

Diana Neto Pereira

**Frequência da automedicação em farmácias
comunitárias**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde
Porto, 2009

Diana Neto Pereira

**Frequência da automedicação em farmácias
comunitárias**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde
Porto, 2009

Diana Neto Pereira

Frequência da automedicação em farmácias comunitárias

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte integrante dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Ciências Farmacêuticas”.

Resumo

A automedicação constitui uma prática universal, presente nas mais diversas sociedades e culturas, independentemente do grau de desenvolvimento sócio-económico das mesmas.

A monografia apresentada é dividida em duas partes, uma parte de revisão bibliográfica e outra de investigação científica, com a qual se pretende determinar a frequência de automedicação numa amostra de utentes de farmácias comunitárias, sendo este o objectivo principal.

Utilizou-se uma amostra de 150 pessoas que recorriam aos serviços das farmácias comunitárias. A recolha de dados foi realizada através de um questionário aplicado em três farmácias (Farmácia Miraldo, Farmácia Portela e Farmácia Vitória). A análise estatística foi realizada utilizando os testes de Qui-quadrado (com correcção de Yates) e a Prova Exacta de Fisher, considerando diferenças significativas para $p < 0,05$.

Os resultados demonstram que o género feminino é predominante no que se refere à população que frequenta a farmácia.

Os medicamentos mais consumidos são os que actuam no sistema cardiovascular.

A frequência de automedicação constatada no estudo é inferior à frequência referida por vários autores na revisão bibliográfica.

Abstract

Self-medication is a universal practising present in all different societies and cultures, in spite of their social-economical development.

The monography is divided into two parts, one for bibliography revision and the other for scientific investigation, with which it will be determined the frequency of self-medication among a sample of people using communitarian pharmacies, this being the goal of this work.

A sample of 150 people using these communitarian pharmacies was used.

The retraction of data was done through a questionnaire applied in three pharmacies (Miraldo, Portela and Vitória).

The analysis of the statistics was done using Chi-square Tests (with Yates' correction) and Fisher's Exact Test, having significant differences for $p < 0,005$.

When referring to the people that go to a pharmacy, the female population is the most predominant.

Medecine that works over cardiovascular system is the most consumed.

The frequency of self-medication found in this study is inferior when compared to that referred by many authors in the bibliography revision.

Agradecimentos

À minha orientadora, Dra. Cláudia Silva, o meu muito obrigado por toda a disponibilidade e ajuda prestada.

Às Directoras Técnicas da Farmácia Miraldo, Farmácia Portela e Farmácia Vitória, por terem disponibilizado o espaço das suas farmácias para a realização do estudo.

A todos os utentes que consentiram colaborar no estudo, pela sua disponibilidade.

Aos meus pais, um muito obrigado pelo acompanhamento constante e pela força dada nos momentos mais difíceis, agradeço sinceramente com muito amor e carinho.

Ao meu namorado, pela paciência, disponibilidade e incansável ajuda na elaboração deste trabalho, assim como pela força dada em todos os momentos.

A todos os amigos que me ajudaram, apoiaram e incentivaram durante esta fase tão importante da minha vida.

Índice

I.	I. Enquadramento teórico	1
II.	Automedicação	2
	2.1. Definição de Automedicação	3
	2.2. Automedicação responsável versus automedicação não responsável	5
	2.3. Benefícios e riscos da automedicação	6
	2.4. Uso racional e uso não racional dos medicamentos	8
	2.5. Os Antibióticos e a Automedicação	9
	2.6. Medicamentos não sujeitos a receita médica	11
	2.7. Situações passíveis de automedicação	12
III.	Epidemiologia	14
IV.	Profissionais de Saúde	16
	4.1. Papel do Farmacêutico	17
V.	A publicidade e Automedicação	19
VI.	Participantes e Métodos	21
	6.1. Tipo de estudo	21
	6.2. População e Amostra	21
	6.2.1. Critérios de exclusão	21
	6.3. Ética	22
	6.4. Recolha de informação	22
VII.	Análise estatística dos dados	23
VIII.	Resultados	24
	8.1. Características da amostra	24
	8.2. Resultados propriamente ditos	28
IX.	Discussão dos resultados	52

X.	Conclusão	60
XI.	Bibliografia	62
	Anexos	68
	Anexo I - Lista de situações passíveis de automedicação	69
	Anexo II - Questionário aplicado no estudo	74

Tabela 1	Distribuição dos inquiridos por género, em função das três farmácias participantes no estudo	24
Tabela 2	Média das idades dos inquiridos, em função das três farmácias participantes no estudo.	24
Tabela 3	Distribuição dos inquiridos pela escolaridade, em função do género.	25
Tabela 4	Distribuição dos inquiridos pela escolaridade, em função das três farmácias participantes no estudo.	25
Tabela 5	Distribuição dos inquiridos pela profissão em função do género.	26
Tabela 6	Distribuição dos inquiridos pela profissão, em função das três farmácias participantes no estudo.	26
Tabela 7	Distribuição dos inquiridos pela situação profissional em função do género.	27
Tabela 8	Distribuição dos inquiridos pela situação profissional em função das três farmácias participantes no estudo.	27
Tabela 9	Distribuição dos inquiridos pelas suas opções perante um problema de saúde ligeiro em função das três farmácias participantes no estudo.	28
Tabela 10	Distribuição dos inquiridos pelas suas opções perante um problema de saúde ligeiro em função da faixa etária dos participantes no estudo.	29
Tabela 11	Distribuição dos inquiridos pelas suas opções perante um problema de saúde grave em função das três farmácias participantes no estudo.	29
Tabela 12	Distribuição dos inquiridos pelas suas opções perante um problema de saúde grave em função da faixa etária dos participantes no estudo.	30
Tabela 13	Distribuição dos inquiridos sobre o benefício de descontos nos medicamentos em função da faixa etária dos participantes no estudo.	31
Tabela 14	Distribuição dos inquiridos sobre o benefício de descontos nos medicamentos em função do género.	31
Tabela 15	Distribuição dos inquiridos sobre a entidade que suporta os	32

	descontos nos medicamentos em função da faixa etária dos participantes no estudo.	
Tabela 16	Distribuição dos inquiridos sobre o tempo de espera por uma consulta médica em função da faixa etária dos participantes no estudo.	32
Tabela 17	Distribuição dos inquiridos sobre a probabilidade de o médico se poder deslocar ao domicilio em função da faixa etária dos participantes no estudo.	33
Tabela 18	Distribuição dos inquiridos sobre a necessidade de faltar ao trabalho para marcar uma consulta em função do género.	33
Tabela 19	Distribuição dos inquiridos sobre a necessidade de faltar ao trabalho para marcar uma consulta em função da faixa etária dos participantes no estudo.	34
Tabela 20	Distribuição dos inquiridos sobre a necessidade de faltar ao trabalho para ir a uma consulta em função do género.	34
Tabela 21	Distribuição dos inquiridos sobre a necessidade de faltar ao trabalho para ir a uma consulta em função da faixa etária dos participantes no estudo.	35
Tabela 22	Frequência da toma da droga A (Fármacos que actuam no aparelho digestivo e metabolismo) por farmácia.	35
Tabela 23	Frequência da toma da droga B (Fármacos que actuam no sangue e órgãos hematopoéticos) por farmácia.	36
Tabela 24	Frequência da toma da droga C (Fármacos que actuam no aparelho cardiovascular) por farmácia.	36
Tabela 25	Frequência da toma da droga D (Medicamentos Dermatológicos) por farmácia.	36
Tabela 26	Frequência da toma da droga G (Fármacos que actuam no aparelho génito-urinário e hormonas sexuais) por farmácia.	37
Tabela 27	Frequência da toma da droga H (Preparados hormonais sistémicos, excluindo hormonas sexuais) por farmácia.	37
Tabela 28	Frequência da toma da droga J (Anti-infecciosos gerais para uso sistémico) por farmácia.	38
Tabela 29	Frequência da toma da droga M (Fármacos que actuam no sistema musculo esquelético) por farmácia.	38

Tabela 30	Frequência da toma da droga N (Fármacos que actuam no sistema nervoso) por farmácia.	38
Tabela 31	Frequência da toma da droga P (Produtos anti-parasitários, insecticidas e repelentes) por farmácia.	39
Tabela 32	Frequência da toma da droga R (Fármacos que actuam no aparelho respiratório) por farmácia.	39
Tabela 33	Frequência da toma da droga S (Fármacos que actuam nos órgãos dos sentidos) por farmácia.	40
Tabela 34	Frequência da toma da droga V (meios de diagnóstico) por farmácia.	40
Tabela 35	Frequência da toma ou não toma dos vários fármacos em estudo, em função do género e da faixa etária.	44
Tabela 36	Frequência da toma com ou sem receita médica em função da pessoa que prescreveu.	48
Tabela 37	Distribuição dos inquiridos sobre a forma como estes acederam a ser entrevistados em função da faixa etária dos participantes no estudo.	50
Tabela 38	Distribuição dos inquiridos sobre a forma como estes acederam a ser entrevistados em função do género.	51
Tabela 39	Distribuição dos inquiridos sobre a forma como estes aceitaram o inquérito em função da faixa etária dos participantes no estudo.	51
Tabela 40	Distribuição dos inquiridos sobre a forma como estes aceitaram o inquérito em função do género.	51

Índice de Abreviaturas e Siglas

ANF	Associação Nacional das Farmácias
ATC	Anatomical, Therapeutic and Chemical Code
Deco	Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor
Farmácia 1	Farmácia Miraldo
Farmácia 2	Farmácia Portela
Farmácia 3	Farmácia Vitória
Infarmed	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
Droga A	Fármacos que actuam no aparelho digestivo e metabolismo
Droga B	Fármacos que actuam no sangue e órgãos hematopoéticos
Droga C	Fármacos que actuam no aparelho cardiovascular
Droga D	Medicamentos Dermatológicos
Droga G	Fármacos que actuam no aparelho génito-urinário e hormonas sexuais
Droga H	Preparados hormonais sistémicos, excluindo hormonas sexuais
Droga J	Anti-infecciosos gerais para uso sistémico
Droga M	Fármacos que actuam no sistema musculo esquelético
Droga N	Fármacos que actuam no sistema nervoso
Droga P	Produtos anti-parasitários, insecticidas e repelentes
Droga R	Fármacos que actuam no aparelho respiratório
Droga S	Fármacos que actuam nos órgãos dos sentidos
Droga V	Meios de diagnóstico

I. Enquadramento teórico

É inquestionável a importância do medicamento como um bem essencial à saúde e importante ferramenta terapêutica, sendo responsável por parte significativa da melhoria da qualidade e da esperança média de vida da população.

O medicamento representa um símbolo de saúde para a população e é definido pela comunidade científica como “toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas;” (Decreto-Lei nº 176/2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), medicamento é uma substância ou composição com propriedades curativas ou preventivas, não só em relação à doença humana, mas também à doença animal. Destinado a prevenir ou a tratar doenças, o seu consumo pode tornar-se perigoso para o consumidor, seja devido à sua nocividade intrínseca, seja a uma má utilização (Santos 2006).

Do ponto de vista de Leite *et al* (2008), a conversão dos medicamentos em elementos de primeira ordem constitui uma ferramenta poderosa para mitigar o sofrimento humano. Produzem curas, prolongam a vida e retardam o surgimento de complicações associadas a doenças, facilitando o convívio entre o indivíduo e o seu problema de saúde.

Estimativas da OMS apontam que 50% de todos os medicamentos usados no mundo são prescritos, dispensados, vendidos ou usados de maneira incorrecta; 66% dos antibióticos comercializados são vendidos sem receita, e o uso indevido de medicamentos é uma das dez principais causas de mortalidade nos EUA (WHO 2004).

A presença de doenças e sintomas das mesmas são experiências comuns em indivíduos muito diferentes. No entanto, os actos praticados variam, dependendo da percepção e experiência individual, assim como de outros factores. A maior parte dos cuidados de saúde prestados na doença é feita recorrendo à automedicação (Santos 2006). Segundo Covington (2006), biliões de problemas de saúde são anualmente tratados com recurso

primário a um ou mais medicamentos não prescritos. A prevalência do uso deste tipo de medicamentos requer uma extrema atenção por parte de todos os profissionais de saúde.

Os medicamentos têm ocupado um lugar de destaque no cenário nacional por conta da crise em que se encontra o sector da saúde. Por vezes a consulta médica resulta numa excessiva prescrição de medicamentos, o que leva ao empobrecimento da população, sobrecarregando a procura do sistema público de saúde, e aumentando o risco de interações e até sobreposições de fármacos (Silva, *et al* 2000).

Tendo em conta que os medicamentos correspondem aos tratamentos mais utilizados nos serviços de saúde, relativamente aos países em desenvolvimento, cerca de 30% dos recursos da saúde são destinados para esses produtos (Tourinho *et al* 2008).

Este estudo tem como principal **objectivo** determinar a frequência de automedicação numa amostra de utentes de três farmácias comunitárias.

II. Automedicação

Há pessoas que quando sujeitas a dor, não hesitam em tomar medicamentos, quer por sugestão de familiares e amigos, ou mesmo por influência da publicidade. Estas pessoas não acreditam que os sintomas de mal-estar variam de pessoa para pessoa, e que os diversos medicamentos existentes apresentam uma utilização personalizada (Santos 2006).

A automedicação corresponde a uma necessidade sentida desde há longa data pelo Homem em participar na sua própria saúde, nomeadamente no que toca a prevenção e tratamento da doença. Poderemos, pois, assumir que a automedicação é inevitável e intrínseca à natureza humana, sendo actualmente um fenómeno social à escala mundial, podendo ser encarado como globalmente positivo, já que pressupõe o aumento da responsabilização dos doentes pela gestão da sua própria saúde (Aguiar 2004).

Em alguns países, a prática de automedicação é vista como uma maneira de reduzir os custos com o sistema de saúde. No entanto é necessário desenvolver acções para avaliar cuidadosamente a relação risco/benefício dessa prática e os medicamentos passíveis de serem disponibilizados sem prescrição, com o objectivo de promover a protecção à saúde individual e comunitária (Silva *et al* 2008).

Segundo a OMS (1988), a automedicação apresenta um crescimento nas sociedades europeias, cuja expressão actual está estimada em 30,0% da totalidade dos medicamentos consumidos (Richard e Senon, 1996). Este crescimento é tido como um factor preocupante no mundo médico e farmacêutico, sendo uma problemática bastante discutida em todo o mundo (Arrais 1997).

2.1 Definição de Automedicação

A automedicação constitui uma prática universal, presente nas mais diversas sociedades e culturas, independentemente do grau de desenvolvimento sócio-económico das mesmas (Sá, *et al* 2007; Suleman *et al* 2009). Assim, todos estes factores económicos, políticos e culturais têm contribuído para o crescimento e para a difusão da automedicação no mundo, tornando-a, quando usada de forma irracional, num problema de saúde pública (Loyola Filho, *et al* 2002).

Sendo uma prática muito comum, presente nas civilizações de todos os tempos, a automedicação é um procedimento que se caracteriza pela iniciativa do doente ou do seu responsável em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita que lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio dos sintomas (Sá, *et al* 2007).

A maioria das famílias de hoje, recorre como tratamento inicial de um elevado número de patologias a uma medicação que é obtida facilmente, e que serve para tratar sintomas ligeiros como dores de cabeça, constipações e dores musculares (Albarran e Zapata 2008).

Segundo Loyola Filho, *et al* (2002), a automedicação pode ser definida como uma forma comum de auto atenção à saúde, consistindo no consumo de um produto com o objectivo de tratar ou aliviar doenças ou sintomas das mesmas, ou mesmo de promover a saúde, sem prescrição de um profissional de saúde. Para tal, podem ser utilizados medicamentos industrializados, remédios caseiros, ervas e “mezinhas”. A automedicação pode ser praticada de variadas maneiras: adquirir o medicamento sem receita, compartilhar os medicamentos com outros membros da família ou do ciclo social, utilizar sobras de prescrições, reutilizar antigas receitas e não cumprir a prescrição profissional, prolongando ou interrompendo precocemente a dosagem e o período de tempo indicados na receita (Aguiar 2004; Pereira *et al* 2007).

De uma maneira mais sintetizada, considera-se como noção de automedicação, o processo que conduz a que o doente assuma a responsabilidade de melhoria da sua saúde, previna e trate os seus pequenos mal estares sem recurso a um profissional de saúde, isto é, “uso de medicamentos sem prévia indicação médica” (WHO 1988; Soares cit. In Mundo Farmacêutico 2005).

A automedicação é um factor de risco associado à utilização dos medicamentos. Estudos demonstram que a população recorre à automedicação pois na maioria das vezes pensam que sabem a melhor forma de tratamento para os seus problemas de saúde. A familiaridade do leigo com os medicamentos, as experiências positivas anteriores, a dificuldade de acesso ao serviço de saúde associado à baixa qualidade do mesmo, problemas económicos e maior acessibilidade aos medicamentos, são factores que contribuem para a automedicação (Aguiar, 2004; Pereira, *et al* 2007; Bortolon, *et al* 2008; Suleman, *et al* 2009).

De um modo geral, após uma experiência positiva com um determinado medicamento, os consumidores passam a seleccioná-lo sempre que surgem sintomas análogos. Assim, cria-se o hábito de utilizar esse medicamento e, inclusive de o aconselhar a familiares e amigos (Aguiar, 2004).

2.2 Automedicação responsável *versus* automedicação não responsável

A automedicação tem vindo a dar lugar a novos reposicionamentos profissionais e a novas estratégias de recolocação de poder, tanto por parte do sector médico como do sector farmacêutico. A principal expressão destes reposicionamentos profissionais introduz a designada automedicação responsável (Lopes, 2001).

Pode definir-se automedicação responsável como o uso de medicamentos não sujeitos a receita médica, sob a indicação de um profissional de saúde, que informa o utente de todos os benefícios e riscos que pode obter com o medicamento, bem como todos as indicações de posologia (Reinstein, 1996; Albarran e Zapata 2008).

De acordo com os princípios da OMS (2004), a automedicação responsável gera benefícios quer a nível pessoal quer a nível social. O alívio ou a solução de um mal-estar passageiro pode realizar-se de forma autónoma e complementar à prescrição médica, assim, incentiva-se a autonomia e a responsabilidade das pessoas nos seus cuidados de saúde, sendo ao mesmo tempo vantajoso para que o sistema de saúde não se congestione ainda mais com atendimento médico.

Quando se verifica que realmente o que está em causa são dores susceptíveis de resolver por meio de aconselhamento farmacêutico, a automedicação responsável é o recurso mais indicado. Quando se sofre de problemas ligeiros, deve-se informar o farmacêutico sobre as terapêuticas a que se está condicionado (terapêuticas crónicas), evitando assim incompatibilidades e ficando a saber qual a dose que se deve tomar e a duração dos cuidados de alívio. É com base num diálogo sincero que se pode construir a automedicação responsável.

A automedicação responsável pressupõe utentes criteriosos que aceitam prontamente o aconselhamento farmacêutico e encaram a cultura do medicamento como uma vertente da educação para a sua saúde (Santos 2006).

A tolerância à automedicação responsável é baseada nos argumentos médicos (que recusam qualquer terapêutica sem um diagnóstico médico prévio), com a apresentação de um novo requisito, que é a prévia educação do doente. Isto é, inclui todas as

recomendações quanto as circunstâncias em que o recurso aos medicamentos é feito, sendo restringido aos sintomas mais comuns e face a qualquer alteração do quadro estabelecido, o médico deve ser imediatamente contactado (Lopes, 2001).

Por outro lado, a automedicação não responsável resulta num desperdício de recursos, aumento da resistência dos agentes patogénicos, aumento da probabilidade do aparecimento de reacções adversas e prolongamento do sofrimento (Suleman, *et al* 2009).

O uso indevido de substâncias, mesmo das que são consideradas “inofensivas” pela população, como os analgésicos, pode originar várias consequências, como reacções de hipersensibilidade, dependência, sangramento digestivo e ainda aumentar o risco de determinadas neoplasias (Vítor, 2008).

2.3 Benefícios e riscos da automedicação

Quando o doente escolhe automedicar-se, deve considerar que as consequências da sua decisão são várias, e da sua inteira responsabilidade (Albarran e Zapata 2008).

Tendo em conta que o consumidor não possui conhecimentos nem experiência necessários para avaliar a gravidade da situação e optar por uma terapêutica adequada, este fica exposto a possíveis riscos, como:

- gastos desnecessários;
- diagnóstico incorrecto da patologia;
- retardamento do reconhecimento da patologia, com possível agravamento podendo mesmo levar o doente ao internamento hospitalar ou à morte.;
- escolha de terapêutica inadequada;
- administração incorrecta do medicamento;

- dosagem inadequada ou excessiva;
- uso excessivamente curto ou prolongado;
- desconhecimento de possíveis interações com outros medicamentos;
- possibilidade de reacções alérgicas, adversas ou intoxicações;
- armazenamento incorrecto ou por tempo excessivamente longo do medicamento;
- resistências aos antimicrobianos (Sá, *et al* 2007; Silva, *et al* 2008).

O recurso à automedicação pode mascarar diagnósticos em fase inicial da doença, podendo originar situações potencialmente graves. Uma utilização inadequada por parte de alguns doentes, nomeadamente doentes idosos ou com défices cognitivos significativos pode também originar um elevado número de situações problemáticas, tendo em conta o elevado número de medicamentos prescritos a este tipo de utentes. A interacção entre medicamentos prescritos é uma possibilidade que não pode ser esquecida (Lopes 2001).

Por outro lado, a automedicação, quando efectuada de forma racional apresenta vários benefícios:

- menores custos para o sistema de saúde, pois não tem que compartilhar os medicamentos;
- os médicos ficam mais disponíveis para tratarem outras situações onde a sua presença é indispensável;
- Permite que os doentes resolvam pequenas alterações da sua saúde, isto é, aumenta a sua autonomia;
- desenvolve a responsabilidade na preservação da saúde;

- promove uma auto-responsabilização na gestão da sua própria saúde e dos recursos públicos de saúde (Baos, 2000).

2.4 Uso racional e uso não racional dos medicamentos

O uso irracional dos medicamentos é uma prática mundial. Segundo dados da OMS:

- 25 a 70% do gasto em saúde, nos países em desenvolvimento, correspondem a medicamentos, em comparação a menos de 15% nos países desenvolvidos;
- 50 a 70% das consultas médicas geram prescrição medicamentosa;
- 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente;
- 75% das prescrições de antibióticos são incorrectas;
- 2/3 dos antibióticos são usados sem prescrição médica em muitos países;
- 50% dos consumidores compram medicamentos para um dia de tratamento;
- cresce constantemente a resistência da maioria dos microorganismos causadores de doenças infecciosas prevalentes;
- 15 a 20% dos orçamentos dos hospitais são gastos para lidar com as complicações causadas pelo mau uso dos medicamentos (Aquino 2008).

Por outro lado, segundo a OMS, é considerado uso racional de medicamentos quando “(...)os utentes recebem o medicamento apropriado para as suas necessidades clínicas, estando este indicado nas doses e posologias correctas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e para a comunidade.” (Casarin 2007).

A promoção do uso racional dos medicamentos é muito complexa, e envolve várias variáveis, com um encadeamento lógico. Os doentes, os profissionais de saúde, a indústria, o comércio e o próprio governo devem participar, de modo a promover o uso racional da medicação (Nascimento, 2003). Nesse sentido Castro (2000) propõe algumas soluções para reverter ou minimizar o uso irracional dos medicamentos, soluções que passam pela educação e informação da população, aumento do controlo da venda com e sem prescrição médica, melhoria do acesso aos serviços de saúde, adopção de critérios éticos para a promoção dos medicamentos e incentivo à adesão de terapêuticas não medicamentosas.

O uso racional dos medicamentos pode também passar por algumas regras para uma correcta utilização destes, como ter presente todos os cuidados e advertências que vêm indicados no folheto informativo, ter em atenção a composição química do medicamento, seguir, de forma correcta as indicações de dosagem e todas as instruções de uso, guardar as embalagens sempre em local apropriado (local fresco e seco, e quando o medicamento assim o indica, coloca-lo no frigorífico), ter em atenção seu prazo de validade, se este já tiver expirado ou os medicamentos tenham sofrido alterações devem-se rejeitar (levando-os à farmácia para posterior reciclagem pela Valormed) e em caso de dúvidas contactar o médico ou farmacêutico.

2.5 Os Antibióticos e a Automedicação

« Portugal é um dos países em que se prescreve mais antibióticos» (Eduardo Mendes cit. Portugal Diário).

O uso descontrolado de antibióticos é especialmente preocupante, em virtude da frequente administração de doses sub terapêuticas e temporárias, em casos para os quais os antibióticos não são indicados e apesar das contra-indicações. (Lima e Rodrigues 2006)

É comum encontrar automedicação com antibióticos em países em desenvolvimento. O aumento das resistências aos antibióticos, revela uma elevada percentagem do seu uso

de forma irracional, o que resulta em tratamentos ineficazes e aumento da morbidade e mortalidade (Sihavong, *et al* 2006).

A população da Palestina obtém sem prescrição médica vários tipos de medicação, como antibióticos e analgésicos. Neste sentido, um estudo sobre o consumo de antibióticos em estudantes universitários, aponta que os estudantes de Ciências Farmacêuticas e de Enfermagem consomem menos antibióticos que os restantes alunos, no entanto, estes resultados apontam para valores considerados superiores aos valores do consumo racional de antibióticos (Swalha, 2008).

No mesmo sentido, os estudos de Richman, *et al* (2001) e Okumura, *et al* (2002) demonstram que 17% dos doentes tomam antibióticos sem prescrição médica, recorrendo ao seu uso em situações como constipação (11%) e dores de garganta (42%). Verificou ainda que perante problemas gastrointestinais, cuja infecção terá sido causada por um vírus, o tratamento indicado foi um antibiótico.

Cagri Buke, *et al* (2003), mostra que 15,6% de estudantes universitários apenas usam os antibióticos até os sintomas desaparecerem, diminuindo assim o tempo de toma prescrito. Esta situação favorece o aumento da resistência dos organismos patogénicos aos antibióticos.

O uso não controlado e imprudente de antibióticos pode provocar o aparecimento de sérios efeitos indesejáveis como, o aumento da resistência aos antimicrobianos. De acordo com a OMS, seguindo essa tendência, estaremos a ir na direcção de uma “ era pós-antibiótica ”, em que muitas infecções se tornarão quase impossíveis de tratar (Tourinho, *et al* 2008).

Uma alternativa para minimizar a automedicação com antibióticos é colocar em prática um apertado controlo nas farmácias, de modo a diminuir a dispensa sem receita médica, bem como nos médicos, de modo a controlar a terapêutica antimicrobiana (Sihavong, *et al* 2006).

2.6 Medicamentos não sujeitos a receita médica

Em Portugal, à semelhança do que acontece em toda a Europa, existem medicamentos que só podem ser adquiridos legalmente mediante a apresentação de receita médica, pois existe a possibilidade de causarem danos aos seus consumidores, exigindo assim acompanhamento médico.

O não cumprimento da obrigatoriedade da receita médica e a falta de informação da população em geral, justificam a preocupação com a qualidade da automedicação praticada no mundo, principalmente considerando que em países desenvolvidos, o número de medicamentos de venda livre tem crescido nos últimos tempos, assim como a disponibilidade desses medicamentos em estabelecimentos não farmacêuticos, o que favorece a automedicação (Arrais, 1997).

Os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) ou OTC drugs (*over-the-counter drugs*), pela sua possibilidade de serem adquiridos sem receita médica e simultaneamente por poderem ser publicitados junto do público, constituem um pilar legal da automedicação (Aguiar, 2004).

A sua introdução no mercado português, teve início em 1983, tendo-se verificado desde essa data, sucessivos alargamentos do volume de medicamentos classificados de venda livre (Lopes, 2001).

Estudos indicam que, quanto mais desenvolvido economicamente é um país, maior é a quota dos MNSRM relativamente aos Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) (Aguiar, 2004).

Assim, os MNSRM aparecem como a situação mais fidedigna para se poder compreender a extensão da automedicação nas sociedades actuais, o que não quer dizer que o seu consumo corresponda a todas as situações de automedicação.

Em Portugal, o consumo de MNSRM corresponde a uma parte significativa da automedicação praticada pelos cidadãos (Aguiar, 2004).

No entanto os MNSRM ainda são um tema que gera muitas divergências. Há países que diferem de opinião quanto ao local onde os medicamentos podem ser vendidos. Numa parte deles, os medicamentos quer MSRMs quer MNSRMs, apenas podem ser vendidos em farmácias, como é o caso de alguns países da Europa onde os farmacêuticos ainda possuem o monopólio de venda dos medicamentos apenas nas farmácias, em outros, alguns medicamentos são de venda restrita em farmácia, podendo uma pequena parte deles ser vendida fora das farmácias, por exemplo em parafarmácias. Por outro lado, existem países, como é o caso dos Estados Unidos, em que os MNSRMs podem ser vendidos em qualquer local (Krishnan, 2000).

Apesar de toda e agitação em redor dos MNSRMs, o seu mercado é um dos pilares de uma política de saúde, inserido numa sociedade moderna, e que, para além de contribuir por parte do doente para uma atitude mais activa na gestão da sua saúde, permite também, poupanças significativas para o orçamento em cuidados de saúde (Aguilar, 2004).

2.7 Situações passíveis de automedicação

A automedicação é uma prática cada vez mais frequente, pois a população tem cada vez mais acesso à informação, quer por iniciativa própria, que pelo marketing publicitário. No entanto esta prática nem sempre se traduz em benefícios, muito pelo contrário, a automedicação pode originar alguns problemas para os consumidores, devido a uma má utilização dos medicamentos quer por falta de informação ou mesmo por informação inadequada.

Assim, o Decreto-Lei nº 209/94, de 6 de Agosto, que transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva Comunitária nº 92/26, cria dois grupos de medicamentos distintos, um de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica e outro de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica.

Com base no que foi referido anteriormente, um medicamento pode ser considerado seguro para ser consumido por automedicação se cumprir os seguintes requisitos:

- Pode ser usado sem vigilância médica, sem causar risco para o consumidor;
- Apresenta segurança directa e indirecta;
- A via de administração não pode ser parentérica.

A alteração da classificação dos medicamentos, de sujeitos a receita médica para não sujeitos a recita médica é feita com base em critérios e normas definidos pela Portaria nº1100/2000 de 17 de Novembro.

No entanto, surgiu a necessidade de criar um grupo de consenso sobre a automedicação, que aprovasse uma lista de situações passíveis de automedicação. Esta lista foi publicada no Diário da Republica, no despacho nº 8637/2002 (2ª série) de 20 de Março que mais tarde foi revogado pelo despacho nº 2245/2003, de 16 de Janeiro, estando em vigor actualmente o despacho nº 17690/2007, de 23 de Julho.

O grupo de consenso referido anteriormente é composto por quatro representantes da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), um representante da Ordem dos Médicos, um representante da Ordem dos Farmacêuticos, um representante da Ordem dos Médicos Dentistas, um representante da Associação Nacional das Farmácias, um representante das Associação das Farmácias de Portugal, um representante da Associação Portuguesa de Indústria Farmacêutica, um representante da Associação portuguesa de Médicos de Clínica Geral, um representante do Instituto do Consumidor e um representante da Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO).

Actualmente a lista de situações passíveis de automedicação inclui as várias situações agrupadas por sistemas (Anexo I), digestivo (diarreia, obstipação, endoparasitoses intestinais, (...)), respiratório (sintomas de gripe, constipação e tosse (...)), cutâneo (queimaduras de primeiro grau, verrugas e picadas de insectos (...)), nervoso (cefaleias ligeiras e moderadas, ansiedade ligeira temporária (...)), muscular/ósseo (dores

musculares ligeiras (...), geral (febre com menos de três dias, prevenção de avitaminoses (...)), ocular (irritação ocular de duração inferior a três dias (...)), ginecológico (contracepção de emergência, higiene vaginal, métodos contraceptivos (...)) e vascular (síndrome varicosa (...))

A automedicação pode servir para tratar problemas como uma constipação, uma diarreia ligeira, uma dor de cabeça, uma ferida ou febre ligeira (até três dias). São situações em que os medicamentos usados são os não sujeitos a receita médica e servem, sobretudo, para aliviar sintomas e o mal-estar associado. No entanto, é importante alertar a população que quando, os sintomas duram há mais de 3 (com febre) a 7 dias, se sente dores muito fortes, se experimentou mais de um medicamento, sem sucesso, se surgiram efeitos indesejados, deve consultar um médico.

III. Epidemiologia

De acordo a OMS, em 2004, metade da população mundial tomou medicamentos sem prescrição médica, atingindo em alguns países valores de 90% (OMS; Amoako *et al*, 2003)

Num estudo feito pela Associação Nacional das Farmácias (ANF), verificou-se que a prevalência da automedicação era de 26,2%, sendo superior no sexo masculino (28,4% para o homem *versus* 25,2 para a mulher), o que contraria estudo realizado pela OMS em que indica que as mulheres se automedicam mais do que os homens (Cassarini, 2007); no grupo etário dos 10-49 anos de idade (31%); nos indivíduos com maior escolaridade (32,5%), que por possuírem mais informação sentem-se mais confiantes, e nos que recorriam ao farmacêutico para solicitar apoio (42,8%).

Quando se fala em prevalência da automedicação em crianças e adolescentes, estudos confirmam que é uma prática real e frequente e independente do nível socioeconómico (Pereira *et al*, 2007).

Estudos realizados na Holanda e Brasil, analisando o consumo de medicamentos não sujeito a prescrição médica em indivíduos com idade inferior a 17 anos, demonstram que em crianças com idade inferior a um ano o consumo é mais elevado, seguindo-se crianças entre os 2-7 anos (Pereira *et al*, 2007).

Um estudo realizado no Brasil em crianças com idades entre os zero e os seis anos, demonstra que perante uma manifestação de doença, 47% dos pais administravam medicamentos que tinham em casa. Os restantes pais recorriam a aconselhamento médico, sendo que 3,6% recorriam ao aconselhamento farmacêutico (Carvalho *et al*, 2008).

No caso dos idosos, vários estudos realizados em diferentes países demonstram que a média de medicamentos utilizada por esta população é elevada podendo variar entre três a sete medicamentos por pessoa. No entanto as taxas de automedicação registadas em idosos são menores do que as praticadas pela população em geral (Sá *et al*, 2007).

A automedicação também é praticada por pessoas com problemas mentais, segundo um estudo desenvolvido por Linden *et al* (2008), 55% das pessoas que sofrem de depressão não recorrem a tratamento médico para resolverem problemas ligeiros.

De acordo com Lima, 25,9% da população já utilizaram medicamentos indicados por amigos e familiares. Verificou também que 48,8% da população indicam medicamentos a outras pessoas.

Estudos realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento mostram que o habito de automedicação esta associado à presença de sinais e sintomas menores de características agudas como por exemplo dor e febre (Vítor *et al*, 2008).

Os indivíduos com doenças crónicas são a categoria em que há maior vinculação à ideia de risco associado a automedicação, são também o grupo que adere mais à ida ao médico como controlo de todos os problemas de saúde. Esta vinculação ao risco também é partilhada pelos indivíduos de faixas etárias mais altas, assim como os indivíduos com menos habilitações escolares (Lopes 2001) e com o baixo nível de pobreza. (Suleman *et al*, 2009)

Dados da OMS mostram que de todos os doentes que dão entrada em hospitais com intoxicações, 40% são vítimas dos medicamentos.

O diagnóstico errado das doenças, a utilização de dosagens insuficientes ou excessivas podem levar à ocorrência de dependência, irritação gástrica, toxicidade hepática, exacerbação da dor de cabeça (Martins et al, 1999), intoxicações, alergias e em casos mais extremos a morte (IVF, 2006). Segundo a Fundação Oswaldo Cruz, as intoxicações cresceram 30% do ano 2005 para o de 2006.

Segundo estudos efectuados em diversos países (Equador, Chile, Holanda, Brasil) e por Valter Fantini os medicamentos mais vendidos sem prescrição sem médica são os analgésicos e anti inflamatórios (Lalama, 1999; Zapata, 2008).

IV. Profissionais de saúde

Os profissionais de saúde têm como principal função restabelecer e preservar a saúde da população (Sousa *et al*, 2008).

São vários estudos que citam a excessiva pratica de automedicação, em diversas situações o problema poderia ser resolvido sem o recurso à farmacoterapia. Com o objectivo de minimizar esta situação, os profissionais de saúde precisam de informar os doentes não só quanto aos factores relacionados com o seu uso, mas também planear intervenções educativas, seja em farmácias, centros de saúde, hospitais ou clínicas, que visem evitar o uso excessivo de medicamentos (Leite *et al*, 2008).

4.1 Papel do Farmacêutico

Desde há muito tempo que o sector farmacêutico tem assumido uma posição de grande importância na que à automedicação diz respeito, realçando as suas vantagens em relação aos sintomas mais ligeiros, pois permite uma economia de tempo, de custos e uma rápida recuperação do bem-estar (Ahlgrimm, 1996).

Actualmente a automedicação orientada pelo farmacêutico é vista como uma realidade, sendo já considerada parte integrante dos sistemas de saúde. Evita o entupimento das consultas médicas, pelo seu elevado número e ao mesmo tempo, permite uma maior autonomia por parte da população nos cuidados com a sua própria saúde (CIM, 2007).

Na maioria das vezes o utente procura uma farmácia. Vê nela uma instituição de saúde, de acesso fácil e gratuito. Muitas vezes, o utente procura, em primeiro lugar, o conselho amigável e seguro do farmacêutico. É importante que este saiba como avaliar a situação e agir consoante os limites da sua intervenção, se necessário deve encaminhar o utente para uma consulta médica, ou em casos mais urgentes, indicar o utente para o hospital (Zubioli, 2000).

No caso de problemas mais ligeiros, o farmacêutico como prestador de cuidados primários, apresenta um papel importante na prática da automedicação responsável, as pessoas que a praticam, nem sempre tem conhecimento para escolher o medicamento, a dose ou a duração do tratamento. Assim, como especialista em medicamentos, deve ter a capacidade avaliar, informar e orientar o doente na dispensa, indicando o fármaco mais adequado para a situação em causa (Maria, 2000; Sawala, 2008). A atenção farmacêutica pode contribuir assim para a diminuição da prática da automedicação, pois incentiva o uso racional dos medicamentos, evitando a ocorrência de efeitos indesejáveis, reacções adversas ou até mesmo intoxicações medicamentosas (Ogliari; Soares *et al*, 2008)

O farmacêutico exerce várias funções que contribuem para a promoção da saúde pública. Como comunicador, deve estabelecer um diálogo com o doente, colocando-lhe diversas questões, de forma a obter informação suficiente para perceber o seu historial clínico, para poder ser capaz de interpretar a prescrição médica, sem interferir com a

mesma e, prestar auxílio ao doente em todas as questões que lhe possam surgir. O farmacêutico estabelece assim uma relação de confiança com o doente. Na dispensa de medicamentos o seu papel também é importante pois tem que assegurar que estes apresentam armazenamento apropriado para os manter nas melhores condições e que todos os produtos adquiridos na farmácia apresentam elevada qualidade. Como promotor de saúde pública é fundamental que este participe em rastreios e campanhas, de forma a poder identificar problemas de saúde associados à comunidade, e o risco que estes lhe podem causar, de modo a promover a prevenção da doença. Deve também ajudar a garantir que a comunidade está informada sobre as opções de saúde disponíveis. É também importante que o farmacêutico estabeleça boas relações com os outros profissionais de saúde, com a indústria farmacêutica, com entidades governamentais, quer locais ou nacionais, com os doentes e o público em geral, facilitando o seu papel na preservação da saúde pública (WHO, 1998).

Assim, é responsável por manter a população informada sobre o uso correcto da medicação, de participar na prevenção da doença e na promoção da saúde.

Tendo em conta a posição estratégica de primeira escolha por parte da população para a prevenção da saúde pública, o farmacêutico tem como responsabilidade profissional, assegurar o uso apropriado, correcto e seguro dos medicamentos não sujeitos a receita médica em situações de automedicação. Deve também colaborar activamente na educação do consumidor para que este saiba mais acerca do medicamento e da automedicação (Covington, 2006).

V. A publicidade e a automedicação

É perfeitamente normal e compreensível que quando ocorre um investimento numa investigação e produção de medicamentos, os seus responsáveis queiram publicitar os mesmos junto da comunidade alvo, isto é, os médicos que os prescrevem, e a população que os utiliza. Por outro lado, o consumo de medicamentos não se pode comparar com o consumo dos diversos produtos, este tem inerente uma série de riscos para a saúde pública, assim, surgiu a necessidade de formular um conjunto de normas que controlem este tipo de publicidade, nesse sentido, foi então criado o Decreto-Lei n.º 48/99 (Aguiar, 2004).

Mais tarde, em 2001, para que os laboratórios pudessem comunicar directamente com os doentes, a Comissão Europeia alterou o quadro da publicidade dos medicamentos. Assim, passou a definir-se este tipo de publicidade como “qualquer forma de comunicação, de informação ou de incentivo que, directa ou indirectamente, promova a sua prescrição, dispensa, venda, aquisição ou consumo”. No entanto, tendo em conta todas as restrições impostas, como, promover o uso racional dos medicamentos, conter todas as indicações terapêuticas bem como preocupações especiais, proibir a inserção de qualquer tipo de elemento que sugira que o medicamento garante as melhoras do doente face aos sintomas, sem existirem efeitos secundários e proibir afirmações que induzam genericamente o doente a pensar que a consulta médica é desnecessária, é pedir o impossível a qualquer publicidade (Santos, 2006).

Este tipo de publicidade, tem sido um constante estímulo para o uso inadequado dos medicamentos, pois tende a enaltecer os benefícios e omitir ou minimizar os riscos e os possíveis efeitos adversos, transmitindo ao público, especialmente ao público menos informado, que os medicamentos não comportam qualquer risco, são produtos inócuos, levando-os a consumir como qualquer outra mercadoria (Sá, *et al* 2007; Aquino, 2008).

Hoje em dia, a excessiva publicidade a determinados medicamentos contrasta com as tímidas campanhas que tentam esclarecer os perigos causados pela automedicação.

Estudos no Brasil apontam que, sem ter o devido esclarecimento sobre os riscos associados ao seu uso, a sua sociedade está excessivamente exposta à publicidade de medicamentos (Bortolon, 2008).

Falando da publicidade aos medicamentos sujeitos a receita médica, e tendo por base todas as normas legais que a controlam, este tipo de medicamentos não podem ser divulgados directamente ao público, apenas podem ser divulgados junto dos profissionais de saúde. Todas estas restrições são feitas pois, a segurança de utilização, a especificidade e o tipo de toma (no caso dos injectáveis), tornam estes medicamentos perigosos para a população sem a supervisão de um profissional de saúde.

No que se refere aos medicamentos classificados como não sujeitos a receita médica, estes já podem ser publicitados junto do público, pois a sua utilização é considerada segura. No entanto, segundo vários autores, nem tudo é assim tão linear, tem-se o exemplo da substância mais consumida em Portugal, o paracetamol, vulgarmente utilizado nos medicamentos antipiréticos e antigripais, onde vários estudos descrevem casos de hepatites fulminantes com cerca de 4g de paracetamol (Aguiar, 2004).

Quando se fala em publicidade de medicamentos importa pensar e considerar vários aspectos, como a utilidade, e eficácia necessária no que se refere aos medicamentos não prescritos pelo médico, bem como todos os efeitos a eles associados. De modo a salvaguardar sempre a saúde de cada um (Santos, 2006).

VI. Participantes e Métodos

6.1 Tipo de estudo

Para dar resposta ao objectivo previamente delineado desenhou-se um estudo descritivo transversal.

6.2 População e amostra

A população-alvo foi constituída pelos utentes de três farmácias comunitárias de zonas distintas: uma do concelho de Cantanhede – “Farmácia Miraldo” (Farmácia 1), outra do concelho de Vila Nova de Gaia – “Farmácia Portela” (Farmácia 2) e uma outra do concelho de Paredes – “Farmácia Vitória” (Farmácia 3).

A amostra foi seleccionada pelo método de amostragem aleatória. Considerou-se como critério de selecção o primeiro indivíduo convidado a participar a cada meia hora, a partir do momento em que o farmacêutico reparasse que estava na meia hora seguinte à do último questionário. A duração do questionário foi de quatro dias em cada farmácia, com um horário de sete horas por dia, até se obterem cinquenta questionários por farmácia, não se tendo verificado nenhuma recusa na participação do questionário.

6.2.1 Critérios de exclusão

- Indivíduos que não falem português;
- Indivíduos que adquiram medicamentos para outrem (com excepção se o fizerem para menores de 16 anos, incapacitados ou idosos com mais de 65 anos);
- Indivíduos menores de 16 anos;
- Indivíduos que apresentem estado de insanidade mental;
- Indivíduos que apresentem estado de embriaguês.

6.3 Ética

Todos os participantes que foram convidados a colaborar no estudo foram informados sobre a natureza e o objectivo do mesmo, tendo tido oportunidade para colocar as questões que entendessem. Foram ainda informados que poderiam recusar ou desistir do estudo a qualquer momento. Garantiu-se a confidencialidade dos dados de acordo com a Declaração de Helsínquia. Em relação às farmácias comunitárias colaboradoras, também foi solicitada autorização, assegurando o respeito por todas as exigências éticas e legais.

6.4 Recolha de informação

A informação foi recolhida através de um questionário (Anexo II) adaptado do questionário aplicado pela ANF num estudo realizado em 1999 sobre a prevalência da automedicação na população urbana. (Martins *et al*, 1999)

A entrevista aos utentes foi feita de forma directa por um farmacêutico, previamente treinado para o efeito.

O estudo decorreu segundo o seguinte cronograma:

- De 4 a 7 de Maio, Farmácia Miraldo;
- De 11 a 14 de Maio, Farmácia Portela;
- De 18 a 21 de Maio, Farmácia Vitória.

No que se refere ao tratamento dos dados recolhidos, foram realizados vários procedimentos, no sentido de facilitar a sua análise e clarificar os resultados.

As profissões desempenhadas foram classificadas em dez classes de acordo com *National Register Office*, correspondendo a última classe a “não sabe ou não responde”.

A idade foi categorizada em: até aos 45 anos e 46 ou mais anos. E os medicamentos foram classificados com base na tabela ATC (*Anatomical, Therapeutic and Chemical Code*), adoptada pela OMS.

VII. Análise estatística dos dados

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa estatístico EPI Info versão 6.04, pertencente à OMS (Dean, *et al.* 1998).

Para análise estatística dos resultados utilizou-se um método de análise não paramétrico nomeadamente o teste qui-quadrado (χ^2). Efectuou-se a distribuição de frequências para as variáveis qualitativas e calculou-se a média e o desvio padrão para as variáveis quantitativas. Os resultados foram expressos em valores percentuais e apresentados através de gráficos.

As variáveis contínuas foram comparadas utilizando o teste de Kruskal-Wallis. As proporções foram comparadas através do teste do qui-quadrado (com correcção de Yates), quando o valor esperado, em algumas das células, era inferior a vinte e a Prova Exacta de Fisher, quando este valor era inferior a cinco.

Considerou-se nesta análise os intervalos de confiança a 95% e um α de 5%.

VIII. Resultados

8.1. Caracterização da amostra

A amostra final era na sua maioria composta por participantes do género feminino (62,7%), o mesmo acontecendo nas três farmácias comunitárias, mas estas diferenças não revelaram significado estatístico (*tabela 1*).

Tabela 1- Distribuição dos inquiridos por género, em função das três farmácias participantes no estudo.

Género	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	p
Masculino	18 (36,0)	17 (34,0)	21 (42,0)	0,690
Feminino	32 (64,0)	33 (66,0)	29 (58,0)	

A média de idades variou entre os 43 e os 48 anos , não se observando diferenças significativas nas três farmácias comunitárias (*tabela 2*).

Tabela 2- Média das idades dos inquiridos, em função das três farmácias participantes no estudo.

Farmácia	Idade (Anos) m ± dp	p
1	48,38 ± 17,86	0,301
2	46,46 ± 18,99	
3	42,72 ± 16,03	

m = média ; dp = desvio padrão

Relativamente à escolaridade observou-se uma grande variabilidade em ambos os géneros, contudo não se encontraram diferenças significativas (*tabela 3*). O mesmo já não aconteceu quando se analisou a escolaridade nas várias farmácias, pois verificou-se havia diferenças ($p=0,011$) no sentido da escolaridade ser mais elevada na farmácia 2.

Tabela 3 - Distribuição dos inquiridos de acordo com a escolaridade, em função do género.

Escolaridade	Masculino n (%)	Feminino n (%)	P
Não sabe ler nem escrever	2 (3,6)	5 (5,3)	0,187
Ensino Primário	27 (48,2)	29 (30,9)	
Ensino Preparatório	3 (5,4)	14 (14,9)	
Ensino Secundário	16 (28,6)	30 (31,9)	
Ensino Superior Politécnico ou Universitário	8 (14,3)	16 (17,0)	

Tabela 4 - Distribuição dos inquiridos de acordo com a escolaridade escolar, em função das três farmácias participantes no estudo.

Escolaridade	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 N (%)	P
Não sabe ler nem escrever	3 (6,0)	4 (8,0)	0 (0,0)	0,011
Ensino Primário	20 (40,0)	11 (22,0)	25 (50,0)	
Ensino Preparatório	7 (14,0)	2 (4,0)	8 (16,0)	
Ensino Secundário	14 (28,0)	20 (40,0)	12 (24,0)	
Ensino Superior Politécnico ou Universitário	6 (12,0)	13 (26,0)	5 (10,0)	

Verificou-se que a maioria dos inquiridos possui uma profissão sem qualificação grau II, e que os grupos mais reduzidos correspondem aos inquiridos com profissão superior. Encontrou-se diferenças significativas ($p = 0,026$), no sentido em que os inquiridos do género feminino desempenham profissões de classes superiores (*Tabela 5*).

Tabela 5 – Distribuição dos inquiridos pela profissão em função do género.

Profissão	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)	P
Sem Qualificação - grau I -	2 (3,6)	18 (19,1)	20 (13,3)	0,026
Sem Qualificação - grau II -	16 (28,6)	14 (14,9)	30 (20,0)	
Semi- Qualificada	7 (12,5)	12 (12,8)	19 (12,7)	
Intermédia	3 (5,4)	13 (13,8)	16 (10,7)	
Superior	4 (7,1)	6 (6,4)	10 (6,7)	
Reformado	14 (25,0)	13 (13,8)	27 (18,0)	
Estudante	5 (8,9)	5 (5,3)	10 (6,7)	
Não sabe	5 (8,9)	13 (13,8)	18 (12,0)	

No conjunto das três farmácias verificou-se que na farmácia 3 se encontra o maior grupo de inquiridos que desempenham profissões de classes inferiores, ao contrário do que acontece na farmácia 2, em que os utentes desempenham profissões de classes superiores. Neste relação verificou-se que as diferenças era estatisticamente significativas, ($p=0,003$).

Tabela 6 - Distribuição dos inquiridos pela profissão, em função das três farmácias participantes no estudo.

Profissão	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	Total n (%)	P
Sem Qualificação - grau I -	8 (16,0)	2 (4,0)	10 (20,0)	20 (13,3)	0,003
Sem Qualificação - grau II -	12 (24,0)	7 (14,0)	11 (22,0)	30 (20,0)	
Semi- Qualificada	4 (8,0)	2 (4,0)	13 (26,0)	19 (12,7)	
Intermédia	2 (4,0)	9 (18,0)	5 (10,0)	16 (10,7)	
Superior	4 (8,0)	6 (12,0)	0 (0,0)	10 (6,7)	
Reformado	11 (22,0)	11 (22,0)	5 (10,0)	27 (18)	
Estudante	3 (6,0)	5 (10,0)	2 (4,0)	10 (6,7)	
Não sabe	6 (12,0)	8 (16,0)	4 (8,0)	18 (12,0)	

Em relação à situação profissional, a maioria dos inquiridos trabalha por conta de outrem. Observou-se uma grande variabilidade quer em ambos os géneros quer nas três farmácias, contudo não se encontraram diferenças significativas (*Tabela 7 e 8*).

Tabela 7 - Distribuição dos inquiridos pela situação profissional em função do género.

Situação Profissional	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)	P
Trabalhador por conta própria	8 (16,0)	22 (27,5)	30 (23,1)	0,252
Trabalhador por conta de outrem	23 (46,0)	39 (48,8)	62 (47,7)	
Reformado	14 (28,0)	13 (16,3)	27 (20,8)	
Estudante	5 (10,0)	6 (7,5)	11 (8,5)	

Tabela 8 - Distribuição dos inquiridos pela situação profissional em função das três farmácias participantes no estudo.

Situação Profissional	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	P
Trabalhador por conta própria	12 (28,6)	7 (16,7)	11 (23,9)	*
Trabalhador por conta de outrem	16 (38,1)	18 (42,9)	28 (60,9)	
Reformado	11 (26,2)	11 (26,2)	5 (10,9)	
Estudante	3 (7,1)	6 (14,3)	2 (4,3)	

* Não foi possível calcular o valor de p

8.2. Resultados propriamente ditos

Perante um ligeiro problema de saúde 64,7% dos inquiridos recorre aos serviços de um farmacêutico, o mesmo acontecendo quando se analisam as diferentes farmácias, não se encontrando diferenças significativas entre elas (*tabela 9*).

Tabela 9 - Distribuição dos inquiridos pelas suas opções perante um problema de saúde ligeiro em função das três farmácias participantes no estudo.

Recurso perante problema de saúde ligeiro	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	Total n (%)	P
Enfermeiro	1 (2,0)	2 (4,0)	0 (0,0)	3 (2,0)	0,852
Farmacêutico	31 (62,0)	32 (64,0)	34 (68,0)	97 (64,7)	
Médico	9 (18,0)	5 (10,0)	7 (14,0)	21 (14,0)	
Sozinho/ Familiar/ Amigo	6 (12,0)	7 (14,0)	7 (14,0)	20 (13,3)	
Não faz nada	3 (6,0)	4 (8,0)	2 (4,0)	9 (6,0)	

Perante o mesmo ligeiro problema de saúde e quando se analisam por classe etária, verifica-se que os mais novos (até aos 45 anos) recorrem mais ao farmacêutico enquanto os mais velhos (acima de 45 anos) recorrem ao farmacêutico e ao médico (*tabela 10*).

Tabela 10 - Distribuição dos inquiridos pelas suas opções perante um problema de saúde ligeiro em função da faixa etária dos participantes no estudo.

Recurso perante problema de saúde ligeiro	Até aos 45 anos n (%)	Maiores de 45 anos n (%)	P
Enfermeiro	1 (1,4)	2 (2,6)	*
Farmacêutico	53 (72,6)	44 (57,1)	
Médico	7 (9,6)	14 (18,2)	
Sozinho/ Familiar/ Amigo	10 (13,7)	10 (13,0)	
Não faz nada	2 (2,7)	7 (9,1)	
Total - n (%)	73 (48,7)	77 (51,3)	

* Não foi possível calcular o valor de p

Perante um problema de saúde grave os inquiridos tem como primeira escolha os serviços do centro de saúde, seguindo-se os serviços hospitalares (*tabela 11*) Nesta situação não se verificaram diferenças significativas.

Tabela 11 - Distribuição dos inquiridos pelas suas opções perante um problema de saúde grave em função das três farmácias participantes no estudo.

Recurso perante problema de saúde grave	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	Total n (%)	P
Centro de Saúde	11 (22,0)	28 (56,0)	21 (42,0)	60 (40,0)	*
Hospital	33 (66,0)	13 (26,0)	7 (14,0)	53 (35,3)	
Médico Privado	5 (10,0)	9 (18,0)	21 (42,0)	35 (23,3)	
Não sabe	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,0)	1 (0,7)	
Outro	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	

* Não foi possível calcular o valor de p

Perante o mesmo problema de saúde grave e quando se analisam por classe etária, verifica-se que os mais novos (até aos 45 anos) recorrem mais aos serviços hospitalares e médico privado enquanto os mais velhos (acima de 45 anos) recorrem aos serviços dos centros de saúde. Nesta relação não se verificaram diferenças significativas.

Tabela 12 - Distribuição dos inquiridos pelas suas opções perante um problema de saúde grave em função da faixa etária dos participantes no estudo.

Recurso perante problema de saúde grave	Até aos 45 anos n (%)	Maiores de 45 anos n (%)	Total n (%)	p
Centro de Saúde	20 (27,4)	40 (51,9)	60 (40,0)	*
Hospital	27 (37,0)	26 (33,8)	53 (35,3)	
Médico Privado	24 (32,9)	11 (14,3)	35 (23,3)	
Não sabe	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (0,7)	
Outro	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (0,7)	
Total - n (%)	73 (48,7)	77 (51,3)	150 (100)	

* Não foi possível calcular o valor de p

Relativamente ao benefício de descontos nos medicamentos, a maioria dos inquiridos, 99,3%, usufruem, destes, apenas 1 dos inquiridos não beneficia de qualquer desconto, estando incluído no grupo etário mais novo (*tabela 13*). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 13 - Distribuição dos inquiridos sobre o benefício de descontos nos medicamentos em função da faixa etária dos participantes no estudo.

Beneficia de descontos	Até aos 45 anos n (%)	Maiores de 45 anos n (%)	Total n (%)	P
Sim	72 (98,6)	77 (100,0)	149 (99,3)	0,487
Não	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (0,7)	

Quanto ao género, dos inquiridos que usufruem de descontos, todos fazem parte deste grupo, com excepção de um inquirido do género masculino.(*tabela 14*).

Tabela 14 - Distribuição dos inquiridos sobre o benefício de descontos nos medicamentos em função do género.

Beneficia de descontos	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)	P
Sim	55 (98,2)	94 (100,0)	149 (99,3)	0,373
Não	1 (1,8)	0 (0,0)	1 (0,7)	

Dos 149 inquiridos que usufruem de descontos, a maioria pertence ao grupo etário mais velho.

Verificou-se que na maior parte, 94,6%, dos inquiridos que usufruíam de descontos, os mesmos eram suportados pelo sistema nacional de saúde.

Relativamente à distribuição do género dos inquiridos pela entidade que lhes confere os descontos nos medicamentos não se verificaram diferenças significativas (*tabela 15*).

Tabela 15 - Distribuição dos inquiridos sobre a entidade que suporta os descontos nos medicamentos em função da faixa etária dos participantes no estudo.

Entidade que suporta o desconto	Até aos 45 anos n (%)	Maiores de 45 anos n (%)	Total n (%)	P
Sistema Nacional de Saúde	68 (94,4)	73 (94,8)	141 (94,6)	1,000
Outros Sistemas	4 (5,6)	4 (5,2)	8 (5,4)	
Total - n (%)	72 (48,3)	77 (51,7)	149 (100,0)	

Relativamente ao tempo de espera por uma consulta médica, 42,0% dos inquiridos admitiram que esperam menos do que 30 dias pela mesma (*tabela 16*).

Na relação entre o tempo de espera por uma consulta médica e os grupos etários verificaram-se diferenças significativas ($p=0,015$), esperando mais tempo por uma consulta médica a população mais velha.

Tabela 16 - Distribuição dos inquiridos sobre o tempo de espera por uma consulta médica em função da faixa etária dos participantes no estudo.

Tempo de espera	Até aos 45 anos n (%)	Maiores de 45 anos n (%)	Total n (%)	P
Ate 30 dias	32 (43,8)	31 (40,3)	63 (42,0)	0,015
De 30 a 60 dias	25 (34,2)	24 (31,2)	49 (32,7)	
Mais de 60 dias	10 (13,7)	22 (28,6)	32 (21,3)	
Não sabe	6 (8,2)	0 (0,0)	6 (4,0)	

No estudo verificou-se que dos inquiridos, 66,0% não recorrem a serviços domiciliários por parte do médico, quando não se podem deslocar. Dos inquiridos que optam que o médico vá ao seu domicílio, 18,2 pertencem ao grupo etário mais velho. (*tabela 17*).

Tabela 17 - Distribuição dos inquiridos sobre a possibilidade de o médico se poder deslocar ao domicílio em função da faixa etária dos participantes no estudo.

Domicílio médico	Até aos 45 anos n (%)	Maiores de 45 anos n (%)	Total n (%)	P
Sim	6 (8,2)	14 (18,2)	20 (13,3)	0,146
Não	48 (65,8)	51 (66,2)	99 (66,0)	
Algumas vezes	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (0,7)	
Não sabe	18 (24,7)	12 (15,6)	30 (20,0)	

Relativamente à questão se o inquirido para marcar uma consulta médica tem necessidade de faltar ao trabalho, grande parte respondeu que não tinham essa necessidade, destes 75,5% pertencem ao género masculino (*tabela 18*).

Dos inquiridos que responderam que não tinham necessidade de faltar ao trabalho 75,3% eram pertencentes ao grupo etário mais velho (*tabela 19*).

Na relação entre a necessidade de ter que faltar ao trabalho para conseguir marcar uma consulta com o género assim como na relação com os grupos etários não se verificam diferenças significativas.

Tabela 18 - Distribuição dos inquiridos sobre a necessidade de faltar ao trabalho para marcar uma consulta em função do género.

Falta ao trabalho para a marcação da consulta	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)	P
Sim	6 (10,7)	9 (9,6)	15 (10)	0,432
Não	36 (64,3)	71 (75,5)	107 (71,3)	
Algumas vezes	6 (10,7)	5 (5,3)	11 (7,3)	
Não se aplica (não trabalha)	8 (14,3)	9 (9,6)	17 (11,3)	

Tabela 19 - Distribuição dos inquiridos sobre a necessidade de faltar ao trabalho para marcar uma consulta em função da faixa etária dos participantes no estudo.

Falta ao trabalho para a marcação da consulta	Até aos 45 anos n (%)	Maiores de 45 anos n (%)	Total n (%)	P
Sim	9 (12,3)	6 (7,8)	15 (10%)	0,705
Não	49 (67,1)	58 (75,3)	107 (71,3)	
Algumas vezes	6 (8,2)	5 (6,5)	11 (7,3)	
Não se aplica (não trabalha)	9 (12,3)	8 (10,4)	17 (11,3)	

Dos inquiridos que para comparecer a uma consulta médica não tinham necessidade de faltar ao trabalho (52,7%), a maior parte são do género feminino e pertencem ao grupo etário mais velho (*tabela 20 e 21*).

Na relação entre a necessidade de ter que faltar ao trabalho para conseguir comparecer na consulta com o género não se verificam diferenças estatisticamente significativas, já no que se refere aos grupos etários verifica-se que existem diferenças significativas ($p=0,000$).

Tabela 20 - Distribuição dos inquiridos sobre a necessidade de faltar ao trabalho para ir a uma consulta em função do género.

Falta ao trabalho para ir a uma consulta	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)	P
Sim	17 (30,4)	26 (27,7)	43 (28,7)	0,376
Não	25 (44,6)	54 (57,4)	79 (52,7)	
Algumas vezes	5 (8,9)	5 (5,3)	10 (6,7)	
Não se aplica (não trabalha)	9 (16,1)	9 (9,6)	18 (12,0)	

Tabela 21 - Distribuição dos inquiridos sobre a necessidade de faltar ao trabalho para ir a uma consulta em função da faixa etária dos participantes no estudo.

Falta ao trabalho para ir a uma consulta	Até aos 45 anos n (%)	Maiores de 45 anos n (%)	Total n (%)	P
Sim	31 (42,5)	12 (15,6)	43 (28,7)	0,000
Não	25 (34,2)	54 (70,1)	79 (52,7)	
Algumas vezes	8 (11,0)	2 (2,6)	10 (6,7)	
Não se aplica (não trabalha)	9 (12,3)	9 (11,7)	18 (12,0)	

Relativamente à droga A, no conjunto das três farmácias 24,7% inquiridos admitem que tomaram este fármaco, verificando-se que é na farmácia 3 que este grupo de fármacos é menos consumido (*tabela 22*).

Tabela 22 – Frequência da toma da droga A (Fármacos que actuam no aparelho digestivo e metabolismo) por farmácia.

Toma a droga A	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	Total n (%)	P
Não	36 (31,9)	36 (31,9)	41 (36,3)	113 (75,3)	0,408
Sim	14 (37,8)	14 (37,8)	9 (24,3)	37 (24,7)	

No conjunto das três farmácias apenas 12,0% dos inquiridos admitem tomar a droga B, destes 50,0% pertencem à farmácia 1 (*tabela 23*).

Tabela 23 – Frequência da toma da droga B (Fármacos que actuam no sangue e órgãos hematopoéticos) por farmácia.

Toma a droga B	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	Total n (%)	P
Não	41 (31,1)	43 (32,6)	48 (36,4)	132 (88,0)	0,085
Sim	9 (50,0)	7 (38,9)	2 (11,1)	18 (12,0)	

Relativamente à droga C, no conjunto das três farmácias houve 34,0% dos inquiridos que afirmaram toma-la, pertencendo 39,2% destes à farmácia 1 (*tabela 24*)

Tabela 24 – Frequência da toma da droga C (Fármacos que actuam no aparelho cardiovascular) por farmácia.

Toma a droga C	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	Total n (%)	P
Não	30 (30,3)	32 (32,3)	37 (37,4)	99 (66,0)	0,314
Sim	20 (39,2)	18 (35,3)	13 (25,5)	51 (34,0)	

Relativamente à droga D, apenas 8,7% admitem o seu uso. Destes 61,5% pertencem à farmácia 3 (*tabela 25*)

Tabela 25 – Frequência da toma da droga D (Medicamentos Dermatológicos) por farmácia.

Toma a droga D	Farmácia 1 N (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	Total n (%)	P
Não	49 (35,8)	46 (33,6)	42 (30,7)	137 (91,3)	*
Sim	1 (7,7)	4 (30,8)	8 (61,5)	13 (8,7)	

* Não foi possível calcular o valor de p

Em relação à droga G, 13,3% dos inquiridos consomem-na, dos quais 70,0% pertencem à farmácia 1 (*tabela 26*).

Tabela 26 – Frequência da toma da droga G (Fármacos que actuam no aparelho génito-urinário e hormonas sexuais) por farmácia

Toma a droga G	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	Total n (%)	P
Não	36 (27,7)	47 (36,2)	47 (36,2)	130 (86,7)	0,001
Sim	14 (70,0)	3 (15,0)	3 (15,0)	20 (13,3)	

No que à droga H diz respeito, apenas 1,3% dos inquiridos admitem tomá-la, sendo que nenhum inquirido da farmácia 3 o toma (*tabela 27*).

Tabela 27 – Frequência da toma da droga H (Preparados hormonais sistémicos, excluindo hormonas sexuais) por farmácia.

Toma a droga H	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	Total n (%)	P
Não	49 (33,1)	49 (33,1)	50 (33,8)	148 (98,7)	*
Sim	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	2 (1,3)	

* Não foi possível calcular o valor de p

Apenas 4,7% dos inquiridos afirmam tomar a droga J, sendo igual o número de inquiridos que a tomam na farmácia 1 e 2 (*tabela 28*).

Tabela 28 – Frequência da toma da droga J (Anti-infecciosos gerais para uso sistémico) por farmácia.

Toma a droga J	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	Total n (%)	P
Não	47 (32,9)	47 (32,9)	49 (34,3)	143 (95,3)	*
Sim	3 (42,9)	3 (42,9)	1 (14,3)	7 (4,7)	

* Não foi possível calcular o valor de p

No conjunto das três farmácias, 15,3% dos inquiridos responderam que tomam a droga M, destes, igual número de inquiridos 39,1% pertencem às farmácias 1 e 3 (*tabela 29*).

Tabela 29 – Frequência da toma da droga M (Fármacos que actuam no sistema musculo esquelético) por farmácia.

Toma a droga M	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	Total n (%)	P
Não	41 (32,3)	45 (35,4)	41 (32,3)	127 (84,7)	0,440
Sim	9 (39,1)	5 (21,7)	9 (39,1)	23 (15,3)	

Em relação à droga N, 25,3% dos inquiridos admitem tomá-la, correspondendo 42,1% destes aos inquiridos da farmácia 1 (*tabela 30*).

Tabela 30 – Frequência da toma da droga N (Fármacos que actuam no sistema nervoso) por farmácia.

Toma a droga N	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	Total n (%)	P
Não	34 (30,4)	41 (36,6)	37 (33,0)	112 (74,7)	0,271
Sim	16 (42,1)	9 (23,7)	13 (34,2)	38 (25,3)	

Apenas 1,3% dos inquiridos responderam afirmativamente em relação à toma da droga P, pertencendo todos à farmácia 3 (*tabela 31*).

Tabela 31 – Frequência da toma da droga P (Produtos anti-parasitários, insecticidas e repelentes) por farmácia.

Toma a droga P	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	Total n (%)	P
Não	50 (33,8)	50 (3,8)	48 (32,4)	148 (98,7)	*
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (1,3)	

* Não foi possível calcular o valor de p

Em relação à droga R, apenas 6,7% dos inquiridos admitem consumir a droga R, dos quais 40,0% pertencem à farmácia 2 (*tabela 32*).

Tabela 32 – Frequência da toma da droga R (Fármacos que actuam no aparelho respiratório) por farmácia.

Toma a droga R	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	Total n (%)	P
Não	47 (33,6)	46 (32,9)	47 (33,6)	140 (93,3)	*
Sim	3 (30,0)	4 (40,0)	3 (30,0)	10 (6,7)	

* Não foi possível calcular o valor de p

Relativamente à droga S, 2 dos inquiridos admitiram tomá-la, sendo um da farmácia 1 e o outro da farmácia 3 (*tabela 33*).

Tabela 33 – Frequência da toma da droga S (Fármacos que actuam nos órgãos dos sentidos) por farmácia.

Toma a droga S	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	Total n (%)	P
Não	49 (33,1)	50 (33,8)	49 (33,1)	148 (98,7)	*
Sim	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	2 (1,3)	

* Não foi possível calcular o valor de p

No conjunto das três farmácias, apenas 2,0% dos inquiridos admitem que tomam a droga V, dos quais 66,7% pertencem à farmácia 3 (*tabela 34*).

Tabela 34 – Frequência da toma da droga V (meios de diagnóstico) por farmácia.

Toma a droga V	Farmácia 1 n (%)	Farmácia 2 n (%)	Farmácia 3 n (%)	Total n (%)	P
Não	50 (34,0)	49 (33,3)	48 (32,7)	147 (98,0)	*
Sim	0 (0,0)	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (2,0)	

* Não foi possível calcular o valor de p

A maior parte dos 113 inquiridos que não tomam a droga A são do género feminino, assim como o maior número de inquiridos que não tomam a droga A pertencem ao grupo etário mais velho.

Dos 37 inquiridos que tomam a droga A maior parte pertencem ao sexo feminino. Em relação aos grupos etários não se verificaram diferenças significativas no que diz respeito ao consumo da droga A (*tabela 35*).

Em relação à droga B, 88,0% dos inquiridos responderam que não a tomam, pertencendo a maioria destes ao género feminino e ao grupo etário mais novo..

Em relação aos que tomam a droga B, a maioria pertence ao género feminino e ao grupo etário mais velho (*tabela 35*).

No que se refere à droga C, 66,0% dos inquiridos responderam que não a tomam, sendo a maioria pertencente ao género feminino e à faixa etária mais jovem.

Trinta e quatro por cento dos inquiridos admitem tomar a droga C, correspondendo a maioria destes ao género feminino e ao grupo etário mais velho (*tabela 35*).

Em relação à droga D, 91,3% dos inquiridos admitem não a tomar, destes, a maioria pertence ao género feminino e ao grupo etário mais velho.

Dos 8,7% que responderam que tomam a droga D, 69,2 % pertencem ao género feminino e ao grupo etário mais velho (*tabela 35*).

A maior parte dos inquiridos 86,7% não toma a droga G. Dos que afirmam não a tomar, a maioria são mulheres e do grupo etário mais velho.

Treze virgula três por cento admitem tomar esta droga, correspondendo o maior número de inquiridos ao género feminino e ao grupo etário mais jovem (*tabela 35*).

Sobre a droga H, 98,7% dos inquiridos responderam que não tomam a referida droga, destes, a maioria pertencem ao género feminino e ao grupo etário mais velho.

Sobre os inquiridos que admitem tomar a droga H, pertencem todos ao género feminino e ao grupo etário mais velho (*tabela 35*).

Noventa e cinco virgula três por cento dos inquiridos responderam que não tomam a droga J. Destes 60,0% pertencem ao género feminino, e encontram-se distribuídos uniformemente pela faixa etária.

Apenas 4,7% dos inquiridos admitem tomar a droga J. Todos os que responderam de modo afirmativo pertencem ao género feminino, e a maioria a grupo etário mais velho (*tabela 35*)

Relativamente à droga M, 84,7% inquiridos responderam que não tomam a droga M, destes, 63,0% correspondem ao género feminino e a maior parte ao grupo etário mais velho.

Dos 15,3% que afirmam tomar a droga M, a maioria corresponde ao género feminino e ao grupo etário mais jovem (*tabela 35*).

Setenta e quatro virgula sete por cento dos inquiridos não tomam a droga N, destes o maior número corresponde ao género feminino e à faixa etária mais velha.

Por outro lado, 25,3% dos inquiridos responderam que tomam a droga N. Dos que a tomam, 63,2% pertencem ao sexo feminino e a maioria ao grupo etário mais jovem (*tabela 35*).

Em relação à droga P, a maioria afirma não a tomar, sendo o género feminino predominante 62,5%, quanto à faixa etária, o grupo mais velho encontra-se em maior número.

Apenas 1,3% dos inquiridos responderam que tomam a droga P, correspondendo todos a inquiridos do género feminino e pertencentes ao grupo etário mais novo (*tabela 35*).

Noventa e três virgula três por cento dos inquiridos responderam que não tomam a droga R, destes, 63,6% pertencem ao género feminino, quanto ao grupo etário, os mais velhos aparecem em maior número.

Os 6,7% que tomam a droga R, quanto ao género não se encontram diferenças, quanto ao grupo etário predominam os mais jovens (*tabela 35*).

Em relação à droga S, a maioria afirma não a tomar. Dos inquiridos que não a tomam 62,8% pertencem ao género feminino, quanto ao grupo etário não se verificam diferenças.

Apenas 1,3% dos inquiridos admitem tomar a droga S, encontrando-se divididos quanto ao género da mesma forma, não se verificam diferenças, quanto à faixa etária, ambos pertencem ao grupo mais velho (*tabela 35*).

Finalmente, em relação à droga V, 98,0% dos inquiridos não a tomam. A maioria corresponde ao género feminino, quanto à faixa etária não se verificam diferenças significativas.

Relativamente aos que afirmam tomá-la, apenas 2,0% o fazem, pertencendo todos ao género feminino e o maior número de inquiridos ao grupo etário mais velho (*tabela35*).

Tabela 35 – Frequência da toma ou não toma dos vários fármacos em estudo, em função do género e da faixa etária.

Droga		Género						P
		Masculino n (%)			Feminino n (%)			
		≤ 45 Anos	≥ 46 Anos	Total n (%)	≤ 45 Anos	≥ 46 Anos	Total n (%)	
A	Toma	6 (50,8)	6 (50,8)	12 (32,4)	14 (56,0)	11 (44,0)	25 (67,6)	0,584
	Não Toma	19 (43,2)	25 (56,8)	44 (38,9)	34 (49,3)	35 (50,7)	69 (61,1)	0,660
B	Toma	2 (22,2)	7 (77,8)	9 (50,0)	0 (0,0)	9 (100,0)	9 (50,0)	0,470
	Não Toma	23 (48,9)	24 (51,1)	47 (35,6)	48 (56,5)	37 (43,5)	85 (64,4)	0,516
C	Toma	5 (22,7)	17 (77,3)	22 (43,1)	7 (24,1)	22 (75,9)	29 (56,9)	0,829
	Não Toma	20 (58,8)	14 (41,2)	34 (34,3)	41 (63,1)	24 (36,9)	65 (65,7)	0,845
D	Toma	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (30,8)	9 (100,0)	0 (0,0)	9 (69,2)	*
	Não Toma	23 (44,2)	29 (55,8)	52 (38,0)	39 (45,9)	46 (54,1)	85 (62,0)	0,991
G	Toma	0 (0,0)	4 (100,0)	4 (20,0)	13 (81,3)	3 (18,8)	16 (80,0)	*
	Não Toma	25 (48,1)	27 (51,9)	52 (40,0)	35 (44,9)	43 (55,1)	78 (60,0)	0,857
H	Toma	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (100,0)	*
	Não Toma	25 (44,6)	31 (5,4)	56 (37,8)	48 (52,2)	44 (47,8)	92 (62,2)	0,472
J	Toma	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (100,0)	*
	Não Toma	25 (44,6)	31 (55,4)	56 (39,2)	46 (52,9)	41 (47,1)	87 (60,8)	0,430

* Não foi possível calcular o valor de p

Droga		Género						P
		Masculino n (%)			Feminino n (%)			
		≤ 45 Anos	≥ 46 Anos	Total n (%)	≤ 45 Anos	≥ 46 Anos	Total n (%)	
M	Toma	6 (66,7)	3 (33,3)	9 (39,1)	8 (57,1)	6 (42,9)	14 (60,9)	1,000
	Não Toma	19 (40,4)	28 (59,6)	47 (37,0)	40 (50,0)	40 (50,0)	80 (63,0)	0,390
N	Toma	8 (57,1)	6 (42,9)	14 (36,8)	13 (54,2)	11 (45,8)	24 (63,2)	0,873
	Não Toma	17 (40,5)	25 (59,5)	42 (37,5)	35 (50,0)	35 (50,0)	70 (62,5)	0,434
P	Toma	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	*
	Não Toma	25 (44,6)	31 (55,4)	56 (37,8)	46 (50,0)	46 (50,0)	92 (62,2)	0,643
R	Toma	5 (100,0)	0 (0,0)	5 (50,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (50,0)	0,444
	Não Toma	20 (39,2)	31 (60,8)	51 (36,4)	45 (50,6)	44 (49,4)	89 (63,6)	0,263
S	Toma	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (50,0)	*
	Não Toma	25 (45,5)	30 (54,5)	55 (37,2)	48 (51,6)	45 (48,4)	93 (62,8)	0,580
V	Toma	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100,0)	*
	Não Toma	25 (44,6)	31 (55,4)	56 (38,1)	47 (51,6)	44 (48,4)	91 (61,9)	0,512

* Não foi possível calcular o valor de p

Relativamente à toma com receita médica, no caso da droga A, 14,0% admitem que a tomam com receita médica e indicado pelo mesmo já 10,7% dos inquiridos admitiram que a tomam sem receita médica por aconselhamento farmacêutico ou por iniciativa própria (tabela 36).

Sobre a droga B, 88,0% dos inquiridos responderam que não a tomam. Dos que a tomam, 9,3 % responderam que a consomem com receita médica e 2,7% dos inquiridos responderam que a tomam sem receita médica por aconselhamento médico e farmacêutico ou por iniciativa própria (tabela 36).

Relativamente a droga C, 30,0% dos inquiridos tomam-na com receita médica, todos por indicação médica excepto um inquirido que optou pelo aconselhamento farmacêutico, 4,0% admitiram que a tomam sem receita médica (*tabela 36*).

Noventa e um virgula três por cento dos inquiridos responderam que não tomam a droga D. Dois por cento responderam que tomam a droga D com receita médica e 6,7% sem receita médica (*tabela 36*).

Em relação à droga G, 86,7% dos inquiridos respondeu que não a toma, 6,7% que a tomam com receita médica prescrita pelo mesmo, e outros 6 (6,7%) inquiridos admitiram que a tomam sem receita médica, principalmente por aconselhamento farmacêutico (*tabela 36*).

Apenas 1,3% dos inquiridos responderam que tomam a droga H, fazendo-o com receita por prescrição médica (*tabela 36*.)

Dos 4,7% que responderam tomar a droga J, todos o fazem com receita por prescrição médica (*tabela 36*).

Relativamente a droga M, 84,7% dos inquiridos respondeu que não a toma, 9,3% que a tomam com receita médica, tendo sido a maioria por aconselhamento do mesmo e 6,0% inquiridos admitiram que a tomam sem receita médica tendo sido a maioria destes aconselhados por amigos ou por farmacêuticos (*tabela 36*).

Catorze por cento dos inquiridos responderam que tomam a droga N com receita médica e 11,3% dos inquiridos tomam sem receita médica, tendo sido a maioria aconselhada por um farmacêutico (*tabela 36*).

Apenas 1,3% dos inquiridos tomam a droga R com receita médica e 5,3% dos inquiridos admitiram que a tomam sem receita médica (*tabela 36*).

Todos os inquiridos que admitem tomar a droga S, 1,3%, o fazem com receita médica e prescrição do mesmo (*tabela 36*)

À semelhança do que se verificou na droga S, também na droga V todos os inquiridos a tomam com receita e prescrição médica (*tabela 36.*)

Tabela 36 - Frequência da toma com ou sem receita médica em função da pessoa que prescreveu.

Toma o fármaco indicado por		Não toma o fármaco n (%)	Toma o fármaco		P
			Com Receita Médica n (%)	Sem Receita Médica n (%)	
A					
Não toma		113 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	*
Toma	Farmacêutico	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (43,8)	
	Médico	0 (0,0)	21 (100,0)	2 (12,5)	
	Iniciativa própria	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (43,8)	
Total n (%)		113 (75,3)	21 (14,0)	16 (10,7)	
B					
Não toma		132 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	*
Toma	Farmacêutico	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	
	Médico	0 (0,0)	14 (100,0)	2 (50,0)	
	Iniciativa própria	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	
Total n (%)		132 (88,0)	14 (9,3)	4 (2,7)	
C					
Não toma		99 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	*
Toma	Farmacêutico	0 (0,0)	1 (2,2)	1 (16,7)	
	Médico	0 (0,0)	44 (97,8)	3 (50,0)	
	Iniciativa própria	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	
Total n (%)		99 (66,0)	45 (30,0)	6 (4,0)	
D					
Não toma		137 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	*
Toma	Familiar	0 (0,0)	3 (100,0)	10 (100,0)	
Total n (%)		137 (91,3)	3 (2,0)	10 (6,7)	
G					
Não toma		130 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	*
Toma	Farmacêutico	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	
	Médico	0 (0,0)	10 (100,0)	6 (60,0)	
	Iniciativa própria	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (30,0)	
Total n (%)		130 (86,7)	10 (6,7)	10 (6,7)	

* Não foi possível calcular o valor de p

Toma o fármaco indicado por	Não toma o fármaco	Toma o fármaco		p
		Com Receita Médica	Sem Receita Médica	
H				
Não toma	148 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	*
Médico	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	
Total n (%)	148 (98,7)	2 (1,3)	0 (0,0)	
J				
Não toma	143 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,000
Médico	0 (0,0)	7 (100,0)	0 (0,0)	
Total n (%)	143 (95,3)	7 (4,7)	0 (0,0)	
M				
Não toma	127 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	*
Toma	Amigo	0 (0,0)	1 (11,1)	
	Farmacêutico	0 (0,0)	3 (33,3)	
	Médico	0 (0,0)	3 (33,3)	
	Iniciativa própria	0 (0,0)	2 (22,2)	
Total n (%)	127 (84,7)	13 (9,3)	9 (6,0)	
N				
Não toma	112 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	*
Toma	Amigo	0 (0,0)	1 (5,9)	
	Farmacêutico	0 (0,0)	7 (41,2)	
	Médico	0 (0,0)	5 (29,4)	
	Iniciativa própria	0 (0,0)	4 (23,5)	
Total n (%)	112 (74,7)	21 (14,0)	17 (11,3)	
R				
Não toma	140 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	*
Toma	Farmacêutico	0 (0,0)	4 (50,0)	
	Médico	0 (0,0)	2 (25,0)	
	Iniciativa própria	0 (0,0)	2 (25,0)	
Total n (%)	140 (93,3)	2 (1,3)	8 (5,3)	

* Não foi possível calcular o valor de p

Toma o fármaco indicado por	Não toma o fármaco	Toma o fármaco		p
		Com Receita Médica	Sem Receita Médica	
S				
Não toma	148 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,000
Toma Médico	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	
Total n (%)	148 (98,7)	2 (1,3)	0 (0,0)	
V				
Não toma	147 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,000
Toma Médico	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	
Total N (%)	147 (98,0)	3 (2,0)	0 (0,0)	

* Não foi possível calcular o valor de p

Dos inquiridos entrevistados, a maioria respondeu prontamente, não se verificaram diferenças quanto ao grupo etário (*tabela 37*).

Tabela 37 - Distribuição dos inquiridos sobre a forma como estes acederam a ser entrevistados em função da faixa etária dos participantes no estudo.

Acedeu a ser entrevistado	Até aos 45 anos n (%)	Maiores de 45 anos n (%)	P
Prontamente	71 (97,3)	75 (97,4)	1,000
Com relutância	2 (2,7)	2 (2,6)	
Total - n (%)	73 (48,7)	77 (51,3)	

Quanto ao género também não se verificaram diferenças na forma como os inquiridos acederam ao inquérito (*tabela 38*).

Tabela 38 - Distribuição dos inquiridos sobre a forma como estes acederam a ser entrevistados em função do género.

Acedeu a ser entrevistado	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)	P
Prontamente	53 (94,6)	93 (98,9)	146 (97,3)	0,147
Com relutância	3 (5,4)	1 (1,1)	4 (2,7)	

Após a realização de todos os inquéritos, nenhum dos inquiridos revelou cansaço.

Em relação à forma como os inquiridos aceitaram o inquérito, a maioria aceitou bem, não se verificando diferenças significativas quanto ao género nem quanto ao grupo etário (*tabela 39 e 40*).

Tabela 39 - Distribuição dos inquiridos sobre a forma como estes aceitaram o inquérito em função da faixa etária dos participantes no estudo.

Aceitou bem o inquérito	Até aos 45 anos n (%)	Maiores de 45 anos n (%)	Total n (%)	P
Sim	72 (98,6)	77 (100,0)	149 (99,3)	0,487
Não	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (0,7)	
Total - n (%)	73 (48,7)	77 (51,3)	150 (100)	

Tabela 40 - Distribuição dos inquiridos sobre a forma como estes aceitaram o inquérito em função do género.

Aceitou bem o inquérito	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)	P
Sim	56 (100,0)	93 (98,9)	149 (99,3)	1,000
Não	0 (0,0)	1 (1,1)	1 (0,7)	

IX. Discussão dos resultados

Dos 150 inquéritos realizados, a maioria era do género feminino, o mesmo acontecendo em cada uma das três farmácias comunitárias participantes., o que mostra que a mulher no seio familiar será a que mais predisponibilidade tem para ir à farmácia.

Neste estudo verificou-se que os inquiridos do sexo feminino possuíam mais formação académica do que comparativamente aos do sexo masculino. De salientar que foi na Farmácia Portela onde se verificou maior número de inquiridos com ensino superior, e ensino secundário. Número esse que estará relacionado com o facto da referida Farmácia estar inserida num meio urbano de grande dimensão, nomeadamente a cidade de Vila Nova de Gaia. Por outro lado a Farmácia Vitória que se localiza numa freguesia pequena, Beire, na periferia do concelho de Paredes foi a Farmácia com menor número de inquiridos com formação Superior e com formação ao nível do ensino Secundário.

Embora se tenha verificado, como atrás foi referenciado, que no geral os inquiridos do sexo feminino tenham mais e melhor formação académica, são mais as mulheres que possuem profissões sem qualificação de grau I.

Como já se tinha verificado foi na Farmácia Portela que se encontraram maior número de inquiridos que possuíam formação ao nível de Ensino Secundário e Superior, e na Farmácia Vitória onde se encontraram maior número de inquiridos com menor nível de formação. Relacionado com esta realidade e acabando por ser uma consequência verificase que é precisamente na Farmácia Portela onde se verificam maior número de inquiridos que possuem profissões superiores e intermédias. Também se verifica que é na Farmácia Portela onde há maior número de estudantes.

Segundo Casarin (2007), os indivíduos com maior escolaridade, que por possuírem mais informação sentem-se mais confiantes apresentam valores mais elevados de automedicação.

A Farmácia Vitória que possuía menor número de inquiridos com formação académica Superior ou Politécnica e também a farmácia com menor número de estudantes nos seus inquiridos e onde nenhum dos seus inquiridos desempenha profissões de nível superior.

De referir que as Farmácias que apresentam maior número de inquiridos com apenas o Ensino Primário e Preparatório são as Farmácias Miraldo, e a Farmácia Vitória. Por conseguinte são as Farmácias 1 e 2 que tem maior número de inquiridos com profissões sem qualificação – grau 1 e 2. De referir que as zonas geográficas onde estão localizadas as Farmácias Miraldo e Vitória são zonas que possuem uma intensa actividade económica ao nível da indústria do mobiliário, indústria têxtil e da construção civil. Actividades cujo a maior parte dos seus trabalhadores tem pouca formação académica. A profissão que os inquiridos desempenham está assim relacionada com o grau de formação que possuem.

Curioso o facto de se verificar que é precisamente nas Farmácias Miraldo e Vitória onde se encontram maior número de inquiridos que trabalham por conta própria. Na Farmácia Miraldo 12 (28,6%) inquiridos trabalham por conta própria e na Farmácia Vitória 11 (23,9%) inquiridos. Isto deve-se ao facto de se inserirem em meios mais pequenos cuja competitividade entre actividades económicas é menor e onde o capital necessário para investir num negócio, comércio ou indústria é substancialmente menor quando comparado com os grandes centros urbanos. A Farmácia Vitória estando inserida numas das zonas com maior actividade ao nível da indústria do mobiliário e indústria têxtil é natural que seja uma região que possui uma boa capacidade empregadora, o que se verifica, 28 (60,9%) dos seus inquiridos trabalham por conta de outrem.

Segundo Maria (2000) e Sawala (2008), no caso de problemas ligeiros, o farmacêutico como prestador de cuidados primários, apresenta um papel importante na prática da automedicação responsável, as pessoas que a praticam, nem sempre tem conhecimento para escolher o medicamento, a dose ou a duração do tratamento.

Na maioria das vezes o utente procura uma farmácia. Vê nela uma instituição de saúde de acesso fácil e gratuito (Zubioli, 2000).

É precisamente essa situação que se verifica neste estudo, onde 97 (64,7%) dos inquiridos quando sujeitos a um ligeiro problema de saúde recorrem a um farmacêutico.

De referir que nenhum dos inquiridos da Farmácia Vitória quando sujeitos a um ligeiro problema de saúde recorreu aos serviços de um enfermeiro, possivelmente deve-se ao facto de naquele meio não serem abundantes a oferta de serviços de enfermagem.

Verifica-se que na Farmácia Portela os inquiridos quando sujeitos a um ligeiro problema de saúde recorrem menos ao médico, 5 (10,0%). Tal pode acontecer devido ao facto de população possuir mais formação académica, viver num meio urbano e por conseguinte ter mais informação para conseguir resolver o ligeiro problema sem recorrer ao médico. Segundo a OMS, verifica-se que a automedicação é superior nos indivíduos com maior escolaridade (32,5%), que por possuírem mais informação sentem-se mais confiantes.

Neste estudo, é o grupo etário mais velho que quando sujeito a um ligeiro problema de saúde mais recorre ao médico. Tal como Sá *et al* (2007) afirmam, a frequência de automedicação registada em idosos são menores do que as praticadas pela população em geral. De referir que 9,1% dos inquiridos pertencentes ao grupo etário mais velha nada faz quando sujeitos a um ligeiro problema de saúde, possivelmente por o associar a patologias crónicas frequentes em indivíduos mais idosos.

Segundo Lopes (2001), os riscos e perigos da automedicação está vinculada aos indivíduos de faixas etárias mais altas, assim como os indivíduos com menos habilitações escolares.

Neste estudo verifica-se que a maior parte dos inquiridos quando sujeitos a um problema de saúde grave recorrem ao Centro de Saúde. De referir que na farmácia Vitória há tantos inquiridos que recorrem ao centro de saúde, como aqueles que recorrem ao médico privado. Verifica-se que o maior número de inquiridos que recorrem ao centro de saúde são pertencentes ao grupo etário mais velho, e são os inquiridos pertencentes ao grupo etário mais novo que recorre com maior frequência ao médico privado. Tal pode ser justificado pelo facto de ser o grupo etário mais novo

aquele que mais necessidade tem de faltar ao trabalho quer para agendar uma consulta, quer para ir à consulta médica no centro de saúde. Os inquiridos pertencentes ao grupo etário mais velho não tem necessidade de faltar ao trabalho para marcar uma consulta e não tem necessidade de faltar ao trabalho, o que pode ser justificado pelo facto dos inquiridos mais velhos terem uma posição profissional mais consolidada e alguns inquiridos já reformados.

Um estudo realizado pela OMS indica que as mulheres se automedicam mais do que os homens. Segundo Casarin (2007), o grupo etário compreendido entre os 10 – 49 anos é o que apresenta valores mais elevados de automedicação.

Verifica-se que 13,3% dos inquiridos por vezes recorre aos serviços médicos no seu domicílio. Dezoito virgula dois por cento dos inquiridos pertencentes ao grupo etário mais velho recorre a esta situação. Tal pode estar associado a possíveis dificuldades de locomoção, mobilidade e a dificuldades no transporte para o Centro de Saúde, Hospital ou Consultório médico privado.

Com excepção de um inquirido, todos os outros dos usufruem de descontos. A entidade que suporta os descontos a 94,6% inquiridos é o Sistema Nacional de Saúde.

No estudo verificou-se que 42,0% dos inquiridos estão sujeitos a um tempo de espera por uma consulta médica inferior a 30 dias, contudo deve-se referenciar que 21,3% dos inquiridos tem que se sujeitar a um tempo de espera superior a 60 dias. Segundo os inquiridos o tempo de espera superior a 60 dias está relacionado com o facto de normalmente essas consultas serem de especialidade.

De todos os fármacos consumidos pelos inquiridos participantes neste estudo, os mais consumido foram os fármacos que actuam no sistema cardiovascular, 34,0% inquiridos. Este valor insere-se perfeitamente na realidade portuguesa, pois a maior causa de morte em Portugal são patologias relacionadas com o sistema cardiovascular. Cinquenta e seis virgula nove por cento dos inquiridos são do género feminino. Setenta e cinco virgula nove por cento dos inquiridos do sexo feminino estão incluídos na faixa etária mais velha.

Os fármacos que actuam no sistema nervoso são os segundos fármacos mais consumidos por parte dos inquiridos, 25,3%. É o género feminino que mais consome este fármaco, 63,2% dos inquiridos do género feminino, sendo que 53,2% das inquiridas pertencem ao grupo etário mais novo. As mulheres pela sua complexidade hormonal, quer aquando o período pré e pós parto, e no período pré e pós menopausa, estão sujeitas a uma maior incidência por parte de patologias do foro nervoso.

Os fármacos que actuam no aparelho digestivo e metabolismo tem um consumo por parte dos inquiridos muito semelhante aos fármacos que actuam no sistema nervoso. 24,7% dos inquiridos consomem fármacos que actuam no aparelho digestivo e metabolismo. Destes 37 inquiridos, 67,6% pertencem ao género feminino.

Os três fármacos menos consumidos por parte dos inquiridos são os preparados hormonais sistémicos, excepto hormonas sexuais, 1,3%, os produtos anti parasitários, insecticidas e repelentes, 1,3%, e os fármacos que actuam nos órgãos dos sentidos, 1,3%.

Todos os inquiridos que tomam os preparados hormonais sistémicos, excepto hormonas sexuais, são do género feminino e pertencentes ao grupo etário mais velho.

Todos os inquiridos que consomem os produtos anti parasitários, insecticidas e repelentes, são do género feminino e pertencentes ao grupo etário mais novo.

Relativamente aos inquiridos que consomem os fármacos que actuam nos órgãos dos sentidos, metade é do sexo masculino e pertencente à faixa etária mais velha e a outra metade do sexo feminino também pertencente à faixa etária mais velha.

Dos 13,3% inquiridos que responderam que consomem fármacos que actuam no aparelho génito-urinário e hormonas sexuais. Destes, 70,0% foram registados na Farmácia Miraldo, tendo a Farmácia Portela 15,0% inquiridos e a farmácia Vitória os restantes 15,0%.

Neste estudo verificou-se que os fármacos que os inquiridos mais consumiam através de automedicação foram os fármacos que actuam no sistema nervoso, 11,3% dos inquiridos, e os fármacos que actuam no aparelho digestivo e metabolismo.

Relativamente aos fármacos que actuam no sistema nervoso, são 11,3% dos 150 inquiridos que responderam que o tomam sem recurso a receita médica. Dos inquiridos que os tomam sem recurso a receita, 29,4% tomam-no por aconselhamento médico, 23,5% por iniciativa própria, 41,2% dos inquiridos toma por aconselhamento farmacêutico e 5,9% tomou-o por aconselhamento de um amigo.

Os fármacos que actuam no aparelho digestivo e metabolismo são os terceiros fármacos mais consumidos por parte dos inquiridos, onde 24,7% dos inquiridos os consomem. Destes, 10,7% dos inquiridos consomem-no sem uso de receita médica. 43,8% dos inquiridos tomam-nos por iniciativa própria, 43,8% por aconselhamento farmacêutico e 3 12,5% inquiridos tomam-no por aconselhamento de um amigo. Segundo Sá e tal (2007), o uso abusivo destes fármacos por automedicação pode provocar entre outras, reacções alérgicas, adversas e intoxicações.

Todos os inquiridos que utilizam medicamentos dermatológicos através de automedicação, 6,7% dos 150, fizeram-no por indicação de familiares.

De acordo com Lima, 25,9 % da população já utilizaram medicamentos indicados por amigos e familiares. Verificou também que 48,8 % da população indicam medicamentos a outras pessoas.

A familiaridade do leigo com os medicamentos, as experiências positivas anteriores, a dificuldade de acesso ao serviço de saúde associado à baixa qualidade do mesmo, problemas económicos e mais acessibilidade aos medicamentos, são factores que contribuem para a automedicação.

Em relação ao fármaco mais consumido por parte dos inquiridos, 34,0%, os fármacos que actuam no sistema cardiovascular, apenas 4,0% dos 150 inquiridos os toma por automedicação. Dos inquiridos que os toma sem recurso a receita médica, 50,0%

tomam-no por aconselhamento médico, 33,3% por iniciativa própria e 16,7% dos inquiridos toma por aconselhamento farmacêutico.

Neste estudo verificou-se que os preparados hormonais sistémicos, excepto hormonas sexuais, os anti-infecciosos gerais para uso sistémico, os fármacos que actuam nos órgãos dos sentidos e os agentes de diagnóstico nunca foram consumidos por automedicação por parte dos inquiridos.

Segundo Aquino (2008), 2/3 dos antibióticos são usados sem prescrição médica em muitos países. Este valor também é defendido por WHO, que diz que 66% dos antibióticos são vendidos sem receita. Um outro estudo efectuado por Richman, e tal (2001) e Okumura, et al (2002) demonstrou que 17% dos doentes tomam antibióticos sem prescrição médica. O uso descontrolado de antibióticos é especialmente preocupante, em virtude da frequente administração de doses sub terapêuticas e temporárias, em casos para os quais os antibióticos não são indicados e apesar das contra-indicações (Lima e Rodrigues 2006). Neste estudo verifica-se que nenhum fármaco anti-infeccioso geral para uso sistémico foi vendido sem receita, o que é um aspecto extremamente positivo. A sociedade Portuguesa parece estar a adquirir comportamentos mais responsáveis e sensatos. Também revela um cumprimento integral da lei por parte das farmácias, visto não venderem os antibióticos sem receita.

Segundo Lopes (2001), o recurso à automedicação pode mascarar diagnósticos em fase inicial da doença podendo originar situações potencialmente graves. Uma utilização inadequada por parte de alguns doentes, nomeadamente doentes idosos ou com défices cognitivos significativos pode também originar um elevado número de situações problemáticas, tendo em conta o elevado número de medicamentos prescritos a este tipo de utentes. A interacção entre medicamentos prescritos é uma possibilidade que não pode ser esquecida.

De referir que 97,3% dos entrevistados acedeu a ser entrevistado prontamente, os restantes 2,7% inquiridos demonstraram alguma relutância relacionada com a falta de tempo, visto terem compromissos agendados.

Apenas 1 dos inquiridos aceitou colaborar no estudo com algumas reservas, os restantes aceitaram bem o inquérito.

X. Conclusão

A automedicação corresponde a uma necessidade sentida desde há longa data pelo Homem em participar na sua própria saúde, assim, os medicamentos tem vindo a ocupar um lugar de destaque no cenário nacional.

Este estudo demonstrou que o género feminino é o que mais frequenta a farmácia. Verificou-se também que os inquiridos do sexo feminino possuem mais formação académica, comparativamente com os do sexo masculino.

Em relação às três farmácias participantes no estudo, verifica-se que os inquiridos que frequentam a farmácia Portela, uma farmácia inserida num meio urbano, possuem um nível mais elevado de formação académica e consequentemente profissões superiores.

Por outro lado, nas farmácias Miraldo e Vitória, encontram-se inquiridos com um nível mais baixo de formação académica, mas tendo em conta que as farmácias se encontram num meio com intensa actividade económica ao nível da indústria do mobiliário, têxtil e construção civil, é precisamente nestas zonas geográficas que se encontra o maior número inquiridos que trabalham por conta própria.

Pôde verificar-se que perante um problema ligeiro de saúde a maioria dos inquiridos recorre ao aconselhamento farmacêutico, praticando deste modo a automedicação responsável. No entanto quando se faz referência à população mais idosa, perante um problema ligeiro, estes recorrem com mais facilidade ao médico. As frequências registadas de automedicação em idosos são menores do que as praticadas pela população em geral.

Por outro lado, quando sujeitos a um problema grave de saúde os inquiridos destacam a ida ao médico como primeira opção. Os inquiridos pertencentes ao grupo etário mais jovem optam por recorrer a um médico privado, já os mais idosos recorrem ao centro de saúde.

O sistema nacional de saúde corresponde à entidade que suporta quase na totalidade todos os descontos dos medicamentos.

No que se refere ao tempo de espera por uma consulta médica, verificou-se que a maioria dos inquiridos espera menos de 30 dias.

No que aos fármacos em estudo diz respeito, os mais consumidos pelos inquiridos são os que actuam no sistema cardiovascular, seguindo-se dos que actuam no sistema nervoso, em ambos, o género feminino é o que mais os consome.

Em relação à automedicação, verificou-se que os fármacos que actuam no sistema nervoso são os mais consumidos desta forma.

É importante destacar que, ao contrário do que vários estudos indicam, nenhum inquirido consome antibióticos por automedicação.

Este estudo permitiu constatar que cada vez menos as pessoas recorrem à automedicação, e que quando o fazem, fazem-no de um modo responsável, o que leva a pensar que a sociedade portuguesa está a adquirir comportamentos mais sensatos e responsáveis.

XI. Bibliografia

Aguiar, A. (2004). *Medicamentos, que realidade? Passado, Presente e Futuro*. Lisboa, Climepsi Editores, pp.108-116.

Albarrán, K. e Zapata, L., (2008). Analysis and quantification of self-medication patterns of customers in community pharmacies in southern Chile. *Pharmacy, World & Science*. Vol.30, pp.863-868.

Amoako, E., Richardson-Campbell, L. e Kennedy-Malone, L. (2003). Self-medication with over-the-counter drugs among elderly adults. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol.29, n.º 8, pp. 10-15.

Aquino, D. (2008). Porque o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?. *Ciência & Saúde Colectiva*. Suplemento 13. pp. 733-736.

Arrais, P. *et al.* (1997). Perfil da automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 31, n.º 1, pp. 71-77.

Baos, V. (2000). Estrategias para Reducir los Riesgos de Automedicación. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol.24, pp. 147-152.

Bortolon, P. *et al.* (2008). Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. *Ciência & Saúde Colectiva*. Vol. 13, n.º 4, pp. 1219-1226.

Cagri Buke, A., *et al.*,(2003) Rational antibiotic use and academic staff. *International Journal of Antimicrobial Agents*. Vol. 21, pp.63-66.

Carvalho, D. *et al.* (2008). Uso de medicamentos em crianças de zero a seis anos matriculadas em creches de Tubarão, Santa Catarina. *Revista Paulista de Pediatria*. Vol. 26, n.º 3, pp. 238-282.

Casarin, L. (2007). *O uso de medicamentos na saúde colectiva*. Campinas. Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic.

Castro, C. (2000). *Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas*. Rio de Janeiro. Fiocruz.

Centro de Informação sobre os Medicamentos (CIM), (2007) *Avaliação de problemas de saúde leves e autolimitados*. CIM Formando, n.º 2 / Maio-Agosto.

Dean, G. *et al.* (1998). EpiInfo 6, Version 6.04. The division of surveillance and epidemiology – Epidemiology Program Office. *Centers for Disease Control and Prevention*, WHO.

Diário da Republica [Em linha]. Disponível em <http://www.dre.pt/> [Consultado em 06/04/2009].

Instituto Virtual de Fármacos (IVF) [Em linha]. Disponível em http://www.ivfrj.ccsdecania.ufrj.br/ivfonline/edicao_0012/automedicacao.html [Consultado em 06/04/2009].

Lalama, M. (1999). *Perfil de consumo de medicamentos en la ciudad de Quito*. Educacion Medica Continuada. N.º 64, pp, 7-9

Leite, S., Vieira, M. e Verber, A. (2008). Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciência & Saúde Colectiva*. Suplemento 13. pp. 793-802.

Lopes, N. (2001) *Automedicação: algumas reflexões sociológicas*. *Sociologia, Problemas e Práticas*. N.º 37, pp. 41-65.

Loyola Filho, A. *et all*, (2002). Prevalência e factores associados à automedicação: resultados do projecto Bambuí. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 36, n.º1, pp. 55-62.

Maria, V. (2000). Automedicação, Custos e Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, n.º 16, pp. 11-14.

Martins, A.P. *et all.* (1999). *Prevalência da Automedicação na População Urbana*. Lisboa, Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia da Associação Nacional das Farmácias.

Ministério da Saúde (1994). *Classificação de medicamentos quanto à dispensa ao público*, Decreto-Lei n.º 209/94. Diário da Republica. N.º 181, Série I-A, de 6 de Agosto.

Ministério da Saúde (1999). *Regime jurídico da publicidade dos medicamentos de uso humano*, Decreto-Lei n.º 48/99. Diário da Republica. N.º 39, Série I-A, de 16 de Fevereiro.

Ministério da Saúde (2003). *Grupo de consenso sobre automedicação*, despacho n.º 2235/2003. Diário da Republica. N.º 29, 2.ª série, de 4 de Fevereiro.

Ministério da Saúde (2006). *Estatuto do Medicamento*, Decreto-Lei n.º 176/2006. Diário da Republica. N.º 167, Série I, de 30 de Agosto.

Ministério da Saúde (2007). *Situações passíveis de automedicação*, despacho n.º 17690/2007. Diário da Republica. N.º 154, 2.ª série, de 10 de Agosto.

Ministério da Saúde, (2007). *Prontuário Terapêutico – 7*. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.

Nascimento, M. (2003). *Medicamentos: Ameaça ou apoio à saúde?* Rio de Janeiro. Vieira e Lent.

Okumura, J. *et al.* (2002). Drug utilization and self-medication in rural communities in Vietnam. *Social, Science & Medicine*. Vol. 54, pp. 1875-1886.

Organização Mundial de Saúde. [Em linha]. Disponível em <http://www.oms.com/> [Consultado em 06/04/2009].

Pereira, F. *et al.* (2007). Automedicação em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*, Vol. 83, n.º 5, Setembro- Outubro.

Reinstein, J., (1996). Marketing Medicines for Self-Medication. *Journal of Pharmaceutical Marketing and Management*. Vol.10. pp.31-38.

Richman, PB., *et al*, (2001). Oral antibiotic use without consulting a physician: a survey of ED patients. *American Journal of Emergency Medicine*. Vol.19, pp. 57-60.

Sá, M., Barros, J. e Sá, M. (2007). Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Vol. 10, n.º 1, pp.75-85.

Santos, B. (2006). *Este consumo que nos consome – olhares sobre a sociedade de consumo actual*. Porto. Campo das Letras.

Sawalha, A. (2008). A descriptive study of self-medication practices among Palestinian medical and nonmedical university students. *Social and Administrative Pharmacy*. Vol.4, pp. 164-172.

Schaefer, M. e Krishnan, H., (2000). Evaluation of the impact of pharmacist's advice giving on the outcomes of self-medication in patients suffering from dyspepsia. *Pharmacy World Science*. N.º3, pp.102-108.

Sihavong, A., *et al*, (2006). Antimicrobial self-medication for reproductive tract infections in two provinces in Lao People's Democratic Republic. *Sexually Transmitted Infections*. Vol. 82, pp. 182-186.

Silva, M., Freitas, O. e Mendes, I. O medicamento, a automedicação e o papel do farmacêutico. *UNOPAR Científica : Ciência, Biologia e Saúde, Londrina*. Vol.2, n.º 1, pp. 183-189.

Silva, R., Marques, F. e Goes, P. (2008). Factores associados à automedicação em dor de dente: análise a partir dos profissionais dos estabelecimentos farmacêuticos da cidade do Recife, PE. *Ciência & Saúde Coletiva*. Suplemento 13. pp. 697-701.

Soares, C. *et al.* (2008). Facetas da prática da automedicação na cidade de Dourados – MS. *Infarma*. Vol.20, n.º 7/8, pp. 28-31.

Soares, M. (2005). Automedicação versus indicação farmacêutica. *Mundo Farmacêutico*. N.º 18, Setembro- Outubro, pp. 16-17.

Suleman, M. *et al.*, (2009). Assessment of self-medication practices in Assendabo town, Jimma zone, southwestern Ethiopia. *Social and Administrative Pharmacy*. Vol.5, pp. 76-81.

Teixeira, F. (1999). Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica: Sinopse de 2 anos de actividade com vista a sua correcta utilização, *Informação Terapêutica*, N.º1 / 1º Trimestre / Janeiro – Março, pp. 3-8.

Tourino, F., *et al.*,(2008) Home medicine chests and their relationship with self-medication in children and adolescents. Rio de Janeiro. *Jornal de Pediatria*. Vol.84, pp. 416-422.

Vilarino, J. *et all.* (1998). Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 32, pp. 43-52.

Vítor, R. *et all.* (2008). Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. *Ciência & Saúde Colectiva*. Suplemento 13. pp. 737-743.

World Health Organization. The world medicines situation 2004 [Em linha]. Disponível em http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reports_World_Medicines_Situation.pdf [Consultado em 09/04/2009].

World Health Organization - Departement of Essencial Drugs and Other Medicines. (1998) *The role of pharmacist in self-care and self-medication*. World Health Organization.

Zubioli, A. (2000). O farmacêutico e a automedicação responsável. *Pharmacia Brasileira*, São Paulo, n.º 22 / Setembro-Outubro. p. 25.

ANEXOS

ANEXO I

Lista de situações passíveis de automedicação	
Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> <i>a) Diarreia.</i> <i>b) Hemorróidas (diagnóstico confirmado).</i> <i>c) Pirose, enfartamento, flatulência.</i> <i>d) Obstipação.</i> <i>e) Vômitos, enjoo do movimento.</i> <i>f) Higiene oral e da orofaringe.</i> <i>g) Endoparasitoses intestinais.</i> <i>h) Estomatites (excluindo graves) e gengivites.</i> <i>i) Odontalgias.</i> <i>j) Profilaxia da cárie dentária.</i> <i>k) Candidíase oral recorrente com diagnóstico médico prévio.</i> <i>l) Modificação dos termos de higiene oral por desinfecção oral.</i> <i>m) Estomatite aftosa.</i>
Respiratório	<ul style="list-style-type: none"> <i>a) Sintomatologia associada a estados gripais e constipações.</i> <i>b) Odinofagia, faringite (excluindo amigdalite).</i> <i>c) Rinorreia e congestão nasal.</i> <i>d) Tosse e rouquidão.</i> <i>e) Tratamento sintomático da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio.</i> <i>f) Adjuvante mucolítico do tratamento antibacteriano das infecções respiratórias em presença de hipersecreção brônquica</i> <i>g) Prevenção e tratamento da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio (corticóide em inalador nasal)</i>

<p>Cutâneo</p>	<p><i>a)</i> Queimaduras de 1.o grau, incluindo solares. <i>b)</i> Verrugas. <i>c)</i> Acne ligeiro a moderado. <i>d)</i> Desinfecção e higiene da pele e mucosas. <i>e)</i> Micoses interdigitais. <i>f)</i> Ectoparasitoses. <i>g)</i> Picadas de insectos. <i>h)</i> Pitiríase capitis (caspa). <i>i)</i> Herpes labial. <i>j)</i> Feridas superficiais. <i>l)</i> Dermatite das fraldas. <i>m)</i> Seborreia. <i>n)</i> Alopecia. <i>o)</i> Calos e calosidades. <i>p)</i> Frieiras. <i>q)</i> Tratamento da pitiríase versicolor. <i>r)</i> Candidíase balânica. <i>s)</i> Anestesia tópica em mucosas e pele nomeadamente mucosa oral e rectal. <i>t)</i> Tratamento sintomático localizado de eczema e dermatite com diagnóstico médico prévio.</p>
<p>Nervoso / psique</p>	<p><i>a)</i> Cefaleias ligeiras a moderadas. <i>b)</i> Tratamento da dependência da nicotina para alívio dos sintomas de privação desta substância em pessoas que desejem deixar de fumar. <i>c)</i> Enxaqueca com diagnóstico médico prévio. <i>d)</i> Ansiedade ligeira temporária. <i>e)</i> Dificuldade temporária em adormecer.</p>
<p>Muscular / ósseo</p>	<p><i>a)</i> Dores musculares ligeiras a moderadas. <i>b)</i> Contusões. <i>c)</i> Dores pós-traumáticas.</p>

	<p><i>d)</i> Dores reumáticas ligeiras moderadas (osteoartrose/osteoartrite).</p> <p><i>e)</i> Dores articulares ligeiras a moderadas.</p> <p><i>f)</i> Tratamento tópico de sinovites, artrites (não infecciosa), bursites, tendinites.</p> <p><i>g)</i> Inflamação moderada de origem músculo esquelética nomeadamente pós-traumática ou de origem reumática.</p>
Geral	<p><i>a)</i> Febre (menos de três dias).</p> <p><i>b)</i> Estados de astenia de causa identificada.</p> <p><i>c)</i> Prevenção de avitaminoses.</p>
Ocular	<p><i>a)</i> Hipossecreção conjuntival, irritação ocular de duração inferior a três dias.</p> <p><i>b)</i> Tratamento preventivo da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio.</p> <p><i>c)</i> Tratamento sintomático da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio.</p>
Ginecológico	<p><i>a)</i> Dismenorreia primária.</p> <p><i>b)</i> Contraceção de emergência.</p> <p><i>c)</i> Métodos contraceptivos de barreira e químicos.</p> <p><i>d)</i> Higiene vaginal.</p> <p><i>e)</i> Modificação dos termos de higiene vaginal por desinfecção vaginal.</p> <p><i>f)</i> Candidíase vaginal recorrente com diagnóstico médico prévio. Situação clínica caracterizada por corrimento vaginal esbranquiçado, acompanhado de prurido vaginal e habitualmente com exarcebação pré-menstrual.</p> <p><i>g)</i> Terapêutica tópica nas alterações tróficas do tracto génitourinário inferior acompanhadas de</p>

	<p>queixas vaginais como disparêunia, secura e prurido.</p>
<p>Vascular</p>	<p><i>a)</i> Síndrome varicosa—terapêutica tópica adjuvante. <i>b)</i> Tratamento sintomático por via oral da insuficiência venosa crónica (com descrição de sintomatologia).</p>

ANEXO II

ESTUDO SOBRE A AUTOMEDICAÇÃO

Inquérito

Este inquérito está a ser aplicado no âmbito do projecto de monografia de final de licenciatura em Ciências Farmacêuticas da aluna Diana Pereira.

A sua colaboração é muito importante.

Farmácia 1 ____ Farmácia 2 ____ Farmácia 3 ____

1. Sexo

Masculino	1
Feminino	2

2. Idade

Data de Nascimento	____/____/____
Tem	____ anos
Não sabe	

3. Diga-me, por favor, que estudos tem:

Não sabe ler nem escrever	1
Ensino Primário	2
Ensino Preparatório	3
Ensino Secundário (antigo ensino liceal)	4
Ensino Superior Politécnico ou Universitário	5
Não sabe	6

4. O que é que faz actualmente?

Especifique	1
Não sabe	2
Não trabalha (Passar à pergunta 6)	3

5. Diga-me então (leia todas as opções)

É trabalhador por conta própria	1
É trabalhador por conta de outrem	2
É reformado	3
É desempregado	4
É estudante	5
Não sabe	6

6. Quando tem um problema **ligeiro** de saúde, o que faz **habitualmente**? (Por favor assinale só uma opção)

Consulta um enfermeiro	1
Consulta um farmacêutico	2
Consulta um médico	3
Consulta outro técnico de saúde	4
Consulta outro tipo de profissionais	5

- (endireita, acunpuntura, técnico naturista)
- Resolve o problema sozinho(a)/família/amigo(a) 6
- Não faz nada 7
- Não sabe 8
7. Quando tem um problema de saúde **grave** ou **persistente**, o que faz habitualmente? (Por favor assinale só uma opção)
- Centro de saúde 1
- Hospital 2
- CAC 3
- Médico Privado 4
- Outros Serviços de Saúde (ex. SAMS) 5
- Não sabe 6
- Outro 7
8. Tem descontos nos medicamentos?
- Sim 1
- Quem lhe dá os descontos? _____
- Não 2
9. Quanto tempo está geralmente à espera de uma consulta?
- Espera _____ dias
- Não sabe
10. Quando está doente, e não se pode deslocar, o médico vem a sua casa?
- Sim 1
- Não 2
- Algumas vezes 3
- Não sabe 4
11. Quando necessita de marcar uma consulta, tem de faltar ao trabalho?
- Sim 1
- Não 2
- Algumas vezes 3
- Não sabe 4
- Não se aplica (não trabalha) 5
12. Quando vai a uma consulta, tem necessidade de faltar ao trabalho?
- Sim 1
- Não 2
- Algumas vezes 3
- Não sabe 4
- Não se aplica (não trabalha) 5

Vamos agora conversar um pouco sobre os medicamentos que está a adquirir neste momento.

Para cada um dos medicamentos faça as perguntas do quadro abaixo (no caso do utente não saber a resposta, por favor registre *não sabe*)

	Medic. 1	Medic.2	Medic.3	Medic.4	Medic.5
Nome do medicamento					
Quem aconselhou a tomar (familiar, amigo, farmacêutico, médico, iniciativa própria)					
Com ou sem receita médica					
Código					

Questões a serem respondidas pelo entrevistador no fim da entrevista

- A)** O utente aceitou a ser entrevistado
- Prontamente 1
- Com relutância 2
- B)** Achou que o entrevistado mostrou algum cansaço em alguma das perguntas?
- Sim 1
- Qual(is) – pergunta n° _____
- Não 2
- C)** No seu conjunto considera que o entrevistado aceitou bem o inquérito?
- Sim 1
- Não 2

Muito obrigado pela sua colaboração.

