivamente. “Descongestionantes nasais” (n=72;8,1%), “Antitússicos (tosse seca)” (n=57;6,4%) e “Expetorantes (tosse produtiva)” (n=50;5,6%) também representaram uma percentagem significativa de respostas. Observou-se noutro estudo em Portugal(43), realizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, que os grupos terapêuticos mais utilizados foram os mesmos que os encontrados neste estudo, excetuando-se os descongestionantes.

De realçar, ainda, os 53 inquiridos que usaram “Vitaminas/Suplementos” e os 29 que recorreram a produtos “Naturais (provenientes de plantas)” para tratar as condições que apresentaram. Um total de 14 estudantes de Ciências Farmacêuticas usaram “Antibióticos” em regime de automedicação, que apesar de totalizarem 1,6% do total usado, não deixa de ser preocupante. Outras quatro classes farmacológicas que não podem deixar de ser realçadas são os “Hipnóticos” (n=1;0,1%), “Sedativos” (n=6;0,7%), “Ansiolíticos” (n=14;1,6%) e “Antidepressivos” (n=8;0,9%). Todos os grupos terapêuticos integrantes do questionário foram selecionados por, pelo menos, um inquirido. Portanto, de uma forma geral, as classes farmacológicas mais referidas correspondem às condições apresentadas e para as quais os estudantes recorreram à automedicação.

Num estudo realizado a estudantes de Farmácia no Brasil, os analgésicos, antipiréticos e anti-histamínicos foram comumente referidos e, ainda, os antibióticos demonstraram uma

prevalência significativa.(45) Antitússicos e expetorantes foram relatados, também, numa investigação realizada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.(43) No estudo realizado por Scuri et al.(6), em Itália, 46,2% dos estudantes recorreu a analgésicos e em Espanha, os mais utilizados foram antibióticos, antivíricos e analgésicos. Assim, verifica-se alguma concordância com os grupos terapêuticos mais referidos pelos inquiridos do curso de Ciências Farmacêuticas no presente trabalho.

4.1.21 DCI dos MNSRM e MSRM usados pelos inquiridos

Existiam duas questões de resposta aberta (as únicas que não eram de índole obrigatória) no final do questionário, respeitantes às substâncias ativas tanto de MSRM como de MNSRM que foram utilizados pelos estudantes. Todas as respostas dadas pelos estudantes inquiridos encontram-se no Anexo V. Considerou-se que os mesmos têm conhecimento e sabem classificar os medicamentos como sujeitos ou não sujeitos a receita médica, como é o caso dos fármacos para os quais os inquiridos não mencionaram a dosagem (por exemplo, paracetamol, ibuprofeno, diclofenac). No caso daqueles que mencionaram além do fármaco a dosagem associada, a mesma encontra-se descrita na tabela. Dado que, no questionário não foi feita a diferenciação entre MNSRM e MNSRM-EF, ambos foram incluídos na questão: “Indique os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) que mais utiliza pela DCI, de entre todos os que usou/usa nesta prática” encontrando-se, assim, integrados na tabela do Anexo 5.1. De notar que se encontram assinalados e descritos em nota de rodapé na tabela, os MSRM cujos inquiridos se equivocaram a classificar respondendo na questão relativa à outra classificação. Além disso, algumas das respostas obtidas na primeira questão de resposta aberta foram relativas a suplementos alimentares ou outros produtos de saúde (Anexo 5.1). Relativamente aos MNSRM/MNSRM-EF, dos 303 mencionados nesta questão, verifica-se uma clara prevalência do paracetamol, ibuprofeno e mesmo de medicamentos onde estes se encontram em associação. Outros AINEs foram também reportados sendo que, de uma forma geral, as substâncias ativas mencionadas correspondem às condições para as quais os estudantes inquiridos se automedicavam. De realçar a buspirona e o triflusal que foram incorretamente indicados nos MNSRM e que, portanto, não estão associados a condições passíveis de automedicação. Também a nimesulida e a metoclopramida foram indicadas na questão relativa aos MNSRM.

No que diz respeito aos MSRM mencionados, pela definição de automedicação na legislação portuguesa, esta classe de medicamentos não deveria ser utilizada para a realização desta prática. Contudo, partindo-se do princípio que os inquiridos utilizavam também MSRM, inseriu-se esta questão e, de facto, comprovou-se o seu uso, dada a elevada quantidade/diversidade que foi referida (105 princípios ativos indicados, embora alguns sejam comuns entre questionários). Vários poderiam ser salientados, mas importa destacar os ansiolíticos, sedativos, hipnóticos e antibióticos. Foram então referidos fármacos pertencentes a estas classes tal como o bromazepam (n=1), alprazolam (n=3), zolpidem (n=1), clonazepam (n=1), loflazepato de etilo (n=1), escitalopram (n=1) e a clindamicina (n=1), eritromicina (n=1),

azitromicina (n=1), amoxicilina + ácido clavulânico (n=1), fosfomicina (n=2), prulifloxacin (n=1), respectivamente. A utilização destas substâncias ativas por estudantes de um curso de saúde para a realização de automedicação, não deixa de ser preocupante e foi coerente com as respostas obtidas às questões anteriores do questionário. É possível que o *stress* e ansiedade subjacentes ao curso afetem os estudantes, de tal maneira a que estes decidam socorrer-se destas classes farmacológicas. Contudo, relativamente aos antibióticos, é preocupante a sua utilização por parte dos inquiridos, principalmente por serem indivíduos a receberem informação específica dos problemas associados ao seu uso. Os princípios ativos mais mencionados correspondem ao ibuprofeno e paracetamol, tal como nos MNSRM. Outros bastante mencionados são os anti-histamínicos, como a desloratadina (n=15).

4.2 Relação entre as variáveis sociodemográficas e a realização de automedicação pelos estudantes universitários de Ciências Farmacêuticas

O resultado dos cruzamentos entre as várias variáveis realizados no programa estatístico SPSS versão 25, encontram-se no Anexo VI, omitindo-se as respetivas fontes, dado que, resultaram do tratamento de dados no âmbito deste estudo. A discussão dos resultados tem em conta a formulação das hipóteses e a utilização de uma probabilidade inferior a 0,05 ($p < 0,05$), para reter as hipóteses que associam as variáveis/indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas. A partir deste ponto, quando se menciona a “prática de automedicação”, ou expressões equivalentes, refere-se sempre ao período em que se insere o objetivo deste estudo (os três meses prévios).

4.2.1 Associação entre o género e a prática de automedicação

Tal como se pode verificar através do Teste do Qui-quadrado no *Output* 6.1 do Anexo VI, não existe associação entre o género e a prática de automedicação nos três meses antecedentes à resposta ao questionário, $\chi^2(1) = 1,386, p = 0,239$. 69% (n=227) dos estudantes do sexo feminino que responderam ao inquérito automedicaram-se no período mencionado e 76,8% (n=43) dos indivíduos do sexo masculino realizaram essa mesma prática. Poderia esperar-se uma maior prevalência desta prática no género feminino, como foi verificado em alguns estudos. Contudo, noutros, tal como neste, conclui-se que ambos os géneros encontram-se igualmente (ou praticamente igual) envolvidos na prática de automedicação, não existindo diferenças estatisticamente significativas. (11,14,17,21,34) A incidência da automedicação, neste caso, até foi superior no género masculino não sendo, contudo, estatisticamente significativa.

De forma a verificar a influência do género nas diferentes classes farmacológicas utilizadas, doenças/condições/sintomas para as quais recorreram à automedicação e

causas/fatores/razões que os levaram a automedicar-se, realizou-se o cruzamento entre essas variáveis.

Relativamente aos grupos terapêuticos mais utilizados pelos indivíduos do sexo masculino da amostra analisada e que recorreram à automedicação nos três meses antecedentes, verificou-se que a percentagem foi superior, relativamente ao sexo feminino, nos “Antitússicos (tosse seca)” (n=12;27,9%), “Antiácidos” (n=7;16,3%), “Ansiolíticos” (n=4;9,3%), “Antibióticos” (n=3;7,0%), “Para a indigestão” (n=2;4,7%) e “Para problemas oftálmicos” (n=1;2,3%). Para todas as outras classes farmacológicas a prevalência foi superior no sexo feminino, como se pode verificar no *Output* 6.2. O mesmo tipo de análise, com obtenção de resultados diferentes, foi realizada no estudo de Banerjee et al.(29), onde as classes mais utilizadas pelo género feminino foram os analgésicos, antibióticos, antipiréticos e anti-histamínicos, enquanto, no masculino destacam-se primeiramente os antipiréticos, depois antibióticos e, por fim, analgésicos.(20)

No caso das doenças/condições/sintomas (*Output* 6.3), a “Febre” (n=23;53,5%), “Tosse” (n=19;44,2%), “Alergia” (n=15;34,9%), “Desordens GI (diarreia, obstipação, cólicas)” (n=12;27,9%), “Rouquidão” (n=6;14,0%), “Problemas dermatológicos” (n=5;11,6%), “Sensação de enfartamento” (n=5;11,6%), “Azia” (n=5;11,6%), “Rinite” (n=5;11,6%), “Problemas respiratórios” (n=4;9,3%), “Infeções comuns” (n=3;4,7%), “Problemas psicológicos” (n=3;7,0%), “Acne” (n=3;7,0%), “Vómitos” (n=2;4,7%) e “Perda de peso” (n=1;2,3%) apresentam uma percentagem superior no sexo masculino. De notar que nas “Frieiras” a percentagem é praticamente igual em ambos os sexos.

A comparação das causas e fatores (*Output* 6.4) com os quais os inquiridos justificam a automedicação praticada, relativamente ao género, permitiu verificar que no sexo masculino “Ter confiança suficiente por ter obtido aprovação a Unidades Curriculares de Farmacologia” (n=15;34,9%), “Armazenamento de medicamentos para múltiplos propósitos - “farmácia de casa” (n=26;60,5%), “Reconhecer que deve intervir nos próprios sintomas - papel ativo em relação à sua saúde” (n=32;74,4%), “Existência de estados depressivos” (n=7;16,3%), “Indisponibilidade de transporte” (n=4;9,3%), “Fácil acesso a fontes de informação sobre fármacos” (n=31;72,1%), “Oportunidade de aprendizagem” (n=16;37,2%) e “Não ter seguro de saúde ou isenção de taxas moderadoras” (n=4;9,3%) são as razões mais frequentes para esta parcela da amostra ter realizado automedicação nos três meses antecedentes. De notar que a “Diminuição da atividade física” é muito semelhante nos dois sexos.

4.2.2 Associação entre o ano de curso e a prática de automedicação

Neste caso, há uma associação estatisticamente significativa entre o ano de curso em que o estudante esteve inscrito no ano letivo de 2018/2019 e o recurso à automedicação $\chi^2(5) = 17,798$, $p = 0,003$. Pela tabela presente no *Output* 6.5 que cruza as duas variáveis mencionadas verifica-se que 1,9% (n=5) dos que realizaram esta prática estavam inscritos em Doutoramento; 15,9% (n=43) pertenciam ao 2ºano; 17,8% (n=48) ao 1ºano; 18,9% (n=51) ao 3ºano; 20,4% (n=55)

ao 5ºano e, por fim, 25,2% (n=68) dos que se automedicaram nos três meses antecedentes estavam inscritos no 4ºano. As diferenças são essencialmente ao nível do Doutoramento, dado o menor número de respostas obtidas. 83,3% dos alunos de 5ºano, 67,3% dos de 4ºano, 68,0% dos de 3ºano, 55,8% dos de 2ºano e 78,7% dos inscritos no 1ºano do curso e que responderam ao questionário realizaram automedicação no período em estudo. Portanto, os extremos dos anos de curso apresentam maior prática, podendo considerar-se uma tendência crescente do segundo para o quarto. Tal, pode justificar-se pelo aumento de unidades curriculares de farmacologia, ao longo do plano curricular do curso, a partir do terceiro ano.

Na investigação conduzida por Kanwal et al.(17) os últimos dois anos do curso de Medicina automedicaram-se mais que os primeiros. No estudo realizado a estudantes de Medicina e Farmácia dos diversos anos, Alam et al.(23) inferiu que o primeiro ano é mais reticente relativamente à automedicação do que os anos subsequentes. Portanto, verifica-se que não existe uma linearidade nos vários estudos, podendo o mesmo justificar-se pela existência de diversos fatores que influenciam a prática de automedicação como, por exemplo, a influência cultural.

O ano de inscrição no curso foi ainda relacionado com as fontes de informação a que os estudantes recorreram, doenças/condições/sintomas para as(os) quais mais se automedicaram e, por fim, os grupos terapêuticos e outros produtos mais utilizados. Estas comparações são importantes para tentar perceber o porquê de existir associação entre o ano de inscrição no curso de Ciências Farmacêuticas e a prática de automedicação reportada pelos alunos.

No que diz respeito às fontes de informação, a maior percentagem de alunos que recorreram à automedicação nos últimos três meses e que selecionou mais o recurso ao "Farmacêutico" foi o 2ºano (n=32;74,4%). Este também foi o ano que mais teve por base as "Prescrições anteriores" para proceder à automedicação (n=20;46,5%). O "Conhecimento próprio adquirido na faculdade" (n=40;72,7%), o "Folheto Informativo ou Resumo das Características do Medicamento" (n=38;69,1%), as "Fontes *online*" (n=19;34,5%) e os "Livros, jornais ou revistas científicas" (n=7;12,7%) foram mais reportados pelos alunos do 5ºano, tendo em atenção que os cinco alunos de Doutoramento indicaram que recorreram ao conhecimento próprio para se automedicarem (n=5;100%) e um recorreu a material científico (20%), correspondendo a percentagens superiores por totalizarem um menor número de inquiridos que os restantes. O 1ºano evidencia uma maior recorrência ao "Médico" (n=20;41,7%) e a "Familiares, amigos, vizinhos" (n=19;39,6%), o que é concordante com o facto dos primeiros anos de curso serem mais abrangentes, dando as bases necessárias para os anos posteriores. Relativamente ao 3ºano a mesma percentagem de alunos (n=33;64,7%) que recorreu ao farmacêutico, usou também o conhecimento próprio, sendo tal justificado por ser, geralmente, a partir deste ano que surge um maior número de unidades curriculares com enfoque na profissão farmacêutica. No 4ºano, 67,6% dos alunos pertencentes a este ano e que realizaram automedicação nos três meses antecedentes ao preenchimento do questionário, recorreram ao farmacêutico. De notar que a "Publicidade feita pelas empresas farmacêuticas" e os "Anúncios publicitários" foram

selecionados apenas por um inquirido. Além do referido, o que também se pode verificar pelo *Output 6.6* é a tendência crescente, no sentido dos primeiros anos de curso para os últimos, para indicar o conhecimento próprio como fonte usada para a prática de automedicação. O inverso também é evidente para o aconselhamento com pessoas do círculo social, antes da instituição da terapêutica, sendo tanto maior quanto mais baixo é o nível académico do estudante.

As razões mais apontadas nos diversos anos (*Output 6.7*, em anexo) foram, sem dúvida, o “Conhecimento suficiente para se automedicar”, a “Baixa gravidade/severidade da condição apresentada”, “Para obter um rápido alívio dos sintomas ou da condição apresentada”, o “Uso bem-sucedido do fármaco anteriormente/Obter um bom resultado com a automedicação” e a “Praticidade e comodidade”. Relativamente às diferenças mais evidentes entre os diferentes anos, estas estão relacionadas com as fontes de informação a que recorreram e podem destacar-se “Ter confiança suficiente por ter obtido aprovação a Unidades Curriculares de Farmacologia”, cujas percentagens dos diferentes anos a mencioná-la foram aumentando (maior nível académico maior percentagem obtida). Outro desses casos tem a ver com a “Leitura do Folheto Informativo que acompanha o medicamento é suficiente para decidir realizar automedicação com o mesmo”, onde a maior percentagem foi obtida nos alunos do 2ºano e a menor nos inquiridos do 5ºano. Ainda o “Aconselhamento por uma pessoa (amigos, familiares, vizinhos...) que teve o mesmo sintoma/problema” foi decrescendo com o aumento do nível académico. De notar que a “Existência de estados depressivos” foi superior para os alunos de terceiro, segundo e quinto ano, respetivamente, o que se correlaciona com uma maior carga horária e grau de dificuldade, principalmente para o terceiro e quinto ano.

Relativamente às condições apresentadas que os levaram a automedicar-se (*Output 6.8*), obtiveram-se percentagens mais elevadas de todos os anos do curso na “Sintomatologia associada a Constipação/Gripe”, “Dor de garganta”, “Alergia”, “Febre”, “Desordens menstruais” e “Tosse”. No caso das diferenças entre os diversos anos verifica-se um aumento na percentagem de alunos, à medida que aumenta o nível académico, que recorreram à automedicação para as “Cefaleias ligeiras a moderadas”, o que pode ser coerente com um maior desgaste em fim de curso. De notar que nas “Infeções do trato urinário”, apenas os alunos de Doutoramento não indicaram a utilização de fármacos por si próprios. Nas “Doenças neurológicas” apenas um estudante de segundo ano reportou, sendo que para os “Problemas psicológicos” existiu a indicação por parte dos três primeiros anos do curso. Importante, também, será realçar o uso de medicamentos na “Dificuldade temporária em adormecer”, dado que, por exemplo, 14,5% dos alunos de 5ºano utilizaram-nos nesta condição. Nas “Infeções comuns”, apenas não existiu indicação por parte de nenhum dos alunos de Doutoramento, sendo de realçar que 5,9% dos alunos de 3ºano automedicaram-se nesta situação.

Os grupos terapêuticos e produtos mais selecionados pelos inquiridos dos diversos anos (*Output 6.9*) foram os “Analgésicos e Antipiréticos”, “Anti-histamínicos”, “Anti-inflamatórios não esteróides (AINES)”, “Descongestionantes nasais”, “Vitaminas/Suplementos”, “Antitússicos” e

“Expetorantes”. Em termos de diferenças entre os diversos anos, no caso dos “Antibióticos” verifica-se uma maior prevalência da prática de automedicação nos dois primeiros anos de curso (14,6% e 11,6% dos alunos do primeiro e segundo ano que realizaram automedicação referente aos três meses anteriores ao preenchimento do questionário, respetivamente, recorreram a esta classe farmacológica). No 3º e 5ºanos apenas um inquirido indicou o recurso a este grupo terapêutico. Verifica-se que a percentagem de alunos dos diversos anos que utilizou “Relaxantes musculares” decresce à medida que aumenta o grau académico. No caso dos produtos provenientes de plantas, uma maior percentagem de alunos do 1º e 2ºanos utilizou, o que, mais uma vez, poderá ter a ver com o diminuído contacto com as classes farmacológicas, nos primeiros anos do curso. “Sedativos” e “Ansiolíticos” foram mais indicados por alunos do 2º e 3ºanos e no caso dos “Antidepressivos” salientam-se os três primeiros anos de curso, o que é coerente com o facto de serem estes os anos que mais indicaram problemas psíquicos.

4.2.3 Associação entre as classes etárias e a prática de automedicação

Relativamente à idade, esta variável foi recodificada em escalões de forma a poder realizar-se o cruzamento com outras variáveis. Neste sentido, primeiramente ocorreu a recodificação em quatro classes etárias: “< 20 anos”, “20-25 anos”, “26-30 anos” e “> 30 anos”. Contudo, ao realizar-se o teste do Qui-quadrado um dos pressupostos subjacentes a este teste não foi cumprido (a percentagem de células da tabela de contingência que tem frequência esperada inferior a 5, não pode ser superior a 20%) e, portanto, não se poderia confiar nos resultados obtidos (*Output* 6.10.1). Para ultrapassar este problema, dado que também não é uma tabela de 2 x 2 (não apresenta a linha do Teste exato de Fisher), a opção é associar categorias anteriormente criadas ou reclassificar a idade de outra forma e voltar a calcular o Teste do Qui-quadrado.(52) Assim sendo, optou-se por reclassificar as classes etárias, passando estas a ser: “<20 anos”, “20-26 anos” e “> 26 anos”, verificando, assim, todos os pressupostos do teste realizado (*Output* 6.10.2). Analisando os resultados obtidos, verifica-se que não existe associação entre as variáveis, $\chi^2(2) = 5,089, p = 0,079$. 70,8% (n=68) dos indivíduos pertencentes à classe etária “<20 anos” recorreram à automedicação, bem como 68,4% (n=186) dos integrantes da classe “20-26 anos” e 94,1% (n=16) dos estudantes com idade superior a 26 anos. Portanto, apesar de não existir associação estatisticamente significativa verifica-se uma prevalência da prática para os inquiridos mais velhos da amostra.

Apesar dos resultados não poderem ser corroborados pela investigação a seguir descrita torna-se importante a sua referência, dado que foi realizada em Portugal. No estudo realizado por Amaral et al.(32), a automedicação obteve uma maior prevalência na faixa etária de 16 a 25 anos, inclusive. Também se pode correlacionar a maior prevalência da automedicação nas faixas etárias mais jovens com a evidência de uma maior necessidade de cuidados de saúde pelos indivíduos de faixas etárias superiores, o que está, possivelmente, associado a um maior recurso a MSRM e uma menor necessidade de MNSRM.(33)

4.2.4 Associação entre o estado civil e a prática de automedicação

Apesar de nesta associação ocorrer o mesmo que na anterior e a percentagem em nota de rodapé na tabela do teste do Qui-quadrado, para estas variáveis, ser superior a 20%, existe a possibilidade de retirar conclusões através do Teste de Fisher. Assim, verifica-se que não existe associação entre as variáveis, $p=0,557$. A maioria dos indivíduos solteiros automedicou-se ($n=267;69,9\%$) e os 3 indivíduos casados que responderam ao questionário também realizaram esta prática, como se pode verificar no *Output* 6.11, em anexo. Pelo facto de apenas 3 estudantes casados terem participado no questionário era de esperar que não existisse uma associação estatisticamente significativa entre o estado civil e a realização de automedicação relativa aos três meses antecedentes ao preenchimento do questionário.

4.2.5 Associação entre a residência/morada relativamente ao agregado e a prática de automedicação

Não existe associação, nem entre a residência e a prática de automedicação $\chi^2(1) = 3,306$, $p = 0,069$, nem entre a morada em relação ao agregado e esta última $\chi^2(1) = 0,193$, $p = 0,660$. No primeiro caso, 64,9% ($n=100$) dos indivíduos que habitam numa zona rural praticaram automedicação e 73,6% ($n=170$) daqueles que se encontram em zonas urbanas também. Embora a percentagem seja superior no caso da zona urbana não é estatisticamente significativa (*Output* 6.12). Relativamente à relação entre a resposta à pergunta: “Tem morada diferente da do agregado familiar durante o período de aulas?” e a prática ou não de automedicação nos últimos três meses (*Output* 6.13), verifica-se que daqueles que moram com o agregado familiar (resposta “Não” à questão) 68,7% ($n=90$) recorreu à automedicação e no que diz respeito àqueles que têm morada diferente da do agregado, 70,9% ($n=180$) também realizou essa prática. Estas duas questões relativas à habitação e, principalmente, a morada relativa ao agregado durante o ano letivo são pertinentes, uma vez que, embora as universidades se situem nos grandes centros urbanos, há estudantes que vivem em zonas rurais e se deslocam até à universidade e, portanto, a convivência com o agregado poderia afetar a automedicação realizada, o que não se verificou.

Relativamente ao estudo realizado por Abdi et al.(11), quanto à residência, parece existir uma maior prática de automedicação nos jovens que ainda vivem com a família do que naqueles que estudam fora de casa/numa residência, ao contrário do obtido na investigação aos estudantes de Ciências Farmacêuticas, contudo nesse estudo também não se considera uma diferença significativa. A área de residência também pode interferir verificando-se que a maioria dos que se automedica reside nas áreas urbanas, tal como o obtido na investigação conduzida, contudo também há estudos que verificam que não existe relação com a automedicação.(3,9)

4.2.6 Associação entre o tempo a que se encontram do hospital mais próximo e a prática de automedicação

Tal como ocorreu na variável idade, já recodificada em classes etárias, a realização do teste do Qui-quadrado nestas variáveis levou à obtenção de uma percentagem superior a 20%, indicada na nota de rodapé da tabela referente a este teste estatístico, como se pode verificar no *Output* 6.14.1. Como não é indicado, mais uma vez, o Teste de Fisher, foi necessária a recodificação da variável “Tempo a que se encontra do hospital mais próximo”. Assim, passaram a assumir-se as seguintes categorias: “< 5min”, “5-24 min” e “> 25 min”. Através da realização do teste do Qui-quadrado depreende-se que não existe associação entre as variáveis e, portanto, o tempo que distam do hospital mais próximo não influencia a recorrência ou não à automedicação, $\chi^2(2) = 0,585, p = 0,746$. A maioria dos estudantes que se encontra tanto a “< 5 min” (n=88;71,0%), como a “5-24 min” (n=154;70,6%) e mesmo a “> 25 min” (n=28;65,1%) praticaram automedicação nos três meses antecedentes (*Output* 6.14.2). O estudo desta variável tinha como intenção perceber se, ao existir uma maior distância do estudante ao hospital, este decidia recorrer mais à automedicação, de forma a não perder tempo a deslocar-se ao médico. Como se referiu, tal não foi verificado.

4.2.7 Associação entre as habilitações dos progenitores e a prática de automedicação

Através da análise do *Output* 6.15 verifica-se que não existe associação nem das habilitações do pai ($\chi^2(3) = 1,505, p = 0,681$), nem das habilitações da mãe ($\chi^2(3) = 0,484, p = 0,922$) com a automedicação realizada pelos estudantes. Nesta questão, além da inserção das respostas correspondentes à literacia, foi também incluída a seguinte opção: “Não é possível disponibilizar essa informação”, dado que, poderiam existir motivos pelos quais os estudantes não possuíssem essa informação. Existiram três inquéritos onde ocorreu a seleção dessa opção nas habilitações do pai e um no caso da literacia da mãe do indivíduo. De notar que estas respostas foram codificadas como omissas. A maioria dos estudantes com pais e mães no ensino primário, básico, secundário e superior referiram ter recorrido à automedicação. Portanto, o grau de literacia dos pais ser superior ou inferior não tem influência, de forma estatisticamente significativa, na automedicação praticada pelos filhos, dado que, por exemplo, a percentagem de estudantes cujo pai (n=39;67,2%) e a mãe (n=25;65,8%) possuem o ensino primário e estes recorrem à automedicação é muito semelhante àqueles que, nas mesmas condições, têm o pai (n=62;72,9%) e a mãe (n=86;70,5%) que completaram o ensino superior. Poderia ser expectável um decréscimo da percentagem dos que praticaram automedicação à medida que o grau académico dos pais aumenta, como foi verificado em alguns estudos, contudo tal não se verificou. Um exemplo é a investigação de Helal et al.(3) onde as habilitações literárias dos pais afetaram as práticas realizadas pelos estudantes, nomeadamente ao terem atingido o ensino superior.

4.2.8 Associação entre a existência de seguro de saúde e a prática de automedicação

Relativamente à associação existente entre estas duas variáveis, esta não é estatisticamente significativa, $\chi^2(1) = 0,388, p = 0,533$. Portanto, a posse ou não de plano/seguro de saúde não está associada a uma maior ou menor prática de automedicação pelos estudantes. O que se pressupunha era que pela posse de seguro de saúde os indivíduos diminuiriam a prática de automedicação, dado existir um acesso facilitado a consultas médicas, mas tal não foi verificado. Dos indivíduos que alegam não ter seguro de saúde, 68,8% (n=148) praticam automedicação, sendo que, em contrapartida, 71,8% (n=122) dos que o possuem também a praticam. (*Output 6.16*) Tal pode ser corroborado com o estudo realizado por Abdi et al.(11) onde se verificou que os estudantes que possuem seguro de saúde automedicam-se mais, embora a diferença não seja significativa.

4.2.9 Associação entre as doenças crónicas e a prática de automedicação

Não existe uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, $\chi^2(1) = 1,324, p = 0,250$. Dos que responderam não possuir nenhuma doença crónica já diagnosticada, 69,1% (n=230) referiu que se automedicou, sendo que daqueles aos quais foi diagnosticada uma ou mais doenças crónicas, 76,9% (n=40) automedicou-se (*Output 6.17*). Apesar da percentagem daqueles que possuem doença crónica e que instituíram terapêutica farmacológica ter sido superior não existiu uma diferença substancial relativamente àqueles que não possuem doença crónica. Foi verificado num estudo publicado na Acta Farmacêutica Portuguesa(33) que os indivíduos com doenças crónicas são mais propensos para se automedicar, uma vez que, têm mais influência na sua saúde, pois gerem a toma de medicamentos frequentemente. O mesmo foi verificado nesta investigação, contudo, como mencionado, a associação não foi estatisticamente significativa.

4.2.10 Associação entre a prática de atividade física e a prática de automedicação

A associação entre as variáveis não é estatisticamente significativa, $\chi^2(1) = 0,004, p = 0,952$. Daqueles que assumem não praticar desporto ou exercício físico intenso, 70,0% (n=187) realizou automedicação e a percentagem dos que pratica atividade física ativamente e que se automedicou é quase equiparável, 70,3% (n=83), como se pode verificar no *Output 6.18*. Existem estudos(9,24) que revelam que a atividade física, ou neste caso, a ausência/redução da prática de exercício físico está correlacionada com a realização de automedicação, daí a inclusão desta variável na investigação realizada aos estudantes de Ciências Farmacêuticas. Torna-se, ainda, importante referir que o conceito de atividade física intensa difere de pessoa para pessoa, contudo optou-se por designar dessa forma, dado que “atividade física”, apenas, seria ainda mais abrangente.

4.2.11 Associação entre o consumo de bebidas alcoólicas/tabaco e a prática de automedicação

Os hábitos e estilos de vida dos estudantes poderiam, em algumas situações, contribuir para uma maior recorrência à prática de automedicação. Na amostra estudada o consumo de álcool ($\chi^2(2) = 1,762, p = 0,414$) e tabaco ($\chi^2(1) = 0,013, p = 0,909$) não afetou de forma significativa o recurso à automedicação. No caso do álcool, os que consomem frequentemente têm tendência a automedicarem-se mais ($n=16;72,7\%$), seguindo-se os que realizam o consumo de forma esporádica ($n=200;71,1\%$) e, por fim, os que não consomem bebidas alcoólicas ($n=54;64,3\%$). Contudo, é de realçar, mais uma vez, que as diferenças não são estatisticamente significativas (*Output 6.19*). Já relativamente ao tabaco, as percentagens são muito semelhantes entre aqueles que fumam/não fumam e a automedicação realizada, sendo de 70,8% ($n=34$) e 70,0% ($n=236$), respetivamente (*Output 6.20*). Como verificado nalguns estudos, o consumo de álcool e tabaco também parece ter uma correlação positiva com esta prática.(9,33) Hábitos pouco saudáveis, como estes, comprometem a saúde, o que pode justificar o aumento da recorrência a medicamentos por parte dos indivíduos, o que não se verificou neste caso.

4.2.12 Associação entre a recorrência ao médico e a prática de automedicação

Através do resultado obtido no teste do Qui-quadrado verifica-se que não existe associação estatisticamente significativa entre as variáveis, $\chi^2(2) = 1,433, p = 0,489$. Dos que não recorreram ao médico nos três meses antecedentes, 68,0% ($n=134$) automedicou-se nesse período, 73,2% ($n=123$) automedicou-se e recorreu de 1-3 vezes ao profissional de saúde e para aqueles que consultaram o médico mais de 3 vezes, a percentagem correspondeu a 65,0% ($n=13$). Existiu uma maior prevalência da automedicação naqueles que recorram ao médico de 1 a 3 vezes nos últimos três meses (*Output 6.21*). Apesar de se presumir que os estudantes que não recorrem ao médico se automedicam mais, tal não se verificou. Não há, então, diferença significativa em relação ao número de idas ao médico e a prática de automedicação pois, tal como a definição de automedicação na legislação portuguesa sugere, a utilização de MNSRM com acompanhamento de um profissional de saúde inclui-se nesta definição. Portanto, se os inquiridos tiveram em conta esta definição, assumem o aconselhamento médico incluído na automedicação. Tal pode justificar que, mesmo aqueles que recorreram ao médico, apresentem uma prática de automedicação superior comparativamente aos que não procuraram auxílio de um profissional.

No estudo de Alshogranet et al.(20) uma porção significativa dos estudantes recorreu mais de uma vez ao médico nos últimos seis meses, sendo de realçar que aproximadamente 12% deles não seguiram as indicações fornecidas pelo profissional, o que é preocupante, dado que são estes que, posteriormente, podem ter de se socorrer da automedicação. Na investigação de Ribeiro et al.(42), 31,1% dos inquiridos deslocaram-se mais de duas vezes ao médico no último ano e 25,8% não consultaram o médico, sendo que o restante consultou uma ou duas vezes.

5. Considerações finais e conclusões

5.1 Limitações

Uma limitação associada à maior parte dos estudos deste tipo é o viés de memória, dado que se está a inquirir sobre um período anterior. Para limitar esta influência o estudo foi conduzido relativamente ao período dos três meses antecedentes e não ao de seis ou doze meses, que é o mais comum questionar-se. Adicionalmente, pode ocorrer o facto da amostra em estudo não representar bem o todo e, portanto, ser difícil de generalizar. Apesar do tamanho da amostra ser relativamente pequeno foi considerado suficiente para assegurar a representatividade da população a que o questionário se dirigia. Poderá existir, ainda, influência da época do ano em que se realiza o questionário, daí a necessidade de mais estudos noutros períodos.

A existência de outras amostras, constituídas por outros cursos de saúde, por exemplo, teria sido interessante para comparar a percentagem de automedicação obtida em cada um deles. Sendo assim, não pode existir generalização para estudantes de outros cursos, mesmo que apresentem características socioculturais semelhantes às dos inquiridos neste estudo. Outra limitação está relacionada com o conhecimento por parte dos estudantes de que se tratava de um estudo científico e, sendo os inquiridos da área da saúde, poderão ter respondido o que é mais correto fazer e não o que realmente praticaram, contudo é algo que não se consegue controlar e está subjacente a este tipo de investigação.

5.2 Abordagens a realizar para melhorar a prática de automedicação

A definição de estratégias e programas a realizar deve ter por base os fatores e determinantes que influenciam os jovens estudantes universitários a automedicarem-se, dado que esse é o cerne da questão para conseguir alterar comportamentos. Perceber quais as suas motivações e fatores que influenciam a realização dessa prática é essencial para determinar quais as abordagens que podem ser implementadas.

Tal como designado por Quintal et al.(33) na Acta Farmacêutica Portuguesa de 2015, é necessário conhecer o perfil dos utilizadores dos MNSRM, para que as campanhas a serem realizadas se adequem ao público-alvo. Dado que, para além de existirem maiores suscetibilidades de problemas em certos grupos populacionais, as suas dúvidas relativamente aos medicamentos também são diferentes (dependendo do nível de conhecimento que possuam na área da saúde), a adaptação é sempre essencial. Para que ocorra esta adaptação é necessário proceder ao estudo da implementação desta prática em diferentes grupos da sociedade (incluindo aqueles que são considerados mais vulneráveis/população de risco), o que tem vindo a ser realizado nos últimos anos.

A educação da população em geral fica, muitas vezes, a cargo dos profissionais de saúde e, portanto, estes devem participar ativamente no controlo da prática de automedicação, dado que este é um problema real que não pode, de todo, ser ignorado.(34) O acompanhamento do tratamento farmacoterapêutico dos utentes, por parte dos profissionais, diminui a incidência de automedicação, dado que estes estão mais alerta para a possível solicitação de outros medicamentos e conseguem intervir nesses casos.(36)

A consciencialização e educação acerca das implicações da automedicação, bem como, dos prós e contras associados, poderia proceder-se nas escolas/universidades para os estudantes (sendo que, para os futuros profissionais de saúde é imperativa esta instrução) e através da comunicação social para as várias faixas etárias.(12) Seria interessante ponderar a inserção da abordagem destes conceitos no plano de estudos de determinada unidade curricular, como considerado por Kanwal et al.(17) Tal pode até ocorrer, para que, mesmo os estudantes auxiliem na consciencialização desta prática entre a população (promovendo comportamentos de saúde e minimizando comportamentos de risco), de forma a que, no futuro, exista uma maior prática de automedicação responsável.(50) Pode ocorrer a adoção de políticas mais restritas em termos de cedência dos medicamentos, principalmente dos que necessitam de receita médica e que são vendidos de forma suspensa pela farmácia (dando ênfase à supervisão farmacêutica, para evitar situações de automedicação indevida), bem como, a avaliação de mais medicamentos, por forma, a realizar a reclassificação dos mesmos, caso exista essa necessidade. Alguns estudos sugerem uma regulamentação ainda mais apertada dos produtos de saúde(4) como, por exemplo, a passagem da tutela dos suplementos alimentares para autoridades que regulam os medicamentos e, mesmo, a adoção de políticas de saúde que orientem o uso racional de medicamentos.(36) A transmissão da importância da leitura do FI/RCM, o incentivo da mesma e, em caso de necessidade, procurar o aconselhamento profissional, pode ser um ponto de partida importante neste âmbito, como sugerido por Helal et al.(3)

Além disso, a junção da regulação da publicidade aos medicamentos (com a tentativa de restrição ou, pelo menos, evitar o incentivo ao consumo sem necessidade) com o adequado aconselhamento e a educação sobre saúde pública, pode trazer benefícios significativos. Deverá, também, promover-se a notificação espontânea de reações adversas sentidas aquando da realização de automedicação, demarcando a relação que existe entre utente-médico-farmacêutico, para que exista confiança por parte dos utentes para falar abertamente com qualquer um dos profissionais acerca destas questões ou serem eles mesmos a reportar. A capacidade de interação e transmissão da informação entre o médico e os profissionais da farmácia é uma mais valia no sistema de saúde, permitindo que o contributo de todos auxilie da melhor forma a saúde dos utentes. Assim, o desenvolvimento da comunicação entre os profissionais é uma abordagem que deve continuar a ser construída de forma a maximizar os benefícios e minimizar os riscos associados à utilização dos medicamentos.

5.3 Conclusões

Esta secção destina-se a sintetizar os pontos mais importantes obtidos no estudo realizado sobre a prática de automedicação dos estudantes de Ciências Farmacêuticas. O instrumento utilizado para alcançar o objetivo do estudo foi um inquérito *online* de autopreenchimento. A amostra obtida pode considerar-se representativa dos alunos inscritos no curso de Ciências Farmacêuticas no ano letivo de 2018/2019 podendo, assim, extrapolar-se os dados para os estudantes desta área de formação.

A investigação foi então constituída por 385 participantes, com o principal objetivo de obter a prevalência da prática de automedicação nesta parcela da população universitária e no período prévio de três meses, tendo sido obtido o valor de 70,1%. Foi verificado que existe influência do ano de curso na prática de automedicação, sendo que os alunos inscritos no início e no final do curso revelaram percentagens mais elevadas (78,7% e 83,3%, respetivamente) comparativamente ao segundo, terceiro e quarto anos. Interessante foi também perceber a diferença nas fontes de informação a que recorrem os estudantes dos diversos anos, por exemplo, o aconselhamento com familiares e amigos apresentou uma tendência decrescente com o aumento do nível académico e uma tendência crescente foi verificada no uso do conhecimento próprio. Para além do estudo da automedicação, um ponto importante foi a perceção dos princípios ativos mais utilizados pelos estudantes de forma a ter uma ideia da adequabilidade dos mesmos neste tipo de prática.

Como a tendência desta prática tem vindo a aumentar em diversos países, este género de estudos contribui para o aumento do conhecimento acerca da prevalência desta prática em vários pontos do globo, permitindo a realização de comparações e tornando-se preponderante na concretização de intervenções efetivas.

A investigação realizada contribuiu para perceção do enorme trabalho que há ainda por realizar em Portugal acerca deste tema, sobretudo em futuros profissionais de saúde, sendo imperativo a intervenção o mais precocemente possível. Tal, ocorre com vista a que, após receberem formação sob a forma correta de agir, a transmitam aos utentes com quem tenham contacto no futuro. Os farmacêuticos, sendo dos profissionais de saúde mais próximos da comunidade, apresentam capacidades para transmitir informação científica correta, bem como as formas adequadas de agir perante cada situação, incentivando a procura de um profissional especializado caso se adeque.

Em estudos futuros, poderá ocorrer a exploração deste tema noutras áreas das ciências da saúde ou com outros cursos que estejam a formar profissionais de saúde ficando, assim, abertas as possibilidades de novas investigações nesta área, dado que, apenas procurando o conhecimento se consegue intervir para melhorar a saúde das comunidades.

6. Referências bibliográficas

1. Johnson D, Sekhar HS, Alex T, Kumaraswamy M, Singh R. Self medication practice among medical, pharmacy and nursing students. *Int J Pharm Pharm Sci.* 2016;8(7):5-9.
2. Cruz PS, Caramona M, Guerreiro MP. Uma reflexão sobre a automedicação e medicamentos não sujeitos a receita médica em Portugal. *Rev Port Farmacoter.* 2015;7:83-90.
3. Helal RM, Abou-ElWafa HS. Self-Medication in University Students from the City of Mansoura, Egypt. *J Environ Public Health.* 2017;7.
4. Bollu M, Vasanthi B, Chowdary PS, Sri D. Prevalence of self medication among the pharmacy students in Guntur: a questionnaire based study. *World J Pharm Pharm Sci.* 2014;3(12):810-26.
5. Instituto Nacional de Estatística I.P. Inquérito Nacional de Saúde 2014. In: 2016th ed. Lisboa-Portugal;
6. Scuri S, Petrelli F, Tanzi E, Nguyễn TTC, Grappasonni I. European university students of pharmacy: survey on the use of pharmaceutical drugs. *Acta Biomed.* 2019;90(1):83-91.
7. World Health Organization. Guidelines for the Regulatory Assessment of Medical Products for Use in Self-medication [Internet]. Geneva; 2000 [cited 2019 May 13]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2218e/>
8. Chiribagula VB, Mboni HM, Amuri SB, Sangwa G, Byanga JK, Duez P, et al. Prévalence et caractéristiques de l'automédication chez les étudiants de 18 à 35 ans résidant au Campus de la Kasapa de l'Université de Lubumbashi. *Pan Afr Med J.* 2015;21(107).
9. Lukovic JA, Miletic V, Pekmezovic T. Self-Medication Practices and Risk Factors for Self-Medication among Medical Students in Belgrade, Serbia. *PLoS One.* 2014;9(12):e114644.
10. Pissarra I, Alba ME, Rosado T. Avaliação da Prática de Automedicação por Profissionais de Saúde Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia. Universidade da Beira Interior; 2016.
11. Abdi A, Faraji A, Dehghan F, Khatony A. Prevalence of self-medication practice among health sciences students in Kermanshah, Iran. *BMC Pharmacology Toxicol.* 2018;19:1-7.
12. Ahmadi SM, Jamshidi K, Abdi A, Vahid MP. The Prevalence and Affecting Factors on Self-Medication Among Students of Kermanshah University of Medical Science in 2014. *J Clin Diagnostic Res.* 2016;10(5):1-4.
13. Lv B, Zhou Z, Xu G, Yang D, Wu L, Shen Q, et al. Knowledge, attitudes and practices concerning self-medication with antibiotics among university students in western China. *Trop Med Int Heal.* 2014;19(7):769-79.
14. Sharma A, Oommen S, Topno I, Saya RP. Perceptions and practices of self-medication in healthcare and nonhealthcare university students in South India. *J Basic Clin Physiol Pharmacol.* 2015;26(6):633-40.
15. Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho. Diário da República - 2ª Série; 2007.
16. World Health Organization. The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication [Internet]. 1998 [cited 2019 May 1]. Available from: <https://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/3.2.html>
17. Kanwal ZG, Fatima N, Azhar S, Chohan O, Jabeen M, Yameen MA. Implications of self-medication among medical students-A dilemma. *JPMA.* 2018;68(9):1363-7.
18. Sisay M, Mengistu G, Edessa D. Epidemiology of self-medication in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Pharmacology Toxicol.* 2018;19:1-12.
19. Martins AP, Gonçalves E, Marcelo A, Vilão S, Silva JA da. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia em Portugal: Uma Oportunidade de Acesso Sub-Aproveitada? *Acta Med Port.* 2016;29(9):542-8.
20. Osama Y Alshogran, Karem H Alzoubi, Omar F Khabour SF. Patterns of self-medication among medical and nonmedical University students in Jordan. *Risk Manag Healthc Policy.* 2018;11:169-76.
21. Zafar SN, Syed R, Waqar S, Zubairi AJ, Waqar T, Shaikh M, et al. Self-medication amongst University Students of Karachi: Prevalence, Knowledge and Attitudes. *J Pak Med Assoc.* 2008;54:214-7.
22. Galato D, Madalena J, Pereira GB. Automedicação em estudantes universitários: a influência da área de formação. *Cien Saude Colet.* 2012;17(12):3323-30.
23. Alam N, Saffoon N, Uddin R. Self-medication among medical and pharmacy students in Bangladesh. *BMC Res Notes.* 2015;8:1-6.
24. Montastruc J, Bondon-guitton E, Abadie D, Lacroix I, Berreni A, Pugnet G, et al. Pharmacovigilance, risks and adverse effects of self-medication. Elsevier Masson SAS. 2016;71(2):2-7.
25. Iuras A, Marques AAF, Garcia L da FR, Santiago MB, Santana LKL. Prevalência da automedicação entre estudantes da Universidade do Estado do Amazonas (Brasil). *Rev Port Estomatol Med Dentária e Cir Maxilofac.* 2016;57(2):104-11.
26. Dhamer T, Dal-molin AP, Helfer AP, Carneiro M, Possuelo LG, Kauffmann C, et al. A automedicação em acadêmicos de cursos de graduação da área da saúde em uma universidade privada do estado do Rio Grande do Sul. *Rev Epidemiol e Control Infecção.* 2012;2(4):138-40.
27. F.Susheela, Narayana Goruntia, Pradeep Kumar Bhupalam, K.V. Veerabhadrapa, Bogireddy SMGI. Assessment of knowledge, attitude and practice toward responsible self-medication among

- students of pharmacy colleges located in Anantapur district, Andhra Pradesh, India. *J Educ Health Promot.* 2018;7.
28. Lopes ADM, Mata LCC. Automedicação entre graduandos das áreas de saúde e exatas da Faculdade Ciências da Vida na cidade de Sete Lagoas/MG. *Rev Bras Ciências da Vida.* 2017;5(1):1-18.
 29. Banerjee I, Sathian B, Gupta RK, Amarendra A. Self-medication practice among preclinical university in a medical school from the city of Pokhara, Nepal. *Nepal J Epidemiol.* 2016;6(2):574-81.
 30. World Self-Medication Industry [Internet]. What is Self-Medication? [cited 2019 May 25]. Available from: <http://www.wsmi.org/about-self-care-and-self-medication/what-is-self-medication/>
 31. Gonçalves E, Marcelo A, Vilão S, Silva JA da, Martins AP. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia em Portugal. *Rev Port Farmacoter.* 2016;8:123-34.
 32. Amaral O, Lages A, Sousa L, Almeida L, Santos J, Dias M, et al. Automedicação em Jovens e Adultos da Região Centro de Portugal. *Millenium.* 2014;47:97-109.
 33. Quintal C, Sarmento M, Raposo V. Fatores explicativos do consumo de medicamentos não sujeitos a receita médica em Portugal. *Acta Farm Port.* 2015;4(1):53-66.
 34. Ullah H, Khan SA, Ali S, Karim S, Baseer A, Chohan O, et al. Evaluation of self-medication amongst university students in Abbottabad, Pakistan; Prevalência, attitude and causes. *Acta Pol Pharm - Drug Res.* 2013;70(5):919-22.
 35. Ferreira AMR, Borges A, Rangel R, Monsanto P, Dias MJ, Carvalho MCD de. Avaliação das intoxicações medicamentosas em Portugal. *Rev da Fac Ciências da Saúde Porto.* 2008;5:94-110.
 36. Jesus APGAS, Yoshida NCP, Freitas JGA de F. Prevalência da automedicação entre académicos de Farmácia, Medicina, Enfermagem e Odontologia. *Estud Goiania.* 2013;40(2):151-64.
 37. Pinheiro MF, Silva RN, Garcia JB, Rodrigues FSM, Fornari JV, Barnabe AS, et al. Avaliação transversal do perfil de indivíduos portadores de nível superior praticantes de automedicação. *Saúde em Foco.* 2013;6.
 38. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Análise do consumo de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias [Internet]. Vendas de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias. [cited 2019 Jul 4]. Available from: http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/relatorios/mnsrm?p_p_id=110_INSTANCE_CO8C7IbUngtW&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2
 39. Mendes Z, Martins AP, Miranda A da C, Soares MA, Ferreira AP, Nogueira A. Prevalência da automedicação na população urbana portuguesa. *Rev Bras Ciências Farm.* 2004;40(1):3-7.
 40. Pervukhina E, Alba ME. Avaliação do padrão de automedicação no concelho da Covilhã. *Universidade da Beira Interior;* 2013.
 41. Pinto IC, Coelho J, Teixeira A, Bernardo C, Vaz C. Automedicação numa cidade do norte de Portugal. In *Instituto Politécnico de Bragança;* 2014.
 42. Ribeiro MI, Oliveira A, Silva H, Mendes M, Almeida M, Silva T. Prevalência da automedicação na população estudantil do Instituto Politécnico de Bragança. *Rev Port Saúde Pública.* 2010;28(1):41-8.
 43. Castro C, Martins J, Nunes J, Sousa F, Antão C. A automedicação nos alunos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. *Millenium.* 2016;2(1):123-30.
 44. Queirós FMP, Alba ME. Impacto da Automedicação na Comunidade Universitária da Universidade da Beira Interior. *Universidade da Beira Interior;* 2019.
 45. Lima DM, Silva J de S, Vasconcelos LF, Cavalcante MG, Carvalho AMR. Avaliação da prática da automedicação em académicos do curso de Farmácia em uma Instituição Privada de Ensino Superior em Fortaleza-CE. *Rev Expressão Católica Saúde.* 2017;2(1):17-22.
 46. Costa A, Coelho A, Graça A, Pedro J. Consumo de medicamentos pelos estudantes da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa , Prescrição e Automedicação. In *Departamento das Ciências e Tecnologias Laboratoriais e Intervenção Comunitária - Área Científica de Farmácia;* 2004.
 47. Lopes ADM, Mata LCC. Automedicação entre graduandos das áreas de saúde e exatas da Faculdade Ciências da Vida na cidade de Sete Lagoas. *Rev Bras Ciências da Vida.* 2017;5(1):1-18.
 48. Association of European Self-medication Industry. About self-care [Internet]. [cited 2019 Jul 13]. Available from: <http://www.aesgp.eu/self-care/about-self-care/pt/>
 49. Correia B de C, Trindade JK. Fatores correlacionados à automedicação entre os jovens e adultos - uma revisão integrativa da literatura. 2019;2(1):57-61.
 50. Carsoni LMM, Junior DA. Marketing Farmacêutico: relação das publicidades televisivas com a automedicação. *Visão Académica.* 2018;19(4):55-66.
 51. Raosoft. Sample size calculator [Internet]. [cited 2019 Jul 17]. Available from: <http://www.raosoft.com/samplesize.html>
 52. Martins C. Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM® SPSS® : Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. *Psiquilíbrios,* editor. 2011.
 53. Levine DM, Stephan DF, Krehbiel TC, Berenson ML. *Estatística: Teoria e Aplicações Usando Microsoft Excel.* 6ª edição. LTC, editor. 2012. p. 196-211.

Capítulo II - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

1. Introdução

A farmácia comunitária é um espaço que se caracteriza pela prestação de cuidados de saúde de elevada diferenciação técnico-científica e que serve a comunidade sempre com a maior disponibilidade e qualidade de serviços. Nesta realizam-se atividades dirigidas tanto para o medicamento e produtos de saúde como atividades direcionadas para os cidadãos, nomeadamente, para a promoção da saúde e prevenção da doença.(1)

Atualmente, o doente é o centro das atividades do farmacêutico. Sendo assim, a vertente desta profissão vai muito para além do enfoque exclusivo no medicamento, como se comprova, também, pelo Artigo 1º do Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos.(2) Tal, é conseguido através da integração e articulação de todos os serviços disponíveis, bem como, de todas as funções e responsabilidades dos profissionais centrados no doente (Cuidados Farmacêuticos).(3)

As farmácias comunitárias são, de facto, uma das portas de entrada no Sistema de Saúde dado o fácil acesso da população às mesmas, conseguindo atuar tanto de uma forma preventiva como terapêutica. De salientar que o farmacêutico é, também, o último profissional a contactar com o doente antes da toma do medicamento. Tal, revela-se de extrema importância no âmbito do uso racional do medicamento (garantindo a eficácia, segurança e qualidade aquando da sua utilização), permitindo alertar para as consequências do seu uso incorreto. Para que o farmacêutico possa realizar estas atividades necessita que a farmácia possua a estrutura adequada para o cumprimento das suas funções, como vai ser abordado de seguida.(1)

O meu estágio curricular incluído no MICF, na vertente de Farmácia Comunitária, foi realizado na Farmácia Taborda (FT), no Fundão, entre 21 de janeiro e 31 de maio de 2019, completando um total de 800h. A orientação e supervisão esteve a cargo da farmacêutica, Dra. Ana Filomena Martins com o auxílio dos restantes elementos da equipa da farmácia.

2. Localização, Caracterização e Organização Geral da Farmácia

2.1. Localização e caracterização

A FT situa-se na rua Dr. Teodoro Mesquita, no centro histórico da cidade do Fundão.

Esta é uma zona de comércio tradicional bastante movimentada e relativamente próxima do Hospital e Centro de Saúde do Fundão. A população que recorre à mesma é heterogénea e pertencente a diferentes faixas etárias, embora a população idosa se destaque.

O início da prestação de serviços ao público, segundo registos do INFARMED, I.P., foi em 1902, sendo que o averbamento em nome da atual diretora técnica ocorreu em 1995. Em 2006, a propriedade da farmácia passou para a sociedade Cristina Almiro e Castro - Farmácia Unipessoal, Lda. Com a atual proprietária e diretora técnica ocorreram várias mudanças e remodelações da farmácia no ano de 2013. Novos serviços passaram a estar à disposição da população, nomeadamente a determinação dos níveis de glicémia, colesterol, do peso, da pressão arterial, do Índice de Massa Corporal (IMC), administração de vacinas, injetáveis, entre outros. Desenvolveu-se, também, a área da dermocosmética. Assim, garantiu-se uma maior acessibilidade dos utentes aos serviços que estes necessitam. Além disso, as alterações no espaço físico permitiram satisfazer da melhor forma a população. De realçar que ocorreu a adesão a projetos como, por exemplo, “Programa Troca de Seringas” e “Projeto Valormed”. Durante o período de estágio foi disponibilizada a campanha “Salvar as Farmácias. Cumprir o SNS (Serviço Nacional de Saúde)” que envolveu a distribuição de folhetos nas farmácias e a subscrição de um documento que alerta para o risco de encerramento de quase 25% da rede de farmácias em Portugal. Contou, também, com um conjunto de propostas para garantir a sobrevivência destas unidades e serviços de saúde de proximidade a todos os portugueses. (4) A FT também se associa a causas de solidariedade como a Operação Nariz Vermelho e a campanhas de sensibilização, como a de Prevenção dos Maus Tratos Infantis.

A missão da FT consiste na promoção da saúde, tratamento e prevenção da doença, através da preparação e/ou fabrico, controlo, seleção, aquisição, reposição, receção, armazenamento, dispensa de medicamentos de uso humano e veterinário, bem como de outros produtos de saúde, assim como, o acompanhamento, aconselhamento, informação e vigilância da sua utilização.

O horário de funcionamento de segunda a sexta é das 8h30 às 21h, sendo que aos sábados passa a ser das 8h30 às 13h e das 15h às 20h. É ainda de salientar que são estabelecidos pelo município os turnos de regime de disponibilidade entre as várias farmácias do concelho. Assim, no período que lhe é atribuído, a FT encontra-se em serviço permanente até às 22h (mantém-se em funcionamento, ininterruptamente, desde a hora de abertura até à hora de encerramento do dia seguinte) passando, a seguir, a turno de regime de disponibilidade (tem de assegurar que um farmacêutico ou um auxiliar legalmente habilitado está disponível para atender o público que o solicite, em caso de urgência). (5) Assim, no município do Fundão, dado que não existem serviços de urgência do SNS, existe uma farmácia de turno de regime de disponibilidade entre a hora de encerramento normal e a hora de abertura normal do dia seguinte. (6)

2.2. Instalações

A FT cumpre as especificações relativas às áreas mínimas reguladas pela Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho.(7) As instalações gerais da farmácia garantem a acessibilidade de todos os utentes (incluindo crianças, idosos e portadores de deficiência), cumprindo os requisitos estipulados nas Boas Práticas de Farmácia Comunitária. Embora não se encontre instalada ao nível da rua, possui uma rampa de acesso ao seu interior facilitando a entrada a utentes com dificuldades motoras.(1) De seguida, são referidas, de forma breve, as várias áreas que integram as instalações da FT.

2.2.1. Espaço exterior

O aspeto exterior também cumpre os requisitos da legislação aplicável, dado que é facilmente visível e identificável. A identificação é conseguida através da designação “FARMÁCIA”, seguida do nome da mesma, e o símbolo “cruz verde” que se encontra iluminado durante todo o período de abertura da farmácia, incluindo quando esta se encontra de turno. O nome da farmácia e da diretora técnica constam numa placa identificativa que se encontra visível no exterior da mesma. É exposto, numa zona iluminada e visível, o horário de funcionamento, a informação das escalas de turno do município, a respetiva localização e o contacto associado.(8) É, também, neste local que é realizado o atendimento quando a farmácia se encontra em turno de regime de disponibilidade, existindo um postigo através do qual é realizada a dispensa após o utente a solicitar através do toque na campainha destinada a esse fim.

Existem duas montras, que são realizadas por profissionais que integram a equipa e que contemplam informações para os utentes. Estas são elaboradas de forma a promover alguns dos produtos e marcas, tendo em conta as campanhas que decorrem na farmácia (tanto realizadas por esta como pelas marcas comercializadas na mesma). A montra principal apresenta um ecrã onde são disponibilizadas, ainda, outras informações e serviços realizados.

2.2.2. Espaço interior

Uma adequada organização do espaço interior é essencial para que todos os cuidados de saúde sejam adequadamente prestados. O interior da farmácia é constituído por dois pisos. O piso 0 e o piso 1, encontrando-se este último reservado apenas à equipa.

No piso 0 encontram-se as seguintes áreas:

Área de atendimento ao público

Esta área é ampla, devidamente iluminada, ventilada e extremamente funcional. Dispõe de 5 balcões de atendimento, sendo que, cada um possui um computador com o sistema informático Sifarma2000 e tudo o que possa ser necessário para a realização do atendimento (terminais multibanco, scâneres para leitura de códigos de barra e datamatrix, impressoras para as receitas manuais, para a impressão de talões e etiquetas, leitores de cartões de cidadão e *tablets* para a recolha das assinaturas dos utentes, de forma a cumprir as exigências do RGPD).

Três dos balcões de atendimento encontram-se separados por estruturas onde são colocados produtos para venda ao público, alguns dos quais podem ser comprados por impulso ou serem apelativos à compra. Esta separação entre os balcões garante a privacidade a que os utentes têm direito para poderem comunicar abertamente com o farmacêutico. Além disso, os outros dois balcões encontram-se distantes dos restantes. Os balcões de atendimento dispõem de gavetas com os produtos mais correntemente dispensados, amostras e modelos para demonstração aos utentes, como é o caso dos dispositivos inalatórios. Além dos MNSRM que se encontram nos lineares na retaguarda dos balcões de atendimento, existem também por baixo desses lineares, gavetões com diversos produtos e medicamentos mais comumente solicitados (deste antipiréticos, analgésicos, medicamentos para enjoos de movimento, para azia e sensação de enfartamento, pastilhas para a tosse e inflamação da garganta até produtos para as unhas, cremes para mãos de dimensão reduzida, batons hidratantes labiais...).

Existe uma zona destinada à espera dos utentes ou dos seus acompanhantes, sendo este um espaço diferenciado do local onde se realiza a dispensa farmacêutica. Esta área e as restantes estão devidamente equipadas com o sistema de gravação de imagem, estando este identificado, tendo em vista a segurança dos utentes e dos elementos da equipa da FT.(1) Está descrita, também, a informação da existência de livro de reclamações.(8) Durante o período de espera, os utentes têm acesso aos diferentes produtos de diversas marcas expostos nos lineares da farmácia, bem como na gôndola, no âmbito da legislação em vigor, cumprindo os requisitos subjacentes, nomeadamente no que diz respeito à menção do preço dos produtos expostos nos lineares acessíveis aos utentes.(1) No local de espera encontra-se, também, um tensiómetro automático, cuja utilização por parte dos utentes é gratuita e uma balança eletrónica que regista além do peso e altura, o IMC associado. É visível neste local uma placa com o nome da farmácia bem como da diretora técnica. Todos os serviços farmacêuticos prestados na mesma estão inscritos em local visível na zona de atendimento.

Numa zona anexa ao local da dispensa farmacêutica existe uma sala (Gabinete de atendimento personalizado) que pode ser utilizada para a realização da consulta farmacêutica, bem como para a prestação de outros serviços farmacêuticos disponíveis na farmácia.(1)

Laboratório

É neste local que são realizados os manipulados que são prescritos aos utentes. Para além de ter à disposição todo o material necessário à realização dos mesmos, tem toda a bibliografia e documentação farmacêutica a que pode ser necessário recorrer para efetuar algum procedimento ou, apenas, para conferir se a realização do mesmo está correta, estando esta indicada na Deliberação n.º 1504/2004, de 7 de dezembro.(9)

As superfícies de trabalho são lisas e em material adequado.(1) Dispõe das matérias-primas necessárias à preparação dos manipulados mais comumente prescritos e o material de laboratório necessário para a realização das mais variadas preparações galénicas solicitadas (almofariz e pilão, espátulas, balança de precisão, tamises, banho termostaticado, pedra para

a espatulação) respeitando a lista de material obrigatório neste local, como se pode verificar no Anexo da Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de dezembro e no Anexo VII deste documento. (10) Estão arquivados todos os boletins de análise das matérias-primas cedidos pelos fornecedores, bem como, as fichas de segurança de todos os reagentes que se encontram em laboratório, para que, caso exista algum incidente no local se saiba agir em cada situação tendo em conta o reagente que foi utilizado. Há medida que as matérias-primas vão sendo utilizadas para a preparação de manipulados são registadas as quantidades usadas.

Nos armários do laboratório, além dos reagentes e material de laboratório, são armazenados alguns produtos de parafarmácia, como compressas, algodão, luvas, água oxigenada, soro fisiológico, álcool a diferentes volumes, álcool canforado, acetona, entre outros. Também se encontram armazenados frascos esterilizados para recolha de urina, seringas de diversos tamanhos, coalho (líquido ou em pó) e coalho antibutírico.

Área de receção e conferência de encomendas

É neste local que são rececionadas as encomendas vindas, essencialmente, de três distribuidoras farmacêuticas. É, por isso, um local reservado à equipa dispo de todo o equipamento necessário à execução das tarefas pelos profissionais (três computadores, dois telefones, um telemóvel, impressoras, bem como acesso a vários dossiers onde se encontram arquivados documentos dos quais podem necessitar).

Neste local existem módulos de gavetas para o armazenamento de algumas formas farmacêuticas/formas de apresentação de medicamentos, nomeadamente xaropes, colutórios, gotas, inaladores, gotas oftálmicas, pomadas oftálmicas, pomadas/cremes, carteiras, supositórios e injetáveis. A organização destes é realizada pelo nome comercial, por ordem alfabética. Existe também um armário na zona de conferência onde estão armazenados alguns produtos indiferenciados como testes de gravidez, soluções para as lentes de contacto, cremes gordos, que não se inserem em nenhum outro local de exposição na farmácia. O frigorífico também se encontra nesta zona, para que, após rececionar os produtos que necessitam de refrigeração se possa proceder imediatamente ao seu armazenamento, de forma a não comprometer a sua integridade. Neste encontra-se também a água purificada necessária para a reconstituição e preparação de formas farmacêuticas específicas.

Instalações sanitárias

Existem instalações sanitárias tanto neste piso como no piso 1, encontrando-se, assim, mais acessíveis aos profissionais de saúde podendo, sempre que requerido, permitir-se o acesso dos utentes às mesmas.

Área de armazenamento

A área de armazenamento neste piso encontra-se numa divisão à parte próxima do local de receção e conferência de encomendas, na qual os medicamentos (cujas formas farmacêuticas

são comprimidos e cápsulas) se encontram organizados em gavetas deslizantes por ordem alfabética do princípio ativo/DCI. No mesmo princípio ativo por ordem crescente das dosagens disponíveis na farmácia, sendo que para uma mesma dosagem se encontram organizados no caso dos genéricos por ordem alfabética do laboratório seguidos dos medicamentos de marca correspondentes. As associações de princípios ativos encontram-se arrumadas tendo em conta o nome da substância ativa que se encontra registada em primeiro lugar no Sifarma2000, sendo que são colocadas a seguir a todas as dosagens do princípio ativo que se encontra na sua constituição e segundo o qual serviu de base para ser arrumado. Noutra gaveta encontram-se os produtos naturais organizados por ordem alfabética da marca associada. Noutras gavetas encontra-se o material afeto à determinação da glicemia, soluções cutâneas, sistemas transdérmicos, pílulas, ampolas e os produtos previamente reservados para os utentes. Existe um local específico para os psicotrópicos em duas gavetas devidamente assinaladas e separadas dos restantes medicamentos, sendo que nestas ocorre a divisão pela forma farmacêutica apresentada. Outro módulo contém pensos de vários tamanhos, termómetros, adesivos, equipamentos para colostomia, tensiómetros, entre outros. Num módulo contíguo ao anterior são armazenados medicamentos de uso veterinário devidamente identificados.

Existe também um local destinado à colocação dos produtos cujo prazo de validade terminará nos próximos meses e outro para os que constituem quebras. Por último, quando os produtos excedentes não têm lugar nos locais habitais (tanto em gavetas como em expositores), são colocados nesta área em prateleiras destinadas a esse fim, permitindo, assim, o acesso mais facilitado aos mesmos, mesmo para proceder à sua reposição nos locais habituais.

Gabinete de atendimento personalizado

Este gabinete é o local mais adequado para o diálogo confidencial e em privado com os utentes permitindo, também, a prestação de outros serviços farmacêuticos. Esta sala é livre de ruídos ou perturbações, tal como recomendado, para não afetar a comunicação entre o farmacêutico e o doente.(1)

Estão disponíveis os contentores para a eliminação do material necessário para a realização dos testes bioquímicos (contentor no qual são colocados os materiais corto-perfurantes e o contentor para a colocação do que esteve em contacto com material biológico) e ainda um contentor para as seringas entregues no âmbito do Programa da Troca de Seringas (dispensa gratuita de um kit, com todo o material de injeção, na troca de duas seringas usadas, não existindo número limite para o número de seringas trocadas, sendo que, quando a pessoa não dispõe de seringas usadas para trocar podem ser disponibilizados no máximo dois kits).

É conveniente reforçar a importância de trazer sempre a seringa usada para troca e não partilhar a seringa, agulha ou qualquer outro material. A dispensa destes kits embora gratuita para a Pessoa que Utiliza Drogas Injetáveis (PUDI) tem de ser realizada no módulo de atendimento associado à participação dado que é pago posteriormente um determinado valor à farmácia por cada kit dispensado. Existe, também, um procedimento específico a

realizar na receção das seringas fornecidas pelo PUDI.(11) Os contentores com seringas usadas são recolhidos mensalmente pela empresa AMBIMED (serviço contratualizado e gerido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, que também recolhe os contentores para eliminação dos resíduos respeitantes aos testes bioquímicos e à administração de vacinas e injetáveis) ou quando os mesmos se encontram cheios é contactada a entidade responsável pela sua recolha e previamente realizada a encomenda de outro contentor para que exista sempre um à disposição. Estes são de uso exclusivo deste programa, não devendo ser colocado outro material para além das seringas usadas.(11)

Gabinete de direção técnica

É efetivamente neste local que a proprietária/diretora técnica realiza todas as tarefas respeitantes à administração e gestão da farmácia. Nomeadamente, toda a parte burocrática e de conferência dos vários processos que são realizados ao longo do dia na farmácia.

No piso 1 encontram-se as seguintes áreas:

Zona de descanso

Local onde a equipa técnica pode permanecer nos seus períodos de descanso.

Sala de reuniões

Tal como o próprio nome indica, esta zona serve para a realização de reuniões quando existe essa necessidade. É também utilizada para diversas formações internas.

Armazém

É no armazém que se localizam os produtos excedentes que não tiveram lugar para serem armazenados no piso 0, permitindo a reposição dos mesmos no piso inferior quando necessário. Assim sendo, existem prateleiras identificadas com etiquetas, facilitando o reconhecimento e o processo de procura quando é necessário e minimizando os erros de armazenamento. Nestas, encontram-se tanto MSRM como MNSRM devidamente organizados nas mais variadas formas de apresentação, por ordem alfabética da substância ativa, no primeiro caso e pelo nome comercial, no segundo. Além destes encontram-se também produtos de cosmética, por exemplo. Neste local de armazenamento as condições de iluminação, temperatura, humidade e ventilação respeitam as exigências dos medicamentos, produtos farmacêuticos e materiais de embalagem aí armazenados.(1)

2.3. Recursos humanos: funções e responsabilidades

A proprietária e diretora técnica da FT, Dra. Ana Cristina Veiga Almiro e Castro é proprietária de mais duas farmácias (Farmácia Alpedrinha, na freguesia de Alpedrinha, concelho do Fundão e a Farmácia dos Olivais, em Coimbra) e uma parafarmácia (Grupo Farma Vip, no Fundão).

O quadro de trabalhadores da FT inclui a Dra. Ana Cristina, a Dra. Ana Filomena Martins (farmacêutica substituta e orientadora do meu estágio), a Dra. Ana Rita Leitão (farmacêutica

substituta), o Sr.Márcio Gonçalves, o Sr.Jorge e o Sr.Miguel (técnicos de farmácia), a Sra.Sara Nunes e a Sra.Marisa (técnicas de farmácia) e a D.Elisabete, que desempenha as funções de empregada de limpeza da farmácia. Todos disponibilizaram o seu tempo para me ajudar e esclarecer sempre que foi necessário, tendo sido extremamente agradável o ambiente vivido, dado a simpatia, disponibilidade e partilha de conhecimentos de toda a equipa para comigo.

As funções e responsabilidades de cada elemento da equipa estão descritas no manual de qualidade da FT, estando, assim, definida a forma de executar cada atividade e que colaborador é responsável por cada tarefa. Foi criado um organigrama e a descrição das funções com os requisitos mínimos exigidos, com o consentimento de cada elemento da equipa.(3) Esta forma de organização permite uma maior produtividade e facilita a distribuição das tarefas pela equipa garantindo que todas são realizadas nos prazos adequados. Cada um dos profissionais encontra-se devidamente identificado com um cartão onde se encontra indicado o seu nome e o título profissional correspondente cumprindo, assim, a legislação.(8)

A principal responsabilidade de um farmacêutico é para com a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, promovendo o direito a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança, tal como enunciado nas Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária.(3) Para isso, é necessário que os farmacêuticos se mantenham informados dos avanços científicos, tecnológicos da sua área, bem como das leis que regulam o sector da farmácia e do medicamento. O mesmo se aplica ao nível de novas terapêuticas ou terapias complementares, por forma a promover o uso racional e responsável dos medicamentos. Tem também a função de supervisionar as tarefas delegadas ao pessoal de apoio, garantindo que o mesmo possui formação adequada para as tarefas que desempenha. Entre as funções exclusivas dos farmacêuticos, encontram-se(12): Contacto com outros profissionais de saúde; Controlo de psicotrópicos e estupefacientes; Dispensa clínica de medicamentos; Acompanhamento Farmacoterapêutico; Contacto com os centros de informação dos medicamentos; Gestão da formação dos colaboradores; Gestão das reclamações; Gestão da informação de segurança do medicamento - atividades de farmacovigilância e gestão de campanhas de saúde pública. Relativamente aos deveres, têm de respeitar e aderir aos princípios enunciados no código deontológico.

Relativamente aos deveres da diretora técnica estes encontram-se descritos no n.º1 do Artigo 21º do Decreto-lei n.º 307/2007, de 31 de agosto.(8) Além destas funções, a Dra. Ana Cristina é ainda responsável pela receção de delegados comerciais, inspetores e outras entidades; pela coordenação de toda a equipa; enviar ao INFARMED, I.P., toda a documentação relativa a benzodiazepinas e psicotrópicos; conferir todas as receitas manuais nas quais sejam prescritos psicotrópicos; efetuar encomendas/compras necessárias; realizar todos os procedimentos burocráticos; transmitir informação relevante para a prática diária dos profissionais de saúde; delegar tarefas aos elementos da equipa de forma a garantir o cumprimento das boas práticas/conduita regulada pelo Código Deontológico e pela demais legislação que regula a atividade farmacêutica.

Algumas das funções que pude realizar, para além da receção e conferência de encomendas, armazenamento dos produtos, dispensa dos mesmos, foram alguns procedimentos de fim e início do mês como, por exemplo, a conferência das transferências realizadas entre as várias localizações pertencentes ao grupo (gestão feita tendo em conta o escoamento de produtos nos vários locais e as necessidades que vão surgindo no dia-a-dia), de forma a verificar se estão arquivados todos os triplicados das guias de transporte e caso não estejam realizar a reimpressão. É, assim, realizada a troca de produtos farmacêuticos, cujo transporte segue as boas práticas de distribuição e a gestão de stocks conjuntamente nas farmácias geridas por esta sociedade comercial.(8) Ao longo do estágio realizei, também, a tarefa da dispensa a crédito e preparação da medicação para os utentes dos lares a que FT se associa.

2.4. Recursos Informáticos

Como enunciado anteriormente, a aplicação informática utilizada na FT é o Sifarma2000. Este programa informático é essencial e facilita a prática diária. As ferramentas disponibilizadas permitem manter o enfoque no utente, dado que, sempre que necessário, existem atalhos aos quais se pode aceder para obter informação científica no atendimento, conferem uma maior segurança (emitindo alertas quando algo não está correto), permitem realizar um acompanhamento farmacoterapêutico na medida em que existem registos do que foi dispensado mas, também, o auxílio nos processos de gestão que tenham de ser efetuados. Os módulos disponíveis para serem utilizados no Sifarma2000 são o de Atendimento, Gestão e Receção de Encomendas, Gestão de Lotes por Faturar, Gestão de Utentes e Gestão de Produtos (permite o acesso à ficha dos produtos com toda a informação relativa a estes - DCI, stock no local, localização na farmácia, informação científica, informação de compra e venda, encomenda instantânea, impressão de etiquetas, códigos alternativos...). Cada um deles permite realizar uma série de tarefas.

Através do programa informático, é possível retirar diversas listagens tendo em conta as gamas, localização na farmácia, entre outros, obtendo um inventário dos produtos que cumprem os requisitos que foram selecionados, com a finalidade de, por exemplo, controlar os prazos de validade. Pode proceder-se ao registo dos serviços farmacêuticos prestados aos utentes e disponibilizados na FT sujeitos ou não a pagamento por parte dos mesmos (de notar que, no caso da administração de vacinas e injetáveis o registo é obrigatório). Com o *software* é possível pesquisar medicamentos por substância ativa, nome comercial, grupo farmacoterapêutico, dosagem, entre outros, facilitando os processos. Permite ainda realizar uma enorme diversidade de procedimentos, como as encomendas, a sua receção, as devoluções, regularização das mesmas e processos de início e fim de mês.

Outra das funcionalidades utilizada pela FT é o procedimento de reservas do programa Sifarma2000, de forma a facilitar a disponibilização de produtos que são encomendados, por não se encontrarem disponíveis na farmácia naquele momento, associando de imediato ao utente que o solicitou (o contacto telefónico fica registado para, caso haja necessidade,

conseguir informar a pessoa aquando da chegada do produto à farmácia, embora no momento de efetuar a reserva seja indicado uma data e hora em que se prevê a sua chegada). É no programa informático que se consulta o fim de dia de cada profissional, dado que, cada um acede com um código ficando registadas todas as operações realizadas.

Existe uma série de procedimentos específicos tanto para as benzodiazepinas como para os estupefacientes e psicotrópicos, nomeadamente no que diz respeito à conferência das quantidades que foram recebidas, que envolvem também a utilização do programa informático. É enviada uma listagem por parte dos fornecedores no final de cada mês por forma a conferir se corresponde à quantidade da qual se deu entrada na farmácia, conferindo para isso as faturas que foram arquivadas ao longo do mês e associa-se a conferência da listagem emitida a partir do Sifarma2000. No caso das benzodiazepinas este procedimento é realizado por uma farmacêutica e no caso dos estupefacientes e psicotrópicos é conferido pela diretora técnica.

Desde sempre que os programas informáticos têm de assegurar a proteção e integridade dos dados, mantendo a segurança dos mesmos e prevenindo acessos não autorizados e a modificação dos registos.(1) Contudo, atualmente, o registo e autorização da manutenção dos dados pessoais no sistema informático está ainda mais regulado. Devido ao novo RGPD, na qual é requerido aos utentes o consentimento informado, relativo à manutenção de todos os seus dados, já previamente existentes, no sistema informático. Este é um procedimento aplicado quando se efetua o atendimento, através da explicação aos utentes em que consiste este regulamento e a necessidade da assinatura ficando a decisão a seu cargo, sendo que, se necessário, pode ser impresso o documento do consentimento informado, que os mesmos podem levar para refletir.

Durante o meu estágio, os profissionais tiveram formações de forma a estabelecer contacto com um novo módulo de atendimento que foi desenvolvido e que promete facilitar o atendimento dos utentes, tendo este um aspeto renovado, mais intuitivo e mais claro.

3. Informação e Documentação Científica

As fontes de informação disponíveis na farmácia devem garantir a existência de uma biblioteca continuamente atualizada e organizada. Além destas, pode recorrer-se sempre que necessário a fontes digitalizadas ou acesso via internet. A informação está continuamente a ser atualizada, surgem frequentemente novos estudos e atualizações dos já existentes. Posto isto, e tendo em conta a variedade de questões que podem ser elaboradas pelos utentes, o farmacêutico e os restantes profissionais devem ter facilmente acessíveis as indicações, contraindicações, interações, posologia e precauções com a utilização dos medicamentos e outros produtos de saúde.

As fontes de acesso obrigatório no momento da dispensa de medicamentos encontram-se designadas no Artigo 37º do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto(8), bem como na Norma

Geral sobre as Infraestruturas e Equipamentos das Boas Práticas de Farmácia Comunitária. (1) Obedecendo à legislação, a FT possui, para além da Farmacopeia Portuguesa (FP) e do Formulário Galénico Português (FGP), o Prontuário Terapêutico, Formulários importantes para a atividade, Legislação Farmacêutica, RCM, bem como os protocolos de aconselhamento farmacêutico que estão à disposição da equipa e que vão sendo atualizados. Caso seja necessário algum esclarecimento adicional que não se encontre presente na bibliografia acima referida podem contactar-se Centros de Informação e Documentação, como o Centro de Informação do Medicamento que proporciona informação avaliada e atualizada sobre os medicamentos nas mais variadas áreas terapêuticas e patologias.(13) Apesar de não ter recorrido ao mesmo durante o período de estágio é, sem dúvida, uma ferramenta útil para o esclarecimento de dúvidas e com a garantia da informação científica correta e atualizada.

4. Medicamentos e outros produtos de saúde

O conhecimento dos produtos disponíveis na farmácia é essencial para que se possa processar o melhor aconselhamento por parte do farmacêutico e dos demais profissionais que desempenham a sua atividade na mesma.

Algumas definições importantes, que convêm ser realçadas, dada a sua presença em farmácia comunitária, tendo em conta o Decreto-lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que sofreu alterações pelo Decreto-lei n.º 29/2013, de 14 de fevereiro, pelo Decreto-lei n.º 128/2013, de 5 de setembro e pelo Decreto-lei n.º 26/2018, de 24 de abril, apenas na sequenciação das alíneas a seguir referida, são as seguintes(14):

- “Medicamento é 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 ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”;
- “Medicamento genérico é o medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados”;
- “Medicamento homeopático, medicamento obtido a partir de substâncias denominadas *stocks* ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na farmacopeia europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro, e que pode conter vários princípios”;
- “Medicamento à base de plantas, como sendo qualquer medicamento que tenha exclusivamente como substâncias ativas uma ou mais substâncias derivadas de plantas,

uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas”;

- “A matéria-prima é qualquer substância, ativa ou não, e qualquer que seja a sua origem, empregue na produção de um medicamento, quer permaneça inalterável quer se modifique ou desapareça no decurso do processo”.

De destacar, também, os estupefacientes e psicotrópicos (altamente regulados pela entidade responsável, INFARMED, I.P.) que usados de forma correta permitem a obtenção de inúmeros benefícios para determinados tipos de doenças. Devido às suas conhecidas propriedades é necessário legislação específica para combater o tráfico ilícito destas substâncias e regulamentações de forma a estipular o seu uso terapêutico correto. É, assim, perceptível a necessidade de fiscalização e supervisão destas substâncias exercida pela entidade competente nas farmácias, bem como todos os procedimentos que são necessários adotar para cumprir todas as exigências estipuladas. Alguns deles são cumpridos nos procedimentos de final de mês, como as receitas manuais nas quais estejam prescritos psicotrópicos, pois são digitalizadas todos os meses de forma a poder processar-se o envio para o INFARMED, I.P. acompanhado da listagem das saídas que contém o nome e identificação dos adquirentes. Para que este processo possa ser realizado é necessário, primeiramente, listar as entradas e as saídas, bem como, conferir todos os parâmetros um a um (número de venda do psicotrópico, nome do psicotrópico e a quantidade dispensada). Contém também outras informações como: data de registo, colaborador, médico, nome do doente, morada do doente, código postal, identificação do adquirente, nome do adquirente, morada do adquirente, código postal, data de validade do documento de identificação, idade do adquirente (estas últimas caso o adquirente seja diferente do doente).

Para além dos referidos, outros produtos de saúde comercializados na FT com que tive possibilidade de contactar durante o estágio pertencem às seguintes categorias: Preparações oficinais; Produtos fitoterapêuticos; Produtos para alimentação especial e dietéticos; Produtos cosméticos e dermofarmacêuticos; Dispositivos médicos e Medicamentos e produtos de uso veterinário.

5. Aprovisionamento e Armazenamento

5.1. Fornecedores

A Dra. Ana Cristina é responsável pelas compras realizadas na FT. Contudo, na sua ausência essa função é delegada a outros elementos da equipa, que estão devidamente qualificados para as realizar. Os principais fornecedores da FT são a Alliance Healthcare, a Plural - Cooperativa Farmacêutica e a Empifarma - Produtos Farmacêuticos, S.A. A escolha do fornecedor tem muitas das vezes a ver com o número de entregas diárias, o cumprimento dos prazos de entrega, dos descontos promocionais, da bonificação dos produtos, entre outros. Os fornecedores com

que a FT trabalha realizam várias entregas por dia e, portanto, podem ser efetuados vários pedidos ao longo do dia. Além disso, existe sempre a possibilidade de os contactar por via telefónica quando é necessário algum medicamento que se encontra em falta na farmácia obtendo-se as informações dos armazéns que possuem o produto solicitado.

5.2. Aquisição de medicamentos e produtos de saúde

A elaboração de encomendas tem em conta a definição prévia no sistema informático dos *stocks* mínimos e máximos de cada produto, sendo esta baseada no número de unidades vendidas, que poderão depender de inúmeros fatores dos quais se pode destacar a sazonalidade (ex: anti-histamínicos na época da primavera/verão).

Existem diversas formas de realizar a encomenda de produtos (instantânea, por via verde, diária - que tem em conta o stock mínimo e máximo dos produtos, por telefone ou diretamente aos delegados comerciais). Foi-me permitido a realização de diversas encomendas instantâneas, sempre que necessário e através de telefone nomeadamente, tendo por base a listagem de produtos que se encontram pedidos na diária mas que se encontram esgotados ou temporariamente indisponíveis e quando através de encomenda instantânea os produtos não estavam disponíveis. As encomendas instantâneas e diárias são realizadas através do Sifarma2000. As primeiras através de um atalho na ficha do produto a encomendar, no qual se tem acesso à disponibilidade nos diferentes fornecedores e à data e hora prevista de chegada à farmácia. Tendo em conta essas informações decide-se ou não encomendar. A realização da encomenda diária é da responsabilidade da proprietária/diretora técnica, tendo tido a possibilidade de observar a sua execução. Esta consiste essencialmente numa listagem dos produtos que diariamente passam a contar como faltas na farmácia. De notar que, em relação aos *stocks* máximo e mínimo definidos na ficha do produto, estes servem essencialmente para estipular o ponto de encomenda, dado que se um produto é vendido e o stock passa a ser inferior ao stock mínimo é automaticamente enviado para o pedido diário (para posterior aprovação, podendo colocar a quantidade pretendida a encomendar ou eliminar esse produto da encomenda) para garantir, que existam sempre algumas unidades do produto.

5.3. Receção de encomendas

A FT recebe diariamente três encomendas, uma na parte da manhã e duas na parte da tarde.

Após a chegada das encomendas à farmácia, é realizada a conferência das mesmas, verificando, assim, se são rececionados todos os baques, sacos térmicos ou outros volumes, cujo número do contentor seja indicado na fatura. Cada baque encontra-se identificado pelo número já referido, código de barras, identificação da farmácia e data e hora de entrega na mesma. De seguida, realiza-se a receção da encomenda no programa informático Sifarma2000. As encomendas vêm acompanhadas da respetiva fatura (original e duplicado) que após a receção são arquivadas pela data nos dossiers respetivos.

No menu respeitante à “Receção de Encomendas” escolhe-se a encomenda em questão, podendo ter de se agrupar várias, coloca-se o número da fatura correspondente e o valor total da mesma, iniciando-se o reconhecimento dos códigos respetivos um a um pelos scâneres. Ao dar entrada da encomenda, o profissional deve ter sempre em atenção, após postular cada produto, o *stock* existente na farmácia, para verificar se é necessário alterar a validade que se encontra no sistema informático, o que acontece caso o *stock* seja zero (contudo, é sempre importante verificar se o produto rececionado não apresenta validade inferior ao que já existe na farmácia), verificar se as quantidades recebidas correspondem às debitadas na fatura e avaliar a integridade das embalagens. A receção de benzodiazepinas e psicotrópicos realiza-se de igual forma contudo, existem procedimentos específicos em termos de arquivar as faturas associadas, dado que é necessário a conferência das mesmas no final do mês. Após postular todos os produtos encomendados recorre-se à fatura de forma a colocar o respetivo preço de venda à farmácia, margem, condições (se existirem) e o preço de venda ao público, dependendo se se trata de um MNSRM, MSRM ou outros produtos. Termina-se o procedimento verificando se o valor após a alteração dos preços dos produtos coincide com o valor da fatura tendo em conta que pode ter de somar-se o “valor Fee”. Após a aprovação das encomendas o comprovativo de receção é impresso e arquivado conjuntamente com a fatura, tendo sempre em atenção a receção de benzodiazepinas e psicotrópicos da qual é necessário conferir da quantidade de embalagens, validade, adulteração da embalagem ou do conteúdo destes medicamentos e rubrica por dois colaboradores.

No caso das encomendas realizadas diretamente aos laboratórios e nas encomendas instantâneas que se encontram em faturas distintas da encomenda diária, tem de proceder-se à criação da encomenda no menu “Gestão de Encomendas” de forma “Manual”, colocando o respetivo fornecedor, os produtos e as quantidades encomendadas para se proceder à sua aprovação e receção no menu respetivo e segundo o procedimento anteriormente descrito.

Surgiu durante o período de estágio a divulgação da necessidade de postular os novos códigos bidimensionais (datamatrix) das embalagens - Identificador Único - que permite verificar a autenticidade e a identificação de uma embalagem individual de um medicamento. Isto teria de ser executado tanto na receção como na dispensa dos medicamentos, contudo, muitos dos medicamentos ainda não possuem esses códigos e muitos dos medicamentos que já possuem o Identificador Único, não são reconhecidos pelo sistema informático após serem postulados. Além do código bidimensional, outro dispositivo de segurança que está a ser implementado nas embalagens dos medicamentos é o dispositivo de prevenção de adulterações que permite selar as embalagens sendo possível, assim, verificar se foram adulteradas.(15)

5.4. Margens legais de comercialização na marcação de preços

Relativamente aos preços praticados existe uma distinção clara entre MSRM e MNSRM. No primeiro caso, a atribuição do Preço de Venda ao Público (PVP) não fica a cargo da farmácia, estando este impresso na cartonagem e sendo composto por(16): Preço de Venda ao

Armazenista (PVA); pela margem de comercialização do distribuidor grossista; pela margem de comercialização do retalhista; pela taxa sobre a comercialização de medicamentos e pelo Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA).

No caso dos MNSRM e outros produtos de saúde, ou seja, os considerados “de venda livre”, portanto, não comparticipados, cabe à farmácia a atribuição do PVP, tendo em conta o preço de venda à farmácia, a margem de comercialização da mesma (de notar que não existe limite percentual legalmente definido) bem como a taxa de IVA do produto em questão (6% ou 23%). Estes produtos são previamente marcados com etiquetas que são impressas antes de serem expostos nos lineares, contendo estas a designação do produto e o PVP correspondente, o Código Nacional do Produto (CNP), o código de barras para leitura ótica e o IVA correspondente. É, ainda, colocado um alarme nos que se encontram diretamente expostos ao público.

5.5. Armazenamento

As áreas relativas ao armazenamento dos diversos medicamentos e produtos de saúde foram referidas anteriormente.

Transversalmente a vários locais da farmácia, nomeadamente no armazém, na zona de atendimento e no laboratório efetua-se o registo da temperatura e da humidade a cada duas horas, conforme programado, através do termohigrómetro permitindo, assim, monitorizar as condições de conservação dos produtos.(1,8) No frigorífico é registada somente a temperatura. Além de se efetuar este registo automaticamente pelo aparelho são diariamente verificados e registados, por um dos elementos da equipa, os valores de temperatura e humidade para que existam sempre registos mesmo que o termohigrómetro deixe de registar, por motivo de avaria. Os intervalos permitidos estão parametrizados, sendo que no frigorífico variam entre 2 e 8°C, nos restantes locais a temperatura varia entre 15-25°C e a humidade tem um valor de 60%, existindo a possibilidade de desvio destes valores dentro de um intervalo específico. Efetua-se a recolha dos dados todas as semanas, sendo que, é necessário realizar a conferência dos mesmos de forma a verificar se se encontram dentro do intervalo de valores tabelado. Caso ocorra alguma oscilação significativa tem de se tentar compreender o porquê daquela ocorrência e justificar adequadamente essa situação.

A aplicação do princípio FEFO (First Expire - First Out) no armazenamento dos produtos farmacêuticos é essencial para que ocorra primeiramente o escoamento daqueles cujo prazo de validade termina mais rapidamente.

5.6. Controlo de prazos de validade

No final de cada mês, são emitidas listagens para controlo dos prazos de validade. Assim sendo, produtos de dermocosmética, medicamentos e todos os outros produtos da farmácia, são conferidos quanto à validade e, neste sentido, são retirados todos aqueles cuja validade acabe nos três meses subsequentes ao mês em que nos encontramos naquele momento (período definido pela farmácia). Conjuntamente é realizada a correção dos stocks dos produtos cujo

prazo de validade termine, bem como a alteração da validade no sistema informático sempre que algum produto não possa ser comercializado e seja direcionado para devolução aos fornecedores que posteriormente podem ou não aceitá-la, sendo neste último caso direcionados para quebras.

Um dos procedimentos da FT é colocar em desconto os produtos cujo prazo de validade termine para lá dos três meses referidos e até ao final do decorrente ano, estando este devidamente assinalado e sendo calculado tendo em conta o mês do término do prazo de validade. Este procedimento é realizado para que ocorra o escoamento dos mesmos e permite, também, um benefício adicional para os utentes que podem, assim, ter um desconto significativo em produtos de marcas reconhecidas por estes. De notar que, em alguns produtos cosméticos, não é indicado o prazo de utilização, mas apenas o Período Após Abertura (PAO) o que dificulta a colocação de um prazo no sistema informático para que se consiga ter noção de há quanto tempo o produto foi rececionado e até quando poderá ser comercializado. Esta foi uma das funções que realizei incluindo mesmo, nalgumas marcas específicas (exemplo: ISDIN), a determinação do prazo de validade pelo lote inscrito na embalagem do produto e através de cálculos específicos, dado que nestes apenas era apresentado na embalagem o PAO.

5.7. Devoluções

A recolha, devolução ou encaminhamento para quebras de medicamentos, produtos de saúde e matérias-primas que se encontram não conformes é essencial para garantir que estes não são utilizados inadvertidamente.

Existem várias situações que podem justificar a necessidade de se proceder à devolução de produtos como a expiração dos prazos de validade, ou quando são enviados produtos com prazo de validade curto; embalagens danificadas; deterioração dos produtos; enganos no envio/pedido do(a) fornecedor/farmácia; recolha de determinados produtos/lotos pelo INFARMED, I.P., entre outros. A deteção de medicamentos não conformes pode ocorrer antes ou após a entrega ao utente, sendo que em ambos os casos após a sua recolha devem segregarem-se para o local respetivo e devidamente identificado.

Recorrendo ao Sifarma2000 regista-se a devolução, comunicando à Autoridade Tributária, acondiciona-se e identifica-se para transporte, sendo impressa em triplicado a nota de devolução. Ocorre o envio do original e duplicado conjuntamente com os produtos, devidamente rubricada, carimbada e datada sendo que o triplicado é arquivado na farmácia com rubrica e etiqueta colocada pelo fornecedor de forma a comprovar a devolução dos produtos. Nem todos os laboratórios ou fornecedores aceitam os produtos devolvidos por expiração do prazo de validade e caso não aceitem têm de ser encaminhados para quebras (ocorre a sua destruição regulada por empresas especializadas no tratamento de resíduos), sendo segregados para um determinado local devidamente assinalado até ser emitida a nota de quebra. No caso de a devolução ser aceite, o fornecedor indica se se procederá através de emissão de nota de crédito ou produto de substituição. Nesta situação terá de regularizar-se a

devolução no sistema informático e proceder-se à correção dos *stocks* no mesmo. Ocorre sempre o armazenamento das faturas dos produtos que foram devolvidos até que ocorra a regularização das devoluções.

6. Interação Farmacêutico-Utente-Medicamento

Um dos pontos fulcrais em farmácia comunitária é o contacto com as pessoas. É através desta interação que se percebe a necessidade de adaptar a linguagem e comunicação ao nível sociocultural da pessoa, para que exista uma correta transmissão e assimilação da informação. A percepção de qual a adaptação necessária para cada utente é conseguida através da experiência e muitas vezes da abordagem inicial feita pelo mesmo. Uma das primeiras coisas de que me apercebi quando iniciei a realização de atendimentos foi a extrema importância de adequar a linguagem à pessoa que temos à nossa frente.

Para que os profissionais possam responder da melhor forma possível é necessário um elevado nível de conhecimentos contudo, dado a grande variedade de problemas e situações que podem surgir é imprescindível que saibam consultar as fontes de informação que estão sempre disponíveis.

Existem utentes que já tomam a medicação que vão solicitar há anos, sabendo perfeitamente a posologia e modo de administração, outros que embora a medicação seja habitual necessitam que seja lembrada a posologia, dado a elevada quantidade de medicação que têm e ainda os que iniciam a terapêutica e necessitam dos esclarecimentos e informações para que seja realizada corretamente. Dado que o utente é o foco das atenções dos profissionais de saúde a promoção do diálogo e da interação com este é uma das prioridades a atingir.

As questões a serem realizadas aos utentes devem ser as relevantes para a situação em causa, de forma a obter as respostas necessárias para o atendimento. Além da transmissão da informação verbal ao utente, esta deve ser complementada também com informação escrita, nomeadamente a posologia e o modo de administração. Uma forma de certificar que ocorreu a apreensão de toda a informação transmitida é solicitar ao utente que repita o que lhe foi transmitido, como acontece muitas vezes nas técnicas inalatórias, dado que são procedimentos que para uma população mais envelhecida, por exemplo, podem tornar-se mais complexos. Uma das situações que me ocorreu foi uma senhora idosa cuja prescrição apresentava os medicamentos habituais e outros que ia iniciar pela primeira vez. Apercebi-me que a senhora fazia alguma confusão com a posologia de cada um e, além disso, não sabia ler. A forma como se pode proceder é com o uso de pictogramas e com recurso a símbolos que os utentes facilmente identifiquem e associem a um determinado horário para a administração dos medicamentos. O mesmo acontece com a mudança de algumas embalagens de medicamentos das quais já estão habituados às cores, forma e dimensão. É necessário ter a capacidade de encontrar maneiras dos utentes reconhecerem a nova embalagem, dado que se trata do mesmo

fármaco, por exemplo, colando a antiga cartonagem à nova. Garante-se assim a compreensão de todas as informações de forma a retirar o máximo benefício do tratamento. (17) Outra opção que se pode propor é a Preparação Individualizada da Medicação (PIM), serviço que é disponibilizado na FT.

Outra situação que pude verificar, durante o período de estágio, foi a escassez de medicamentos necessários para os utentes e solicitados pelos mesmos. Muitos medicamentos encontraram-se esgotados por longos períodos de tempo, sendo que nalguns casos nem existia disponível nenhum genérico para que o utente pudesse optar por esse, sendo este um grave problema dado a necessidade de manutenção da terapêutica, muitas vezes crónica. Nestes casos, a única solução que podíamos transmitir era encaminhar para o médico, para que este pudesse avaliar a situação e propor uma solução. Esta é outra situação em que a comunicação com o utente é essencial. Noutros casos existindo apenas algumas dosagens esgotadas existia a possibilidade de tentar alcançar a dosagem pretendida através da toma de outras dosagens conjuntamente ou mais do que um comprimido de uma dosagem. O contacto para outras farmácias também era realizado dado que poderiam ter ainda o medicamento solicitado em *stock*.

No atendimento deve-se esclarecer as indicações terapêuticas, posologia e via de administração. Os efeitos secundários, interações medicamentosas, precauções e contraindicações mais relevantes devem ser explicados durante a dispensa. Complementar com informação relativa a MNSRM ou hábitos de vida saudáveis também é essencial. (17) É necessário informar o utente sobre os medicamentos comercializados que possuam a mesma substância ativa, dosagem, forma farmacêutica, apresentação equivalentes ao prescrito, bem como aqueles que são comparticipados pelo SNS e o que tem o preço mais baixo disponível no mercado. Assim, existindo grupo homogéneo o farmacêutico tem de dispensar o medicamento que cumpra a prescrição e, se aplicável, o mais barato dos 3 medicamentos de entre os que correspondam aos cinco preços mais baixos de cada grupo homogéneo. Excetuando quando o utente exerce o seu direito de opção, ou seja, o utente pode optar por qualquer medicamento que cumpra os requisitos mencionados anteriormente independentemente do seu preço, demonstrando que exerceu o direito de opção. Quando não existe grupo homogéneo (é o caso quando o medicamento possui uma substância ativa para a qual não exista medicamento genérico ou para o qual só exista original de marca e licenças) dispensa-se o medicamento que cumpra a prescrição e o mais barato para o utente, similar ao prescrito, que possua na farmácia, exceto quando o utente exerce o seu direito de opção. (17,18) Importante é, também, certificar que no final do atendimento não existem dúvidas sobre a utilização do medicamento.

As RAMs que forem reveladas durante o atendimento ou num atendimento mais personalizado devem ser notificadas no portal de RAMs do INFARMED, I.P. Mesmo que se tratem apenas de suspeitas, tanto o profissional de saúde como o utente podem proceder à notificação, mesmo sabendo que muitas vezes é difícil correlacionar a administração de um medicamento com um determinado efeito adverso que possa surgir. A notificação é sempre importante na medida em

que os efeitos secundários podem surgir mais tardiamente e não serem verificados ao longo da fase experimental.

Relativamente ao procedimento de encaminhar eventuais resíduos, deve informar-se os cidadãos do projeto Valormed, para que estes entreguem na farmácia os resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso que possuem na sua “farmácia doméstica” (tanto os que não são utilizados como aqueles que se encontram fora do prazo de validade). Este projeto engloba a realização da gestão de resíduos de embalagens de medicamentos de uso humano, de medicamentos de uso veterinário, contendo ou não restos de medicamentos e produtos veterinários vendidos nas farmácias comunitárias para animais domésticos.(19)

7. Dispensa de medicamentos e produtos de saúde

A dispensa de medicamentos é um dos atos farmacêuticos mais importantes, sendo um ponto fulcral de contacto com o utente de forma a garantir um uso terapêutico adequado. Permite auxiliar a compreensão da importância da toma correta dos produtos de saúde e monitorizar o tratamento de forma a verificar a sua efetividade e a eventual ocorrência de RAMs. Assegurar uma correta dispensa é fulcral para garantir que o regime posológico e as formas farmacêuticas são apropriadas, que há clarificação da forma de utilização, prevenção das interações que podem ocorrer entre medicamentos, entre medicamentos e alimentos e entre medicamentos e produtos naturais ou outros produtos de saúde, gestão das reações adversas e consideração dos custos dos medicamentos.(17)

Tanto MNSRM, como MNSRM-EF, MSRM, medicamentos e produtos veterinários e outros produtos de saúde são dispensados em farmácia comunitária. Aqueles para os quais é necessária receita médica, antes da dita dispensa, é essencial realizar a análise da prescrição de forma a validar e autenticar a mesma (existindo um conjunto de parâmetros que têm de ser validados). As receitas médicas para medicamentos de uso humano podem ser em suporte materializado (sendo este cada vez mais residual) e em suporte desmaterializado (através dos meios eletrónicos). Qualquer uma das variantes da receita médica deve ser rececionada respeitando os mesmos critérios, garantindo uma dispensa eficiente e segura.(17) Cabe ao farmacêutico tanto a identificação do utente, como relativamente à prescrição em si, a sua conformidade legal, a interpretação da mesma quanto à farmacoterapia, condições de comparticipação e em relação aos medicamentos prescritos, a pertinência e conformidade dos mesmos.

Relativamente à dispensa ao público, os medicamentos podem ser classificados em:

- MSRM:
 - Medicamentos de receita médica renovável;

- Medicamentos de receita médica especial;
- Medicamentos de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados;
- MNSRM (inclui os medicamentos homeopáticos e os medicamentos tradicionais à base de plantas a não ser que preencham alguma das condições de MSRM).

Tal como designado no n.º3 e n.º4 do Artigo 115º do Decreto-lei n.º 176/2006, de 30 de agosto pode ocorrer a reclassificação de MSRM ou daqueles que obtenham autorização de introdução no mercado em MNSRM-EF, tendo em conta o seu perfil de segurança ou as indicações terapêuticas, recorrendo aos protocolos associados para a sua dispensa.(14)

7.1. Dispensa de MSRM

Consideram-se sujeitos a receita médica, medicamentos que preencham uma das seguintes condições:

- Possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica;
- Possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam;
- Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar;
- Destinem-se a ser administrados por via parentérica.

Relativamente aos medicamentos de uso humano, nos quais se incluem medicamentos manipulados e medicamentos contendo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas existem dois tipos de prescrição, a eletrónica (com utilização de equipamentos informáticos) e a manual (efetuada num documento pré-impresso), sendo que a última só pode ser realizada nos termos previstos pelo Artigo 8º da Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho. Este tipo de prescrição é aplicável a produtos de saúde com ou sem participação pelo SNS, como dispositivos médicos, alimentação especial, entre outros.

A prescrição inclui obrigatoriamente a DCI da substância ativa, a forma farmacêutica, a dosagem, a apresentação, a quantidade e a posologia. No caso das prescrições manuais, eletrónicas materializadas e, também, das guias de tratamento, respeitando o Despacho n.º 8809/2018, os modelos passam a conter o logótipo “SNS - Serviço Nacional de Saúde - 40 Anos” e elementos facilitadores da recolha de informação para a conferência de receituário, como se encontra representado no Anexo VIII.(20) As receitas do modelo anterior tiveram o prazo máximo para dispensa até dia 30 de junho do decorrente ano.

7.1.1. Receita médica

7.1.1.1. Receita médica manual

A prescrição de medicamentos pode realizar-se excepcionalmente por via manual, mas para que seja possível ao farmacêutico aceitar a prescrição e proceder à dispensa dos produtos nela contidos é imprescindível proceder à verificação de diversos parâmetros, tais como(21):

- Número da receita;
- Local de prescrição ou respetivo código;
- Identificação do médico prescriptor (incluindo número da cédula profissional e, se for o caso, a especialidade)*;
- Nome e número de utente*;
- Entidade financeira responsável e número de beneficiário*;
- Regime especial de participação (se aplicável)*;
- Preenchimento do local destinado a assinalar a exceção legal respetiva (corresponde à justificação para o prescriptor ter recorrido à receita manual em vez da eletrónica)*:
 - a) Falência do sistema informático;
 - b) Inadaptação fundamentada do prescriptor, confirmada previamente e anualmente validada;
 - c) Prescrição ao domicílio;
 - d) Outras situações até um máximo de 40 receitas/mês.
- Vinheta identificativa do prescriptor* e vinheta identificativa do local de prescrição* no sítio respetivo nos consultórios médicos particulares, sendo que no caso dos utentes pensionistas esta última será de cor verde;
- Validade da prescrição de 30 dias a partir da data de emissão da mesma;
- Número de embalagens: no máximo 4 por receita e em cada uma até 4 medicamentos distintos, podendo em cada um serem prescritas 2 embalagens. Excetuando quando se apresenta sob a forma de embalagem unitária, podendo ser prescritas até 4 embalagens do mesmo medicamento;
- Assinatura autógrafa do prescriptor*;
- Sem rasuras, caligrafias diferentes, canetas diferentes ou lápis.

A receita manual só é válida se incluir os elementos assinalados com asterisco, incluindo a DCI, dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem e número de embalagens, denominação comercial e menção de exceções (se aplicável).

7.1.1.2. Receita médica eletrónica

Até que seja possível a total desmaterialização da prescrição existem as duas formas de disponibilizar a prescrição eletrónica. Para ambas é necessário proceder à validação de vários parâmetros. Entre estes encontram-se a numeração da receita, o local de prescrição, a identificação do médico prescriptor e do utente (o que inclui o regime especial de comparticipação de medicamentos, caso se aplique), entidade responsável pelo pagamento da comparticipação da receita, identificação do medicamento quer seja por DCI ou por nome comercial tendo em conta as justificações técnicas que podem ser consideradas(21), presentes no Artigo 120º do Decreto-lei n.º 176/2006(14), de 30 de agosto, alterado pela Lei n.º 11/2012, de 8 de março:

- a) Margem ou índice terapêutico estreito: A receita tem que conter a menção “Exceção a) do n.º 3 do art. 6.º”. Esta justificação está limitada à lista de medicamentos definida pelo INFARMED, I.P.
- b) Reação adversa prévia: A receita tem de conter a menção “Exceção b) do n.º 3 do art. 6.º - reação adversa prévia”. Esta alínea apenas se aplica às situações em que tenha havido uma intolerância ou reação adversa reportada ao INFARMED, I.P., a um medicamento com a mesma substância ativa, mas identificado por outra denominação comercial.
- c) Continuidade de tratamento superior a 28 dias: A receita tem de conter a menção “Exceção c) do n.º 3 do art. 6.º - continuidade de tratamento superior a 28 dias”. O médico pode prescrever com indicação da marca ou nome do titular em tratamentos com duração estimada superior a 28 dias.

Não se pode substituir no caso de o prescriptor ter justificado tecnicamente a insusceptibilidade de substituição do medicamento prescrito nos termos das alíneas a) e b) e no caso da substância ativa do medicamento prescrito, sujeito a comparticipação, não estar associada a medicamento genérico comparticipado existindo só o original de marca e licenças. Já na alínea c), o doente pode exercer o seu direito de opção (através de assinatura da receita médica) quando pretender um medicamento de preço inferior ao prescrito não sendo possível a substituição por um de preço superior ao prescrito, como indicado no n.º3 e n.º4 do Artigo 120º-A do Decreto-lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, aditado pela Lei n.º 11/2012, de 8 de março e alterado pelo Decreto-lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro e no n.º4 do Artigo 17º da Portaria n.º 244/2015, de 27 de julho.(14,22)

Deve ainda referir-se a posologia e a duração de tratamento, caso existam participações especiais deve estar presente o despacho que consagra o respetivo regime e a data de prescrição.

7.1.1.2.1. Materializada

Diz respeito à impressão da prescrição, sendo que os *softwares* têm de a registar e validar. Nestas prescrições deve constar a referência ao tipo de receita (tendo em conta o tipo de medicamentos ou produtos de saúde prescritos). Apresenta uma validade de 30 dias a partir da data da sua emissão com assinatura do prescriptor.

Existem ainda prescrições renováveis ou não renováveis. As prescrições materializadas podem ser renováveis quando incluem medicamentos destinados a tratamentos de longa duração ou que se destinem a determinadas doenças sem necessidade de nova prescrição médica(14) listados na Tabela 2 da Deliberação n.º 173/CD/2011, de 27 de outubro. Para o efeito existe a possibilidade de prescrever até 3 vias com uma validade até 6 meses. Em cada receita podem ser prescritos até 4 medicamentos distintos, num total de 4 embalagens por receita. No máximo, podem ser prescritas 2 embalagens por medicamento. No caso dos medicamentos prescritos se apresentarem sob a forma de embalagem unitária (contém uma unidade de forma farmacêutica na dosagem média usual para uma administração) podem ser prescritas até 4 embalagens do mesmo medicamento, ou até 12 embalagens no caso de medicamentos de longa duração.(21)

7.1.1.2.2. Desmaterializada ou Receita sem papel

Neste tipo de receitas existem linhas de prescrição, cada uma com um medicamento sendo que caso se trate de um tratamento de curta ou média duração contém no máximo 2 embalagens com uma validade de 60 dias seguidos a partir da sua emissão e caso o tratamento seja de longa duração contém no máximo 6 embalagens com uma validade de 6 meses. As exceções são semelhantes à receita eletrónica materializada e devidamente fundamentado poderá prescrever-se um número superior de embalagens e com validade até 12 meses.

É cedida uma guia de tratamento ao utente no momento da prescrição por via eletrónica na qual consta o número da prescrição, o nome do utente, local de prescrição e nome do prescriptor, o código matriz, códigos de acesso, dispensa e opção, os medicamentos prescritos (com DCI/nome comercial, dosagem, forma farmacêutica, apresentação, posologia), quantidade, validade da prescrição e encargos (preço de medicamentos comercializados que cumpram os critérios de prescrição).(22) No caso da receita desmaterializada, a informação constante na guia de tratamento e os códigos referidos anteriormente podem também ser enviados para o endereço de correio eletrónico do utente, por mensagem, através da *app* MySNS, ou por outros meios eletrónicos, dispensando a guia de tratamento para se proceder à dispensa dos medicamentos. Contudo, mantém-se a possibilidade da sua impressão em papel sempre que solicitado pelo utente, como legislado no n.º7 do Artigo 14º da Portaria n.º 284-A/2016 que procede à alteração da Portaria n.º 221/2015, de 27 de julho.(23)

Nas receitas eletrónicas sem papel podem estar prescritas as mesmas quantidades que nas três vias (1ª, 2ª e 3ª via) das receitas eletrónicas materializadas, sendo a sua validade também correspondente. Trata-se então de um benefício adicional dado conseguirem um prazo de validade alargado apenas com uma receita, podendo realizar o aviamento das quantidades que necessitam, quando e onde precisarem.

7.2. Dispensa de MSRM em urgência

Em muitas situações, os utentes procuram a farmácia dado a necessidade de medicamentos para os quais não possuem receita médica, devido ao término da validade da prescrição ou por não terem possibilidade de consultar um médico para obter a prescrição. Em muitos desses casos, trata-se de medicação que o doente já faz há muito tempo constituindo uma terapêutica que necessita de manter. Para se proceder a esta dispensa é necessário avaliar a urgência ou ser considerada necessidade clínica reconhecida e documentável como Dispensa Clínica de Exceção (DCE). Para que tal seja possível é necessário o conhecimento prévio do perfil farmacoterapêutico do utente, estando estas situações documentadas e fundamentadas em urgência ou necessidade. (17)

7.3. Medicamentos sujeitos a receita médica especial

Incluem-se nesta classificação os estupefacientes ou psicotrópicos; aqueles em que possa ocorrer abuso medicamentoso, em caso de utilização anormal, criar toxicod dependência ou ser utilizados para fins ilegais; contêm uma substância que, pela sua novidade ou propriedades, se considere, por precaução, que possa causar o referido anteriormente em caso de uso anormal. (14)

7.3.1. Dispensa de estupefacientes e psicotrópicos

Para além da dispensa, a farmácia tem de obedecer a normas relativas à aquisição e armazenamento destes medicamentos.

Existem especificações relativas à dispensa de estupefacientes e psicotrópicos (listados nas tabelas I e II anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, ou qualquer das substâncias referidas no n.º 1 do Artigo 86.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro), referidas no Artigo 19º da Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho, nomeadamente no registo informático, independentemente do tipo de prescrição, da identidade do utente ou do seu representante, identificação da prescrição através do número de prescrição, identificação da farmácia, identificação do medicamento, a quantidade dispensada e a data de dispensa. (22)

Ao finalizar a dispensa destes medicamentos, no módulo de atendimento surge um formulário, no qual todos os campos têm de ser obrigatoriamente preenchidos: Identificação do médico prescritor; Identificação do utente; Identificação do adquirente - caso seja outra pessoa que não o utente - nomeadamente o seu nome, data de nascimento, morada, número do documento de identificação e data de validade do mesmo. O documento de psicotrópicos que é emitido no

final do atendimento é anexado conjuntamente com cópia da receita manual ou eletrónica materializada. No caso destas receitas, estes medicamentos têm de ser prescritos isoladamente em receita do tipo RE, sendo que o utente ou o seu representante têm de assinar no verso da receita. Na prescrição desmaterializada, a linha de prescrição é do tipo LE sendo apenas permitida a dispensa *online* deste tipo de medicamentos.(21) A cópia (frente e verso) ou o suporte informático das prescrições manuais ou materializadas que incluam estupefacientes ou psicotrópicos tem de ser mantida em arquivo adequado pela farmácia durante 3 anos, organizado pela data de dispensa, onde consta o código do medicamento, a quantidade dispensada, bem como os dados do utente ou do seu representante (ou seja, com o respetivo talão que é emitido automaticamente pelo sistema).

Relativamente ao envio da fotocópia digitalizada das receitas manuais contendo estupefacientes ou psicotrópicos para o INFARMED, I.P. este tem de ocorrer até ao dia 8 do mês a seguir à dispensa.(22) Devem ser enviados, mensalmente, os registos de saídas dos estupefacientes e psicotrópicos correspondentes a cada mês e anualmente é enviado ao INFARMED, I.P., o balanço de estupefacientes e psicotrópicos (bem como as entradas e saídas de benzodiazepinas).

7.4. Dispensa de MNSRM

Neste caso é necessário que o farmacêutico auxilie no uso racional do medicamento, dado que perante os sintomas relatados deverá ocorrer o aconselhamento da terapêutica mais indicada. Devem realizar-se as questões relevantes acerca do problema apresentado (sintomas, duração, se ocorreu administração de medicamentos previamente, patologias, medicamentos tomados concomitantemente) para que com base nas respostas se consiga avaliar o problema e encaminhar ou não para o médico. Caso o problema seja considerado autolimitado, de curta duração e possa ser resolvido facilmente com um MNSRM, o aconselhamento dado pelo profissional é essencial dado a importância de proceder à transmissão de informação para ocorrer a sua correta utilização (incluindo a indicação da duração do tratamento), bem como, indicar que, em caso de não melhorar ou mesmo agravar consultar de imediato um médico. Relativamente aos MNSRM-EF têm de ser cumpridos os protocolos de dispensa.

Portanto, a utilização de MNSRM deve ser limitada no tempo e tendo em conta as patologias subjacentes, interações com outros medicamentos que já façam parte da terapêutica do utente garantindo a sua correta utilização.

7.5. Dispensa de produtos após encomenda *online* e entrega ao domicílio

Foi realizada uma encomenda *online* de um produto através de uma aplicação disponível para os utentes. A indicação da reserva é dada pela notificação no Sifarma2000 que remete para a realização de um pedido no qual é indicado o nome da pessoa, a morada, a hora em que fez a encomenda e o número de telemóvel, para o qual é enviada a mensagem que o produto está

disponível e reservado para a pessoa. A encomenda *online* de produtos é uma ferramenta disponível que poderá ser utilizada para MNSRM e para MSRM. Os preços deverão encontrar-se sempre atualizados para que o utente disponha da informação necessária para poder efetuar a decisão de encomendar ou não o produto.

A FT disponibiliza, após realização de um pedido por contacto telefónico ou internet e indicação do medicamento, quantidade dispensada e local de entrega (no concelho do Fundão e concelhos limítrofes), entregas ao domicílio por profissionais devidamente qualificados, sendo o preço dependente da área geográfica respetiva.

7.6. Regimes de participação pelo SNS e outras entidades

A maior parte dos MSRM são comparticipados, o que significa que o doente paga apenas parte dos mesmos. É o SNS a entidade responsável pela participação para a maior parte dos utentes. Os MNSRM não são comparticipáveis, salvo alguns casos excecionais (que têm de ser devidamente justificados) em que ficam sujeitos ao regime de preços estabelecido para os MSRM. A participação de medicamentos que pode ser aplicada atualmente, ocorre através de um regime geral e de um regime especial, tendo em conta a presença de determinadas patologias ou grupos de doentes. Para além dos medicamentos pode ocorrer participação pelo SNS de outros produtos/tecnologias de saúde.

Relativamente ao regime geral, o Estado paga uma percentagem do medicamento tendo em conta o escalão em que este se encontra inserido (de acordo com a classificação farmacoterapêutica e as entidades que o prescreveram). No regime especial, a participação tem em conta os beneficiários/pensionistas e as patologias ou grupos especiais de utentes. Para determinadas patologias existem diplomas associados que permitem aumentar a participação dos produtos, sendo que esta variável tem em conta a doença e os produtos. De referir que todas as condições de participação estão reguladas na legislação portuguesa e facilmente acessíveis, caso exista necessidade de esclarecimento de dúvidas.

Alguns utentes, além da participação pelo SNS (tendo em conta que a participação é a mesma pela ADSE, pertencendo também ao regime geral) têm participação por outras entidades, como por exemplo, SAMS, SAVIDA, que é comprovada mediante apresentação por parte do utente do cartão de beneficiário, necessário aquando a seleção do plano de participação do utente no sistema informático.

Poderá existir participação também para medicamentos manipulados, bem como produtos destinados ao autocontrolo da diabetes *mellitus* nos quais os utentes apresentem receita médica (que no caso das agulhas, seringas e lancetas são comparticipadas a 100%, sendo apenas as tiras-teste comparticipadas em 85% do seu PVP), produtos dietéticos com carácter terapêutico (desde que prescritos nos hospitais com protocolos definidos), câmara expansora e dispositivos médicos no apoio a doentes ostomizados e/ou com incontinência/retenção urinária possuem uma participação de 100%.(21)

O que pude ter mais contacto foi com a comparticipação dos produtos relacionados com a *diabetes mellitus*, mas também verifiquei a comparticipação dos dispositivos médicos de ostomia e incontinência.

8. Automedicação

Tendo em consideração a legislação portuguesa, a automedicação é definida como “a utilização de 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”. (24) Durante os meses de estágio pude comprovar que esta é uma prática recorrente entre a população, dado que, muitas vezes ocorre a solicitação de medicamentos que não estão associados a situações autolimitadas ou que não são adequados para o problema em causa. Daí a importância do aconselhamento de um profissional de saúde tanto em termos do MNSRM mais adequado mas, também, a referência para o médico caso seja uma situação mais grave que não possa ser resolvida com este tipo de medicação.

Muitas vezes ocorre a solicitação de medicamentos (inclusive de MSRM, dos quais não possuem prescrição) que foram aconselhados por amigos ou familiares que já “tinham tomado anteriormente e que lhes resolveu o problema”, como muitos relatam. Cabe aqui, então, intervir de forma a perceber se o medicamento solicitado faz parte da terapêutica farmacológica do utente ou se se trata de uma situação em que se deve reprovar o seu uso. É uma das situações desafiantes, nomeadamente a compreensão por parte do utente que a terapêutica aconselhada a uma pessoa pode ser totalmente desaconselhada no seu caso.

Uma das situações que ocorreu foi o pedido por parte de um utente de um ansiolítico, no contexto de um período de maior stress e ansiedade pelo qual passava que lhe afetava o descanso noturno. Recorreu à farmácia após um amigo lhe relatar que tinha tido um problema semelhante e lhe ter fornecido o nome do medicamento que tomou. Foi explicado ao utente que dado tratar-se de uma situação recente poderia tentar-se solucionar a condição apresentada recorrendo a MNSRM, como Valdispert Noite®, Valdispert Stress®, Dormidina®, ou suplemento alimentar como StilNoite® ou mesmo recurso a chás medicinais que podem auxiliar. Sempre considerando patologias apresentadas pelo utente dado a possibilidade de ocorrência de interações.

Noutra situação uma utente que se dirige à farmácia para aviar o seu receituário habitual, questiona acerca de ter ouvido falar de um produto para a remoção de calos (Calicida indiano®). Contudo, o profissional questiona se a utente é diabética e após resposta afirmativa foi-lhe desencorajada a aquisição e a colocação desse mesmo produto, dado a problemática associada às feridas.

9. Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde

A farmácia para além de ter como objetivo promover a saúde e prevenir a doença, permite também a manutenção do bem-estar dos utentes e, portanto, a população procura uma variedade de produtos para satisfazer as mais diversas necessidades que apresenta. Para ir ao encontro dessas precisões existem, assim, disponíveis na FT uma multiplicidade de produtos, entre os quais se encontram os referenciados de seguida.

9.1. Produtos de dermocosmética e higiene

Esta é, de facto, uma área com uma panóplia enorme de marcas, gamas e especificações e, por isso mesmo, numa das quais senti mais dificuldades. Contudo, a possibilidade de contactar com diversos produtos de várias marcas durante o período de estágio e de esclarecer eventuais dúvidas que pudesse ter principalmente com a Dra. Ana Filomena e com a Dra. Ana Rita, bem como as formações a que tive oportunidade de assistir, permitiram-me aprender mais sobre estes produtos de forma a conseguir aconselhá-los no futuro.

Um produto cosmético é “qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as partes externas do corpo humano (epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos) ou com os dentes e as mucosas bucais, tendo em vista, exclusiva ou principalmente, limpá-los, perfumá-los, modificar-lhes o aspeto, protegê-los, mantê-los em bom estado ou corrigir os odores corporais.” Não incluindo, portanto, produtos destinados a serem ingeridos, inalados, injetados ou implantados no corpo humano. (25)

As marcas disponíveis na FT são Caudalie®, Darphin®, La Roche Posay®, Avène®, Filorga®, Lierac®, Vichy®, Uriage®, A-Derma®, ISDIN®, Phyto®, René Furterer®, Klorane®, Mustela®, podendo verificar-se a existência de uma panóplia alargada de produtos com diferentes indicações tanto para a pele, como couro cabeludo e cabelo para adulto, bem como cosmética de criança e bebé. Cada marca tem gamas direcionadas para diferentes tipos de problemas que podem surgir, como acne, rosácea, eczema, hiperpigmentação, pele atópica, psoríase, dermatite seborreica, tendo em conta os tipos de couro cabeludo, cabelo e fototipo, proteção solar, entre outros. Até mesmo desodorizantes, pastas dentífricas, vernizes, maquilhagem e tintas para o cabelo. Os produtos de higiene íntima também são muito solicitados, tendo sempre em conta o pH adequado para cada tipo de situação e as gamas específicas para crianças.

9.2. Produtos dietéticos para alimentação especial

Integram uma categoria de géneros alimentícios, sujeitos a um processamento ou formulação especial, com vista a satisfazer as necessidades nutricionais especiais dos pacientes e para consumo sob supervisão médica. Destinam-se essencialmente a pacientes com condições fisiológicas com necessidades muito específicas (capacidade limitada, diminuída ou alterada em ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar géneros alimentícios). (26) Este tipo de

produtos segue as mesmas regras de dispensa dos medicamentos, sendo que no caso da prescrição ser eletrónica materializada ou manual, têm de ser prescritos isoladamente.

Existe uma lista(27) dos produtos dietéticos com carácter terapêutico, encontrando-se nesta um dos produtos que tive a oportunidade de ver dispensar, Fenilcetonúria - PKU 1, tendo em consideração que a fenilcetonúria se traduz na dificuldade de metabolização da fenilalanina e que o seu diagnóstico precoce e início de tratamento antes do primeiro mês de vida evita sequelas, é essencial a utilização destes produtos e a comparticipação associada a alguns deles, tendo em conta o local onde são prescritos e os protocolos associados.(28)

Embora na FT não exista um ampla gama destes produtos, esta consegue responder em tempo útil às solicitações dos mesmos pelos utentes. Os casos mais recorrentes foram para idosos, doentes oncológicos, perda de peso ou outras situações em que seja necessário recorrer a substitutos de refeição, procedendo-se à dispensa de produtos líquidos ou sólidos das marcas Resource® ou Fortimel®. Estes têm como finalidade satisfazer as necessidades dos indivíduos desnutridos ou em risco de desnutrição existindo, para isso, produtos hiperproteicos, hipercalóricos e específicos para doentes diabéticos.

9.3. Produtos dietéticos infantis

Como se encontra devidamente documentado e é sabido por toda a população, o leite materno constitui a melhor forma de nutrição para os bebés, dado que possui tudo o que estes necessitam nos primeiros meses de vida. Quando não é possível realizar a amamentação é necessário realizar a substituição com fórmulas específicas. Existe uma elevada requisição destes produtos para suprimir as necessidades nutricionais dos lactentes e bebés. As fórmulas para lactentes são “géneros alimentícios com indicações nutricionais específicas, destinados a lactentes durante os primeiros meses de vida que satisfaçam as necessidades nutricionais dos mesmos até à introdução de alimentação complementar adequada.” Relativamente às fórmulas de transição constituem o componente líquido principal, quando é introduzida uma alimentação complementar adequada de uma dieta progressivamente diversificada nesses lactentes.(29)

Existem vários tipos de leite e especificações da sua utilização, nomeadamente “HA” - hipoalergénico, “AR” - antiregurgitante, “AO” - antiobstipante, números que correspondem aos meses de vida da criança e papas com introdução, primeiramente, das isentas de glúten. O farmacêutico e os restantes profissionais de saúde são essenciais para auxiliar a distinção dos diversos tipos e aconselhar o que corresponde às especificações e necessidades do lactente, muitas das vezes após aconselhamento médico. Esta era uma área que desconhecia quase por completo, contudo após me serem explicadas as diferentes categorias que existem o aconselhamento ficou mais facilitado.

9.4. Fitoterapia e suplementos nutricionais

Existe uma variedade enorme relativamente a estes produtos disponibilizados nas farmácias. Tanto em termos de condições a que estão associados, bem como para cada uma destas existe

uma panóplia enorme de variedades. A regulamentação dos mesmos ocorre através do Decreto-Lei n.º 118/2015 de 23 junho, que altera o Decreto-Lei n.º 136/2003 e a entidade responsável pela definição, execução e avaliação dos critérios a que estes têm de obedecer é a Direção Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV), sendo a fiscalização assegurada pela Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE).

“Os suplementos alimentares são considerados géneros alimentícios, ainda que apresentem algumas especificidades, como a forma doseada e destinarem-se a complementar ou suplementar uma alimentação normal. Não são medicamentos e, por isso, não podem alegar propriedades profiláticas, de prevenção ou cura de doenças, nem fazer referência a essas propriedades. Destinam-se a complementar e/ou suplementar o regime alimentar normal não devendo ser utilizados como substitutos de um regime alimentar variado. Podem conter um leque bastante variado de substâncias nutrientes e outros ingredientes, designadamente vitaminas, minerais, aminoácidos, ácidos gordos essenciais, fibras e várias plantas e extratos de ervas.”(30) De notar que os suplementos nutricionais são cada vez mais solicitados pelos utentes e aconselhados pelos médicos, algo que pude comprovar durante o período de estágio. É, por isso, imperativo que os profissionais de saúde tenham formações nesta área e que se mantenham continuamente atualizados, dada a importância de correlacionar os medicamentos que o doente já toma com estes suplementos e produtos naturais que poderão apresentar interações significativas, ao contrário do que os utentes pensam.

9.5. Medicamentos de uso veterinário

São “toda a substância ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”, de acordo com a alínea av) do Artigo 3º do Decreto-Lei n.º 314/2009, de 28 outubro.(31)

De acordo com o Artigo 72º do Decreto-lei n.º 148/2008, de 20 de julho(32), os medicamentos veterinários são classificados quanto à dispensa em: Medicamentos não sujeitos a receita médico-veterinária; Medicamentos sujeitos a receita médico-veterinária e Medicamentos de uso exclusivo por médicos veterinários.

Os principais produtos de uso veterinário dispensados na FT destinam-se à desparasitação interna ou externa de animais domésticos em diversas formulações (comprimidos, pastas orais, soluções para pulverização) bem como pipetas e coleiras, entre os quais se destacam algumas marcas como Advantix®, Frontline®, Scalibor®, Strongid®, Tenil Vet®. Também são solicitadas as pílulas anticoncepcionais como Pilusoft® e ocorre a dispensa de Terramicina® para animais de maior porte. Também solicitada é a vacina para a prevenção da doença hemorrágica em coelhos. As questões a serem realizadas pelos profissionais prendem-se com o objetivo

pretendido, a espécie, tamanho e peso do animal, tendo em conta quais são os medicamentos não sujeitos a receita médico-veterinária, dado que são esses que podem ser dispensados neste caso. A forma de utilização e conservação dos mesmos também deve ser indicada, bem como outras informações relevantes tendo em conta o tipo de produto dispensado.

9.6. Dispositivos médicos

É definido como “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o *software* destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de: i) Diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença; ii) Diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência; iii) Estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico; iv) Controlo da concepção”.

A classificação dos dispositivos médicos (classes I - baixo risco, IIa - baixo médio risco, IIb - alto médio risco e III - alto risco) é realizada tendo em conta os potenciais riscos associados à sua utilização e os possíveis incidentes dado o funcionamento, duração, invasão e anatomia afetada pelo contacto com o dispositivo.(33) Uma das formas de identificar os dispositivos médicos é através da marcação CE, considerando as exceções legisladas. A recorrente dispensa de dispositivos médicos em farmácia comunitária e a enorme variedade destes criou a necessidade de categorizar e listar os diferentes dispositivos.(34) Existiram introduções posteriores de dispositivos para diagnóstico *in vitro*, destinados aos testes rápidos de determinadas infeções, que não se encontram disponíveis na FT.

Os dispositivos para os quais verifiquei uma maior dispensa foram fraldas para incontinência, meias de compressão, pulsos e joelheiras elásticas, algodão hidrófilo, ligaduras, compressas, pensos, adesivos oclusivos, termómetros, testes de gravidez, tiras-teste para determinação da glicémia, lancetas, entre outros. Sempre que necessário acompanha-se a dispensa das indicações necessárias para a correta utilização destes dispositivos.

10. Outros cuidados de saúde prestados na farmácia

A farmácia não se limita à atividade de dispensa de medicamentos. Permite, também, a determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos que possibilitam a avaliação do estado de saúde do doente e da realização do acompanhamento farmacoterapêutico.(3) No que concerne aos serviços farmacêuticos, a legislação aplicável diz respeito à Portaria n.º

1429/2007, de 2 de novembro com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril.(35,36) Assim sendo, ocorre a determinação de vários parâmetros (alguns com um custo associado e outros que não estão associados a qualquer valor monetário) como a glicémia, o colesterol total, os triglicéridos, a pressão arterial e os parâmetros antropométricos (como o peso, a altura, o perímetro abdominal e o IMC). Outro serviço farmacêutico disponível é a administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação (PNV) e injetáveis, diagnóstico de pele e capilar, primeiros socorros, acompanhamento de doentes e PIM. Adicionalmente, existe a colaboração com profissionais que se deslocam periodicamente à farmácia para realizarem consultas de nutrição e de pé diabético.

Antes da execução dos vários procedimentos são realizadas várias questões ao utente acerca dos estilos de vida, sobre apresentar-se ou não em jejum (se aplicável), medicamentos que esteja a tomar e valores que costuma apresentar nos diversos parâmetros. Assim, posteriormente, conclui-se se foram determinados valores normais ou, caso não sejam, indicam-se algumas medidas a aplicar para os melhorar ou mesmo referencia-se para o médico.

Uma das situações que presenciei foi na medição da pressão arterial de uma utente. A mesma referia que não se sentia muito bem e que por causa disso decidiu deslocar-se à farmácia. Depois de ter sido questionado se tinha caminhado ou se tinha bebido café ou fumado nos 30 minutos antecedentes, sendo as respostas negativas, procedeu-se à determinação da pressão arterial através do aparelho automático, tendo sido obtidos os valores de 210 mmHg na pressão arterial sistólica e de 140 mmHg na pressão arterial diastólica. Realizou-se novamente a medição e, tendo sido obtidos valores semelhantes, transmitiram-se calmamente os mesmos e encaminhou-se a utente para o hospital.

É da responsabilidade da Dra. Ana Cristina garantir que todos os dispositivos de medição e monitorização e os equipamentos da farmácia, que necessitam de controlo/calibração/verificação periódica, estão de acordo com as especificações técnicas do aparelho, recomendações do fabricante e que se encontram a funcionar adequadamente. Nalguns casos essa verificação é mensal, noutros casos é anual, mas o que se garante é que são alvos de manutenção e validação periódicas.

Pude proceder à determinação de vários parâmetros, tendo em conta os valores de referência da Direção Geral de Saúde (DGS) e da OMS. Tive a oportunidade de participar num rastreio realizado pela FT, numa aldeia do concelho do Fundão, de forma a assinalar o “Mês do Coração”. Determinou-se a pressão arterial, colesterol total e glicémia. Recolheram-se ainda informações relativas à idade e género das pessoas, bem como se estavam ou não em jejum e se tomavam algum tipo de medicação, por forma a concluir acerca dos valores obtidos e indicar a melhoria do estilo de vida, alimentação e exercício físico. Incluiu-se, assim, num programa de promoção da saúde, essencialmente para a população idosa que tem mais dificuldade em deslocar-se para monitorizar estes parâmetros e permitiu incentivar as medidas não farmacológicas.

11. Preparação de medicamentos

11.1. Manipulados

De acordo com o n.º 2 do Artigo 1º do Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de Abril define-se como “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico” sendo a “Fórmula magistral o medicamento preparado em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares segundo receita médica que especifica o doente a quem o medicamento se destina” e o “Preparado oficial qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais, de uma farmacopeia ou de um formulário, em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço”.(37)

A prescrição destes medicamentos tem de ser isolada caso se trate de uma receita manual ou uma eletrónica materializada.(21) Antes da preparação e dispensa destes medicamentos devem ser realizadas questões ao doente e a interpretação da prescrição seguindo a “Norma específica sobre dispensa de medicamentos e produtos de saúde.”(17) Deve garantir-se a qualidade e segurança do manipulado preparado, tendo por base as Boas Práticas de preparação de Manipulados, indicadas pela Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho(38), dado que a responsabilidade da segurança do manipulado é compartilhada entre o farmacêutico e o médico. Relativamente à dispensa devem realizar-se os mesmos procedimentos que nos restantes medicamentos, fornecendo todas as informações relevantes à correta utilização do manipulado, sendo de realçar também o prazo de utilização, as precauções e condições de armazenamento.

Durante e após a sua preparação é necessário proceder ao preenchimento da ficha de preparação, bem como ao cálculo do PVP mediante os critérios enunciados na Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho(39), tendo em conta o valor dos honorários da preparação (que inclui o valor do fator que é atualizado anualmente), o preço das matérias-primas, o material de embalagem e o IVA associado. A comparticipação associada aos medicamentos manipulados depende da inclusão nas seguintes condições: “Inexistência no mercado de especialidade farmacêutica com igual substância ativa na forma farmacêutica pretendida; Existência de lacuna terapêutica a nível dos medicamentos preparados industrialmente; Necessidade de adaptação de dosagens ou formas farmacêuticas às carências terapêuticas de populações específicas, como é o caso da pediatria ou da geriatria”, bem como na listagem existente no anexo do Despacho n.º 18694/2010 e ser “prescrito mediante indicação na receita da substância ou substâncias ativas, respetiva concentração, excipiente ou excipientes aprovados e forma farmacêutica”, sendo que podem ser comparticipados em 30% do respetivo preço. Excluem-se de comparticipação “as prescrições médicas que façam referência a marcas de medicamentos, produtos de saúde ou outros produtos”.(40)

Foi recebida uma prescrição de um manipulado cuja especialidade era Dermatologia. O que constava na mesma era “Enxofre (10 gramas) e Vaselina (120 gramas), f.s.a e coloque num boião.” Dado que a preparação de medicamentos manipulados constitui um processo complexo e que a farmácia assume a responsabilidade em todos os passos, desde a aquisição das matérias-primas até à dispensa informada do medicamento, o Laboratório de Estudos Farmacêuticos (LEF) disponibiliza às farmácias um serviço de apoio técnico-científico, denominado Centro de Informação de Medicamentos de Preparação Individualizada (CIMPI), que facilita muito este processo.(41)

Uma vez que, não existe na FP, nem no FGP, monografias/fichas de preparação respeitantes à pomada prescrita procedeu-se ao contacto do LEF para que este disponibilizasse a forma de preparação do manipulado, sendo posteriormente realizado o manipulado por um técnico de farmácia, com a supervisão de uma farmacêutica. Assim, o CIMPI avaliou a fórmula magistral e forneceu uma adaptação à fórmula galénica prescrita, com todas as informações relevantes para a execução da mesma e posterior aconselhamento ao utente aquando da sua dispensa. O manipulado foi preparado segundo o método tradicional (espatulação em pedra de mármore). Foi pesado o enxofre (10g) e a vaselina (110g) e sendo o mesmo espatulado com porções idênticas, permitiu a incorporação e a obtenção da consistência adequada. Após a espatulação completa foi acondicionado em boião opaco de 110-140 mL. Ao longo do processo foram registadas as massas pesadas, bem como as informações necessárias para a realização da ficha de preparação do manipulado (lotes, fornecedores das matérias-primas), determinou-se a massa do boião vazio para que depois do acondicionamento se conseguisse perceber a quantidade que foi preparada. De seguida, preenchi a computador a ficha de preparação do manipulado colocando os lotes e fornecedores dos componentes constitutivos da pomada, todo o procedimento realizado, o prazo de utilização, precauções e condições de armazenamento, bem como um exemplo do rótulo do produto. Foi realizado o cálculo do preço do manipulado tendo em conta o “fator F” do ano de 2019, a forma de apresentação, o facto de no total existirem mais de 100g de pomada preparada (portanto, por cada grama adicional é calculado o preço adicional a somar ao preço dos 100g), o preço do material de acondicionamento usado (que neste caso foi um boião opaco dado que, o enxofre é fotossensível e higroscópico, tendo de ser armazenado em local fresco e seco). Calculando no final, também, o IVA a ser adicionado ao preço final é obtido o valor a cobrar ao utente.

Para a impressão do rótulo recorre-se a um local específico no programa informático preenchendo-se adequadamente o nome do doente, o nome do médico, o número de lote do manipulado, precauções especiais de utilização (não contactar com os olhos, boca e mucosas), a forma de conservação, o prazo de validade/utilização (neste caso consideram-se 3 meses a partir da data de preparação do manipulado) e uso externo. Para aguardar até a dispensa ao doente, o manipulado e a respetiva receita são colocados no laboratório em lugar devidamente identificado e com as condições de conservação adequadas à manutenção de todas as propriedades do mesmo.

11.2.Preparações extemporâneas

Relativamente a este tipo de preparações, não são consideradas manipulados, dado que, apenas se procede à preparação da forma farmacêutica final, como é o caso da reconstituição da forma aquosa de antibióticos orais, a qual também executei. É importante que após a preparação sejam transmitidas as condições de conservação adequadas, bem como a necessidade de agitar antes de proceder à administração dado tratarem-se de suspensões.(42)

12.Contabilidade e Gestão

12.1.Formação contínua dos recursos humanos

Uma das responsabilidades individuais dos profissionais de saúde é a atualização dos conhecimentos e a formação contínua. Além de estarem informados relativamente a novas terapêuticas também, devem estar cientes das atualizações a nível legal e ético.(43) É estabelecido, pela FT, um plano de formações para os seus colaboradores, sendo estas registadas após serem concluídas.

Ao longo do estágio pude presenciar algumas formações sobre produtos que iriam entrar no mercado ou cuja classificação quanto à dispensa foi alterada, de forma a resumir as suas principais características, aconselhar os utentes, fornecer as indicações terapêuticas necessárias e comparar com os principais concorrentes já existentes no mercado. Entre os exemplos encontram-se RoterCysti, ValdispertMemo e o ValdispertNoite Magnésio. Além destes também existiram pequenas formações acerca de alguns produtos cosméticos, de forma a indicar novos produtos da marca e os seus benefícios, aconselhamento a dar por forma a melhorar a eficácia dos produtos sendo, portanto, benéfica a transmissão dessa informação às pessoas para que possam obter os melhores resultados possíveis ao utilizar os cosméticos. Pude ainda participar em formações externas nomeadamente “Infeções vulvovaginais”, “O 1º Curso Uriage®” e respeitantes às marcas Klorane®, Avène® e Elancyl®.

12.2.Processamento de receituário e faturação

Uma das atividades realizadas pelo farmacêutico consiste na conferência das receitas após a sua dispensa (manuais e eletrónicas materializadas), como já foi referido anteriormente, de forma a confirmar a correta dispensa e os demais parâmetros, para que se for detetado algum erro na dispensa se consiga avisar atempadamente o utente. No verso das prescrições, aquando da dispensa, são impressas uma série de informações. Entre elas encontram-se a identificação da farmácia e da direção técnica, número da receita, lote, série, data da dispensa, código do colaborador responsável, código do organismo de participação, medicamento(s) dispensado(s) e o(s) respetivo(s) código(s) de barras, forma farmacêutica, dosagem e dimensão da embalagem, PVP, encargos do utente e do respetivo organismo de participação.

Após a primeira conferência é carimbado, datado e rubricado o verso até que ocorra a segunda conferência por outra farmacêutica. São de seguida organizadas por organismo e por lote de trinta receitas, de forma crescente em cada um, permitindo que no último dia do mês se realizem os procedimentos necessários para o envio do receituário para o Centro de Conferência de Faturas (CCF) até dia 10 do mês seguinte. Este procedimento permite que as farmácias recebam o pagamento da participação do Estado a beneficiários do SNS e de sistemas públicos que sejam da responsabilidade do mesmo, ou outros regimes de complementaridade dos quais os utentes beneficiem. Para além das receitas médicas manuais ou materializadas onde se encontrem prescritos medicamentos comparticipados pelo SNS ou dos subsistemas públicos que sejam da sua responsabilidade, enviam-se informações acerca das prescrições desmaterializadas, a fatura eletrónica mensal correspondente ao valor total da participação do Estado no PVP, a relação-resumo de lotes, bem como as notas de débito ou de crédito caso exista a retificação das prescrições que não estavam em conformidade, cuja informação foi transmitida à farmácia para efeitos de correção (caso as justificações sejam aceites é ressarcido o valor da participação que não tinha sido pago previamente à farmácia, dado a existência de desconformidades).

Após o fecho de cada lote são impressos os verbetes associados (incluem o código da farmácia, ano e mês de faturação, entidade, organismo, tipo e número de lote, número de receitas e produtos, PVP total, preço a pagar pelo utente e total comparticipado) e conferem-se os valores do PVP total das receitas com os valores impressos no verbete. De seguida são impressos os diversos documentos que são carimbados e assinados para poder proceder-se ao envio para o SNS, concretamente para o CCF, da guia de fatura, relação resumo lotes, receitas e verbetes. Para a Associação Nacional de Farmácias (ANF) são enviados os verbetes dos restantes organismos, bem como a relação resumo lotes, comprovativos da entrega de receituário conferido e assinado. Cabe à ANF enviar para as diferentes entidades/organismos para que seja, posteriormente, devolvido o valor da participação à farmácia. São arquivadas as notas de débito e crédito, o quadruplicado das faturas dos organismos, comprovativo de levantamento e entrega de receituário pelos correios, listagem de faturas e entidades (de documentos e organismos) e o respeitante à fatura Saúde e aos talões das Farmácias Portuguesas. A FT trabalha com uma empresa de consultoria, contabilidade e gestão e, portanto, neste processo é necessário manter o arquivo da listagem das faturas e entidades - listagem de documentos a organismos, duplicado da fatura, das notas de crédito, notas de débito e a fatura saúde caso exista.

Durante o estágio foi-me possível assistir a estes procedimentos, nomeadamente a preparação da faturação e receituário no final do mês de abril e maio, dado a importância da organização necessária para enviar os diferentes documentos nos prazos corretos, contribuindo para uma gestão adequada dos processos.

13. Conclusão

Em suma, o farmacêutico tem um papel preponderante em diversos domínios em farmácia comunitária. Exerce, cada vez mais, uma prática centrada no utente, tendo facilmente acessíveis vários recursos dos quais pode necessitar. Assume um papel extremamente importante na saúde dos doentes, sendo um dos profissionais de confiança dos mesmos e a que estes recorrem, muitas vezes, em primeira instância. Também constituem o último contacto com os utentes possibilitando o reforço do uso correto do medicamento, compreendendo as suas dificuldades e esclarecendo as suas dúvidas permitindo, assim, promover a saúde e prevenir a doença.

O estágio na FT foi extremamente enriquecedor, além de ter sido muito bem recebida, todos os elementos da equipa disponibilizaram-se sempre para me ajudar, explicar e responder a todas as minhas dúvidas. Possibilitaram-me participar em diversas formações e mesmo num rastreio o que permitiu a interação com a comunidade, tão importante nesta profissão.

A transmissão de conhecimentos e das suas experiências foi essencial para conseguir tornar-me mais confiante, autónoma, adaptar a linguagem às diversas situações e utentes permitindo, também, perceber na prática a grandiosidade desta profissão. Resta-me agradecer a todos eles, sem exceção e esperar encontrar, ao longo da vida, profissionais, colegas e um ambiente tão bom como aquele que experienciei na FT.

14. Referências Bibliográficas

1. Ordem dos Farmacêuticos. Norma geral sobre as infraestruturas e equipamentos. Boas Práticas de Farmácia Comunitária. 2015.
2. Ordem dos Farmacêuticos. Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos [Internet]. Available from: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/a-ordem-dos-farmaceuticos/regulamentos/>
3. Conselho Nacional da Qualidade - Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF2009). Vol. 3ª edição. 2009.
4. Ordem dos Farmacêuticos. Farmácias lançam Petição “Salvar as Farmácias. Cumprir o SNS” [Internet]. 2019. [cited 2019 Feb 18]. Available from: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/noticias/farmacias-lancam-peticao-salvar-as-farmacias-cumprir-o-sns/>
5. Decreto-Lei n.º 53/2007, de 8 de março. Diário da República - 1ª Série; 2007.
6. Decreto-Lei n.º 172/2012, de 1 de agosto. Diário da República - 1ª Série; 2012.
7. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho. Legislação Farmacêutica Compilada; 2014.
8. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto. Legislação Farmacêutica Compilada; 2007.
9. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Deliberação n.º 1504/2004, de 7 de Dezembro. Legislação Farmacêutica Compilada; 2004.
10. Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de Dezembro. Legislação Farmacêutica Compilada; 2004.
11. Programa de Troca de Seringas nas Farmácias (PTS) [Internet]. Fluxograma de intervenção na Farmácia. 2017 [cited 2019 Apr 24]. Available from: https://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/12/2017.07.19_PTS_Fluxograma2017.pdf
12. Ordem dos Farmacêuticos. Norma geral sobre o farmacêutico e pessoal de apoio. Boas Práticas de Farmácia Comunitária. 2015.

13. Ordem dos Farmacêuticos. Apresentação - Centro de Informação do Medicamento [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 11]. Available from: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/servicos/cim/apresentacao/>
14. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Decreto-lei n.º 176/2006, de 30 de agosto. Legislação Farmacêutica Compilada; 2006.
15. Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Circular Informativa - Implementação dos dispositivos de segurança nos medicamentos de uso humano [Internet]. 2017. Available from: <http://www.infarmed.pt/documents/15786/1878988/Implementação+dos+dispositivos+de+segurança+nos+medicamentos+de+uso+humano/9d6c3f32-2676-4151-8eb8-d5299eb42749>
16. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho. Legislação Farmacêutica Compilada; 2015.
17. Ordem dos Farmacêuticos. Norma específica sobre a dispensa de medicamentos e produtos de saúde. Boas Práticas de Farmácia Comunitária. 2018.
18. Decreto-lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro. Diário da República - 1ª série; 2013.
19. VALORMED [Internet]. Quem somos. [cited 2019 Jun 15]. Available from: <http://www.valormed.pt/paginas/2/quem-somos/>
20. Despacho n.º 8809/2018. Diário da República - 2ª Série; 2018.
21. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. 2018.
22. Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho. Diário da República - 1ª Série; 2015.
23. Portaria n.º 284-A/2016, de 4 de novembro. Diário da República - 1ª série; 2016 p. 2-11.
24. Despacho n.º 17690/2007, de 23 de julho. Diário da República - 2ª Série; 2007.
25. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Cosméticos [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 19]. Available from: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/cosmeticos>
26. Decreto-Lei n.º 216/2008, de 11 de novembro. Diário da República - 1ª Série; 2008.
27. DGS - Direção Geral de Saúde. Alimentos destinados a uma alimentação especial [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 19]. Available from: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/compaticipacao-de-produtos-dieteticos.aspx>
28. Despacho n.º 14 319/2005. Diário da República - 2ª Série; 2005.
29. Decreto-lei n.º 62/2017, de 9 de junho. Diário da República - 1ª Série; 2019.
30. Direção Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV). Suplementos Alimentares [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 19]. Available from: <http://www.dgv.min-agricultura.pt/portal/page/portal/DGV/genericos?generico=5904430&cboui=5904430>
31. Decreto-Lei n.º 314/2009, de 28 de outubro. Diário da República - 1ª Série; 2009.
32. Decreto-lei n.º 148/2008, de 29 de julho. Diário da República - 1ª Série; 2008.
33. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho. Legislação Farmacêutica Compilada; 2009.
34. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Dispositivos médicos na farmácia [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 19]. Available from: http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/dispositivos-medicos/aquisicao-e-utilizacao/dispositivos_medicos_farmacia
35. Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro. Diário da República - 1ª Série; 2007.
36. Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril. Diário da República - 1ª Série; 2018.
37. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Decreto-lei n.º 95/2004, de 22 de abril. Legislação Farmacêutica Compilada; 2004.
38. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. Legislação Farmacêutica Compilada; 2004.
39. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho. Legislação Farmacêutica Compilada; 2004.
40. Despacho n.º 18694/2010. Diário da República - 2ª Série; 2010.
41. Laboratório de Estudos Farmacêuticos (LEF). Apoio às Farmácias [Internet]. [cited 2019 Feb 18]. Available from: http://www.lef.pt/pt/servicos/Paginas/Apoio_Farmacias.aspx
42. Ordem dos Farmacêuticos. Norma específica sobre manipulação de medicamentos. Boas Práticas de Farmácia Comunitária. 2018.
43. Ordem dos Farmacêuticos. Desenvolvimento Profissional Contínuo [Internet]. [cited 2019 Jun 19]. Available from: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/formacao-continua/desenvolvimento-profissional-continuo/>

15. Anexos

Anexo I - Lista de situações passíveis de automedicação

Sistema	Situações
Digestivo	<p>Diarreia Hemorróidas (diagnóstico confirmado) Pirose, enfartamento, flatulência Obstipação Vômitos, enjoos do movimento Higiene oral e da orofaringe Endoparasitoses intestinais Estomatites (excluindo graves) e gengivites Odontalgias Profilaxia da cárie dentária Candidíase oral recorrente com diagnóstico médico prévio Modificação dos termos de higiene oral por desinfeção oral Estomatite aftosa</p>
Respiratório	<p>Sintomatologia associada a estados gripais e constipações Odinofagia, faringite (excluindo amigdalite) Rinorreia e congestão nasal Tosse e rouquidão Tratamento sintomático da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio Adjuvante mucolítico do tratamento antibacteriano das infeções respiratórias em presença de hipersecreção brônquica Prevenção e tratamento da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio (corticóide em inalador nasal)</p>
Cutâneo	<p>Queimaduras de 1º grau, incluindo solares Verrugas Acne ligeiro a moderado Desinfeção e higiene da pele e mucosas Micoses interdigitais Ectoparasitoses Picadas de insetos Pitiríase capitis (caspa) Herpes labial Feridas superficiais Dermatite das fraldas Seborreia Alopécia Calos e calosidades Frieiras Tratamento da pitiríase versicolor Candidíase balânica Anestesia tópica em mucosas e pele nomeadamente mucosa oral e rectal Tratamento sintomático localizado de eczema e dermatite com diagnóstico médico prévio</p>
Nervoso/psíquico	<p>Cefaleias ligeiras a moderadas Tratamento da dependência da nicotina para alívio dos sintomas de privação desta substância em pessoas que desejem deixar de fumar Enxaqueca com diagnóstico médico prévio Ansiedade ligeira temporária Dificuldade temporária em adormecer</p>
Muscular/ósseo	<p>Dores musculares ligeiras a moderadas Contusões Dores pós-traumáticas Dores reumáticas ligeiras moderadas (osteoartrite/osteoartrite) Dores articulares ligeiras a moderadas Tratamento tópico de sinovites, artrites (não infecciosa), bursites, tendinites Inflamação moderada de origem músculo esquelética nomeadamente pós-traumática ou de origem reumática</p>

Sistema	Situações
Geral	Febre (menos de três dias) Estados de astenia de causa identificada Prevenção de avitaminoses
Ocular	Hipossecreção conjuntival, irritação ocular de duração inferior a três dias Tratamento preventivo da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio Tratamento sintomático da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio
Ginecológico	Dismenorreia primária Contraceção de emergência Métodos contraceptivos de barreira e químicos Higiene vaginal Modificação dos termos de higiene vaginal por desinfecção vaginal Candidíase vaginal recorrente com diagnóstico médico prévio Situação clínica caracterizada por corrimento vaginal esbranquiçado, acompanhado de prurido vaginal e habitualmente com exacerbação pré-menstrual Terapêutica tópica nas alterações tróficas do trato genitourinário inferior acompanhadas de queixas vaginais como dispareunia, secura e prurido
Vascular	Síndrome varicosa – terapêutica tópica adjuvante Tratamento sintomático por via oral da insuficiência venosa crónica (com descrição de sintomatologia)

Anexo II - Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior



Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2019-011:ID1144

Na sua reunião de 12 de março de 2019 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "**Avaliação da prevalência e incidência da automedicação nos estudantes de Ciências Farmacêuticas**" da proponente **Jéssica Filipa Antunes Ricardo**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2019-011.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI, 18 de março de 2019

O Presidente da Comissão de Ética

Professor Doutor José António Martinez Souto de Oliveira
Professor Catedrático

Anexo III - Questionário conducente à avaliação da prevalência e incidência da automedicação nos estudantes de Ciências Farmacêuticas

Introdução:

O meu nome é Jéssica Ricardo e sou aluna de 5ºano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) da Universidade da Beira Interior.

O objetivo subjacente a este questionário é avaliar a prevalência, a incidência e o impacto da automedicação nos estudantes de Ciências Farmacêuticas. Pretende perceber-se as atitudes, o conhecimento, razões, fontes de informação, condições apresentadas e classes farmacológicas a que mais recorreram. Espera-se que as observações permitam ajudar a iniciar intervenções efetivas para diminuir as más práticas do uso dos medicamentos.

A informação disponibilizada é ANÓNIMA e CONFIDENCIAL, garantindo-se que é apenas utilizada para o propósito do estudo. Ao responder, autoriza que os dados fornecidos para este projeto de investigação sejam analisados estatisticamente na minha dissertação de mestrado.

A automedicação é uma prática na qual os indivíduos tratam os seus problemas de saúde, que foram autodiagnosticados, com medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) aprovados e disponíveis (tanto fármacos químicos como provenientes de plantas) e que sejam seguros e efetivos quando utilizados como indicado. A duração do tratamento é curta e normalmente apenas para o alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde. Podem adquirir-se medicamentos sem prescrição médica, apresentando prescrições antigas, compartilhando medicamentos com familiares e amigos ou usando os medicamentos que sobraram de regimes terapêuticos instituídos anteriormente.

Deve selecionar a(s) alínea(s) que está(ão) de acordo com a sua experiência, sendo que no caso das perguntas de resposta aberta pretende-se que responda de forma clara e sucinta.

Agradeço, desde já, a sua colaboração e disponibilidade.

Jéssica Ricardo (a33914@ubi.pt)

1. Aceita participar no estudo descrito?
 - a) Sim
 - b) Não

Se a resposta à pergunta 1 for “Não”, o questionário termina aqui.

1ª parte: Características sociodemográficas e socioculturais

2. Idade (pergunta de resposta aberta)
3. Género
 - a) Feminino
 - b) Masculino
4. Estado civil
 - a) Solteiro(a)
 - b) Casado(a)
5. Residência
 - a) Rural
 - b) Urbana
6. Tem morada diferente da do agregado familiar durante o período de aulas?
 - a) Sim
 - b) Não

7. Habilitações literárias do pai?
- Ensino primário
 - Ensino básico
 - Ensino secundário
 - Ensino superior
 - Não é possível disponibilizar esta informação
8. Habilitações literárias da mãe?
- Ensino primário
 - Ensino básico
 - Ensino secundário
 - Ensino superior
 - Não é possível disponibilizar esta informação
9. Ano em que se encontra inscrito(a) no curso de Ciências Farmacêuticas
- 1º ano
 - 2º ano
 - 3º ano
 - 4º ano
 - 5º ano
 - Doutoramento
10. Universidade em que se encontra inscrito(a)?
- Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde
 - Universidade de Coimbra - Faculdade de Farmácia
 - Universidade de Lisboa - Faculdade de Farmácia
 - Universidade do Porto - Faculdade de Farmácia
 - Universidade Lusófona - Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde
 - Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências e Tecnologia
 - Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde
 - Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário - Instituto Universitário de Ciências da Saúde
 - Instituto Universitário Egas Moniz - Instituto Superior de Ciências da Saúde
11. Plano/Seguro de saúde
- Sim
 - Não
12. A quanto tempo se encontra do hospital mais próximo?
- < 5 min
 - 5-24 min
 - 25-60 min
 - >60 min
13. Número de vezes que recorreu ao médico nos últimos 3 meses?
- Nenhuma
 - 1-3 vezes
 - > 3 vezes
14. Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas:
- Não consumo bebidas alcoólicas
 - Consumo de forma esporádica
 - Consumo frequentemente

15. Fuma?

- a) Sim
- b) Não

16. Pratica algum tipo de desporto ou atividade física mais intensa?

- a) Sim
- b) Não

17. Apresenta algum tipo de doença crónica diagnosticada?

- a) Sim
- b) Não

2ª parte: Realização de automedicação

1. Tendo em conta o conceito de automedicação, realizou esta prática nos últimos 3 meses?

- a) Sim
- b) Não

2. E nos últimos 6 ou 12 meses?

- a) Sim
- b) Não

Se a resposta à pergunta 1 for “Não”, o questionário termina aqui, independentemente da resposta à pergunta 2.

3ª parte: Análise da prática de automedicação

1. Selecione, de entre as opções, as causas e os fatores que o(a) levaram a recorrer à automedicação tendo em conta a concordância ou não com as situações que ocorreram nos últimos 3 meses.

Razões	Sim	Não
Conhecimento suficiente para se automedicar (familiaridade tanto com a doença como com os fármacos que podem ser usados na situação em concreto)		
Prescrição prévia		
Baixa gravidade/severidade da condição apresentada		
Ter confiança suficiente por ter obtido aprovação a Unidades Curriculares de Farmacologia		
Urgência do problema		
Necessidade de obter rendimento/concentração no estudo e não poder ficar doente numa altura em particular		
Não querer sobrecarregar os serviços de saúde		
Para obter um rápido alívio dos sintomas ou da condição apresentada		
Não querer perder tempo a deslocar-se ao médico		
Armazenamento de medicamentos para múltiplos propósitos - "farmácia de casa"		
Reconhecer que deve intervir nos seus próprios sintomas - papel ativo em relação à sua saúde		
Longo tempo de espera para obter uma consulta médica de especialidade		
Tratamento anteriormente prescrito pelo médico não ter sido bem-sucedido		
Interpretação incorreta do problema apresentado		
Fácil acesso aos medicamentos		
Uso bem-sucedido do fármaco anteriormente / Obter um bom resultado com a automedicação		
Ampla divulgação/publicidade farmacêutica realizada pelos media		
Falta de acesso aos profissionais de saúde		
Ter em conta a relação custo/efetividade		
Praticidade e comodidade		
Facilidade de compra na farmácia		
Leitura do Folheto Informativo que acompanha o medicamento é suficiente para decidir realizar automedicação com o mesmo		
Elevado custo ao consultar o médico (considerações económicas)		
Aconselhado por uma pessoa (amigos, familiares, vizinhos...) que teve o mesmo sintoma/problema		
Diminuição da atividade física		
Existência de estados depressivos		
Experiência prévia com sintomas similares		
Indisponibilidade de transporte		
Fácil acesso a fontes de informação sobre fármacos		
Oportunidade de aprendizagem		
Não ter seguro de saúde ou isenção de taxas moderadoras		

2. Costuma verificar o prazo de validade do produto antes de se automedicar?
 - a) Sim
 - b) Não
3. Tendo em conta as situações que ocorreram no período de tempo inquirido considera, de forma geral, que:
 - a) Foram obtidos os resultados pretendidos após recorrer à automedicação
 - b) Experienciou maior severidade da condição apresentada/mais efeitos secundários do que antes de realizar a automedicação.
 - c) A automedicação foi prejudicial em algumas situações.
 - d) Foi necessário recorrer ao médico antes de tomar um medicamento.

4. Quais as principais fontes de informação a que recorre para obter informações acerca dos fármacos, por forma a realizar automedicação? (Selecione, no máximo, 3 opções)
- a) Farmacêutico
 - b) Fontes online
 - c) Conhecimento próprio adquirido na faculdade
 - d) Livros, jornais ou revistas científicas
 - e) Familiares, amigos, vizinhos
 - f) Publicidade feita pelas empresas farmacêuticas
 - g) Prescrições anteriores
 - h) Anúncios publicitários
 - i) Folheto Informativo ou Resumo das Características do Medicamento
 - j) Médico
5. Quais as doenças/condições/sintomas mais comuns nas quais recorre à automedicação para realizar o seu tratamento? (Selecione, no máximo, 6 opções)
- a) Sintomatologia associada a Constipação/Gripe
 - b) Cefaleias ligeiras a moderadas
 - c) Enxaqueca já diagnosticada
 - d) Febre
 - e) Desordens GI (diarreia, obstipação, cólicas)
 - f) Desordens menstruais
 - g) Problemas dermatológicos
 - h) Vômitos
 - i) Sensação de enfartamento
 - j) Enjoos de movimento
 - k) Tosse
 - l) Rouquidão
 - m) Problemas músculo-esqueléticos
 - n) Infecções comuns
 - o) Falta de concentração/memória
 - p) Problemas respiratórios
 - q) Alergia
 - r) Dificuldade temporária em adormecer
 - s) Dor de garganta
 - t) Indigestão
 - u) Azia
 - v) Problemas psicológicos
 - w) Prevenção da osteoporose
 - x) Doenças neurológicas
 - y) Rinite
 - z) Odontalgia (dor de dentes)
 - aa) Dor ocasional (de cabeça, no corpo...)
 - bb) Infecções do trato urinário
 - cc) Perda de peso
 - dd) Carência nutricional
 - ee) Queimadura de 1º grau
 - ff) Acne
 - gg) Picadas de inseto
 - hh) Herpes labial
 - ii) Feridas superficiais
 - jj) Alopecia
 - kk) Frieiras
 - ll) Insónia
 - mm) Outro(s)? Se sim, qual(ais)?

6. Das doenças/condições/sintomas anteriormente indicadas assinale qual é a principal para a qual recorre à automedicação?

(Assinale unicamente uma opção)

- a) Sintomatologia associada a Constipação/Gripe
- b) Cefaleias ligeiras a moderadas
- c) Enxaqueca já diagnosticada
- d) Febre
- e) Desordens GI (diarreia, obstipação, cólicas)
- f) Desordens menstruais
- g) Problemas dermatológicos
- h) Vômitos
- i) Sensação de enfartamento
- j) Enjoos de movimento
- k) Tosse
- l) Rouquidão
- m) Problemas músculo-esqueléticos
- n) Infecções comuns
- o) Falta de concentração/memória
- p) Problemas respiratórios
- q) Alergia
- r) Dificuldade temporária em adormecer
- s) Dor de garganta
- t) Indigestão
- u) Azia
- v) Problemas psicológicos
- w) Prevenção da osteoporose
- x) Doenças neurológicas
- y) Rinite
- z) Odontalgia (dor de dentes)
- aa) Dor ocasional (de cabeça, no corpo...)
- bb) Infecções do trato urinário
- cc) Perda de peso
- dd) Carência nutricional
- ee) Queimadura de 1º grau
- ff) Acne
- gg) Picadas de inseto
- hh) Herpes labial
- ii) Feridas superficiais
- jj) Alopecia
- kk) Frieiras
- ll) Insónia
- mm) Outro(s)? Se sim, qual(ais)?

7. Qual(ais) a(s) principal(ais) classe(s) farmacológicas/problemas usadas(/os) quando recorre à automedicação?

(Selecione, no máximo, 5 opções)

- a) Analgésicos e Antipiréticos
- b) Antibióticos
- c) Antitússicos (tosse seca)
- d) Expetorantes (tosse produtiva)
- e) Anti-histamínicos
- f) Anti-inflamatórios não AINES
- g) Anti-inflamatórios não esteróides (AINES)
- h) Relaxantes musculares
- i) Naturais (provenientes de plantas)

- j) Hipnóticos
- k) Sedativos
- l) Ansiolíticos
- m) Antidepressivos
- n) Anti-eméticos (modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos)
- o) Descongestionantes nasais
- p) Vitaminas/Suplementos
- q) Para a indigestão
- r) Antiácidos
- s) Antiespasmódicos
- t) Antidiarreicos
- u) Laxantes
- v) Para problemas oftálmicos
- w) Para problemas dermatológicos
- x) Outro(s)? Se sim, qual(ais)?

8. Indique os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) que mais utiliza (pela DCI - Denominação Comum Internacional), de entre todos os que usou/usa nesta prática. (resposta aberta)
9. Indique dos medicamentos que necessitam de prescrição médica (MSRM) os que mais utiliza/utilizou (pela DCI) sem indicação médica. (resposta aberta)

Anexo IV - Outputs obtidos no programa estatístico (estatística descritiva)

Output 4.1 - Estatística descritiva da variável género dos estudantes inquiridos.

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Feminino	329	85,5%	85,5%	85,5%
Masculino	56	14,5%	14,5%	100,0%
Total	385	100,0%	100,0%	

Output 4.2 - Estatística descritiva da variável estado civil dos estudantes inquiridos.

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Solteiro	382	99,2%	99,2%	99,2%
Casado	3	0,8%	0,8%	100,0%
Total	385	100,0%	100,0%	

Output 4.3 - Estatística descritiva da variável residência dos estudantes inquiridos e morada dos mesmos em relação ao agregado familiar.

		Frequência	%	% válida	% cumulativa
Residência	Rural	154	40,0%	40,0%	40,0%
	Urbana	231	60,0%	60,0%	100,0%
	Total	385	100,0%	100,0%	
Morada diferente da do agregado	Não	131	34,0%	34,0%	34,0%
	Sim	254	66,0%	66,0%	100,0%
	Total	385	100,0%	100,0%	

Output 4.4 - Estatística descritiva do ano de curso no qual os estudantes se encontravam inscritos no ano letivo de 2018/2019.

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Primeiro	61	15,8%	15,8%	15,8%
Segundo	77	20,0%	20,0%	35,8%
Terceiro	75	19,5%	19,5%	55,3%
Quarto	101	26,2%	26,2%	81,6%
Quinto	66	17,1%	17,1%	98,7%
Doutoramento	5	1,3%	1,3%	100,0%
Total	385	100,0%	100,0%	

Output 4.5 - Estatística descritiva da universidade na qual os estudantes inquiridos se encontravam inscritos no ano letivo 2018/2019.

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde	169	43,9%	43,9%	43,9%
Universidade de Coimbra - Faculdade de Farmácia	63	16,4%	16,4%	60,3%
Universidade de Lisboa - Faculdade de Farmácia	19	4,9%	4,9%	65,2%
Universidade do Porto - Faculdade de Farmácia	74	19,2%	19,2%	84,4%
Universidade Lusófona - Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde	4	1,0%	1,0%	85,5%

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências e Tecnologia	30	7,8%	7,8%	93,2%
Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário - Instituto Universitário de Ciências da Saúde	22	5,7%	5,7%	99,0%
Instituto Universitário Egas Moniz - Instituto Superior de Ciências da Saúde	4	1,0%	1,0%	100,0%
Total	385	100,0%	100,0%	

Output 4.6 - Estatística descritiva da posse de seguro de saúde pelos estudantes inquiridos.

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Não	215	55,8%	55,8%	55,8%
Sim	170	44,2%	44,2%	100,0%
Total	385	100,0%	100,0%	

Output 4.7 - Estatística descritiva do tempo (em minutos) a que os estudantes se encontram do hospital mais próximo e do número de vezes que recorreram ao médico nos três meses antecedentes.

		Frequência	%	% válida	% cumulativa
Tempo ao hospital mais próximo	< 5 min	124	32,2%	32,2%	32,2%
	5-24 min	218	56,6%	56,6%	88,8%
	25-60 min	42	10,9%	10,9%	99,7%
	> 60 min	1	0,3%	0,3%	100,0%
	Total	385	100,0%	100,0%	
Número de recorrências ao médico	Nenhuma	197	51,2%	51,2%	51,2%
	1-3 vezes	168	43,6%	43,6%	94,8%
	> 3 vezes	20	5,2%	5,2%	100,0%
	Total	385	100,0%	100,0%	

Output 4.8 - Estatística descritiva do consumo de tabaco e bebidas alcoólicas pelos estudantes inquiridos.

		Frequência	%	% válida	% cumulativa
Consumo de bebidas alcoólicas	Não consumo bebidas alcoólicas	84	21,8%	21,8%	21,8%
	Consumo de forma esporádica	279	72,5%	72,5%	94,3%
	Consumo frequentemente	22	5,7%	5,7%	100,0%
	Total	385	100,0%	100,0%	
Fumador	Não	337	87,5%	87,5%	87,5%
	Sim	48	12,5%	12,5%	100,0%
	Total	385	100,0%	100,0%	

Output 4.9 - Estatística descritiva relativa à prática de atividade física intensa pelos estudantes inquiridos.

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Não	267	69,4%	69,4%	69,4%
Sim	118	30,6%	30,6%	100,0%
Total	385	100,0%	100,0%	

Output 4.10 - Estatística descritiva relativa à existência de doença crónica diagnosticada nos estudantes inquiridos.

	Frequência	%	% válida	% cumulativa
Não	333	86,5%	86,5%	86,5%
Sim	52	13,5%	13,5%	100,0%
Total	385	100,0%	100,0%	

Output 4.11 - Estatística descritiva relativa à prática de automedicação nos 3, 6 ou 12 meses antecedentes ao momento de preenchimento do inquérito.

		Frequência	%	% válida	% cumulativa
Prática de automedicação nos 3 meses antecedentes	Não	115	29,9%	29,9%	29,9%
	Sim	270	70,1%	70,1%	100,0%
	Total	385	100,0%	100,0%	
Prática de automedicação nos 6 ou 12 meses antecedentes	Não	67	17,4%	17,4%	17,4%
	Sim	318	82,6%	82,6%	100,0%
	Total	385	100,0%	100,0%	

Output 4.12 - Causas e fatores que levaram os estudantes a recorrerem à automedicação nos 3 meses antecedentes

	Casos					
	Válido		Omisso		Total	
	N	%	N	%	N	%
Causas e fatores ^a	270	70,1%	115	29,9%	385	100,0%

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

		Respostas		% de casos
		N	%	
Causas e fatores que levaram os estudantes a recorrerem à automedicação nos 3 meses antecedentes ^a	Conhecimento suficiente para se automedicar	252	7,0%	93,3%
	Prescrição prévia	139	3,9%	51,5%
	Baixa gravidade/severidade da condição apresentada	249	6,9%	92,2%
	Ter confiança suficiente por ter obtido aprovação a Unidades Curriculares de Farmacologia	77	2,1%	28,5%
	Urgência do problema	150	4,2%	55,6%
	Necessidade de obter rendimento/concentração no estudo e não poder ficar doente numa altura em particular	115	3,2%	42,6%
	Não querer sobrecarregar os serviços de saúde	83	2,3%	30,7%
	Para obter um rápido alívio dos sintomas ou da condição apresentada	253	7,0%	93,7%
	Não querer perder tempo a deslocar-se ao médico	142	3,9%	52,6%

		Respostas		% de casos
		N	%	
Causas e fatores que levaram os estudantes a recorrerem à automedicação nos 3 meses antecedentes ^a	Armazenamento de medicamentos para múltiplos propósitos - “farmácia de casa”	159	4,4%	58,9%
	Reconhecer que deve intervir nos seus próprios sintomas - papel ativo em relação à sua saúde	174	4,8%	64,4%
	Longo tempo de espera para obter uma consulta médica de especialidade	85	2,4%	31,5%
	Tratamento anteriormente prescrito pelo médico não ter sido bem-sucedido	12	0,3%	4,4%
	Interpretação incorreta do problema apresentado	7	0,2%	2,6%
	Fácil acesso aos medicamentos	174	4,8%	64,4%
	Uso bem-sucedido do fármaco anteriormente / Obter um bom resultado com a automedicação	219	6,1%	81,1%
	Ampla divulgação/publicidade farmacêutica realizada pelos media	66	1,8%	24,4%
	Falta de acesso aos profissionais de saúde	17	0,5%	6,3%
	Ter em conta a relação custo/efetividade	94	2,6%	34,8%
	Praticidade e comodidade	214	6,0%	79,3%
	Facilidade de compra na farmácia	192	5,3%	71,1%
	Leitura do Folheto Informativo que acompanha o medicamento é suficiente para decidir realizar automedicação com o mesmo	95	2,6%	35,2%
	Elevado custo ao consultar o médico (considerações económicas)	34	0,9%	12,6%
	Aconselhado por uma pessoa (amigos, familiares, vizinhos...) que teve o mesmo sintoma/problema	57	1,6%	21,1%
	Diminuição da atividade física	12	0,3%	4,4%
	Existência de estados depressivos	32	0,9%	11,9%
	Experiência prévia com sintomas similares	194	5,4%	71,9%
	Indisponibilidade de transporte	11	0,3%	4,1%
	Fácil acesso a fontes de informação sobre fármacos	190	5,3%	70,4%
	Oportunidade de aprendizagem	81	2,3%	30,0%
Não ter seguro de saúde ou isenção de taxas moderadoras	16	0,4%	5,9%	
Total		3595	100,0%	1331,5%
a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.				

Output 4.13 - Estatística descritiva relativa à verificação do prazo de validade dos medicamentos utilizados na prática de automedicação.

		Frequência	%	% válida	% cumulativa
Válido	Não	18	4,7%	6,7%	6,7%
	Sim	252	65,5%	93,3%	100,0%
	Total	270	70,1%	100,0%	
Omisso		115	29,9%		
Total		385	100,0%		

Output 4.14 - Doenças/condições/sintomas mais comuns nas quais os estudantes inquiridos recorrem à automedicação para realizarem o seu tratamento

	Casos					
	Válido		Omisso		Total	
	N	%	N	%	N	%
Doenças/condições/sintomas ^a	270	70,1%	115	29,9%	385	100,0%

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

		Respostas		% de casos
		N	%	
Doenças/condições/sintomas mais comuns ^a	Sintomatologia associada a Constipação/Gripe	225	15,7%	83,3%
	Cefaleias ligeiras a moderadas	145	10,1%	53,7%
	Enxaqueca já diagnosticada	18	1,3%	6,7%
	Febre	102	7,1%	37,8%
	Desordens GI (diarreia, obstipação, cólicas)	55	3,8%	20,4%
	Desordens menstruais	108	7,5%	40,0%
	Problemas dermatológicos	29	2,0%	10,7%
	Vômitos	9	0,6%	3,3%
	Sensação de enfartamento	17	1,2%	6,3%
	Enjoos de movimento	7	0,5%	2,6%
	Tosse	109	7,6%	40,4%
	Rouquidão	33	2,3%	12,2%
	Problemas músculo-esqueléticos	27	1,9%	10,0%
	Infeções comuns	10	0,7%	3,7%
	Falta de concentração/memória	21	1,5%	7,8%
	Problemas respiratórios	11	0,8%	4,1%
	Alergia	77	5,4%	28,5%
	Dificuldade temporária em adormecer	29	2,0%	10,7%
	Dor de garganta	135	9,4%	50,0%

		Respostas		% de casos
		N	%	
Doenças/condições/sintomas mais comuns ^a	Indigestão	8	0,6%	3,0%
	Azia	16	1,1%	5,9%
	Problemas psicológicos	7	0,5%	2,6%
	Prevenção da osteoporose	1	0,1%	0,4%
	Doenças neurológicas	1	0,1%	0,4%
	Rinite	28	2,0%	10,4%
	Odontalgia (dor de dentes)	14	1,0%	5,2%
	Dor ocasional (de cabeça, no corpo...)	79	5,5%	29,3%
	Infeções do trato urinário	8	0,6%	3,0%
	Perda de peso	1	0,1%	0,4%
	Carência nutricional	2	0,1%	0,7%
	Queimadura de 1º grau	10	0,7%	3,7%
	Acne	15	1,0%	5,6%
	Picadas de inseto	25	1,7%	9,3%
	Herpes labial	24	1,7%	8,9%
	Feridas superficiais	12	0,8%	4,4%
	Frieiras	6	0,4%	2,2%
	Insônia	9	0,6%	3,3%
Total	1433	100,0%	530,7%	
a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.				

Output 4.15 - Principal condição para a qual recorrem à automedicação

	Frequência	%	% cumulativa
Sintomatologia associada a Constipação/Gripe	90	33,3%	33,3%
Cefaleias ligeiras a moderadas	53	19,6%	53,0%
Enxaqueca já diagnosticada	13	4,8%	57,8%
Febre	9	3,3%	61,1%
Desordens GI (diarreia, obstipação, cólicas)	3	1,1%	62,2%
Desordens menstruais	25	9,3%	71,5%
Sensação de enfartamento	1	0,4%	71,9%
Tosse	6	2,2%	74,1%
Rouquidão	2	0,7%	74,8%
Problemas músculo-esqueléticos	4	1,5%	76,3%

	Frequência	%	% cumulativa
Falta de concentração/memória	2	0,7%	77,0%
Problemas respiratórios	3	1,1%	78,1%
Alergia	14	5,2%	83,3%
Dificuldade temporária em adormecer	3	1,1%	84,4%
Dor de garganta	5	1,9%	86,3%
Azia	1	0,4%	86,7%
Problemas psicológicos	4	1,5%	88,1%
Rinite	4	1,5%	89,6%
Odontalgia (dor de dentes)	2	0,7%	90,4%
Dor ocasional (de cabeça, no corpo, etc)	17	6,3%	96,7%
Infeções do trato urinário	1	0,4%	97,0%
Acne	1	0,4%	97,4%
Herpes labial	1	0,4%	97,8%
Feridas superficiais	1	0,4%	98,1%
Frieiras	2	0,7%	98,9%
Insônia	3	1,1%	100,0%
Total	270	100,0%	
a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.			

Output 4.16 - Classes farmacológicas/Grupos terapêuticos e outros produtos mais usadas(os) quando recorrem à automedicação

	Casos					
	Válido		Omisso		Total	
	N	%	N	%	N	%
Classes farmacológicas / Grupos terapêuticos ^a	270	70,1%	115	29,9%	385	100,0%
a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.						

		Respostas		% de casos
		N	%	
Classes farmacológicas/Grupos terapêuticos e outros produtos	Analgésicos e Antipiréticos	214	24,2%	79,3%
	Antibióticos	14	1,6%	5,2%
	Antitússicos (tosse seca)	57	6,4%	21,1%
	Expetorantes (tosse produtiva)	50	5,6%	18,5%
	Anti-histamínicos	97	11,0%	35,9%
	Anti-inflamatórios não AINES	33	3,7%	12,2%
	Anti-inflamatórios não esteróides (AINES)	133	15,0%	49,3%
	Relaxantes musculares	16	1,8%	5,9%
	Naturais (provenientes de plantas)	29	3,3%	10,7%
	Hipnóticos	1	0,1%	0,4%
	Sedativos	6	0,7%	2,2%
	Ansiolíticos	14	1,6%	5,2%
	Antidepressivos	8	0,9%	3,0%
	Anti-eméticos (modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos)	7	0,8%	2,6%
	Descongestionantes nasais	72	8,1%	26,7%
	Vitaminas/Suplementos	53	6,0%	19,6%
	Para a indigestão	10	1,1%	3,7%
	Antiácidos	20	2,3%	7,4%
	Antiespasmódicos	3	0,3%	1,1%
	Antidiarreicos	16	1,8%	5,9%
	Laxantes	7	0,8%	2,6%
	Para problemas oftálmicos	5	0,6%	1,9%
Para problemas dermatológicos	20	2,3%	7,4%	
Total		885	100,0%	327,8%
a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.				

Anexo V - Respostas obtidas às questões de resposta aberta do questionário

Anexo 5.1 - Resposta à questão: “Indique os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) que mais utiliza (pela DCI), de entre todos os que usou/usa nesta prática.”

Substância(s) ativa(s)	N
Paracetamol	115
Ibuprofeno	100
Diclofenac	15
Maleato de clorofenamina 4 mg + Paracetamol 500 mg / 1mg + 500mg	5+1
Flurbiprofeno	5
Carbonato de di-hidróxido de alumínio e sódio	4
Cetirizina	4
Extrato de raiz de valeriana	3
Ácido acetilsalicílico	3
Peróxido de benzoílo	3
Paracetamol 500 mg + Cloridrato de fenilefrina 5 mg	3
Nimesulida ¹	3
Fexofenadina 120 mg	2
Paracetamol 250 mg + ascorbato de cálcio dihidrato 36 mg + cafeína 10 mg + hidrogenomaleato de bromofeniramina 3 mg	2
Brometo de butilescopolamina	2
Cloridrato de ambroxol	2
Oximetazolina	2
Acetilcisteína	2
Fluticasona	2
Metoclopramida ¹	2
Extrato Natural de Passiflora	1
Valeriana, extrato seco de raiz	1
Suplemento multivitamínico	1
Maleato de Dimetindeno	1
Buspirona ¹	1
Triflusal ¹	1
Suplemento Mental Action	1
Ácido fusídico	1
Paracetamol + butilescopolamina	1
Simeticone	1
Polissulfato sódico de pentosano	1
Carbocisteína	1
Loperamida	1
Fenilefrina	1
Melatonina	1
Bromexina	1
Benzoato de benzilo	1
Aciclovir	1
Naproxeno 200 mg	1
Ginseng	1
Oscillocoquinum	1
ZirFos	1
Bisacodilo	1

¹ - MSRM classificados como MNSR pelos estudantes inquiridos.

Anexo 5.2 - Resposta à questão: “Indique dos medicamentos que necessitam de prescrição médica (MSRM) os que mais utiliza/utilizou (pela DCI), sem indicação médica.”

Substância(s) ativa(s)	N
Ibuprofeno 600mg	20
Desloratadina	15
Paracetamol 1g	14
Alprazolam	3
Bilastina	3
Furoato de fluticasona	3
Metamizol magnésio	2
Esomeprazol	2
Bromazepam	1
Furoato de mometasona	2
Alfa-amilase	2
Dipropionato de betametasona	2
Ebastina	2
Diclofenac 50 mg	2
Montelucaste	2
Fosfomicina	2
Acetato de ciproterona / Etinilestradiol	1
Tizanidina	1
Omeprazol	1
Zolpidem	1
Clindamicina	1
Clonazepam	1
Eritromicina	1
Piroxicam	1
Azitromicina	1
Prednisolona	1
Lisinopril	1
Fexofenadina 180 mg	1
Metilprednisolona	1
Tramadol + Paracetamol	1
Hidrocortisona	1
Naproxeno 500 mg	1
Propranolol 10 mg	1
Budesonida	1
Amoxicilina + ácido clavulânico	1
Ciclobenzaprina	1
Budesonida + Formoterol	1
Loflazepato de etilo	1
Salbutamol	1
Paracetamol + Tiocolquicosido	1
Escitalopram	1
Rupatadina	1
Codeína	1
Prulifloxacin	1

Anexo VI - Outputs obtidos no programa estatístico (estatística inferencial)

Output 6.1 - Cruzamento entre as variáveis “Género” e “Prática de automedicação nos últimos 3 meses”

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Género * Prática de automedicação nos últimos 3 meses	385	100,0%	0	0,0%	385	100,0%

		Prática de automedicação nos últimos 3 meses	Total		
			Não	Sim	
Género	Feminino	Contagem	102	227	329
		Contagem Esperada	98,3	230,7	329,0
		% em Género	31,0%	69,0%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	88,7%	84,1%	85,5%
		% do Total	26,5%	59,0%	85,5%
	Masculino	Contagem	13	43	56
		Contagem Esperada	16,7	39,3	56,0
		% em Género	23,2%	76,8%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	11,3%	15,9%	14,5%
		% do Total	3,4%	11,2%	14,5%
Total	Contagem	115	270	385	
	Contagem Esperada	115,0	270,0	385,0	
	% em Género	29,9%	70,1%	100,0%	
	% em Automedicação nos últimos 3 meses	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	29,9%	70,1%	100,0%	

Testes qui-quadrado					
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1,386 ^a	1	0,239		
Correção de continuidade ^b	1,039	1	0,308		
Razão de verossimilhança	1,443	1	0,230		
Teste Exato de Fisher				0,272	0,154
Associação Linear por Linear	1,382	1	0,240		
N de Casos Válidos	385				
a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 16,73.					
b. Computado apenas para uma tabela 2x2					

Output 6.2 - Cruzamento das variáveis “Classes farmacológicas” e “Género”

	Casos					
	Válido		Omisso		Total	
	N	%	N	%	N	%
Classes farmacológicas * Género	270	70,1%	115	29,9%	385	100,0%

		Género		Total	
		Feminino	Masculino		
Classes farmacológicas/ Grupos terapêuticos e outros produtos ^a	Analgésicos e Antipiréticos	Contagem	186	28	214
		% em Género	81,9%	65,1%	
	Antibióticos	Contagem	11	3	14
		% em Género	4,8%	7,0%	
	Antitússicos (tosse seca)	Contagem	45	12	57
		% em Género	19,8%	27,9%	
	Expetorantes (tosse produtiva)	Contagem	43	7	50
		% em Género	18,9%	16,3%	
	Anti-histamínicos	Contagem	83	14	97
		% em Género	36,6%	32,6%	
	Anti-inflamatórios não AINES	Contagem	30	3	33
		% em Género	13,2%	7,0%	
	Anti-inflamatórios não esteróides (AINES)	Contagem	113	20	133
		% em Género	49,8%	46,5%	

		Género			Total
		Feminino	Masculino		
Classes farmacológicas/Grupos terapêuticos e outros produtos ^a	Relaxantes musculares	Contagem	14	2	16
		% em Género	6,2%	4,7%	
	Naturais (provenientes de plantas)	Contagem	26	3	29
		% em Género	11,5%	7,0%	
	Hipnóticos	Contagem	1	0	1
		% em Género	0,4%	0,0%	
	Sedativos	Contagem	6	0	6
		% em Género	2,6%	0,0%	
	Ansiolíticos	Contagem	10	4	14
		% em Género	4,4%	9,3%	
	Antidepressivos	Contagem	8	0	8
		% em Género	3,5%	0,0%	
	Anti-eméticos (modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos)	Contagem	7	0	7
		% em Género	3,1%	0,0%	
	Descongestionantes nasais	Contagem	62	10	72
		% em Género	27,3%	23,3%	
	Vitaminas/Suplementos	Contagem	50	3	53
		% em Género	22,0%	7,0%	
	Para a indigestão	Contagem	8	2	10
		% em Género	3,5%	4,7%	
	Antiácidos	Contagem	13	7	20
		% em Género	5,7%	16,3%	
	Antiespasmódicos	Contagem	3	0	3
		% em Género	1,3%	0,0%	
	Antidiarreicos	Contagem	14	2	16
		% em Género	6,2%	4,7%	
	Laxantes	Contagem	7	0	7
		% em Género	3,1%	0,0%	
Para problemas oftálmicos	Contagem	4	1	5	
	% em Género	1,8%	2,3%		
Para problemas dermatológicos	Contagem	18	2	20	
	% em Género	7,9%	4,7%		
Total		Contagem	227	43	270
Percentagens e totais têm respondentes como base.					
a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.					

Output 6.3 - Cruzamento das variáveis “Doenças/condições/sintomas” e “Género”

	Casos					
	Válido		Omisso		Total	
	N	%	N	%	N	%
Doenças/condições/sintomas * Género	270	70,1%	115	29,9%	385	100,0%

		Género		Total	
		Feminino	Masculino		
Doenças/condições/sintomas ^a	Sintomatologia associada a Constipação/Gripe	Contagem	190	35	225
		% em Género	83,7%	81,4%	
	Cefaleias ligeiras a moderadas	Contagem	127	18	145
		% em Género	55,9%	41,9%	
	Enxaqueca já diagnosticada	Contagem	16	2	18
		% em Género	7,0%	4,7%	
	Febre	Contagem	79	23	102
		% em Género	34,8%	53,5%	
	Desordens GI (diarreia, obstipação, cólicas)	Contagem	43	12	55
		% em Género	18,9%	27,9%	
	Desordens menstruais	Contagem	108	0	108
		% em Género	47,6%	0,0%	
	Problemas dermatológicos	Contagem	24	5	29
		% em Género	10,6%	11,6%	
	Vómitos	Contagem	7	2	9
		% em Género	3,1%	4,7%	
	Sensação de enfartamento	Contagem	12	5	17
		% em Género	5,3%	11,6%	
	Enjoos de movimento	Contagem	7	0	7
		% em Género	3,1%	0,0%	
Tosse	Contagem	90	19	109	
	% em Género	39,6%	44,2%		
Rouquidão	Contagem	27	6	33	
	% em Género	11,9%	14,0%		
Problemas músculo-esqueléticos	Contagem	25	2	27	
	% em Género	11,0%	4,7%		

		Género			Total
		Feminino	Masculino		
Doenças/ condições/sintomas ^a	Infeções comuns	Contagem	8	2	10
		% em Género	3,5%	4,7%	
	Falta de concentração/memória	Contagem	21	0	21
		% em Género	9,3%	0,0%	
	Problemas respiratórios	Contagem	7	4	11
		% em Género	3,1%	9,3%	
	Alergia	Contagem	62	15	77
		% em Género	27,3%	34,9%	
	Dificuldade temporária em adormecer	Contagem	27	2	29
		% em Género	11,9%	4,7%	
	Dor de garganta	Contagem	117	18	135
		% em Género	51,5%	41,9%	
	Indigestão	Contagem	7	1	8
		% em Género	3,1%	2,3%	
	Azia	Contagem	11	5	16
		% em Género	4,8%	11,6%	
	Problemas psicológicos	Contagem	4	3	7
		% em Género	1,8%	7,0%	
	Prevenção da osteoporose	Contagem	1	0	1
		% em Género	0,4%	0,0%	
	Doenças neurológicas	Contagem	1	0	1
		% em Género	0,4%	0,0%	
	Rinite	Contagem	23	5	28
		% em Género	10,1%	11,6%	
	Odontalgia (dor de dentes)	Contagem	12	2	14
		% em Género	5,3%	4,7%	
	Dor ocasional (de cabeça, no corpo...)	Contagem	70	9	79
		% em Género	30,8%	20,9%	
	Infeções do trato urinário	Contagem	8	0	8
		% em Género	3,5%	0,0%	
Perda de peso	Contagem	0	1	1	
	% em Género	0,0%	2,3%		
Carência nutricional	Contagem	2	0	2	
	% em Género	0,9%	0,0%		
Queimadura de 1º grau	Contagem	9	1	10	
	% em Género	4,0%	2,3%		

			Género		Total	
			Feminino	Masculino		
Doenças/ condições /sintomas ^a	Acne	Contagem	12	3	15	
		% em Género	5,3%	7,0%		
	Picadas de inseto	Contagem	22	3	25	
		% em Género	9,7%	7,0%		
	Herpes labial	Contagem	22	2	24	
		% em Género	9,7%	4,7%		
	Feridas superficiais	Contagem	11	1	12	
		% em Género	4,8%	2,3%		
	Frieiras	Contagem	5	1	6	
		% em Género	2,2%	2,3%		
	Insónia	Contagem	9	0	9	
		% em Género	4,0%	0,0%		
	Total		Contagem	227	43	270
	Porcentagens e totais têm respondentes como base.					
a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.						

Output 6.4 - Cruzamento entre as variáveis “Causas/Fatores que justificam a recorrência à automedicação” e “Género”

	Casos					
	Válido		Omisso		Total	
	N	%	N	%	N	%
Causas/fatores*Género	270	70,1%	115	29,9%	385	100,0%

			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Causas e fatores que justificam a recorrência à automedicação ^a	Conhecimento suficiente para se automedicar	Contagem	212	40	252
		% em Género	93,4%	93,0%	
	Prescrição prévia	Contagem	118	21	139
		% em Género	52,0%	48,8%	
	Baixa gravidade/severidade da condição apresentada	Contagem	212	37	249
		% em Género	93,4%	86,0%	
	Ter confiança suficiente por ter obtido aprovação a Unidades Curriculares de Farmacologia	Contagem	62	15	77
		% em Género	27,3%	34,9%	
	Urgência do problema	Contagem	129	21	150
		% em Género	56,8%	48,8%	

		Género			Total
		Feminino	Masculino		
Causas e fatores que justificam a recorrência à automedicação ^a	Necessidade de obter rendimento/concentração no estudo e não poder ficar doente numa altura em particular	Contagem	100	15	115
		% em Género	44,1%	34,9%	
	Não querer sobrecarregar os serviços de saúde	Contagem	71	12	83
		% em Género	31,3%	27,9%	
	Para obter um rápido alívio dos sintomas ou da condição apresentada	Contagem	215	38	253
		% em Género	94,7%	88,4%	
	Não querer perder tempo a deslocar-se ao médico	Contagem	121	21	142
		% em Género	53,3%	48,8%	
	Armazenamento de medicamentos para múltiplos propósitos - “farmácia de casa”	Contagem	133	26	159
		% em Género	58,6%	60,5%	
	Reconhecer que deve intervir nos seus próprios sintomas - papel ativo em relação à sua saúde	Contagem	142	32	174
		% em Género	62,6%	74,4%	
	Longo tempo de espera para obter uma consulta médica de especialidade	Contagem	74	11	85
		% em Género	32,6%	25,6%	
	Tratamento anteriormente prescrito pelo médico não ter sido bem-sucedido	Contagem	11	1	12
		% em Género	4,8%	2,3%	
	Interpretação incorreta do problema apresentado	Contagem	6	1	7
		% em Género	2,6%	2,3%	
	Fácil acesso aos medicamentos	Contagem	150	24	174
		% em Género	66,1%	55,8%	
Uso bem-sucedido do fármaco anteriormente / Obter um bom resultado com a automedicação	Contagem	187	32	219	
	% em Género	82,4%	74,4%		
Ampla divulgação/publicidade farmacêutica realizada pelos media	Contagem	59	7	66	
	% em Género	26,0%	16,3%		

		Género			Total
		Feminino	Masculino		
Causas e fatores que justificam a recorrência à automedicação ^a	Falta de acesso aos profissionais de saúde	Contagem	15	2	17
		% em Género	6,6%	4,7%	
	Ter em conta a relação custo/efetividade	Contagem	83	11	94
		% em Género	36,6%	25,6%	
	Praticidade e comodidade	Contagem	182	32	214
		% em Género	80,2%	74,4%	
	Facilidade de compra na farmácia	Contagem	163	29	192
		% em Género	71,8%	67,4%	
	Leitura do Folheto Informativo que acompanha o medicamento é suficiente para decidir realizar automedicação com o mesmo	Contagem	82	13	95
		% em Género	36,1%	30,2%	
	Elevado custo ao consultar o médico (considerações económicas)	Contagem	29	5	34
		% em Género	12,8%	11,6%	
	Aconselhado por uma pessoa (amigos, familiares, vizinhos...) que teve o mesmo sintoma/problema	Contagem	48	9	57
		% em Género	21,1%	20,9%	
	Diminuição da atividade física	Contagem	10	2	12
		% em Género	4,4%	4,7%	
	Existência de estados depressivos	Contagem	25	7	32
		% em Género	11,0%	16,3%	
	Experiência prévia com sintomas similares	Contagem	169	25	194
		% em Género	74,4%	58,1%	
	Indisponibilidade de transporte	Contagem	7	4	11
		% em Género	3,1%	9,3%	
	Fácil acesso a fontes de informação sobre fármacos	Contagem	159	31	190
		% em Género	70,0%	72,1%	
	Oportunidade de aprendizagem	Contagem	65	16	81
		% em Género	28,6%	37,2%	
	Não ter seguro de saúde ou isenção de taxas moderadoras	Contagem	12	4	16
		% em Género	5,3%	9,3%	
Total		Contagem	227	43	270
Percentagens e totais têm respondentes como base.					
a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.					

Output 6.5 - Cruzamento das variáveis “Ano de curso” e “Prática de automedicação nos últimos 3 meses”

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ano de curso * Prática de automedicação nos últimos 3 meses	385	100,0%	0	0,0%	385	100,0%

		Automedicação nos últimos 3 meses		Total	
		Não	Sim		
Ano de curso	Primeiro	Contagem	13	48	61
		Contagem Esperada	18,2	42,8	61,0
		% em Ano de curso	21,3%	78,7%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	11,3%	17,8%	15,8%
		% do Total	3,4%	12,5%	15,8%
	Segundo	Contagem	34	43	77
		Contagem Esperada	23,0	54,0	77,0
		% em Ano de curso	44,2%	55,8%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	29,6%	15,9%	20,0%
		% do Total	8,8%	11,2%	20,0%
	Terceiro	Contagem	24	51	75
		Contagem Esperada	22,4	52,6	75,0
		% em Ano de curso	32,0%	68,0%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	20,9%	18,9%	19,5%
		% do Total	6,2%	13,2%	19,5%
	Quarto	Contagem	33	68	101
		Contagem Esperada	30,2	70,8	101,0
		% em Ano de curso	32,7%	67,3%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	28,7%	25,2%	26,2%
		% do Total	8,6%	17,7%	26,2%
Quinto	Contagem	11	55	66	
	Contagem Esperada	19,7	46,3	66,0	
	% em Ano de curso	16,7%	83,3%	100,0%	
	% em Automedicação nos últimos 3 meses	9,6%	20,4%	17,1%	
	% do Total	2,9%	14,3%	17,1%	

		Automedicação nos últimos 3 meses		Total	
		Não	Sim		
Ano de curso	Doutoramento	Contagem	0	5	5
		Contagem Esperada	1,5	3,5	5,0
		% em Ano de curso	0,0%	100,0%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	0,0%	1,9%	1,3%
		% do Total	0,0%	1,3%	1,3%
Total	Contagem	115	270	385	
	Contagem Esperada	115,0	270,0	385,0	
	% em Ano de curso	29,9%	70,1%	100,0%	
	% em Automedicação nos últimos 3 meses	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	29,9%	70,1%	100,0%	

Testes qui-quadrado			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	17,798 ^a	5	0,003
Razão de verossimilhança	19,486	5	0,002
Associação Linear por Linear	2,533	1	0,111
N de Casos Válidos	385		

a. 2 células (16,7%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,49.

Output 6.6 - Cruzamento entre as variáveis “Ano de curso” e “Fontes de Informação”

	Casos					
	Válido		Omisso		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fontes de informação*Ano de curso	270	70,1%	115	29,9%	385	100,0%

			Ano de curso					Total	
			1°	2°	3°	4°	5°		Doutoramento
Fontes de informação ^a	Farmacêutico	Contagem	35	32	33	46	37	2	185
		% em Ano de curso	72,9%	74,4%	64,7%	67,6%	67,3%	40,0%	
	Fontes online	Contagem	8	8	17	17	19	1	70
		% em Ano de curso	16,7%	18,6%	33,3%	25,0%	34,5%	20,0%	
	Conhecimento próprio adquirido na faculdade	Contagem	3	11	33	44	40	5	136
		% em Ano de curso	6,3%	25,6%	64,7%	64,7%	72,7%	100,0%	
	Livros, jornais ou revistas científicas	Contagem	0	1	1	4	7	1	14
		% em Ano de curso	0,0%	2,3%	2,0%	5,9%	12,7%	20,0%	
	Familiares, amigos, vizinhos	Contagem	19	9	9	3	1	0	41
		% em Ano de curso	39,6%	20,9%	17,6%	4,4%	1,8%	0,0%	
	Publicidade feita pelas empresas farmacêuticas	Contagem	1	0	0	0	0	0	1
		% em Ano de curso	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Prescrições anteriores	Contagem	19	20	17	16	9	0	81
		% em Ano de curso	39,6%	46,5%	33,3%	23,5%	16,4%	0,0%	
	Anúncios publicitários	Contagem	0	0	0	0	1	0	1
		% em Ano de curso	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%	
Folheto Informativo ou Resumo das Características do Medicamento	Contagem	28	24	25	36	38	3	154	
	% em Ano de curso	58,3%	55,8%	49,0%	52,9%	69,1%	60,0%		
Médico	Contagem	20	13	9	14	6	2	64	
	% em Ano de curso	41,7%	30,2%	17,6%	20,6%	10,9%	40,0%		
Total	Contagem	48	43	51	68	55	5	270	

Percentagens e totais têm respondentes como base.

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

Output 6.7- Cruzamento entre as variáveis “Ano de curso” e “Causas e fatores”

	Casos					
	Válido		Omisso		Total	
	N	%	N	%	N	%
Causas e fatores*Ano de curso	270	70,1%	115	29,9%	385	100,0%

		Ano de curso						Total	
		1º	2º	3º	4º	5º	Doutoramento		
Causas e fatores ^a	Conhecimento suficiente para se automedicar	Contagem	45	37	46	64	55	5	252
		% em Ano de curso	93,8%	86,0%	90,2%	94,1%	100,0%	100,0%	
	Prescrição prévia	Contagem	24	23	28	35	26	3	139
		% em Ano de curso	50,0%	53,5%	54,9%	51,5%	47,3%	60,0%	
	Baixa gravidade/severidade e da condição apresentada	Contagem	45	40	41	64	54	5	249
		% em Ano de curso	93,8%	93,0%	80,4%	94,1%	98,2%	100,0%	
	Ter confiança suficiente por ter obtido aprovação a Unidades Curriculares de Farmacologia	Contagem	1	6	15	26	24	5	77
		% em Ano de curso	2,1%	14,0%	29,4%	38,2%	43,6%	100,0%	
	Urgência do problema	Contagem	23	16	34	41	32	4	150
		% em Ano de curso	47,9%	37,2%	66,7%	60,3%	58,2%	80,0%	
	Necessidade de obter rendimento/concentração no estudo e não poder ficar doente numa altura em particular	Contagem	17	23	25	29	20	1	115
		% em Ano de curso	35,4%	53,5%	49,0%	42,6%	36,4%	20,0%	
	Não querer sobrecarregar os serviços de saúde	Contagem	9	14	19	23	18	0	83
		% em Ano de curso	18,8%	32,6%	37,3%	33,8%	32,7%	0,0%	

			Ano de curso					Doutoramento	Total
			1º	2º	3º	4º	5º		
Causas e fatores ^a	Para obter um rápido alívio dos sintomas ou da condição apresentada	Contagem	47	39	46	64	52	5	253
		% em Ano de curso	97,9%	90,7%	90,2%	94,1%	94,5%	100,0%	
	Não querer perder tempo a deslocar-se ao médico	Contagem	15	24	32	36	32	3	142
		% em Ano de curso	31,3%	55,8%	62,7%	52,9%	58,2%	60,0%	
	Armazenamento de medicamentos para múltiplos propósitos - "farmácia de casa"	Contagem	27	30	31	36	32	3	159
		% em Ano de curso	56,3%	69,8%	60,8%	52,9%	58,2%	60,0%	
	Reconhecer que deve intervir nos seus próprios sintomas - papel ativo em relação à sua saúde	Contagem	34	24	31	45	36	4	174
		% em Ano de curso	70,8%	55,8%	60,8%	66,2%	65,5%	80,0%	
	Longo tempo de espera para obter uma consulta médica de especialidade	Contagem	8	18	22	20	15	2	85
		% em Ano de curso	16,7%	41,9%	43,1%	29,4%	27,3%	40,0%	
	Tratamento anteriormente prescrito pelo médico não ter sido bem-sucedido	Contagem	0	4	3	2	2	1	12
		% em Ano de curso	0,0%	9,3%	5,9%	2,9%	3,6%	20,0%	
	Interpretação incorreta do problema apresentado	Contagem	1	1	1	1	2	1	7
		% em Ano de curso	2,1%	2,3%	2,0%	1,5%	3,6%	20,0%	
Fácil acesso aos medicamentos	Contagem	37	26	34	43	30	4	174	
	% em Ano de curso	77,1%	60,5%	66,7%	63,2%	54,5%	80,0%		

		Ano de curso						Total	
		1º	2º	3º	4º	5º	Doutoramento		
Causas e fatores ^a	Uso bem-sucedido do fármaco anteriormente / Obter um bom resultado com a automedicação	Contagem	44	32	42	49	47	5	219
		% em Ano de curso	91,7%	74,4%	82,4%	72,1%	85,5%	100,0%	
	Ampla divulgação/publicidade de farmacêutica realizada pelos meios de comunicação	Contagem	15	14	14	10	11	2	66
		% em Ano de curso	31,3%	32,6%	27,5%	14,7%	20,0%	40,0%	
	Falta de acesso aos profissionais de saúde	Contagem	2	5	3	4	3	0	17
		% em Ano de curso	4,2%	11,6%	5,9%	5,9%	5,5%	0,0%	
	Ter em conta a relação custo/efetividade	Contagem	14	17	20	26	16	1	94
		% em Ano de curso	29,2%	39,5%	39,2%	38,2%	29,1%	20,0%	
	Praticidade e comodidade	Contagem	36	34	38	56	46	4	214
		% em Ano de curso	75,0%	79,1%	74,5%	82,4%	83,6%	80,0%	
	Facilidade de compra na farmácia	Contagem	33	33	35	52	35	4	192
		% em Ano de curso	68,8%	76,7%	68,6%	76,5%	63,6%	80,0%	
Leitura do Folheto Informativo que acompanha o medicamento é suficiente para decidir realizar automedicação com o mesmo	Contagem	22	23	19	20	10	1	95	
	% em Ano de curso	45,8%	53,5%	37,3%	29,4%	18,2%	20,0%		
Elevado custo ao consultar o médico (considerações económicas)	Contagem	3	7	9	9	5	1	34	
	% em Ano de curso	6,3%	16,3%	17,6%	13,2%	9,1%	20,0%		

			Ano de curso						Total	
			1°	2°	3°	4°	5°	Doutoramento		
Causas e fatores ^a	Aconselhado por uma pessoa (amigos, familiares, vizinhos...) que teve o mesmo sintoma/problema	Contagem	22	13	11	7	4	0	57	
		% em Ano de curso	45,8%	30,2%	21,6%	10,3%	7,3%	0,0%		
	Diminuição da atividade física	Contagem	2	2	3	2	3	0	12	
		% em Ano de curso	4,2%	4,7%	5,9%	2,9%	5,5%	0,0%		
	Existência de estados depressivos	Contagem	2	8	11	5	6	0	32	
		% em Ano de curso	4,2%	18,6%	21,6%	7,4%	10,9%	0,0%		
	Experiência prévia com sintomas similares	Contagem	37	30	32	46	46	3	194	
		% em Ano de curso	77,1%	69,8%	62,7%	67,6%	83,6%	60,0%		
	Indisponibilidade de transporte	Contagem	2	3	2	1	3	0	11	
		% em Ano de curso	4,2%	7,0%	3,9%	1,5%	5,5%	0,0%		
	Fácil acesso a fontes de informação sobre fármacos	Contagem	33	27	38	46	41	5	190	
		% em Ano de curso	68,8%	62,8%	74,5%	67,6%	74,5%	100,0%		
	Oportunidade de aprendizagem	Contagem	13	13	15	21	16	3	81	
		% em Ano de curso	27,1%	30,2%	29,4%	30,9%	29,1%	60,0%		
	Não ter seguro de saúde ou isenção de taxas moderadoras	Contagem	2	5	2	3	4	0	16	
		% em Ano de curso	4,2%	11,6%	3,9%	4,4%	7,3%	0,0%		
	Total		Contagem	48	43	51	68	55	5	270
	Percentagens e totais têm respondentes como base.									
a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.										

Output 6.8 - Cruzamento entre as variáveis “Ano de curso” e “Doenças/condições/sintomas”

	Casos					
	Válido		Omisso		Total	
	N	%	N	%	N	%
Doenças/condições/sintomas*Ano de curso	270	70,1%	115	29,9%	385	100,0%

		Ano de curso						Total	
		1°	2°	3°	4°	5°	Doutoramento		
Doenças/condições/sintomas ^a	Sintomatologia associada a Constipação/ Gripe	Contagem	40	36	40	56	48	5	225
		% em Ano de curso	83,3%	83,7%	78,4%	82,4%	87,3%	100,0%	
	Cefaleias ligeiras a moderadas	Contagem	8	17	29	47	40	4	145
		% em Ano de curso	16,7%	39,5%	56,9%	69,1%	72,7%	80,0%	
	Enxaqueca já diagnosticada	Contagem	3	2	2	8	2	1	18
		% em Ano de curso	6,3%	4,7%	3,9%	11,8%	3,6%	20,0%	
	Febre	Contagem	14	19	27	24	16	2	102
		% em Ano de curso	29,2%	44,2%	52,9%	35,3%	29,1%	40,0%	
	Desordens GI (diarreia, obstipação, cólicas)	Contagem	9	8	12	13	13	0	55
		% em Ano de curso	18,8%	18,6%	23,5%	19,1%	23,6%	0,0%	
	Desordens menstruais	Contagem	23	20	16	24	21	4	108
		% em Ano de curso	47,9%	46,5%	31,4%	35,3%	38,2%	80,0%	
	Problemas dermatológicos	Contagem	4	6	3	5	10	1	29
		% em Ano de curso	8,3%	14,0%	5,9%	7,4%	18,2%	20,0%	
	Vômitos	Contagem	2	1	2	1	3	0	9
		% em Ano de curso	4,2%	2,3%	3,9%	1,5%	5,5%	0,0%	
	Sensação de enfartamento	Contagem	3	1	4	5	4	0	17
		% em Ano de curso	6,3%	2,3%	7,8%	7,4%	7,3%	0,0%	
Enjoos de movimento	Contagem	2	1	0	1	3	0	7	
	% em Ano de curso	4,2%	2,3%	0,0%	1,5%	5,5%	0,0%		
Tosse	Contagem	24	18	27	17	22	1	109	
	% em Ano de curso	50,0%	41,9%	52,9%	25,0%	40,0%	20,0%		
Rouquidão	Contagem	14	3	8	2	6	0	33	
	% em Ano de curso	29,2%	7,0%	15,7%	2,9%	10,9%	0,0%		

		Ano de curso						Total	
		1º	2º	3º	4º	5º	Doutoramento		
Doenças/condições/sintomas ^a	Problemas músculo-esqueléticos	Contagem	4	4	4	7	7	1	27
		% em Ano de curso	8,3%	9,3%	7,8%	10,3%	12,7%	20,0%	
	Infecções comuns	Contagem	1	1	3	3	2	0	10
		% em Ano de curso	2,1%	2,3%	5,9%	4,4%	3,6%	0,0%	
	Falta de concentração/memória	Contagem	4	4	4	6	3	0	21
		% em Ano de curso	8,3%	9,3%	7,8%	8,8%	5,5%	0,0%	
	Problemas respiratórios	Contagem	0	3	3	2	2	1	11
		% em Ano de curso	0,0%	7,0%	5,9%	2,9%	3,6%	20,0%	
	Alergia	Contagem	15	14	13	15	17	3	77
		% em Ano de curso	31,3%	32,6%	25,5%	22,1%	30,9%	60,0%	
	Dificuldade temporária em adormecer	Contagem	6	3	3	9	8	0	29
		% em Ano de curso	12,5%	7,0%	5,9%	13,2%	14,5%	0,0%	
	Dor de garganta	Contagem	27	21	29	31	25	2	135
		% em Ano de curso	56,3%	48,8%	56,9%	45,6%	45,5%	40,0%	
	Indigestão	Contagem	2	1	2	2	1	0	8
		% em Ano de curso	4,2%	2,3%	3,9%	2,9%	1,8%	0,0%	
	Azia	Contagem	3	4	6	1	2	0	16
		% em Ano de curso	6,3%	9,3%	11,8%	1,5%	3,6%	0,0%	
	Problemas psicológicos	Contagem	1	2	4	0	0	0	7
		% em Ano de curso	2,1%	4,7%	7,8%	0,0%	0,0%	0,0%	
Prevenção da osteoporose	Contagem	0	1	0	0	0	0	1	
	% em Ano de curso	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%		
Doenças neurológicas	Contagem	0	1	0	0	0	0	1	
	% em Ano de curso	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%		

		Ano de curso						Total	
		1°	2°	3°	4°	5°	Doutoramento		
Doenças/ condições/ sintomas ^a	Rinite	Contagem	1	4	4	5	12	2	28
		% em Ano de curso	2,1%	9,3%	7,8%	7,4%	21,8%	40,0%	
	Odontalgia (dor de dentes)	Contagem	0	4	1	6	3	0	14
		% em Ano de curso	0,0%	9,3%	2,0%	8,8%	5,5%	0,0%	
	Dor ocasional (de cabeça, no corpo...)	Contagem	13	19	10	22	13	2	79
		% em Ano de curso	27,1%	44,2%	19,6%	32,4%	23,6%	40,0%	
	Infecções do trato urinário	Contagem	2	1	1	3	1	0	8
		% em Ano de curso	4,2%	2,3%	2,0%	4,4%	1,8%	0,0%	
	Perda de peso	Contagem	0	0	1	0	0	0	1
		% em Ano de curso	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Carência nutricional	Contagem	1	1	0	0	0	0	2
		% em Ano de curso	2,1%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Queimadura de 1° grau	Contagem	4	0	1	3	2	0	10
		% em Ano de curso	8,3%	0,0%	2,0%	4,4%	3,6%	0,0%	
	Acne	Contagem	2	2	3	6	2	0	15
		% em Ano de curso	4,2%	4,7%	5,9%	8,8%	3,6%	0,0%	
	Picadas de insecto	Contagem	8	0	5	6	6	0	25
		% em Ano de curso	16,7%	0,0%	9,8%	8,8%	10,9%	0,0%	
	Herpes labial	Contagem	4	1	4	9	6	0	24
		% em Ano de curso	8,3%	2,3%	7,8%	13,2%	10,9%	0,0%	
Feridas superficiais	Contagem	6	1	3	1	1	0	12	
	% em Ano de curso	12,5%	2,3%	5,9%	1,5%	1,8%	0,0%		
Frieiras	Contagem	1	2	0	2	1	0	6	
	% em Ano de curso	2,1%	4,7%	0,0%	2,9%	1,8%	0,0%		

		Ano de curso						Total	
		1°	2°	3°	4°	5°	Doutoramento		
Doenças/condições/sintomas ^a	Insónia	Contagem	0	4	3	2	0	0	9
		% em Ano de curso	0,0%	9,3%	5,9%	2,9%	0,0%	0,0%	
Total		Contagem	48	43	51	68	55	5	270

Percentagens e totais têm respondentes como base.

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

Output 6.9 - Cruzamento entre as variáveis “Ano de curso” e “Classes farmacológicas”

	Casos					
	Válido		Omisso		Total	
	N	%	N	%	N	%
Classes farmacológicas*Ano de curso	270	70,1%	115	29,9%	385	100,0%

		Ano de curso						Total	
		1°	2°	3°	4°	5°	Doutoramento		
Classes farmacológicas ^a	Analgésicos e Antipiréticos	Contagem	26	36	37	60	50	5	214
		% em Ano de curso	54,2%	83,7%	72,5%	88,2%	90,9%	100,0%	
	Antibióticos	Contagem	7	5	1	0	1	0	14
		% em Ano de curso	14,6%	11,6%	2,0%	0,0%	1,8%	0,0%	
	Antitússicos (tosse seca)	Contagem	10	12	16	9	10	0	57
		% em Ano de curso	20,8%	27,9%	31,4%	13,2%	18,2%	0,0%	
	Expetorantes (tosse produtiva)	Contagem	9	10	11	8	11	1	50
		% em Ano de curso	18,8%	23,3%	21,6%	11,8%	20,0%	20,0%	
	Anti-histamínicos	Contagem	14	19	18	18	23	5	97
		% em Ano de curso	29,2%	44,2%	35,3%	26,5%	41,8%	100,0%	

		Ano de curso						Total	
		1°	2°	3°	4°	5°	Doutoramento		
Classes farmacológicas ^a	Anti-inflamatórios não AINES	Contagem	9	2	7	7	8	0	33
		% em Ano de curso	18,8%	4,7%	13,7%	10,3%	14,5%	0,0%	
	Anti-inflamatórios não esteróides (AINES)	Contagem	7	11	28	45	39	3	133
		% em Ano de curso	14,6%	25,6%	54,9%	66,2%	70,9%	60,0%	
	Relaxantes musculares	Contagem	5	4	4	2	1	0	16
		% em Ano de curso	10,4%	9,3%	7,8%	2,9%	1,8%	0,0%	
	Naturais (provenientes de plantas)	Contagem	10	7	3	6	2	1	29
		% em Ano de curso	20,8%	16,3%	5,9%	8,8%	3,6%	20,0%	
	Hipnóticos	Contagem	0	0	0	1	0	0	1
		% em Ano de curso	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	
	Sedativos	Contagem	0	2	4	0	0	0	6
		% em Ano de curso	0,0%	4,7%	7,8%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Ansiolíticos	Contagem	2	3	4	4	1	0	14
		% em Ano de curso	4,2%	7,0%	7,8%	5,9%	1,8%	0,0%	
	Antidepressivos	Contagem	2	1	4	0	1	0	8
		% em Ano de curso	4,2%	2,3%	7,8%	0,0%	1,8%	0,0%	
Anti-eméticos (modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos)	Contagem	0	0	2	2	3	0	7	
	% em Ano de curso	0,0%	0,0%	3,9%	2,9%	5,5%	0,0%		
Descongestionantes nasais	Contagem	10	11	14	18	15	4	72	
	% em Ano de curso	20,8%	25,6%	27,5%	26,5%	27,3%	80,0%		
Vitaminas/Suplementos	Contagem	6	15	8	10	13	1	53	
	% em Ano de curso	12,5%	34,9%	15,7%	14,7%	23,6%	20,0%		

			Ano de curso						Total	
			1°	2°	3°	4°	5°	Doutoramento		
Classes farmacológicas ^a	Para a indigestão	Contagem	1	1	2	3	2	1	10	
		% em Ano de curso	2,1%	2,3%	3,9%	4,4%	3,6%	20,0%		
	Antiácidos	Contagem	0	4	8	3	3	2	20	
		% em Ano de curso	0,0%	9,3%	15,7%	4,4%	5,5%	40,0%		
	Antiespasmódicos	Contagem	0	0	0	1	2	0	3	
		% em Ano de curso	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	3,6%	0,0%		
	Antidiarreicos	Contagem	4	4	4	3	1	0	16	
		% em Ano de curso	8,3%	9,3%	7,8%	4,4%	1,8%	0,0%		
	Laxantes	Contagem	1	2	2	0	2	0	7	
		% em Ano de curso	2,1%	4,7%	3,9%	0,0%	3,6%	0,0%		
	Para problemas oftálmicos	Contagem	1	1	1	0	2	0	5	
		% em Ano de curso	2,1%	2,3%	2,0%	0,0%	3,6%	0,0%		
	Para problemas dermatológicos	Contagem	4	2	3	7	4	0	20	
		% em Ano de curso	8,3%	4,7%	5,9%	10,3%	7,3%	0,0%		
	Total		Contagem	48	43	51	68	55	5	270
	Percentagens e totais têm respondentes como base.									
a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.										

Output 6.10 - Cruzamento entre as variáveis “Classes etárias” e “Prática de automedicação nos últimos 3 meses”

6.10.1)

Testes qui-quadrado			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	6,217 ^a	3	0,102
Razão de verossimilhança	8,517	3	0,036
Associação Linear por Linear	1,485	1	0,223
N de Casos Válidos	385		

a. 2 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,79.

6.10.2)

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Classes etárias * Automedicação nos últimos 3 meses	385	100,0%	0	0,0%	385	100,0%

		Automedicação nos últimos 3 meses		Total	
		Não	Sim		
Classes etárias	< 20 anos	Contagem	28	68	96
		Contagem Esperada	28,7	67,3	96,0
		% em Classes etárias	29,2%	70,8%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	24,3%	25,2%	24,9%
		% do Total	7,3%	17,7%	24,9%
	20-26 anos	Contagem	86	186	272
		Contagem Esperada	81,2	190,8	272,0
		% em Classes etárias	31,6%	68,4%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	74,8%	68,9%	70,6%
		% do Total	22,3%	48,3%	70,6%

		Automedicação nos últimos 3 meses		Total	
		Não	Sim		
Classes etárias	> 26 anos	Contagem	1	16	17
		Contagem Esperada	5,1	11,9	17,0
		% em Classes etárias	5,9%	94,1%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	0,9%	5,9%	4,4%
		% do Total	0,3%	4,2%	4,4%
Total		Contagem	115	270	385
		Contagem Esperada	115,0	270,0	385,0
		% em Classes etárias	29,9%	70,1%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	29,9%	70,1%	100,0%

Testes qui-quadrado			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	5,089 ^a	2	0,079
Razão de verossimilhança	6,580	2	0,037
Associação Linear por Linear	0,570	1	0,450
N de Casos Válidos	385		
a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 5,08.			

Output 6.11 - Cruzamento entre as variáveis “Estado civil” e “Prática de automedicação nos últimos 3 meses”

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Estado civil * Automedicação nos últimos 3 meses	385	100,0%	0	0,0%	385	100,0%

		Automedicação nos últimos 3 meses		Total	
		Não	Sim		
Estado civil	Solteiro	Contagem	115	267	382
		Contagem Esperada	114,1	267,9	382,0
		% em Estado civil	30,1%	69,9%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	100,0%	98,9%	99,2%
		% do Total	29,9%	69,4%	99,2%
	Casado	Contagem	0	3	3
		Contagem Esperada	,9	2,1	3,0
		% em Estado civil	0,0%	100,0%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	0,0%	1,1%	0,8%
		% do Total	0,0%	0,8%	0,8%
Total	Contagem	115	270	385	
	Contagem Esperada	115,0	270,0	385,0	
	% em Estado civil	29,9%	70,1%	100,0%	
	% em Automedicação nos últimos 3 meses	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	29,9%	70,1%	100,0%	

Testes qui-quadrado					
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1,288 ^a	1	0,256		
Correção de continuidade ^b	0,252	1	0,616		
Razão de verossimilhança	2,139	1	0,144		
Teste Exato de Fisher				0,557	0,344
Associação Linear por Linear	1,284	1	0,257		
N de Casos Válidos	385				
a. 2 células (50,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 0,90.					
b. Computado apenas para uma tabela 2x2					

Output 6.12 - Cruzamento das variáveis “Residência” e “Prática de automedicação nos últimos 3 meses”

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Residência * Automedicação nos últimos 3 meses	385	100,0%	0	0,0%	385	100,0%

			Automedicação nos últimos 3 meses		Total
			Não	Sim	
Residência	Rural	Contagem	54	100	154
		Contagem Esperada	46,0	108,0	154,0
		% em Residência	35,1%	64,9%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	47,0%	37,0%	40,0%
		% do Total	14,0%	26,0%	40,0%
	Urbana	Contagem	61	170	231
		Contagem Esperada	69,0	162,0	231,0
		% em Residência	26,4%	73,6%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	53,0%	63,0%	60,0%
		% do Total	15,8%	44,2%	60,0%
Total	Contagem	115	270	385	
	Contagem Esperada	115,0	270,0	385,0	
	% em Residência	29,9%	70,1%	100,0%	
	% em Automedicação nos últimos 3 meses	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	29,9%	70,1%	100,0%	

Testes qui-quadrado					
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	3,306 ^a	1	0,069		
Correção de continuidade ^b	2,906	1	0,088		
Razão de verossimilhança	3,279	1	0,070		
Teste Exato de Fisher				0,088	0,045
Associação Linear por Linear	3,298	1	0,069		
N de Casos Válidos	385				
a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 46,00.					
b. Computado apenas para uma tabela 2x2					

Output 6.13 - Cruzamento entre as variáveis “Morada diferente da do agregado familiar” e “Prática de automedicação nos últimos 3 meses”

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Morada diferente da do agregado * Automedicação nos últimos 3 meses	385	100,0%	0	0,0%	385	100,0%

			Automedicação nos últimos 3 meses		Total
			Não	Sim	
Morada diferente da do agregado	Não	Contagem	41	90	131
		Contagem Esperada	39,1	91,9	131,0
		% em Morada diferente da do agregado	31,3%	68,7%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	35,7%	33,3%	34,0%
		% do Total	10,6%	23,4%	34,0%

		Automedicação nos últimos 3 meses		Total	
		Não	Sim		
Morada diferente da do agregado	Sim	Contagem	74	180	254
		Contagem Esperada	75,9	178,1	254,0
		% em Morada diferente da do agregado	29,1%	70,9%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	64,3%	66,7%	66,0%
		% do Total	19,2%	46,8%	66,0%
Total		Contagem	115	270	385
		Contagem Esperada	115,0	270,0	385,0
		% em Morada diferente da do agregado	29,9%	70,1%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	29,9%	70,1%	100,0%

Testes qui-quadrado					
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	0,193 ^a	1	0,660		
Correção de continuidade ^b	0,104	1	0,747		
Razão de verossimilhança	0,192	1	0,661		
Teste Exato de Fisher				0,725	0,372
Associação Linear por Linear	0,193	1	0,661		
N de Casos Válidos	385				
a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 39,13.					
b. Computado apenas para uma tabela 2x2					

Output 6.14 - Cruzamento entre as variáveis “Tempo a que se encontra do hospital mais próximo” e “Prática de automedicação nos últimos 3 meses”

6.14.1)

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tempo a que se encontra do hospital * Automedicação nos últimos 3 meses	385	100,0%	0	0,0%	385	100,0%

			Automedicação nos últimos 3 meses		Total
			Não	Sim	
Tempo a que se encontra do hospital	< 5 min	Contagem	36	88	124
		Contagem Esperada	37,0	87,0	124,0
		% em Tempo a que se encontra do hospital	29,0%	71,0%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	31,3%	32,6%	32,2%
	5-24 min	Contagem	64	154	218
		Contagem Esperada	65,1	152,9	218,0
		% em Tempo a que se encontra do hospital	29,4%	70,6%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	55,7%	57,0%	56,6%
	25-60 min	Contagem	15	27	42
		Contagem Esperada	12,5	29,5	42,0
		% em Tempo a que se encontra do hospital	35,7%	64,3%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	13,0%	10,0%	10,9%
	> 60 min	Contagem	0	1	1
		Contagem Esperada	,3	,7	1,0
		% em Tempo a que se encontra do hospital	0,0%	100,0%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	0,0%	0,4%	0,3%

		Automedicação nos últimos 3 meses		Total
		Não	Sim	
Total	Contagem	115	270	385
	Contagem Esperada	115,0	270,0	385,0
	% em Tempo a que se encontra do hospital	29,9%	70,1%	100,0%
	% em Automedicação nos últimos 3 meses	100,0%	100,0%	100,0%

Testes qui-quadrado			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	1,180 ^a	3	0,758
Razão de verossimilhança	1,441	3	0,696
Associação Linear por Linear	0,260	1	0,610
N de Casos Válidos	385		

a. 2 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 0,30.

6.14.2)

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tempo a que se encontra do hospital * Automedicação nos últimos 3 meses	385	100,0%	0	0,0%	385	100,0%

			Automedicação nos últimos 3 meses		Total
			Não	Sim	
Tempo a que se encontra do hospital	< 5 min	Contagem	36	88	124
		Contagem Esperada	37,0	87,0	124,0
		% em Tempo a que se encontra do hospital	29,0%	71,0%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	31,3%	32,6%	32,2%
		% do Total	9,4%	22,9%	32,2%
	5-24 min	Contagem	64	154	218
		Contagem Esperada	65,1	152,9	218,0
		% em Tempo a que se encontra do hospital	29,4%	70,6%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	55,7%	57,0%	56,6%
		% do Total	16,6%	40,0%	56,6%
	> 25 min	Contagem	15	28	43
		Contagem Esperada	12,8	30,2	43,0
		% em Tempo a que se encontra do hospital	34,9%	65,1%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	13,0%	10,4%	11,2%
		% do Total	3,9%	7,3%	11,2%
Total	Contagem	115	270	385	
	Contagem Esperada	115,0	270,0	385,0	
	% em Tempo a que se encontra do hospital	29,9%	70,1%	100,0%	
	% em Automedicação nos últimos 3 meses	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	29,9%	70,1%	100,0%	

Testes qui-quadrado			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	,585 ^a	2	0,746
Razão de verossimilhança	,570	2	0,752
Associação Linear por Linear	,324	1	0,569
N de Casos Válidos	385		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 12,84.

Output 6.15 - Cruzamento entre as variáveis “Habilitações do pai”, “Habilitações da mãe” e “Prática de automedicação nos últimos 3 meses”

6.15.1) Pai

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Habilitações do pai * Automedicação nos últimos 3 meses	382	99,2%	3	0,8%	385	100,0%

		Contagem	Automedicação nos últimos 3 meses		Total
			Não	Sim	
Habilitações do pai	Ensino primário	Contagem	19	39	58
		Contagem Esperada	17,2	40,8	58,0
		% em Habilitações do pai	32,8%	67,2%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	16,8%	14,5%	15,2%
		% do Total	5,0%	10,2%	15,2%
	Ensino básico	Contagem	31	85	116
		Contagem Esperada	34,3	81,7	116,0
		% em Habilitações do pai	26,7%	73,3%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	27,4%	31,6%	30,4%
		% do Total	8,1%	22,3%	30,4%

		Automedicação nos últimos 3 meses		Total	
		Não	Sim		
Habilitações do pai	Ensino secundário	Contagem	40	83	123
		Contagem Esperada	36,4	86,6	123,0
		% em Habilitações do pai	32,5%	67,5%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	35,4%	30,9%	32,2%
		% do Total	10,5%	21,7%	32,2%
	Ensino superior	Contagem	23	62	85
		Contagem Esperada	25,1	59,9	85,0
		% em Habilitações do pai	27,1%	72,9%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	20,4%	23,0%	22,3%
		% do Total	6,0%	16,2%	22,3%
Total	Contagem	113	269	382	
	Contagem Esperada	113,0	269,0	382,0	
	% em Habilitações do pai	29,6%	70,4%	100,0%	
	% em Automedicação nos últimos 3 meses	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	29,6%	70,4%	100,0%	

Testes qui-quadrado			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	1,505 ^a	3	0,681
Razão de verossimilhança	1,504	3	0,681
Associação Linear por Linear	0,080	1	0,777
N de Casos Válidos	382		
a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 17,16.			

6.15.2) Mãe

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Habilitações da mãe * Automedicação nos últimos 3 meses	384	99,7%	1	0,3%	385	100,0%

		Automedicação nos últimos 3 meses		Total	
		Não	Sim		
Habilitações da mãe	Ensino primário	Contagem	13	25	38
		Contagem Esperada	11,4	26,6	38,0
		% em Habilitações da mãe	34,2%	65,8%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	11,3%	9,3%	9,9%
		% do Total	3,4%	6,5%	9,9%
	Ensino básico	Contagem	33	75	108
		Contagem Esperada	32,3	75,7	108,0
		% em Habilitações da mãe	30,6%	69,4%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	28,7%	27,9%	28,1%
		% do Total	8,6%	19,5%	28,1%
	Ensino secundário	Contagem	33	83	116
		Contagem Esperada	34,7	81,3	116,0
		% em Habilitações da mãe	28,4%	71,6%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	28,7%	30,9%	30,2%
		% do Total	8,6%	21,6%	30,2%
	Ensino superior	Contagem	36	86	122
		Contagem Esperada	36,5	85,5	122,0
		% em Habilitações da mãe	29,5%	70,5%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	31,3%	32,0%	31,8%
		% do Total	9,4%	22,4%	31,8%

		Automedicação nos últimos 3 meses		Total
		Não	Sim	
Total	Contagem	115	269	384
	Contagem Esperada	115,0	269,0	384,0
	% em Habilitações da mãe	29,9%	70,1%	100,0%
	% em Automedicação nos últimos 3 meses	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	29,9%	70,1%	100,0%

Testes qui-quadrado			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	0,484 ^a	3	0,922
Razão de verossimilhança	0,477	3	0,924
Associação Linear por Linear	0,251	1	0,616
N de Casos Válidos	384		
a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 11,38.			

Output 6.16- Cruzamento entre as variáveis “Plano/seguro de saúde” e “Prática de automedicação nos últimos 3 meses”

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Plano de saúde * Automedicação nos últimos 3 meses	385	100,0%	0	0,0%	385	100,0%

		Automedicação nos últimos 3 meses		Total	
		Não	Sim		
Plano de saúde	Não	Contagem	67	148	215
		Contagem Esperada	64,2	150,8	215,0
		% em Plano de saúde	31,2%	68,8%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	58,3%	54,8%	55,8%
		% do Total	17,4%	38,4%	55,8%
	Sim	Contagem	48	122	170
		Contagem Esperada	50,8	119,2	170,0
		% em Plano de saúde	28,2%	71,8%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	41,7%	45,2%	44,2%
		% do Total	12,5%	31,7%	44,2%
Total	Contagem	115	270	385	
	Contagem Esperada	115,0	270,0	385,0	
	% em Plano de saúde	29,9%	70,1%	100,0%	
	% em Automedicação nos últimos 3 meses	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	29,9%	70,1%	100,0%	

Testes qui-quadrado					
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	0,388 ^a	1	0,533		
Correção de continuidade ^b	0,261	1	0,609		
Razão de verossimilhança	0,389	1	0,533		
Teste Exato de Fisher				0,576	0,305
Associação Linear por Linear	0,387	1	0,534		
N de Casos Válidos	385				
a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 50,78.					
b. Computado apenas para uma tabela 2x2					

Output 6.17 - Cruzamento entre a variável “Doença crónica” e “Prática de automedicação nos últimos 3 meses”

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Doença crónica * Automedicação nos últimos 3 meses	385	100,0%	0	0,0%	385	100,0%

		Automedicação nos últimos 3 meses		Total	
		Não	Sim		
Doença crónica	Não	Contagem	103	230	333
		Contagem Esperada	99,5	233,5	333,0
		% em Doença crónica	30,9%	69,1%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	89,6%	85,2%	86,5%
		% do Total	26,8%	59,7%	86,5%
	Sim	Contagem	12	40	52
		Contagem Esperada	15,5	36,5	52,0
		% em Doença crónica	23,1%	76,9%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	10,4%	14,8%	13,5%
		% do Total	3,1%	10,4%	13,5%
Total	Contagem	115	270	385	
	Contagem Esperada	115,0	270,0	385,0	
	% em Doença crónica	29,9%	70,1%	100,0%	
	% em Automedicação nos últimos 3 meses	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	29,9%	70,1%	100,0%	

Testes qui-quadrado					
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1,324 ^a	1	0,250		
Correção de continuidade ^b	0,976	1	0,323		
Razão de verossimilhança	1,382	1	0,240		
Teste Exato de Fisher				0,328	0,162
Associação Linear por Linear	1,321	1	0,250		
N de Casos Válidos	385				
a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 15,53.					
b. Computado apenas para uma tabela 2x2					

Output 6.18 - Cruzamento entre as variáveis “Atividade física” e “Prática de automedicação nos últimos 3 meses”

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Atividade física * Automedicação nos últimos 3 meses	385	100,0%	0	0,0%	385	100,0%

		Automedicação nos últimos 3 meses		Total	
		Não	Sim		
Atividade física	Não	Contagem	80	187	267
		Contagem Esperada	79,8	187,2	267,0
		% em Atividade física	30,0%	70,0%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	69,6%	69,3%	69,4%
		% do Total	20,8%	48,6%	69,4%

		Automedicação nos últimos 3 meses		Total	
		Não	Sim		
Atividade física	Sim	Contagem	35	83	118
		Contagem Esperada	35,2	82,8	118,0
		% em Atividade física	29,7%	70,3%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	30,4%	30,7%	30,6%
		% do Total	9,1%	21,6%	30,6%
Total		Contagem	115	270	385
		Contagem Esperada	115,0	270,0	385,0
		% em Atividade física	29,9%	70,1%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	29,9%	70,1%	100,0%

Testes qui-quadrado					
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	0,004 ^a	1	0,952		
Correção de continuidade ^b	0,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	0,004	1	0,952		
Teste Exato de Fisher				1,000	,527
Associação Linear por Linear	0,004	1	0,953		
N de Casos Válidos	385				
a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 35,25.					
b. Computado apenas para uma tabela 2x2					

Output 6.19 - Cruzamento entre as variáveis “Consumo de álcool” e “Prática de automedicação nos últimos 3 meses”

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Consumo de álcool * Automedicação nos últimos 3 meses	385	100,0%	0	0,0%	385	100,0%

			Automedicação nos últimos 3 meses		Total
			Não	Sim	
Consumo de álcool	Não consumo bebidas alcoólicas	Contagem	30	54	84
		Contagem Esperada	25,1	58,9	84,0
		% em Consumo de álcool	35,7%	64,3%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	26,1%	20,0%	21,8%
		% do Total	7,8%	14,0%	21,8%
	Consumo de forma esporádica	Contagem	79	200	279
		Contagem Esperada	83,3	195,7	279,0
		% em Consumo de álcool	28,3%	71,7%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	68,7%	74,1%	72,5%
		% do Total	20,5%	51,9%	72,5%
	Consumo frequentemente	Contagem	6	16	22
		Contagem Esperada	6,6	15,4	22,0
		% em Consumo de álcool	27,3%	72,7%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	5,2%	5,9%	5,7%
		% do Total	1,6%	4,2%	5,7%
Total	Contagem	115	270	385	
	Contagem Esperada	115,0	270,0	385,0	
	% em Consumo de álcool	29,9%	70,1%	100,0%	
	% em Automedicação nos últimos 3 meses	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	29,9%	70,1%	100,0%	

Testes qui-quadrado			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	1,762 ^a	2	0,414
Razão de verossimilhança	1,722	2	0,423
Associação Linear por Linear	1,489	1	0,222
N de Casos Válidos	385		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,57.

Output 6.20 - Cruzamento entre as variáveis “Consumo de tabaco” e “Prática de automedicação nos últimos 3 meses”

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fumador * Automedicação nos últimos 3 meses	385	100,0%	0	0,0%	385	100,0%

		Automedicação nos últimos 3 meses		Total	
		Não	Sim		
Fumador	Não	Contagem	101	236	337
		Contagem Esperada	100,7	236,3	337,0
		% em Fumador	30,0%	70,0%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	87,8%	87,4%	87,5%
		% do Total	26,2%	61,3%	87,5%
	Sim	Contagem	14	34	48
		Contagem Esperada	14,3	33,7	48,0
		% em Fumador	29,2%	70,8%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	12,2%	12,6%	12,5%
		% do Total	3,6%	8,8%	12,5%
Total	Contagem	115	270	385	
	Contagem Esperada	115,0	270,0	385,0	
	% em Fumador	29,9%	70,1%	100,0%	
	% em Automedicação nos últimos 3 meses	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	29,9%	70,1%	100,0%	

Testes qui-quadrado					
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	0,013 ^a	1	0,909		
Correção de continuidade ^b	0,000	1	1,000		
Razão de verossimilhança	0,013	1	0,909		
Teste Exato de Fisher				1,000	0,529
Associação Linear por Linear	0,013	1	0,910		
N de Casos Válidos	385				
a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 14,34.					
b. Computado apenas para uma tabela 2x2					

Output 6.21 - Cruzamento entre as variáveis “Recorrência ao médico” e “Prática de automedicação nos últimos 3 meses”

	Casos					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Recorrência ao médico * Automedicação nos últimos 3 meses	385	100,0%	0	0,0%	385	100,0%

		Contagem	Automedicação nos últimos 3 meses		Total
			Não	Sim	
Recorrência ao médico	Nenhuma	63	134	197	
		58,8	138,2	197,0	
		32,0%	68,0%	100,0%	
		54,8%	49,6%	51,2%	
		16,4%	34,8%	51,2%	

			Automedicação nos últimos 3 meses		Total
Recorrência ao médico	1-3 vezes	Contagem	45	123	168
		Contagem Esperada	50,2	117,8	168,0
		% em Recorrência ao médico	26,8%	73,2%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	39,1%	45,6%	43,6%
		% do Total	11,7%	31,9%	43,6%
	> 3 vezes	Contagem	7	13	20
		Contagem Esperada	6,0	14,0	20,0
		% em Recorrência ao médico	35,0%	65,0%	100,0%
		% em Automedicação nos últimos 3 meses	6,1%	4,8%	5,2%
		% do Total	1,8%	3,4%	5,2%
Total	Contagem	115	270	385	
	Contagem Esperada	115,0	270,0	385,0	
	% em Recorrência ao médico	29,9%	70,1%	100,0%	
	% em Automedicação nos últimos 3 meses	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	29,9%	70,1%	100,0%	

Testes qui-quadrado			
	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	1,433 ^a	2	0,489
Razão de verossimilhança	1,436	2	0,488
Associação Linear por Linear	,344	1	0,558
N de Casos Válidos	385		
a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 5,97.			

Anexo VII - Lista de equipamento mínimo de existência obrigatória

1 - Equipamento de laboratório:

Alcoómetro;

Almofarizes de vidro e de porcelana;

Balança de precisão sensível ao miligrama;

Banho de água termostatizado;

Cápsulas de porcelana;

Copos de várias capacidades;

Espátulas metálicas e não metálicas;

Funis de vidro;

Matrases de várias capacidades;

Papel de filtro;

Papel indicador pH universal;

Pedra para a preparação de pomadas;

Pipetas graduadas de várias capacidades;

Provetas graduadas de várias capacidades;

Tamises FPVII, com abertura de malha 180 μ m e 355 μ m (com fundo e tampa);

Termómetro (escala mínima até 100°C);

Vidros de relógio.

Anexo VIII - Modelos de receita médica eletrônica materializada, desmaterializada e manual

Utente: Telefone: R.C.: Entidade Responsável: N.º de Beneficiário:	
Especialidade: Telefone:	
R ₁ DCI / Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia N.º Extensão Identificação Ótica	
1 2 3 4	
Validade: Data:	(Assinatura do Médico Prescritor)

Processado por computador - software: versão: 00000000

REPÚBLICA PORTUGUESA 40 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Receita Médica N°

Guia de tratamento da prescrição n.º: _____ Data: _____

Guia de Tratamento para o Utente
 Não deixe este documento na farmácia

Utente: _____ Local de Prescrição: _____
 Prescritor: _____
 Telefone: _____

Código de Acesso e Dispensa: _____ Código Direto de Opção: _____

R ₁ DCI / Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia	Quant.	Validade da prescrição	Encargo*
1			

* Os preços são válidos à data da prescrição. Para verificar se houve alterações nos preços dos medicamentos:
 - Consulte «Pesquisa Medicamento» em www.infarmed.pt ou «Pajão da Receita» no seu Internet
 - Contacte a Linha do Medicamento 800 222 444 (Dias úteis: 09.00-13.00 e 14.00-17.00)
 - Fale com o seu médico ou farmacêutico.

Códigos para utilização pela farmácia em caso de falência do sistema informático

1

Pag.

Processado por computador - software: versão: 00000000

Guia de tratamento para o utente

Receita Médica N°:	
Local de Prescrição: Médico Prescritor: Utente:	Telefone:
Código Acesso:	Código Direto Opção:
<small>Informação a utilizar para dispensa de medicamentos na farmácia</small>	
R ₁ DCI / Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia	N.º
1	1
2	
3	
4	
Encargo para o utente de acordo com os medicamentos comercializados que cumprem a prescrição médica: 1 2 3 4	
Para obter mais informações sobre o preço dos medicamentos: - Consulte «Pesquisa Medicamento», no sítio do INFARMED (www.infarmed.pt); - Contacte a Linha do Medicamento 800 222 444 (Dias úteis: 09.00-13.00 e 14.00-17.00) - Fale com o seu médico ou farmacêutico.	
Data:	

REPÚBLICA PORTUGUESA 40 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Receita Médica N°

Utente: _____ Telefone: _____

N.º de Utente: 00000000000000000000 Telefone: 0000000000

Entidade Responsável: _____ R.O.: R0

N.º de Beneficiário: 00000000000000000000

Vinhetas do Médico Prescrito	Especialidade: Telefone:	Vinhetas do Local de Prescrição
------------------------------	-----------------------------	---------------------------------

R ₁ DCI / Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem	N.º	Extensão
1		
Posologia		
2		
Posologia		
3		
Posologia		
4		
Posologia		
Validade: 30 dias		
Data: 00-00-2000	(Assinatura do Médico Prescritor)	

RECETA MANUAL
 Exceção legal:
 a) Falência informática
 b) Inadaptação do prescritor
 c) Prescrição no domicílio
 d) Não 40 receitas/linhas

Mod. 1 - 11/08 (Substituto do RCMZ S.A.)