

Joana Barbosa Peixoto

Automedicação no Adulto

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2008

Automedicação no Adulto

Joana Barbosa Peixoto

Automedicação no Adulto

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2008

Joana Barbosa Peixoto

Automedicação no Adulto

Atesto a Originalidade

(Joana Barbosa Peixoto)

“Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciada em Enfermagem.”

FOLHA DE SIGLAS

ADN – Ácido desoxirribonucleico

AESPG – Association of the European Self – medication Industry

ANF – Associação Nacional de Farmácias

FDA – Food and drugs Association

INE – Instituto Nacional de Estatística

JN – Jornal de Noticias

OMS – Organização mundial de Saúde

PAGB – Propriety Association of Great Britain

SIDA – Síndrome de imunodeficiência adquirida

SNC – Sistema Nervoso Central

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

Sumário

A automedicação é uma prática que na actualidade está em franco crescimento, e sendo ela uma actividade que pode envolver riscos de saúde para o indivíduo que a pratica, a enfermagem pode intervir na sua área mais preciosa que é a prevenção.

Com a realização de estudos científicos é possível dar a conhecer a realidade da nossa população e tentar intervir para assim diminuir os riscos para a saúde.

Deste modo, este estudo verifica os factores que levam os indivíduos a recorrer à automedicação, se a praticam de forma segura e ainda se mostram iniciativa de procura de informação em relação aos riscos que esta prática pode causar.

Este estudo desenvolve-se segundo uma abordagem quantitativa do tipo descritivo simples, e para a colheita de dados, o instrumento escolhido foi o questionário. Foi realizado numa aldeia do concelho de Barcelos a uma amostra de 73 indivíduos entre os 18 e os 65 anos.

Após a análise dos dados verificou-se que a maior parte dos indivíduos ingere medicamentos por automedicação (86,3%). A principal causa que leva os indivíduos a recorrer à automedicação relaciona-se com sintomas considerados menores, como a gripe, constipação ou tosse, (27%). Verificou-se ainda que os indivíduos recorrem à automedicação sem procurar informações ou esclarecimentos sobre o medicamento que vão ingerir (63,5%) e que 54% dos indivíduos que se automedicam padecem de doença crónica e já se encontram a tomar diariamente medicamentos prescritos. Por fim verificou-se que cerca de 90% dos indivíduos desconhece os riscos que a automedicação pode arrastar.

Agradecimentos

Ao terminar a realização deste trabalho de investigação gostaria de expressar o meu sincero agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma tornaram possível, a sua realização, em especial:

- Ao Enfermeiro Cipriano, por todo o empenho e disponibilidade;
- A todos aqueles docentes que ao longo dos quatro anos me transmitiram os valores essenciais da Enfermagem;
- Aos meus pais e ao meu irmão pelo apoio e carinho;
- A todos os meus amigos que me acompanharam nesta etapa tão importante.

ÍNDICE	
	Pág.
Introdução	14
I. Enquadramento Conceptual	17
1. Tema de investigação	17
2. Questões de investigação	18
3. Objectivos do Estudo	18
3.1 Objectivos Gerais	18
3.2 Objectivos específicos	19
4. Definição de Automedicação	19
5. Epidemiologia	22
6. Enquadramento teórico	23
6.1 Fármacos e medicamentos	24
6.1.1 O que são fármacos e medicamentos	24
6.1.2 Evolução histórica do uso de medicamentos	26
6.1.3 Ciclo geral dos fármacos no organismo	27
6.1.4 Farmacocinética	28
6.2 Efeitos indesejáveis causados pelos medicamentos	29
6.2.1 Reacções adversas	29
6.2.2 Interações medicamentosas	32
6.2.3 Toxicidade dos fármacos	33
6.3 Consumo de medicamentos e a sociedade	34
6.3.1 Medicamento – Produto especial	35
6.3.2 Informação que o medicamento deve conter	36
6.4 Participação do doente no seu tratamento	37
7. Medicamentos usados para automedicação	39
7.1 Estatuto legal da automedicação	40
7.2 Critérios para automedicação	42

8. A publicidade e a automedicação	43
9. Riscos e benefícios da automedicação	47
9.1 Riscos inerentes à automedicação	47
9.2 Benefícios inerentes à automedicação	48
10. Papel dos profissionais de saúde perante a automedicação	50
II – Enquadramento Metodológico	53
1. Tipo de Estudo	53
2. Definição de Variáveis	54
3. População e Amostra	54
4. Método de Amostragem e Amostra	55
5. Método e Instrumento de Colheita de Dados	56
6. Pré-teste	56
7. Considerações Éticas	57
8. Método de tratamento e análise de dados	57
III – Enquadramento Empírico	59
1. Tratamento estatístico e análise dos dados	59
IV – Síntese e discussão dos resultados	76
Conclusão	79
Bibliografia	81
Anexos	85
Anexo I: Instrumento de colheita de dados	86
Anexo II: Cronograma	87

Índice de Gráficos

	Págs.
Gráfico 1: Distribuição da população segundo Faixas Etárias.	55
Gráfico 2: Distribuição percentual segundo os tipos de automedicação.	66

Índice de Tabelas

	Págs.
Tabela 1: Distribuição percentual e numérica da amostra segundo a idade.	59
Tabela 2: Distribuição percentual e numérica da amostra segundo o sexo.	60
Tabela 3: Distribuição percentual e numérica da amostra segundo o estado civil.	60
Tabela 4: Distribuição percentual e numérica da amostra segundo a escolaridade.	61
Tabela 5: Distribuição percentual e numérica da amostra segundo a profissão.	61
Tabela 6: Distribuição percentual e numérica dos dados referentes ao consumo de medicamentos.	62
Tabela 7: Distribuição percentual e numérica dos dados em relação aos medicamentos consumidos por automedicação.	62
Tabela 8: Distribuição percentual e numérica dos dados em relação à frequência com que os inquiridos recorrem à automedicação.	63
Tabela 9: Distribuição percentual e numérica de dados segundo o problema apresentado para recorrer à automedicação.	63
Tabela 10: Distribuição percentual e numérica dos dados segundo a justificação dada para optar pela automedicação em vez da consulta médica.	64
Tabela 11: Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o tempo de duração da automedicação.	65
Tabela 12: Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o agente influenciador da automedicação.	65
Tabela 13: Distribuição percentual e numérica dos dados segundo a	67

procura de informação adicional acerca do medicamento.	
Tabela 14: Distribuição percentual e numérica dos dados segundo a fonte utilizada para obter informações ou esclarecimentos adicionais.	68
Tabela 15: Distribuição percentual e numérica dos dados segundo a compreensão da informação obtida.	69
Tabela 16: Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o cumprimento das informações recebidas.	69
Tabela 17: Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o consumo de medicamentos por automedicação conjuntamente com medicamentos prescritos.	70
Tabela 18: Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o número de medicamentos que os inquiridos se encontravam a tomar.	71
Tabela 19: Distribuição percentual e numérica dos dados segundo os conhecimentos dos indivíduos face às possíveis incompatibilidades que os medicamentos poderiam apresentar.	72
Tabela 20: Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o requerimento de informações acerca do medicamento no acto da compra.	73
Tabela 21: Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o conhecimento dos possíveis riscos que o medicamento poderia causar.	73
Tabela 22: Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o surgimento de problemas relacionados com a toma de medicamentos por automedicação.	74
Tabela 23: Distribuição percentual e numérica dos dados segundo os problemas que a automedicação causou.	74

Índice de Quadros

	Págs.
Quadro 1: Valores estatísticos de tendência central	60

INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho de investigação surge no âmbito da Licenciatura em Enfermagem, tendo como finalidade ser objecto de avaliação.

No decorrer da Licenciatura em Enfermagem, foi possível verificar a importância da investigação para o exercício da profissão de Enfermagem. Assim sendo, Fortin (1999) refere que a investigação visa a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão.

Assim como em diversas áreas, também na Enfermagem a investigação científica contribui para o desenvolvimento contínuo da profissão. Em Enfermagem a investigação científica é sem dúvida um elemento importante, e só assim poderá acompanhar as novas necessidades dos indivíduos/comunidade.

A automedicação é uma prática que se verifica desde há muitos anos. Desde sempre que os indivíduos recorrem a substâncias para aliviar os seus males. Actualmente e segundo a OMS a automedicação é um fenómeno em crescimento nas sociedades Europeias. Este facto poderá estar relacionado com a familiarização que os indivíduos hoje em dia têm com os medicamentos o que faz com que por vezes se torne num acto desregrado.

Para Silva (2006) a automedicação é uma realidade inquestionável que é exigida pela sociedade, assim sendo não cabe de algum modo, a quem está ligado à saúde contrariar esta tendência. Embora os profissionais de saúde não possam contrariar a tendência da automedicação, está ao seu alcance investir na prevenção e melhorar a informação da população em relação a este problema.

Nos dias de hoje cada vez mais o homem não hesita quando se trata de aliviar os seus sintomas, e por vezes não apresenta conhecimentos suficientes para tomar decisões em relação ao uso de medicamentos sem correr riscos para a sua saúde.

Para este estudo foram estabelecidos objectivos pessoais como, treinar competências no domínio da investigação científica, verificar a importância da investigação científica e contribuir para a produção de conhecimentos na área das Ciências da Saúde.

Assim sendo, o tema proposto “automedicação no adulto” parece pertinente, atendendo aos factos da OMS, que refere que a automedicação está em crescimento na população Europeia, e que na actualidade a acessibilidade a medicamentos é facilitada e comum. Nesta perspectiva é previsível que possa haver abusos no consumo de medicamentos, e daí resultarem graves problemas de saúde.

O interesse por este tema surge, ao longo dos anos, onde foi possível verificar casos de automedicação que se transformaram num problema de saúde grave. A escolha deste tema surge no momento em que ocorre um problema de saúde com um familiar, causado pela automedicação.

Para este estudo foram definidos os seguintes objectivos:

- Determinar o número de indivíduos que recorrem à automedicação na população em estudo;
- Identificar os principais problemas que levam os indivíduos a recorrer à automedicação;
- Identificar a principal fonte de informação a que as pessoas recorrem para se esclarecerem acerca dos medicamentos;
- Determinar se os indivíduos apresentam conhecimentos em relação aos riscos da medicação que consumiram;
- Determinar os problemas causados pela automedicação.

Para cumprir os objectivos propostos, optou-se por um estudo segundo uma abordagem quantitativa do tipo descritivo simples. Para a colheita dos dados será aplicado um questionário estruturado. O tratamento dos dados será efectuado no programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

O estudo será realizado numa freguesia do concelho de Barcelos e será aplicado questionário a uma amostra de 73 indivíduos.

Este trabalho de investigação será estruturado em quatro capítulos, sendo o primeiro, o Enquadramento Conceptual, onde será definido o tema de investigação, as questões de investigação, os objectivos gerais e específicos e Epidemiologia sobre o tema e o enquadramento teórico. No segundo capítulo referente ao Enquadramento Metodológico será definido o tipo de estudo, as variáveis, a população e amostra, o método de amostragem e amostra, o instrumento de colheita de dados, o pré-teste, as considerações éticas e por fim o método de tratamento e análise dos dados. No terceiro capítulo referente ao Enquadramento Empírico será exposto o tratamento estatístico dos dados em tabelas e gráficos para melhor compreensão. Por fim o quarto capítulo será referente à Síntese e discussão dos resultados, onde sucintamente serão referidos os resultados.

Com a realização deste estudo espera-se contribuir para a reflexão acerca da automedicação e dos seus riscos e também acerca do papel do enfermeiro nesta área, ou seja a importância da prevenção em relação ao uso de medicamentos por automedicação.

Após terminado este trabalho de investigação deseja-se que a leitura seja aprazível e que desperte novas ideias e áreas de intervenção da Enfermagem para o futuro.

I – Enquadramento Conceptual

Nesta fase, todo o processo de investigação é desenvolvido. O investigador analisa o problema e formula questões de partida para dar início à sua investigação.

Segundo Fortin (1999, pp. 39) conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo. É necessário aprender a pensar, a colocar uma boa questão, a encontrar uma resposta e a verificar a validade desta resposta para que uma investigação chague a bom termo.

De acordo com Fortin (1999, pp.17), revela que a investigação científica é o método mais rigoroso e mais aceitável de aquisição de conhecimentos.

“...O acto de pesquisar promove o conhecimento da ciência, da profissão e até do conhecimento humano e é através da investigação que as profissões alcançam a autonomia, prestígio e credibilidade” (Quintela, 1999).

1. Tema de investigação

A escolha do tema do presente estudo atribui-se ao facto de a automedicação ser actualmente um fenómeno em crescimento e que pode conduzir o doente à responsabilização pela melhoria da sua saúde, embora acarretando por vezes algumas condicionantes que podem conduzir a problemas de saúde. O problema reside quando os doentes generalizam as situações e pensam ter os conhecimentos suficientes para a realização da automedicação de forma segura.

Assim sendo o tema proposto para esta investigação é “Automedicação no adulto”

Segundo a OMS (1998) a automedicação é um fenómeno em crescimento nas sociedades europeias.

Segundo Lopes (2001), a automedicação já não é um fenómeno específico da modernidade, esta constituiu desde sempre, um dos recursos leigos na gestão dos problemas de saúde, e as suas actuais proporções conferem-lhe novos contornos. Existem múltiplas campanhas institucionais para alertar os riscos da automedicação, sendo as principais apostas de eficácia a “educação para a saúde”, e a “promoção de estilos de vida saudáveis”. Foram eleitas estas estratégias como meios privilegiados para a readequação dos comportamentos da população neste domínio.

Silva (2006) defende que a automedicação é uma realidade inquestionável, por isso, levantarmos a questão se ela deve existir ou não, torna-se simples retórica. Quem exige a possibilidade de se automedicar é a sociedade no seu todo e não está nas mãos das classes que de algum modo estão ligadas à saúde, contrariar esta tendência. Devemos, isso sim, contribuir para que a automedicação seja feita com o menor risco e a maior eficácia possíveis.

2. Pergunta partida

A pergunta de partida ou questão de investigação torna-se imprescindível para que se inicie a fase de pesquisa. Segundo Fortin (1999, p.59), “A questão de investigação deve sugerir a direcção a tomar para realizar a investigação (...)”. Assim este estudo teve como questão de partida “Quais os motivos que justificam a automedicação e em que condições se pratica?”

3. Objectivos do estudo.

Segundo Fortin (1999) o objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.

3.1 Objectivos gerais

No contexto do presente trabalho de investigação foram elaborados os seguintes objectivos gerais:

- Compreender os motivos que levam os indivíduos a recorrer à automedicação;
- Conhecer a atitude dos indivíduos aquando a automedicação;
- Avaliar os conhecimentos dos indivíduos relativamente aos efeitos adversos da automedicação.

3.2 Objectivos específicos

No seguimento dos objectivos supracitados foram elaborados os seguintes objectivos específicos para esta investigação:

- Determinar o número de indivíduos que recorrem à automedicação na população em estudo;
- Identificar os principais problemas que levam os indivíduos a recorrer à automedicação;
- Identificar a principal fonte de informação a que as pessoas recorrem para se esclarecerem acerca dos medicamentos;
- Determinar se os indivíduos apresentam conhecimentos em relação aos riscos da medicação que consumiram;
- Determinar os problemas causados pela automedicação.

4. Definição de Automedicação

A automedicação, de alguma forma existe desde há muito tempo. É um fenómeno que nos últimos anos tem aumentado consideravelmente nas sociedades mais desenvolvidas. A sua expressão actual está estimada em 30% da totalidade dos medicamentos consumidos (Richard e Senon, 1996).

De acordo com a OMS (1998) a automedicação é o uso de medicamentos sem prévia indicação médica. Para Vaz (1999), Gaminha (2000) e Soares (2005), a automedicação é encarada como a selecção e uso de medicamentos para tratar situações ou sintomas que lhe são conhecidos, sem previamente ter consultado o médico.

A automedicação está destinada a permitir aos doentes uma resolução das suas queixas ligeiras, com tratamento de decisão própria, sem recurso à consulta médica, assumindo a responsabilidade do tratamento. Através da automedicação os pacientes serão capazes de gerir a sua saúde com a possibilidade de seleccionar e comprar os medicamentos por sua iniciativa.

Diez e Albaladejo (2002) consideram que a automedicação é um comportamento que conduz à toma de medicamentos com a finalidade de aliviar um sintoma ou curar uma doença, sem que em tal decisão haja uma prescrição médica directa. Diversos estudos realizados mostram que a automedicação é uma prática comum para o tratamento de sintomas menores, como os processos dolorosos, problemas respiratórios, digestivos ou dermatológicos.

Existem algumas razões, que na perspectiva de Diez e Albaladejo (2002) têm feito com que a automedicação tenha aumentado significativamente nos últimos anos, e são elas:

- Percepção do aumento de autonomia por parte do paciente;
- Aumento do consumismo em todas as áreas comerciais;
- Desejo de participar no cuidado da sua própria saúde;
- Falta de confiança por parte dos doentes em relação aos conselhos dos profissionais de saúde;
- Política de redução do gasto farmacêutico;

- Aumento da publicidade directa e indirecta em relação aos medicamentos nos meios de comunicação social.

A automedicação é um comportamento que pode ser classificado em duas vertentes, conforme a atitude dos doentes que a praticam. Assim pode ser considerada uma automedicação responsável ou não responsável. Assim, segundo esta perspectiva a lei Portuguesa designa segundo o despacho n.º 17 690/2007 (2007) a automedicação como sendo a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica, de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde.

Há pessoas que não hesitam, quando se trata de aliviar as suas dores passageiras, em tomar medicamentos sugeridos por familiares, amigos ou rendendo-se ao primeiro impulso da publicidade. Estas pessoas não acreditam que os sintomas de mal-estar são sempre individuais e que qualquer medicamento deve ter uma utilização personalizada. Quem assim actua sente normalmente relutância em consultar o médico ou em receber aconselhamento de outros profissionais de saúde e dissocia, por exemplo, os riscos de tomar medicamentos não prescritos juntamente com os prescritos ou a relacionar a sua doença crónica com uma determinada incompatibilidade a um medicamento que, aparentemente, é mais inócuo e mais bem tolerado que aquele que é prescrito pelo médico. Este grupo de pessoas é considerado por Santos (2006) as que praticam uma automedicação não responsável. Outras há que se habituem a conhecer os seus sintomas, estão receptivas ao aconselhamento de medicamentos não prescritos, recusam-se a comprar só porque viram publicidade ou a tomar qualquer coisa para alívio dos seus males porque ainda têm uns restos de comprimidos, gotas ou supositórios no armário de farmácia. Este tipo de pessoas adere com relativa facilidade à automedicação responsável.

“A automedicação responsável gera benefícios a nível pessoal e social” OMS cit in Santos (2006)

A automedicação responsável pressupõe utentes criteriosos que aceitam complementar o binómio, diagnóstico-prescrição médica, com disponibilidade para tratar informação,

manifestar abertura ao aconselhamento medicamentoso e encarar a cultura do medicamento como uma vertente da educação para a sua saúde.

5. Epidemiologia (Portugal, Europa e Mundial)

Em Portugal a automedicação começou a ser estudada mais aprofundadamente entre a década de 80 e 90. Segundo dados do *Inquérito Nacional de Saúde* (Ministério da Saúde, 1999) a automedicação mostra uma tendência de crescimento, sendo que, em 1984, 21,3% da população recorria à automedicação e em 1995, 33,5%.

Existe também um estudo realizado pela ANF sobre a automedicação em Portugal realizado nos anos 1995 e 1996, onde se verificou que a prevalência de automedicação era de 26,2, sendo superior no sexo masculino, no grupo etário entre os 10 e 49 anos e nos indivíduos com maior escolaridade, Soares (2005).

Segundo um estudo realizado por Lopes (2001) 91,3% dos indivíduos inquiridos já consumiram medicamentos por automedicação. De facto a automedicação em Portugal tem muito significado, deste modo os cuidados a ter com este fenómeno tem de ser também muito significativos. A revelação da extensão deste fenómeno justifica o aprofundamento da investigação aplicada nesta área.

“Quase um quarto dos portugueses compra habitualmente medicamentos sem prescrição médica” (Machado, 2005)

Na maioria dos países da união Europeia, os medicamentos para automedicação são vendidos nas farmácias. Mas existem países onde isto não acontece. A questão da publicidade também depende de país para país, havendo alguns em que a publicidade a medicamentos pode ser directa ao consumidor (Reino Unido) e outros em que esta tem de obedecer a regras pré estabelecidas (Espanha). Existem ainda países onde foram elaboradas duas listas de medicamentos, uma contendo medicamentos de venda obrigatória em farmácias e outra contendo os medicamentos que podem ser comercializados fora das farmácias. Na Grã-bretanha segundo Soares (2002) após a realização de um rastreio a 1301 clínicos gerais, pôde-se verificar a sua mudança de

atitude perante os medicamentos não sujeitos a receita médica, um número significativo mostrou-se a favor do aumento deste tipo de medicamentos. Foi realizado também um estudo numa amostra de 25.000 consumidores na Irlanda, onde se verificou que em cada 1.000 indivíduos 42% já haviam consumido medicamentos por automedicação.

Existem muitos países no Mundo que apresentam problemas consideráveis com o consumo de medicamentos por automedicação. Segundo Marques (2006) na Austrália, um dos grupos etários que estatisticamente menos consome medicamentos por automedicação, ou seja, a população com idade igual ou superior a 65 anos, no período de duas semanas consumiu 1,54 milhões de medicamentos prescritos e 762 mil medicamentos não prescritos. Outro problema grave surge nos EUA, onde em 1987 foram registados 50.000 incidentes com medicamentos, resultando daí 12.000 mortes por reacções adversas e 15.000 internamentos hospitalares.

Segundo Guimarães cit. in JN (2005), o Ibuprofeno, um anti-inflamatório com efeitos secundários no sistema digestivo, causa mais mortes do que a SIDA nos EUA, enquanto que o Paracetamol, o analgésico mais usado em todo Mundo, é das armas mais usadas em suicídios. Isto acontece porque são medicamentos não sujeitos a receita médica.

Segundo dados da AESPG (2005), Portugal é dos países Europeus com menor recurso a medicamentos não sujeitos a receita médica, que representam 8,4% do mercado total de medicamentos, sendo a média Europeia de 13,7% e o maior consumidor a Suíça com 27%. Mas o facto de Portugal apresentar um número significativamente baixo de aquisição de medicamentos não sujeitos a receita médica, não implica que a percentagem de indivíduos que consomem medicamentos por automedicação seja igualmente baixa.

6. Enquadramento Teórico

Segundo Fortin (1999) rever a literatura equivale a fazer o balanço do que foi escrito no domínio da investigação em estudo. Por mais interessantes que sejam as questões de investigação não poderão ser abordadas sem ter em conta os conhecimentos já adquiridos no domínio de investigação escolhido. A pesquisa documental é, portanto,

uma etapa essencial à exploração de um domínio de investigação. A consulta a diversas fontes documentais não só fornece ao investigador ocasião para verificar o estado dos conhecimentos no domínio de investigação a estudar, como este exercício lhe permite, também, alargar o seu campo de conhecimentos, estruturar o seu problema de investigação e estabelecer ligações entre o seu projecto e os trabalhos de investigação efectuados por outros investigadores.

6.1 Fármacos e medicamentos

Por vezes há quem confunda estes dois conceitos, e embora eles estejam interligados não significam a mesma coisa. Como vamos verificar a seguir os medicamentos constituem uma classe dentro do universo dos fármacos.

6.1.1 O que são fármacos e medicamentos?

Segundo Garrett (2001 cit. in Osswald e Guimarães) os fármacos são todos os agentes químicos capazes de causar modificações das funções dos seres vivos. A estas acções que os fármacos causam, dá-se o nome de acções farmacológicas. Os fármacos têm algumas funções, podem ser usados como meio de diagnóstico, ou seja perante determinadas situações clínicas, a administração de fármacos específicos, procede-se ao diagnóstico de doenças. Das acções dos fármacos podem resultar efeitos benéficos para o Homem e efeitos adversos aos pretendidos. Aos fármacos que produzem efeitos benéficos dá-se o nome de medicamentos, aos fármacos com efeitos adversos para o ser humano dá-se o nome de substâncias tóxicas ao organismo humano ou venenos.

“Entendemos por fármaco toda a substância capaz de gerar efeitos no ser vivo, e quando estes efeitos são úteis na cura de doenças, então falamos de medicamentos. Portanto, todos os medicamentos são fármacos, mas nem todos os fármacos se usam como medicamentos.” (Rodriguez et al, 1992, pp. 3)

Os medicamentos são toda a substância ou composição que possua propriedades curativas ou preventivas das doenças e seus sintomas, do homem e do animal, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a instaurar, corrigir ou modificar as suas funções orgânicas, Silva (1994). Os medicamentos podem apresentar-se em formas

farmacêuticas, ou seja o indivíduo pode consumir medicamentos sob a forma sólida, que podem ser cápsulas, comprimidos, supositórios, drageias etc.... ou líquidas, xaropes, pós de dissolução, gotas etc.... Aos medicamentos, se preparados antecipadamente e introduzidos no mercado com denominação e acondicionamento próprio, dá-se o nome de especialidades farmacêuticas.

Segundo Garrett (2001 cit. in Osswald e Guimarães) quando pensamos em medicamentos, temos de ter presente as duas vertentes do seu uso terapêutico: a curativa e a profilática. Por mais selectivo que seja um medicamento, das suas acções farmacológicas resultam sempre múltiplos efeitos. Os efeitos benéficos são os chamados efeitos terapêuticos, os restantes efeitos causados por esse medicamento são efeitos que não concorrem para a melhoria da situação patológica que está a ser tratada e chamam-se efeitos laterais ou secundários. Alguns destes efeitos não têm qualquer relevância prática, mas outros ocasionam sintomas indesejáveis (ou mesmo de toxicidade) ou dão lugar a interacções prejudiciais com outros medicamentos utilizados concomitantemente. A estes efeitos dá-se o nome de reacções adversas.

Segundo Garrett (2001 cit. in Osswald e Guimarães) os medicamentos, como aliás todos os fármacos, podem ser de origem natural (mineral, vegetal ou animal) ou produzidos por síntese

Ainda Garrett (2001 cit. in Osswald e Guimarães) afirma que grande parte dos medicamentos utilizados em medicina são agentes químicos que vão condicionar determinada alteração de um parâmetro biológico, num sentido favorável à recuperação do doente. Os medicamentos cujo efeito terapêutico resulta de uma acção directa sobre o organismo do doente que os recebe chamam-se medicamentos organotrópicos. Há no entanto, outro tipo de medicamentos, também de enorme interesse, cujo efeito terapêutico não resulta de uma acção directa sobre o organismo do doente; esse efeito resulta de uma acção sobre agentes patogénicos que infectam o Homem, causando-lhe doença. Estes medicamentos chamam-se medicamentos etiotrópicos.

Segundo a ANF (2007) a vocação dos medicamentos está centrada no restabelecimento da saúde do indivíduo, ou quando isso não é possível, tenta atenuar os estados de doença, minimizando os sintomas proporcionando assim alívio e qualidade de vida.

6.1.2 Evolução histórica do uso de medicamentos.

Segundo Rodriguez et all (1992 pp. 3), de um ponto de vista especulativo, podemos dizer que quando o homem primitivo observou os efeitos produzidos pela ingestão ou aplicação local de produtos provenientes da Natureza, principalmente do reino Vegetal, tanto em indivíduos da própria espécie como em animais, e logo os aplicou intencionalmente para combater a febre e a dor, ou o uso para provocar a morte, já estes humanos manejavam fármacos. Nesta etapa puramente intuitiva, onde o conhecimento se baseava na experiência do uso de tais remédios, a explicação da actuação destes fazia-se sobre a base de elementos mágico-religiosos. À medida que o Homem vai desenvolvendo a sua inteligência, o pensamento mágico vai cedendo terreno ao pensamento filosófico ou à razão. Neste período começa a ter importância a presença do médico como profissional de saúde e a doença passa a ser encarada como um acontecimento natural, e a ser combatida com remédios naturais. A partir da idade média começam a introduzir-se remédios medicamentosos não naturais, obtidos em laboratório, e neste sentido destaca-se a figura de um médico suíço, Paracelso que defendia que, “todas as coisas são venenos, só depende da dose que se aplica.”

Desde que surgiram os primeiros medicamentos, anti-infecciosos, eficazes nas décadas de 1930 e 1940, os progressos da terapêutica medicamentosa tem sido notáveis, aos quais Walter Model classificou como “expansão farmacológica” para descrever a situação originada pelo aparecimento de novos medicamentos e a consequente alteração de prognóstico de determinadas doenças (Diez e Albaladejo, 2002). Durante 1940 e 1970 os avanços no âmbito da farmacologia superaram todos os séculos anteriores. Como prova disso, podem recordar-se os escassos medicamentos que se mantém de épocas anteriores, apenas alguns analgésicos (morfina, paracetamol...), insulina, digoxina e nitroglicerina. Como consequência da influência que a terapêutica teve na redução da mortalidade e morbilidade ao longo do século XX, o medicamento deixou de

estar associado exclusivamente à prescrição por parte de profissionais de saúde, para converter-se num elemento importante da sociedade ocidental.

Martin et al (2004) afirma que os medicamentos tal como os conhecemos hoje, são recentes e transformaram radicalmente a terapêutica, contribuindo de forma decisiva para a melhoria do estado de saúde das populações. É no entanto com o êxito da terapêutica medicamentosa e com o aumento do consumo de medicamentos que se desenvolveu um importante sector industrial.

Após alguns problemas com medicamentos nos anos 60, a Comunidade Económica Europeia publica em 1965 a primeira directiva que estabelece critérios de avaliação da eficácia, segurança e qualidade exigíveis aos medicamentos antes de autorizada a sua introdução no mercado. Até aos dias de hoje esses critérios continuam a ser avaliados rigorosamente.

6.1.3 Ciclo geral dos fármacos no organismo

Um medicamento, para actuar, necessita, evidentemente, de atingir concentrações eficazes nas estruturas celulares onde a sua acção se exerce. Algumas vezes é viável pôr o medicamento directamente em contacto com essas estruturas, como sucede, por exemplo, no caso da pele ou de mucosas directamente acessíveis; a este tipo de aplicação de medicamentos dá-se o nome de aplicação tópica ou local Segundo Garrett e Monteiro (cit. in Osswald e Guimarães, 2001). A maior parte das vezes, porém, o medicamento tem primeiro de chegar ao sangue, para que este o distribua pelos diversos tecidos do organismo, incluindo os que integram as estruturas celulares onde a sua acção se vai exercer; por este motivo, a este tipo de aplicação dá-se o nome de aplicação sistémica.

Antes de chegar à circulação geral e alcançar os tecidos, os fármacos atravessam várias membranas biológicas. Essas membranas são semipermeáveis e consequentemente selectivas. São constituídas por uma bicamada lipídica (colesterol + fosfolípidos), onde se intersectam proteínas, que vão participar nos processos de transporte de moléculas. O transporte de moléculas através da membrana celular pode acontecer de duas formas,

com gasto de energia e sem gasto de energia. Ao transporte realizado com gasto de energia dá-se o nome de transporte activo, e ao transporte realizado sem gasto de energia dá-se o nome de transporte passivo.

Depois de ser administrado, um fármaco sofre quatro processos ou movimentos no organismo humano até desaparecer: absorção, distribuição, biotransformação e excreção. A absorção é o movimento do fármaco desde o ponto onde se administra até ao sangue. A distribuição é o movimento do fármaco desde o sangue até aos tecidos através do líquido extracelular e finalmente às células, onde se produz o seu efeito. A biotransformação é o processo metabólico de transformação que pode sofrer o fármaco. E finalmente a excreção que se caracteriza pela saída do fármaco e dos seus metabolitos para o exterior do corpo, Mosquera e Anuncibay (1995).

“ Ao conjunto dos processos que vão desde a absorção à excreção, chama-se ciclo geral dos medicamentos no organismo, cujo estudo é o objectivo da farmacocinética.” Garrett e Monteiro (cit. in Osswald e Guimarães, 2001)

6.1.4 Farmacocinética

A farmacocinética é um ramo estudado pela Farmacologia. Este ramo estuda o que acontece ao fármaco desde que este contacta com o organismo até quando ele é decomposto e excretado. Assim segundo Garrett (2001) a farmacocinética estuda a absorção, biotransformação e excreção dos fármacos no organismo do indivíduo.

“As alterações que ocorrem com o desenvolvimento fisiológico do Homem ao longo da vida interferem na farmacocinética. (...) Os mecanismos fisiológicos alteram as variáveis farmacocinéticas (semi-vida, volume de distribuição, depuração e biodisponibilidade de um fármaco) que variam conforme o medicamento e o indivíduo que o ingere.” Filho et al (2006)

O processo de absorção dá-se a partir do momento de administração até este se encontrar na corrente sanguínea, enquanto que o processo de distribuição vai fazer com que o medicamento chegue a todas as partes do corpo. Na biotransformação o medicamento é transformado para que seja mais facilmente excretado e por fim a excreção é o processo em que se dá a libertação do fármaco para fora do organismo.

6.2 Efeitos indesejáveis causados pelos medicamentos

Os medicamentos são ingeridos com a função de tratar ou aliviar sintomas, mas por vezes, os efeitos extra curativos que ele apresenta, causa desconfortos mais acentuados que o próprio sintoma inicial. Desta forma quase todos os medicamentos apresentam efeitos indesejáveis ou adversos que devem ser tomados em consideração pela pessoa que os consome.

6.2.1 Reacções adversas

As reacções adversas de um medicamento são aquelas que surgem após a administração de um medicamento e não contribuem para o tratamento da doença, podendo por vezes até agravá-la. Deste modo a importância que é dada aos efeitos desejáveis que o medicamento vai causar, deve estar a par da importância que deve ser dada às reacções adversas.

Para Garcia-Pando e Árias (cit. in Martin, A 2004) conhecer para que serve um determinado medicamento é necessário, embora não o suficiente, tem de conhecer-se igualmente em que situações está contra-indicado e que problemas podem surgir durante a sua administração.

“Entende-se por reacção adversa todo o efeito não desejado produzido por um medicamento quando este foi administrado na dose terapêutica” (Garcia-Pando e Árias, cit. in Martin, A. 2004)

Em relação à definição de reacção adversa a OMS (cit. in Martin, A 2004) acrescenta que é “toda a resposta lesiva, e não desejada, que se apresenta nas doses habitualmente utilizadas na espécie humana para o tratamento, a profilaxia e o diagnóstico de doença.”

Utilizam-se com frequência as denominações de efeito colateral ou efeito secundário, embora na realidade ambos representam tipos particulares de reacções adversas. De um ponto de vista teórico de todos os efeitos que o medicamento causa apenas um é considerado como objectivo principal do tratamento, os restantes efeitos são considerados colaterais; por exemplo a sonolência causada pelas benzodiazepinas é um

efeito colateral, e um efeito secundário é aquele que se produz como consequência da acção primária do medicamento, como é o caso de uma multirresistência após a toma de um antibiótico.

Para Rodriguez et al (1992) todos os fármacos possuem a capacidade de induzir efeitos benéficos e prejudiciais, tanto mais quanto maior actividade farmacológica este apresentar. Os efeitos benéficos dos fármacos são os terapêuticos e por isso administram-se para tratar os estados de doença; os efeitos prejudiciais conhecem-se como efeitos indesejáveis ou adversos. Quando um efeito predomina sobre outro depende geralmente da dose do fármaco que se administra. Assim sendo, outras vezes os efeitos indesejáveis podem surgir imprevisivelmente, a doses terapêuticas e sub-terapêuticas.

Segundo o mesmo autor, as reacções adversas causadas por medicamentos podem ser divididas por três classes: tipos A, B e C.

- Tipo A – as reacções adversas do tipo A correspondem aos efeitos que têm lugar dependendo da dose administrada; são frequentes e possuem escassa mortalidade. São os mais habituais e têm um mecanismo de produção inseparável do próprio efeito farmacológico. Só desaparecem ou diminuem quando a dose do fármaco é convenientemente ajustada.
- Tipo B – ao tipo B corresponde as reacções adversas inesperadas, raras e independentes da dose administrada; surgem com baixa frequência e acompanham-se de uma grande mortalidade; quando aparecem dão lugar a um quadro grave ou muito grave. O mecanismo de produção das reacções adversas do tipo B é duplo: imunológico e genético. Nos de causa imunológica o fármaco comporta-se como um anti-gene induzindo a produção de anticorpos no indivíduo. Os sinais e sintomas a que dão lugar parecem uma reacção alérgica comum. Quanto ao tempo de apresentação as reacções adversas podem surgir de forma imediata (urticária, asma brônquica, choque anafilático e edema) ou de forma tardia (febre, mialgias, hepatite, lúpus, etc.). Nos de causa genética, a existência de um erro genético

condiciona um problema geralmente assintomático, que se evidencia após a toma do medicamento que actua como agente desencadeante. Existem ainda dois efeitos indesejáveis que pertencem ao tipo B: a idiossincrasia (resposta peculiar e anómala que um sujeito apresenta após a toma de um medicamento, a qual provoca um efeito relativamente diferente do habitual) e a tolerância (quando um sujeito se torna progressivamente insensível a um medicamento, necessitando cada vez mais de doses mais elevadas para produzir resultados iguais).

- Tipo C – pertencem ao tipo C todas as reacções induzidas por medicamentos cuja manifestação está diferida no tempo e é tardia (meses ou anos); sendo o caso da carcinogénese e teratogénese. O seu mecanismo de produção radica nas lesões que os medicamentos induzem ao nível do ADN celular, interferindo na sua síntese e replicação, sendo portanto afectado o crescimento e a reprodução celular. As consequências tardias destes efeitos são o aparecimento de tumores (carcinogénese) ou de malformações nos fetos (teratogénese).

Segundo Mosquera e Anuncibay (1995) em cada reacção farmacológica adversa devem-se analisar três elementos: o fármaco que a produziu, a zona do organismo que foi afectada e a alteração patológica que a deu como resultado.

A OMS (cit. in Mosquera e Anuncibay, 1995) refere que quanto menor o número de medicamentos ingeridos menor será a possibilidade de se manifestarem reacções adversas. Esta atitude é essencialmente direccionada aos doentes crónicos, que por vezes estão a ser tratados por mais que um especialista e a consumir muitos medicamentos. Esta recomendação da OMS é para prevenir as respostas não desejadas, assim como os erros de e dificuldades em cumprir o tratamento farmacológico.

O aparecimento de reacções adversas, em última instância, gera um gasto sanitário importante, aparte dos danos que causa à saúde do sujeito. Este é um risco assumido pelo sujeito que se automedica, o qual deverá conhecer as vantagens e os inconvenientes dos medicamentos que consome.

Rodriguez et al (1992) refere que o facto de dispor de uma informação adequada sobre os medicamentos reduz os riscos de aparecimento de reacções adversas em pelo menos 50%.

6.2.2 Interações medicamentosas

As interações medicamentosas normalmente ocorrem em indivíduos que estejam a consumir um número elevado de medicamentos diferentes (polimedicção). Entre os medicamentos, existem alguns que já tem mais pretensão para interagir com outros, e quando assim é, se ao problema da polimedicção acrescentarmos a automedicção, o indivíduo pode ter graves problemas de saúde.

Santos (2006, pp. 141) refere que certos medicamentos associam-se mal uns com os outros, pelo que é preferível não os tomar conjuntamente. Existem medicamentos que podem interagir, isto é, a sua presença simultânea no organismo faz com que cada um tenha uma associação um pouco diferente da que poderia produzir quando tomado sozinho. É a razão pela qual é importante, durante a realização de um tratamento, ter em conta quais os medicamentos que estão a ser utilizados e, no caso de se verificarem reacções adversas, contactar imediatamente um profissional de saúde. Estas interações incluem medicamentos prescritos com medicamentos não prescritos, bem como medicamentos e certos alimentos ou medicamentos com álcool e substâncias estimulantes.

O mesmo autor refere que existem certos alimentos que podem subverter a eficácia de um tratamento, pois existem alimentos que contem substancias que por vezes alteram o efeito dos medicamentos. Também é importante não consumir álcool com medicamentos pois torna-se bastante perigoso, assim como consumir café e medicamentos. Existem medicamentos que tomados conjuntamente com estas substâncias podem tornar-se um grave problema de saúde para o indivíduo.

Ainda Santos (2006) refere que existem situações em que a interacção entre medicamentos pode antagonizar o efeito dos dois. Será um caso de um medicamento antidiabético num quadro em que o doente toma também alguns produtos à base de

plantas que aumentam a glicemia capilar. Existem ainda os efeitos prejudiciais graves pela associação de dois medicamentos. Será o caso de um doente com insuficiência cardíaca que decide, sem informação médica tomar suplementos com elevadas concentrações de cálcio, podendo este aumentar a toxicidade dos digitálicos.

Segundo Rodriguez et al (1992) refere que em condições habituais existem duas situações em que o paciente corre mais riscos de padecer com as causas das interações medicamentosas, que é o caso de doentes que correm risco de vida e se encontram internados com intensivos tratamentos farmacológicos ou os doentes crónicos polimedicados. Os problemas que derivam desta polimedicação são os efeitos adversos gerados ao interagir os medicamentos, favorecendo o seu aparecimento ou potenciando a toxicidade duns com os outros. Dada a tendência generalizada na prática clínica de polimedicar os pacientes de maneira desnecessária, acompanhado da automedicação que alguns deles ainda teimam fazer, este tema torna-se muito importante do ponto de vista prático.

O mesmo autor acrescenta que as interações medicamentosas podem ser de dois tipos: as farmacocinéticas, em que ocorre ao nível da absorção, distribuição, metabolismo e excreção ou podem ser farmacodinâmicas em que ocorrem ao nível dos efeitos, antagonizando-os ou potenciando-os, do que podem resultar consequências tóxicas para o paciente.

6.2.3 Toxicidade dos fármacos

Os fármacos, além dos seus efeitos terapêuticos apresentam também toxicidade. Esta toxicidade pode provocar no organismo efeitos com manifestações graves que ao longo do tempo podem causar danos irreversíveis.

Segundo Mosquera e Anuncibay (1995) todos os fármacos em maior ou menor grau têm efeitos tóxicos. Existem efeitos tóxicos que não estão relacionados com a dose, podem surgir mesmo em doses terapêuticas ou até em doses menores. Em certos casos deve-se a fenómenos de hipersensibilidade do sistema imunitário, noutros casos o efeito tóxico é contínuo ao efeito terapêutico (citostáticos). Com a variedade existente de

medicamentos a melhor forma de reduzir a frequência dos fenómenos tóxicos é a selecção dos medicamentos menos tóxicos e evitar o consumo dos que interagem entre si potenciando a sua toxicidade.

O mesmo autor refere que as manifestações mais graves e frequentes que podem produzir os fármacos em geral são: a hipersensibilidade, a hepato e nefrotoxicidade, a teratogénese, transtornos hemáticos, arritmias e transtornos do comportamento.

Rodriguez et al (1992) refere que o problema da toxicidade por medicamentos é um tema importante pois a sua incidência está estimada entre 10 a 12% do total de pacientes hospitalizados, apresentando uma taxa de mortalidade de aproximadamente 1%. Refere ainda que os factores que potenciam a toxicidade dos medicamentos são: o próprio medicamento, o número de medicamentos que o paciente está a consumir, a existência anterior de uma patologia crónica e a idade (quanto mais avançada maior o risco).

6.3 Consumo de medicamentos e a Sociedade

Desde muito cedo o êxito alcançado pelos medicamentos no tratamento de doenças como a tuberculose ou meningite encobriu as suas limitações noutros campos da terapêutica, como a maioria das neoplasias, as doenças degenerativas ou doenças virais. Os meios de comunicação também ajudam muito a magnificar o efeito positivo dos medicamentos esquecendo os efeitos negativos que são por vezes mais importantes.

Como refere Diez e Albaladejo (2002), existe uma crença sociológica de que os medicamentos são capazes de solucionar todos os problemas da humanidade, derivando pois a ideia que haverá fármacos para tratar qualquer doença, quer seja ou não susceptível de tratamento farmacológico.

A sociedade evoluiu para um estado em que se utilizam medicamentos em situações que não são qualificadas como doença. Por vezes alterações físicas meramente estéticas são motivo para uma pessoa consumir inúmeros medicamentos. Desta forma Diez e Albaladejo (2002) consideram que por trás desta situação, calcula-se, que exista o

interesse de alguns sectores da sociedade em considerar o medicamento como um bem de consumo e não como um instrumento terapêutico.

O mesmo autor refere ainda que nos últimos anos a imposição económica das sociedades ocidentais levou ao consumo de medicamentos para problemas físicos ou psíquicos que no passado não eram considerados doença. Este aspecto apresenta um indubitável valor antropológico e sociológico, pois algumas diferenças físicas ou manifestações inevitáveis do envelhecimento podem considerar-se inaceitáveis, e aqueles que as apresentam iniciam uma busca de remédios para o seu desaparecimento.

Nos dias de hoje verifica-se a existência de medicamentos para situações que não representam doença, como é o caso dos medicamentos de emagrecimento, ou para as rugas faciais, para a queda de cabelo, ou seja situações meramente estéticas. Este facto evidencia o consumo exagerado de medicamentos considerados de conforto e bem-estar.

“Os medicamentos da sociedade de bem-estar gozam de excelente saúde económica e o futuro próximo oferecerá provavelmente a forma de alcançar a felicidade por métodos químicos. Numa sociedade hipócrita que deseja soluções rápidas para os seus problemas e com uma tendência manifesta para a automedicação, o mito de «a pill for every ill» (um comprimido para cada doença) será difícil de erradicar, e os medicamentos de conforto e bem-estar estão destinados a desempenhar um papel importante na vida de muitas pessoas.” Diez e Albaladejo (2002)

6.3.1 Medicamento – Produto especial

Os medicamentos são um bem utilizado pela maior parte da população. Embora se possa pensar que é um produto que quando é colocado ao alcance da população está devidamente testado e não causa problemas a quem os consome, isto não é verdade. A verdade é que após o medicamento ser colocado à venda, algumas pessoas tendem a desviar-se das recomendações que o medicamento ou o profissional de saúde faz. Daí surgem os problemas com a medicação que são completamente imprevisíveis.

Santos (2006) refere que nenhum bem de consumo como o medicamento é espartilhado por tantas medidas de autorização, controlo e acompanhamento, pautadas por um

grande rigor e severidade. Mas este facto não permite às pessoas usar e abusar dos medicamentos.

O mesmo autor refere que o medicamento é um bem de consumo essencial, e por isso está sempre presente no discurso político, económico da saúde e científico.

O medicamento é destinado a prevenir ou tratar doenças, por isso pode tornar-se perigoso para o consumidor, seja devido à sua nocividade intrínseca, seja a uma má utilização.

Segundo Mosquera e Anuncibay (1995) o consumo desmedido de medicamentos pela população é um factor para que o objectivo da investigação de novos fármacos seja a obtenção de produtos menos tóxicos, mas que conservem a sua eficácia.

6.3.2 Informação que o medicamento deve conter

Desde os anos 80 que, iniciativas bem sucedidas, tem sido feitas para obter um folheto informativo, destinado exclusivamente a doentes, que seja compreensível para todos. Os folhetos informativos (prospectos ou bula) são o método mais próximo do doente, onde este se pode informar acerca do medicamento. Embora se tente que a informação dos folhetos seja compreensível para todos, é claro que isso é quase impossível.

Segundo Santos (2006) no caso Português, poder-se-á dizer que o conteúdo dos folhetos informativos tem evoluído num sentido que é favorável aos doentes. Por outro lado, as informações técnicas e científicas destinadas aos profissionais de saúde também aparecem redigidas com o intuito de os dotar de informações que permitam complementar as informações a dar ao doente acerca de medicamentos.

“ A relevância social dos medicamentos converte a informação sobre estes num dos aspectos mais importantes vinculados à sua utilização. Só com a informação adequada é possível o tratamento farmacológico eficaz.” Diez e Albaladejo (2002)

O mesmo autor refere que o paciente pode receber informação, basicamente com três proveniências, a informação que recebe do prescritor ou profissional de saúde, a que pode obter pela leitura do folheto informativo que contém as embalagens de medicamentos, e por fim a de forma ampla nos meios de comunicação.

A consulta médica não deveria terminar sem informar adequadamente o paciente do tratamento que vai seguir, das suas características e de qualquer aspecto que se considere importante para otimizar os resultados do tratamento, tanto no aspecto de eficácia como de toxicidade. Esta atenção é especialmente importante para as pessoas idosas que por vezes apresentam dificuldades em seguir o tratamento.

Ainda o mesmo autor refere que cada medicamento contém um folheto informativo que foi redigido pelo laboratório farmacêutico e aprovado pelo Ministério da Saúde. Esses folhetos informativos ajustam-se à ficha técnica do produto em diversos campos. Apesar de que teoricamente a informação vá dirigida aos pacientes, é frequente que não seja compreensível e, em ocasiões, alarmista. Os profissionais de saúde têm de enfrentar com frequência as solicitudes dos pacientes sobre informação mal interpretada ou não compreendida.

A informação dos folhetos que vem com os medicamentos por vezes não é esclarecedora e os pacientes podem procurar obter mais informações acerca do medicamento por outros meios menos aconselháveis, como a Internet ou pessoas sem formação para tal.

6.4 Participação do doente no seu tratamento

A procura, por parte do doente, pelo seu tratamento, já não é de agora. Quando o factor doença está presente o indivíduo decide o que será melhor para ele, consultando profissionais de saúde ou recorrendo ao auto-tratamento. Devido à familiarização que as pessoas hoje em dia apresentam com os medicamentos sentem-se capazes de decidir qual o mais adequado para a sua situação, e por vezes escolhem mesmo o mais adequado, o problema surge quando isso não acontece.

Inerente à vida humana está sempre presente o fenómeno doença, Teixeira (1996). Assim como também inerente ao Homem está a procura de tratamento ou prevenção da doença. Desde sempre o homem recorreu ao “auto-tratamento” das suas doenças, quer recorrendo ao sobrenatural, quer às técnicas naturais ou ainda recorrendo a substâncias químicas.

Segundo Santos (2003) vivemos num mundo em que o doente já não pode ser encarado como um elemento passivo que aceita obedecer ao médico prescriptor ou cumprir sem discussão as indicações dos profissionais de saúde.

O doente passou a ser visto como um parceiro activo aos olhos dos profissionais de saúde, dotado de vontade própria e com capacidade de decidir o seu futuro do ponto de vista clínico. A consistência e a amplitude desta capacidade de prevenir e de agir autonomamente, dependerá dos conhecimentos que o doente vier a possuir. Tais conhecimentos são também consequência das informações prestadas pelos profissionais, que se formarão para prestar cuidados de saúde continuados. Trata-se de um desafio que é posto quer aos profissionais de saúde quer aos doentes, cada um a seu modo.

Os profissionais devem dar responsabilidade aos doentes sobre a sua saúde tendo sempre presente a importância dos ensinamentos e fornecer informação importante para que isto seja possível.

Soares (2005), salienta que importa ir de encontro com as necessidades manifestadas pelas populações, isto é, dar-lhes mais responsabilidades sobre a sua saúde, maior capacidade de escolha e acesso aos cuidados, em suma, incutir-lhes maior confiança e independência, para prevenir e tratar as suas queixas ocasionais.

O Ministério da Saúde no respeito às estratégias de saúde procedeu a uma reorientação política, de modo a centrar-se nas necessidades da população, nas suas expectativas e nas suas preferências no que toca ao campo da saúde. Deste modo isto só pode ser concretizado com a participação activa dos cidadãos. (Ministério da Saúde, 1999)

Teixeira (1996) refere que actualmente, com o extraordinário desenvolvimento das ciências médicas e farmacológicas, e com a facilidade de acesso aos medicamentos, o homem começa a incluir nas suas práticas de auto-tratamento a automedicação. Segundo estudos realizados cerca de 70% da população adopta atitudes de auto-tratamento e/ou automedicação antes de recorrer ao médico.

Segundo Santos (2003) hoje em dia, o doente compromete-se a seguir o acordo que negociou com o profissional, onde são estabelecidas as prioridades para a saúde e o respectivo plano de cuidados. Assim, o doente assume de livre vontade os seus compromissos, compreendendo que as suas decisões têm repercussões no seu estado de saúde. O doente é responsável pelo seu tratamento desde que tenha vontade de contribuir para a promoção da sua saúde, seja capaz de encontrar um profissional que partilhe os mesmos ideais, tendo um diálogo aberto com esse profissional, onde nada se esconda, particularmente emoções, sentimentos e crenças em saúde. O doente deve ainda estabelecer um debate franco com o profissional, discutindo objectivos e medidas a adoptar, e deve comprometer-se a seguir as medidas acordadas. Por fim, deve aceitar reavaliação periódica das medidas tomadas.

Todas as entidades relacionadas com a saúde, segundo Santos (2006) terão de aprender a trabalhar em conjunto para que a saúde seja, sem retóricas, um sistema equitativo que garanta responsabilidade aos fornecedores e utilizadores, e a informação abundante e rigorosa contribua para o conforto e qualidade de vida dos cidadãos.

7. Medicamentos usados para automedicação

Os medicamentos que a população utiliza para automedicação estão relacionados com os hábitos de cada país, ou seja depende dos medicamentos que mais foram receitados aos doentes, assim adquirem conhecimento e experiência com um determinado medicamento e utilizam-no sempre que surgem sintomas idênticos.

Para Soares (2002) os medicamentos que comandam o mercado são marcas que foram ou são prescritas habitualmente, o que significa que existe, na maioria dos casos,

influência de uma prescrição anterior para a selecção do medicamento para determinada situação.

A autora refere ainda que os consumidores, após uma primeira experiência positiva com um dado medicamento, passam a selecciona-lo sempre que lhes surgem sintomas análogos, adquirindo assim o hábito de utilizar um determinado medicamento e de o aconselhar a familiares e amigos. Este facto determina que o mercado destes medicamentos seja relativamente estável, porque cerca de 85% dos consumidores resistem à mudança de marca.

Segundo Marques (2006) o uso de medicamentos seleccionados pelos doentes devem ser consumidos apenas por alguns dias não excedendo os cinco dias, e se não se verificarem melhorias o doente deve consultar o seu médico.

Já o Ministério da Saúde (1999) e Soares (2002) defendem que a automedicação está relacionada com sintomas e não com patologias e que o período para o qual se considera a automedicação como adequada, não deve exceder 3 a 7 dias, e deve apenas reportar-se aos medicamentos não sujeitos a receita médica.

7.1 Estatuto legal da automedicação

Como em todos os países Europeus, em Portugal existem medicamentos que só podem ser comercializados após apresentação de receita médica, já que são medicamentos com a possibilidade de apresentarem um risco acrescido aos seus consumidores, e que exigem por isso acompanhamento e recomendações pormenorizadas do médico.

Portugal não teve um percurso coerentemente estruturado no processo de regulamentação do estatuto legal dos medicamentos. Assim, segundo Marques (2006) até 1983, todos os medicamentos eram, legalmente, de cedência mediante receita médica. A primeira legislação então produzida criou a figura de “medicamentos de venda livre”, revelando logo aí desnorte regulamentar, já que “venda livre” engloba três atributos distintos dos medicamentos: estatuto legal quanto a cedência ao publico,

regime de fixação de preço e local de venda. Daqui resultou, muitas publicações de listas de “medicamentos de venda livre” durante cerca de 10 anos.

O mesmo autor refere que em 1994, com a transposição para a ordem jurídica interna da Directiva Comunitária 92/26, são criados dois grandes grupos de medicamentos quanto ao estatuto legal de cedência ao público: o dos medicamentos sujeitos a receita médica e o dos medicamentos não sujeitos a receita médica, extinguindo-se a figura de “medicamentos de venda livre”.

Segundo a mesma directiva como explica Soares (2002) para que um medicamento passe a ser considerado seguro para automedicação, requer:

- Que possa ser usado em segurança sem supervisão médica;
- Documentação que fundamente o seu uso seguro em automedicação.

E, para que estes medicamentos possam ser consumidos por automedicação devem obedecer aos seguintes factores:

- Segurança directa e indirecta;
- Utilização só para situações autolimitadas e ligeiras;
- Fraco risco e probabilidade de ser utilizado incorrectamente;
- Exposição previa das populações ao medicamento;
- Via de administração que não inclua a injectável.

O mesmo autor explica que a segurança directa é avaliada através da probabilidade de indução de reacções adversas e toxicidade. Os dados sobre a segurança directa provem da farmacovigilância, através de estudos clínicos após a comercialização do

medicamento. Assim um medicamento possui segurança directa quando as suas reacções são ligeiras e reversíveis. A segurança indirecta avalia-se pelos efeitos secundários que não são induzidos directamente pelo medicamento, mas resultantes do seu uso inadequado, como a capacidade que apresentam para mascarar determinadas patologias. Não existe segurança indirecta quando o doente não é capaz de identificar facilmente as situações para as quais deve usar o medicamento.

O uso de incorrecto deste tipo de medicamentos é completamente impossível de evitar na sua totalidade, refere Martin (2004), mas deve ser controlado através da educação das populações.

Soares (2002) refere que na legislação do medicamento não sujeito a receita médica encontra-se obrigatórios parâmetros como, serem lançadas embalagens de medicamentos de número reduzido para evitar tomas incorrectas ou excessivas, a rotulagem deve ser cuidada e incluir toda a informação indispensável para que o medicamento seja usado correctamente, todas as embalagens devem conter um folheto informativo perfeitamente legível e com linguagem comum para que seja entendida por todos, ... todos estes parâmetros em conjunto e entendidos pelo consumidor podem fazer a diferença entre uma automedicação segura e não segura.

7.2 Critérios para a automedicação

Grande parte dos medicamentos consumidos, são-no na realidade, sem intervenção do prescriptor. As pessoas, doentes ou não, tomam medicamentos: por sua própria iniciativa, por conselho de outros indivíduos não qualificados do ponto de vista profissional, em consequência de sugestões colhidas na farmácia ou retiradas de anúncios em meios de comunicação social. Tal situação é universal, inevitável e por vezes até desejável.

Para que o consumidor recorra à automedicação com risco diminuído, são considerados vários critérios, segundo Soares (2002) que definem o consumo de medicamentos por automedicação em Portugal e na Europa:

- Deve estar relacionado com sintomas e não requer diagnóstico;

- Todas as partes devem apoiar a legislação Europeia que garanta segurança, qualidade e eficácia para os medicamentos aprovados, em qualquer país, a nível Europeu;
- A publicidade e promoção dos medicamentos, deve seguir a legislação Europeia;
- A automedicação é indicada só para as situações que não requerem consulta médica;
- A duração da automedicação varia com as circunstâncias, não devendo ultrapassar de 3 a 7 dias.

Existem também autores que apesar de conhecerem os critérios que se encontram em vigor, corroboram afirmando que de uma forma geral, o consumidor não apresenta conhecimentos necessários para distinguir sintomas ou avaliar a necessidade ou não de consulta médica, não apresentando também conhecimentos para escolher o medicamento mais adequado para os seus sintomas. Assim sendo a automedicação pode tornar-se danosa para a saúde de quem a pratica. Schenkel, (1996)

8. A publicidade e a automedicação

Tal como na Europa, a publicidade aos medicamentos realizada no nosso país também apresenta restrições e, no que toca aos consumidores, este tipo de comunicação comercial só pode ser feita a medicamentos adquiridos sem receita médica.

A publicidade é uma forma de dar informação ao consumidor, segundo Soares (2002) que deve permitir a aquisição de conhecimentos sobre as situações que podem ser tratadas com recurso à automedicação e os medicamentos destinados a estes fins. Desde 1919, ano em que foi criada a “Proriety Association of Great Britain” (PAGB) que se protege o publico da publicidade enganosa relativa a medicamentos. Esta associação avalia e aprova a publicidade antes desta entra em contacto com os consumidores. A

PAGB refere que a publicidade contribui para um aumento anual de 5% na venda de medicamentos de não prescrição, desde 1993.

“A publicidade nos meios de comunicação social aumenta o conhecimento do público sobre medicamentos disponíveis” Soares (2002)

Já Santos (2006) não concorda com esta afirmação, referindo que a publicidade aos medicamentos não prescritos pelo médico, está por demonstrar que seja útil à saúde pública ou à informação dos consumidores/doentes.

A União Europeia estabeleceu a directiva 65/65, onde apresenta critérios e regulamentação face à autorização de medicamentos Soares (2002). Relativamente aos medicamentos de venda sem receita médica, havia 3 pontos de vista:

- A publicidade, particularmente na televisão não devia conter mais do que 1 a 2 mensagens: disponibilidade do medicamento e suas indicações;
- Devia encorajar o consumidor a ler as instruções cuidadosamente antes de seleccionar e usar o medicamento;
- Devia conter toda a informação existente na embalagem.

A mesma autora refere que a directiva lista um conjunto de patologias para as quais não pode haver publicidade e proíbe que a publicidade de medicamentos:

- Dê a entender que a consulta médica é dispensável, oferecendo um diagnóstico ou surgindo o tratamento pelo correio;
- Sugira que é garantida a eficácia, que não possui efeitos secundários ou que é melhor que outro tratamento;
- Sugira que a saúde dos consumidores é melhorada com o seu uso;

- Sugira que a saúde pode ser afectada se o medicamento não for tomado, excepto no que refere à vacinação;
- Se dirija apenas a crianças;
- Refira que é recomendado por especialistas, profissionais de saúde ou celebridades, para encorajar o seu consumo;
- Sugira que por ser um produto natural é seguro e eficaz;
- Possa levar a um falso diagnóstico;
- Refira termos inadequados ou erróneos, para defender a recuperação;
- Mencione que o medicamento está autorizado para comercialização como garante da sua eficácia.

Marques (2006), refere que a Organização Mundial de Saúde questiona seriamente o argumento de a publicidade a medicamentos não sujeitos a receita médica feita directamente ao consumidor poder contribuir para aumentar o seu nível de informação. A contribuição da publicidade directa ao consumidor para o uso racional dos medicamentos é igualmente questionável. Um estudo realizado pela *Consumers International* e pela Universidade de Groningen, ao analisar a publicidade a medicamentos feita em jornais e revistas de 11 países industrializados, apenas encontrou 3 anúncios, em 183, que continham a informação legalmente requerida. Este estudo revelou ainda que: 91 anúncios não continham instruções suficientes sobre a correcta utilização dos medicamentos; 53 não indicavam a denominação comum internacional, ou designação genérica; 41 reivindicavam a demonstração de actividade terapêutica para produtos não registados como medicamentos e 18 recorriam a uma “celebridade” para suportar a promoção.

Para prevenir o incitamento ao consumo de medicamentos publicitados nos meios de comunicação social é importante promover informação independente, fornecida pelos profissionais de saúde isentos de interesses comerciais, contando também com a colaboração dos laboratórios e representantes dos consumidores e doentes, trabalhando em cooperação com a autoridade nacional do medicamento.

Para Santos (2006) quando se fala de publicidade de medicamentos importa reflectir sobre: a sua utilidade e eficácia; ter em conta estudos que revelam o seu impacto e as suas consequências sociais; promover a aplicação da lei de modo a impedir situações perigosas; distinguir publicidade de comunicação de informação; os medicamentos que são autorizados e os que são “produtos – milagre”; as associações de consumidores e de doentes devem também contrariar o uso abusivo de medicamentos de forma a evitar a ideia de que o medicamento é um produto de consumo como outro qualquer.

A permissão da publicidade aos medicamentos não sujeitos a receita médica nos meios de comunicação social, fez com que a indústria usufrísse mais destes meios para promover os medicamentos e transmitir informação para o grande público, Soares (2002). A informação contida nos anúncios publicitários pode ser avaliada pelas autoridades competentes antes ou depois de apresentada ao público. É avaliada antes de apresentada, na Dinamarca, França Itália e Espanha, pelas autoridades; Na Irlanda, Holanda e Reino Unido, as autoridades delegam em Organizações. Não é avaliada antes de apresentada em, Portugal, Alemanha e Bélgica, em que a avaliação da publicidade é feita após ter sido apresentada ao grande público e é efectuada pelas autoridades de saúde.

Ainda o mesmo autor refere que os consumidores consideram a divulgação através dos meios de comunicação social como um, senão o mais importante, meio de tomarem conhecimento de medicamentos para aquisição sem receita médica. São também considerados como factores de selecção destes medicamentos, as experiências prévias e a informação dos amigos e familiares.

Nos países em que a informação contida nos anúncios publicitários não é supervisionada antes de apresentada ao público, pode originar uma certa confusão para

o consumidor. Pode já ser tarde quando é supervisionado. “...a este facto, e tendo em conta algumas motivações predisponentes à automedicação, ou esta é gerida estruturalmente pelo sistema de saúde, ou concorrerá definitivamente para o comprometimento do seu funcionamento e utilização segura, eficaz, racional e económico de medicamentos não sujeitos a receita médica.” Marques (2006)

9. Riscos e benefícios da automedicação

Apesar da automedicação ser considerada como uma forma de tratamento segura, os profissionais de saúde, sabem que isto não é totalmente verdade. Embora a automedicação por vezes seja desejável e bem aplicada, há outras vezes em que isso não acontece. Os medicamentos são um produto, que quando ingeridos podem apresentar efeitos benéficos, mas trás também efeitos não desejados ao seu consumidor. Nos dias de hoje uma grande percentagem de indivíduos automedica-se, mas esta actividade pode se tornar um factor agravante do seu estado de saúde.

Todos os indivíduos que se automedicam, deveriam estar bem informados acerca do medicamento e particularmente conhecer os riscos e benefícios da automedicação para então fazer o seu balanço pessoal e decidir o que é melhor para si mesmo. Segundo Diez e Albaladejo (2002), quando um doente procura um profissional de saúde, estes deveriam realizar uma anamnese acerca da automedicação, de modo a poder informá-los dos erros e explicar os factores positivos e negativos da automedicação e assim evitar as complicações.

9.1 Riscos inerentes à automedicação

Dado o aumento crescente da automedicação por todo o mundo, e o facto de permitir uma participação cada vez maior do doente na sua saúde, considera-se que, só é isenta de riscos se for bem orientada, já que todos os medicamentos carregam os seus riscos.

Soares (2002) considera que os riscos da automedicação podem ser consequência de: negligencia dos sintomas, podendo mascarar uma patologia grave, demorando o diagnóstico, atrasando o tratamento adequado, podendo chegar mesmo a torná-lo mais difícil e complicado, fazendo, consequentemente, com que o doente sofra mais e por

mais tempo; existe o risco de surgirem interações entre a medicação prescrita e não prescrita; há risco de reacções adversas e de toxicidade pelos medicamentos de venda sem prescrição; pode haver um abuso dos medicamentos de venda sem receita médica, por parte dos consumidores.

Para além dos riscos já citados, Santos (2006) acrescenta mais alguns riscos à automedicação, como: fomenta-se a dependência; poder contribuir para a resistência bacteriana (por uso de antibióticos); ou propiciar processos inflamatórios crónicos e degenerativos (por uso desregrado de anti-inflamatórios não esteróides).

Existem entidades que realizam estudos do consumo de medicamentos por automedicação e que mostram números assustadores de problemas causados pelos medicamentos usados desregradamente. Foi por exemplo reportado à FDA, agência Norte-Americana reguladora dos medicamentos, que em 1987, 50.00 incidentes com medicamentos, daí resultando 12.000 mortes por reacções adversas e 15.000 internamentos hospitalares, Marques (2006). Mais recentemente, ficou demonstrado que 4% a 25% dos internamentos hospitalares são atribuídos a problemas relacionados com a terapêutica medicamentosa, dos quais 50% evitáveis na presença de monitorização adequada.

O mesmo autor refere que ao associarmos alguns dados sobre o consumo de medicamentos sem receita médica à prevalência da morbi-mortalidade por iatrogenia medicamentosa, tendo presente que a automedicação potencia a polifarmácia e que esta está, por sua vez, associada ao aumento da incidência de reacções adversas a medicamentos, é pretendido que na abordagem deste problema esteja presente a necessidade de acompanhamento da automedicação por parte de profissionais de saúde.

9.2 Benefícios inerentes à automedicação

A automedicação, embora apresente os seus riscos não pode ser considerado um acto estritamente reprovável, já que este também pode apresentar as suas vantagens para o doente. Se os profissionais de saúde apostarem numa estratégia que contemple a

informação, a educação e o controlo da comercialização dos medicamentos podem-se vir a mostrar resultados mais favoráveis e úteis a médio e longo prazo.

Consideram-se como vantagens da automedicação para o doente, segundo Soares (2002), o facto de reduzir a perda de tempo, reduzir os recursos e o custo do tratamento, para alívio de situações ligeiras de saúde, podendo aplicar-se sem recurso a consulta médica. Sob o ponto de vista médico a automedicação torna-se uma vantagem uma vez que ficam mais libertos para se dedicarem a situações clínicas mais delicadas e graves. Os governos reduzem as despesas com os medicamentos, dado que estes são suportados na totalidade pelos doentes. A indústria farmacêutica vê condições de aumentar os seus lucros uma vez que estes medicamentos podem ser sujeitos a publicidade junto das populações. Para os profissionais de saúde surge a oportunidade de informar, educar e prevenir complicações ao ajudar na escolha do medicamento e ensinar sobre regime terapêutico.

Já para a OMS cit. in Santos (2006) as vantagens da automedicação são benéficas tanto a nível pessoal ou social, pois:

- Há alívio ou solução de um mal-estar passageiro, que pode ser realizado de forma autónoma e complementar à prescrição médica;
- Fomenta-se a autonomia e responsabilidade do doente nos cuidados à sua saúde;
- Contribui-se para que o sistema de saúde não congestionue ainda mais com atendimento médico, quando o que realmente está em causa são põe exemplo, dores susceptíveis de serem tratadas por meio de aconselhamento de outro profissional de saúde com competência para tal.

“...a promoção da saúde recebe um bom contributo com atitudes de automedicação, desde que esta se processe de forma responsável e pró-activa.” Santos (2006)

Para além dos benefícios da automedicação referidos Diez e Albaladejo (2002) referem que a automedicação pode ser uma vantagem, pois reduz os gastos com o tratamento quase a todos os níveis e dá uma maior comodidade ao doente no tratamento de transtornos menores.

A automedicação é uma actividade que não está isenta de riscos, mas sendo feita de forma responsável com conhecimento e informação necessárias, recorrendo a ajuda de profissionais de saúde competentes, esta prática pode trazer certos benefícios a quem a pratica e a todas as entidades envolvidas neste processo.

10. Papel dos Profissionais de Saúde perante a automedicação

Os profissionais de saúde que podem intervir mais directamente com o doente de modo a despistar situações de risco na automedicação são os médicos, enfermeiros e farmacêuticos. O médico porque prescreve e dá a conhecer os medicamentos, o farmacêutico porque é quem aconselha e dispensa os medicamentos, e o enfermeiro porque sendo o responsável pela administração da medicação nas instituições (hospitais, centros de saúde...) está em contacto directo com o doente no momento da administração, logo pode ensinar, informar e explicar os riscos e benefícios dos medicamentos e do regime terapêutico.

Os enfermeiros ficam, na maior parte das vezes, a par do regime terapêutico dos utentes nas consultas de enfermagem, da automedicação que estes vão fazendo e os erros que cometem com medicação prescrita e não prescrita. O doente quando vai à consulta médica ou quando se dirige ao farmacêutico para comprar medicamentos não prescritos, se não for questionado provavelmente não vai dizer que está a fazer o medicamento X ou que padece de uma doença crónica, que podem ser completamente incompatíveis com o medicamento em questão. Deste modo o enfermeiro pode perceber melhor estes problemas, devido à colheita de dados, história clínica e esquema medicamentoso que faz, que se questiona nas consultas de enfermagem.

Uma das maiores responsabilidades dos enfermeiros é ensinar aos consumidores de saúde o uso adequado, os benefícios e possíveis riscos dos medicamentos, Mosquera e

Anuncibay (1995). Como atenção primária, o enfermeiro assume frequentemente a função de identificar as dificuldades e os factores de risco para que o utente siga de forma eficaz o tratamento farmacológico prescrito pelo médico. Assim por exemplo, na consulta de enfermagem, indaga sobre a possível automedicação, avalia o conhecimento e a compreensão do regime terapêutico que tem prescrito, identifica o risco de incumprimento por diferentes causas e põe em marcha os cuidados necessários para que este problema não se prolongue. Por isto, a farmacologia é sem duvida uma área de conhecimento que os enfermeiros devem incorporar e adaptar às necessidades da sociedade.

O mesmo autor refere que a colheita de dados do paciente constitui a primeira etapa do processo de enfermagem, e esta avaliação deve incluir sempre dados específicos sobre medicação, pois pode fornecer dados úteis para identificação de problemas relacionados com o consumo de medicamentos.

O papel do médico passa por dar a conhecer os medicamentos através das prescrições, onde o doente posteriormente pode adquiri-los tratando-se de sintomas semelhantes. Nas suas consultas, o médico deveria informar o doente de forma a prevenir situações de risco, mas na maior parte das vezes isso não será possível devido à excessiva afluência de doentes à consulta médica e consequente falta de tempo.

Segundo Santos (2006) o médico prescreve os medicamentos, se estes produzirem um efeito positivo no doente, este vai adquiri-lo, se possível, para uma posterior automedicação. O papel dos médicos assim como dos restantes profissionais de saúde deve ser informar, ensinar e explicar os possíveis benefícios e riscos dos medicamentos e da automedicação. Por vezes isto não acontece, embora com esforço de todos e com parcerias adequadas se poderia contrariar este acontecimento.

O farmacêutico é o profissional de saúde que está mais perto de identificar possíveis situações de risco, pois é o elemento que está presente na dispensa dos medicamentos, Soares (2002). Este assume a função de comunicador, de forma a obter os dados suficientes da história do doente, colocar as perguntas chave ao doente para se for o caso encaminha-lo para outro profissional de saúde, ou para receber e fornecer

informação objectiva e imprescindível. Este assume também a função de dispensa de medicamentos, onde deve garantir a necessidade efectiva do medicamento em questão e garantir que o doente perceba as informações fornecidas. Tem também a função de colaborador com outros profissionais de saúde, associações, indústria farmacêutica, governo, doentes e público. Estes profissionais como elementos da equipa de saúde devem participar em campanhas, rastreios e outras formas de alertar o publico em geral para a problemática da automedicação.

Silva (2005) refere que a forma ideal de melhorar a qualidade da automedicação é o trabalho em parceria de médicos, enfermeiros e farmacêuticos conjuntamente com políticos e outras entidades com relevância pública.

II – Enquadramento Metodológico

É nesta etapa, que vão ser determinados os métodos a ser utilizados para que os objectivos propostos anteriormente possam ser alcançados. O termo metodologia, segundo Bervian (1996) refere-se à descrição e análise dos métodos científicos, às suas potencialidades e limites, assim como, aos pressupostos subjacentes à sua aplicação.

Pretende-se aqui definir o caminho que esta investigação vai enveredar. Fortin (1999) refere que no decorrer desta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas, ou às hipóteses formuladas.

Será determinado nesta fase, o tipo de estudo mais adequado, as variáveis, a população e a amostra a ser investigadas e os métodos de colheita de dados mais vantajosos.

“ (...) o investigador define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita de dados. (...) estas diversas decisões metodológicas são importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação.” (Fortin, 1999)

1. Tipo de estudo

De modo a alcançar os objectivos já propostos para esta investigação, foi definido um estudo que se irá desenvolver segundo uma abordagem quantitativa do tipo descritivo simples.

“ o tipo de estudo constitui uma parte determinante para encontrar a resposta correcta ao problema levantado” (Bervian, 1996)

Neste caso optou-se pelo estudo do tipo descritivo simples, pois consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta, Fortin (1999).

2. Definição de variáveis

As variáveis, segundo Fortin (1999) são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação, tendo por definição uma propriedade inerente da variação e atribuição de valores.

Uma vez que este estudo é do tipo descritivo simples foram definidas apenas as variáveis atributo.

- **Variáveis atributo**

Este tipo de variáveis englobam as características dos indivíduos que se pretende estudar. Deste modo as variáveis atributo definidas para este estudo são: idade; sexo; estado civil; escolaridade e profissão.

3. População e amostra

Para a realização deste estudo, a população alvo foi constituída por indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, pertencentes a uma freguesia do concelho de Barcelos, que segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) é constituído por 89 freguesias (INE, 2002). A escolha da população desta freguesia está relacionada com o facto de ser a área de residência da investigadora e possivelmente, a sua futura área de intervenção. A freguesia em questão tem 1221 habitantes. Para pertencer à amostra deste estudo foram determinados critérios de inclusão aos indivíduos, tendo todos eles de:

- Ter idade compreendida entre 18 e 65 anos;
- Ser independente para as actividades de vida diárias;
- Saber ler e escrever.

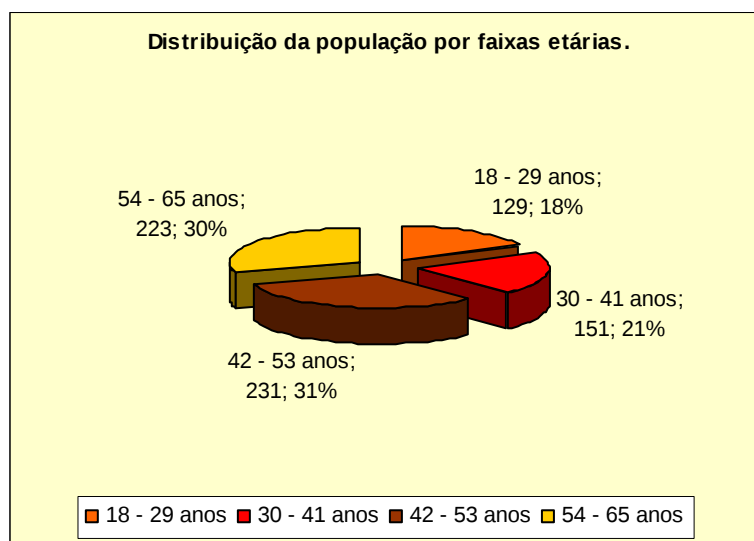
4. Método de amostragem e amostra

Para a realização deste estudo foi seleccionada uma amostra constituída por 73 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e 65 anos, residentes numa aldeia do concelho de Barcelos.

O método escolhido foi o da amostragem aleatória estratificada. Este método de amostragem “consiste em dividir a população alvo em subgrupos homogéneos chamados «estratos» e a seguir tirar de forma aleatória uma amostra de cada estrato. A amostra aleatória estratificada é utilizada quando a população inteira é reconhecida por certas características precisas, tais como idade, sexo...” Fortin (1999)

A amostra foi definida segundo os dados fornecidos pelos Censos 2001 e pela junta de freguesia, onde foi possível aceder no primeiro caso ao número de habitantes e no segundo caso à lista de eleitores, tendo sido separados os indivíduos por idades desde os 18 anos até aos 65 anos. Após esta fase de aquisição de dados foi retirada uma amostra de 10% dos indivíduos de cada estrato. Para prevenir imprevistos foram retirados 3 elementos suplentes em cada estrato.

Gráfico 1 – Distribuição da população segundo Faixas Etárias



5. Método e instrumento de colheita de dados

A colheita de dados necessários à realização deste estudo foi realizada através da aplicação de um questionário estruturado, constituído por 23 perguntas, sendo 17 destas perguntas de escolha múltipla e 6 de resposta aberta ou livre. Das 17 perguntas de escolha múltipla, 3 são questões filtro.

Este questionário (Anexo I) inclui aspectos sócio-demográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade e profissão) e aspectos de caracterização do comportamento do indivíduo adulto face à automedicação.

Durante a pesquisa bibliográfica não foi encontrado nenhum questionário preconcebido que fosse de encontro aos objectivos deste estudo, de tal forma que este questionário foi elaborado pela investigadora de modo a satisfazer os requisitos deste estudo. Durante a sua realização procedeu-se inicialmente à selecção dos temas a abordar e seguindo uma sequencia lógica foram-se elaborando as questões.

De todos os métodos de colheita de dados existentes o questionário foi o método escolhido pois segundo Fortin, (1999) o questionário é um instrumento pouco dispendioso, que pode ser aplicado simultaneamente a um grande número de sujeitos, que é impessoal e de representação uniformizada, e assim sendo os inquiridos podem sentir-se mais seguros relativamente ao anonimato das respostas.

O questionário será de administração directa, pelo que é o próprio inquirido a preenche-lo. Após estas definições e delimitações foi aplicado um pré-teste.

6. Pré-teste

O pré-teste é uma etapa muito importante que permite alterar ou corrigir certos problemas que possam surgir na resposta às perguntas do questionário. Segundo Fortin, (1999) o principal objectivo do pré-teste é avaliar a eficácia e a pertinência do questionário.

“ (...) o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a população visada, a fim de verificar se as questões foram bem compreendidas.” Fortin (1999, pp. 253)

Procedeu-se à aplicação do pré-teste a 10 indivíduos de forma aleatória na freguesia a realizar o estudo no dia 5 de Julho de 2007. Após este pré-teste verificou-se que seria pertinente alterar a ordem de algumas questões de forma a ficar um questionário com uma sequência lógica dos temas a abordar. O tempo de realização foi de cerca de 6 a 8 minutos por indivíduo.

7. Considerações Éticas

Para que a investigação efectuada respeite as questões de índole ética e moral, foram tomadas medidas preventivas de modo a garantir a protecção dos direitos dos sujeitos envolvidos no estudo.

Segundo Fortin (1999, pp. 116) existem cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, que são: direito à autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e à confidencialidade; direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo; e por fim, direito a um tratamento justo e legal.

Assim sendo foi realizada uma carta de explicação do estudo e do consentimento (Anexo I), foram explicados aos participantes todos os parâmetros e recolhido o consentimento informado oralmente antes da entrega do questionário.

8. Método de tratamento e análise de dados

Segundo Fortin (1999) os métodos de análise dos dados variam segundo o tipo de estudo, a técnica amostral e o grau de complexidade dos métodos de colheita de dados utilizados. Refere ainda que para estudos quantitativos o método mais adequado será a estatística descritiva.

A análise estatística descritiva utilizada neste estudo fundamenta-se na orientação de Fortin (1999) que defende o uso de distribuições de frequência e medidas de tendência

central. O tratamento dos dados foi efectuado através da avaliação de tabelas de frequências relativas e absolutas, recorrendo ao programa estatístico SPSS versão 14.0 e ao Excel.

III – Enquadramento Empírico

Durante esta fase os dados irão ser colhidos, em seguida será feita uma análise e tratamento para posteriormente poderem ser apresentados e discutidos. Segundo Fortin (1999) nesta etapa o plano de investigação é posto em execução. Procede-se à colheita dos dados no terreno em seguida faz-se uma análise dos dados, interpreta-se os resultados e por fim comunica-se os resultados. A partir destes resultados, podem-se propor novas vias de investigação e formular recomendações.

1. Tratamento estatístico e análise dos dados

Os dados vão ser analisados e o seu tratamento como já foi referido anteriormente será realizado através do programa informático SPSS. A sua representação será feita através de gráficos e tabelas efectuadas no programa Excel. Através do tratamento dos dados será caracterizada a amostra e as variáveis em estudo.

- **Caracterização da amostra (aspectos sócio-demográficos)**

A caracterização da amostra inclui aspectos sócio-demográficos como a idade, sexo, estado civil, escolaridade e profissão.

Tabela 1 – Distribuição percentual e numérica da amostra segundo a idade.

IDADE	n	%
$\geq 18 \leq 29$	13	17,8
$\geq 30 \leq 41$	15	20,6
$\geq 42 \leq 53$	23	31,5
$\geq 54 \leq 65$	22	30,1
TOTAL	73	100,0

Na tabela 1 é possível verificar que a faixa etária mais predominante é entre 42 e 53 anos com 31,5% dos indivíduos, de seguida com 30,1% dos indivíduos encontra-se a

faixa etária dos 54 aos 65 anos, com 20,6% dos indivíduos encontra-se a faixa etária dos 30 aos 41 anos e por fim 17,8% dos indivíduos pertencem à faixa etária dos 18 aos 29 anos.

Quadro 1 – Valores estatísticos de tendência central.

n	Idade máxima	Idade mínima	Média	Moda	Mediana	Desvio padrão
73	65	18	43,6	51,9	45,9	12,8

A média de idade da amostra é de 43,6 anos, sendo a idade mínima 18 anos e a idade máxima de 65anos. A mediana é de 45,9 anos e a moda das idades é de 51,9 anos. O desvio padrão é de 12,8.

Tabela 2 – Distribuição percentual e numérica da amostra segundo o sexo.

SEXO	n	%
MASCULINO	37	50,7
FEMININO	36	49,3
TOTAL	73	100,0

Analisando a tabela 2 verifica-se que, da amostra constituída por 73 indivíduos, 37 pertencem ao sexo masculino (50,7%), e 36 ao sexo feminino (49,3%).

Tabela 3 – Distribuição percentual e numérica da amostra segundo o estado civil.

ESTADO CIVIL	n	%
SOLTEIRO	10	13,7
CASADO	54	74,0
VIÚVO	7	9,6
DIVORCIADO	2	2,7
TOTAL	73	100,0

Em relação ao Estado Civil, a amostra é, maioritariamente, constituída por indivíduos casados, que corresponde a 74% da amostra, seguidamente o estado civil mais

representado é o solteiro composto por 10 indivíduos que corresponde a 13,7% da amostra.

Tabela 4 – Distribuição percentual e numérica da amostra segundo a escolaridade.

ESCOLARIDADE	n	%
<= 4ª CLASSE	35	47,9
<= 9º ANO	17	23,3
<=12º ANO	10	13,7
BACHARELATO	5	6,9
LICENCIATURA	6	8,2
TOTAL	73	100,0

Na tabela acima apresentada, pode analisar-se que em relação às habilitações literárias, a maioria da amostra é constituída por indivíduos com o 1º ciclo (47,9%; n=35) em seguida por indivíduos com o 9º ano (23,3%; n=17). Em menor percentagem surgem os indivíduos com o 12º ano (13,7%), com Bacharelato (6,9%) e com Licenciatura (8,2%). De acordo com a análise desta tabela é possível verificar que o grau de instrução literária é muito baixo. Este facto pode estar relacionado com a idade dos indivíduos que constituem a amostra, uma vez que a percentagem de jovens não é muito elevada.

Tabela 5 – Distribuição percentual e numérica da amostra segundo a profissão.

PROFISSÃO	n	%
JÁ FOI OU É PROFISSIONAL DE SAÚDE	3	4,1
NÃO É NEM NUNCA FOI PROFISSIONAL DE SAÚDE	70	95,9
TOTAL	73	100,0

Em relação à situação profissional verifica-se que apenas 4,1% dos indivíduos são ou já foram profissionais de saúde, sendo a restante parte da amostra, 95,9% indivíduos que nunca tiveram uma profissão relacionada com a saúde.

- **Análise dos dados referentes ao estudo.**

Tabela 6 – Distribuição percentual e numérica dos dados referentes ao consumo de medicamentos.

Ingeriu medicamentos no último ano?	n	%
Sim	73	100,0
Não	0	0,0
Total	73	100,0

De acordo com a tabela 6, em relação ao consumo de medicamentos, pode-se analisar que todos os indivíduos que constituem a amostra referem ter ingerido medicamentos no ano anterior, o que reflecte uma representação de 100%.

Tabela 7 – Distribuição percentual e numérica dos dados em relação aos medicamentos consumidos por automedicação.

Os medicamentos usados foram todos prescritos pelo médico?	n	%
Sim	10	13,7
Não	63	86,3
Total	73	100,0

Na tabela 6 é possível verificar que apenas 4,1% da amostra refere ter ingerido todos os medicamentos por prescrição médica, referente ao ano anterior, e cerca de 95,9% da amostra admite que nem todos os medicamentos ingeridos no ano anterior foram prescritos pelo médico. Assim conclui-se que a maior parte da amostra ingere medicamentos por automedicação.

É possível fazer uma análise a este resultado segundo um estudo realizado por Lopes, (2001), em que 91,3% dos inquiridos admitiram recorrer à automedicação quando apresentam problemas de saúde.

Tabela 8 – Distribuição percentual e numérica dos dados em relação à frequência com que recorrem à automedicação.

No último ano recorreu à automedicação...	n	%
Raramente	39	61,9
Alguma frequência	17	27,0
Muita frequência	7	11,1
Total	63	100,0

Na tabela 7 está representada uma auto-avaliação dos inquiridos sobre a frequência com que recorrem à automedicação. Constatou-se que a maioria dos inquiridos considera que raramente recorre à automedicação (61,9%), sendo significativamente mais reduzida a percentagem dos que consideram fazê-lo com alguma frequência, (27%) e com muita frequência (11,1%).

Tabela 9 – Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o problema apresentado para recorrer à automedicação.

Quais os problemas que apresentava quando recorreu à automedicação?	n	%
Gripe ou constipação	17	27,0
Infecções ou inflamações	15	23,8
Dores osteoarticulares	14	22,2
Dores diversas	5	7,9
Problemas gastrointestinais	4	6,3
Problemas respiratórios	3	4,8
Problemas cardiovasculares	2	3,2
Outros problemas	3	4,8
Total	63	100,0

Em relação ao problema de saúde que originou o recurso à automedicação, constata-se que são de natureza diversa, embora a sua maior incidência sejam problemas de saúde comuns, como é o caso de “gripe ou constipação” (27%). Verifica-se que a maior parte dos indivíduos recorre à automedicação devido ao sintoma dor, pois entre as categorias “dores diversas” (7,9%) e “dores osteoarticulares” (22,2%) os indivíduos referem ser o motivo da sua última automedicação. Assim é possível verificar que existem certos

sintomas que são considerados como menores e por isso não necessitam de consulta médica, ou nunca são referidos ao médico. Afigura-se neste âmbito que as questões de saúde que não alcançam o estatuto de verdadeiro problema de saúde e que, por isso entram no domínio da automedicação, podem ser prejudiciais à saúde do indivíduo e pode nunca chegar a ser qualificado como verdadeiro problema de saúde justificativo de recurso a cuidados médicos.

Tabela 10 – Distribuição percentual e numérica dos dados segundo a justificação dada para optar pela automedicação em vez da consulta médica.

Quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica?	n	%
Não se justifica consulta médica	24	38,1
Falta de tempo	16	25,4
Falta de vagas no médico de família	10	15,9
Tempo excessivo de espera para obter consulta	13	20,6
Total	63	100,0

Como se verifica na tabela 10 a maioria dos indivíduos admite recorrer à automedicação em vez da consulta médica apresentando o motivo “Não se justifica consulta médica” (38,1%), considerando por vezes os sintomas irrelevantes. De seguida os inquiridos apresentaram o motivo de “Falta de tempo” (25,4%) para optar pela automedicação, com menos percentagem de resposta foi apresentado o motivo de “Tempo excessivo de espera para obter consulta” (20,6%) e finalmente foi apontado o motivo de “Falta de vagas no médico de família” com 15,9% das respostas.

A partir desta tabela pode verificar-se que a maior parte dos indivíduos consideram ter sintomas comuns e irrelevantes que não necessitam de consulta médica para serem resolvidos, ou então quando tentam consultar o médico encontram problemas do sistema de saúde como o tempo de espera ou a falta de vagas que fazem com que os indivíduos recorram à automedicação para assim restabelecer mais rapidamente a sua saúde.

Tabela 11 – Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o tempo de duração da automedicação.

Quando se automedicou, qual a duração da toma do medicamento?	n	%
1 a 2 Dias	24	38,1
3 a 4 Dias	37	58,7
5 ou mais dias	2	3,2
Total	63	100,0

Através da tabela 10 constata-se que a maioria dos indivíduos admite ter recorrido à automedicação durante o prazo de 3 a 4 dias (58,7%). De seguida encontra-se com 38,1% das respostas a opção de “1 a 2 dias”, e 3,2% dos indivíduos admite ter feito automedicação por 5 ou mais dias. Desta análise é possível salientar que existe um número elevado de inquiridos que se automedicam por períodos de tempo considerados excessivos. Existem sintomas que pela sua frequência e simplicidade aparente são tratados sempre recorrendo à automedicação, podendo em certas situações correr o risco de agravar diagnósticos ou surgirem novos problemas relacionados com o uso de medicamentos de forma inadequada.

Tabela 12 – Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o agente influenciador da automedicação.

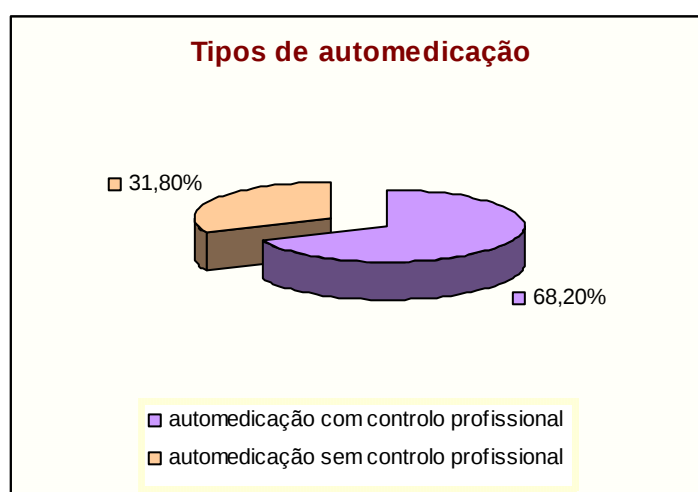
A automedicação foi influenciada por:	n	%
Familiar ou amigo	9	14,3
Profissional de saúde (não médico)	15	23,8
Publicidade	2	3,2
Prescrição anterior	28	44,4
Acesso a fármacos no domicílio (sem prescrição médica)	9	14,3
Total	63	100

Num primeiro nível de leitura, que é suscitado por este quadro, é possível verificar que na larga maioria das situações de automedicação os indivíduos recorrem a medicamentos que já tinham em casa (58,7%). Esta tendência, quase generalizada, de aprovisionamento de medicamentos em casa, mostra, por um lado que o medicamento deixa o seu tradicional estatuto de recurso raro e de utilização esporádica para o estatuto

de bem de consumo, por outro lado também se revela a autonomia dos indivíduos em relação à gestão quotidiana dos problemas de saúde, (Lopes, 2001).

Entende-se então que, de entre os diferentes meios de automedicação, o que assume maior expressão é o recurso a medicamentos já receitados pelo médico noutra ocasião (44,4%), o que representa uma dimensão oculta da automedicação uma vez que não se enquadra na tradicional dicotomia, medicamentos prescritos e não prescritos. Para além desta evidência imediata a tabela 11 permite também identificar dois modos distintos da prática da automedicação. O agente diferenciador é a existência, ou não, de alguma forma de controlo profissional, o que de uma forma geral dá lugar a duas configurações distintas que se designam de “ automedicação com controlo profissional” e “automedicação sem controlo profissional”, cuja expressão percentual está apresentada no gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição percentual segundo os tipos de automedicação.



Como se verifica no gráfico 2, a “ automedicação com controlo profissional” é o recurso dominante (68,2%), embora o recurso à “automedicação sem controlo profissional” seja significativo (31,8%).

Segundo Santos (2006), as pessoas não hesitam, quando se trata de aliviar as suas dores passageiras, em tomar medicamentos por sugestões de familiares, amigos ou rendendo-se ao impulso da publicidade. Estas pessoas não acreditam que os sintomas de mal-estar

são sempre individuais e que qualquer medicamento deve ter uma utilização personalizada. A afirmação deste autor poderá ser uma possível explicação que faz com que ainda 31,8% dos indivíduos se automediquem sem controlo de profissionais.

Tabela 13 – Distribuição percentual e numérica dos dados segundo a procura de informação adicional acerca do medicamento.

Antes de se automedicar, procurou informações ou esclarecimentos adicionais do medicamento?	n	%
Sim	23	36,5
Não	40	63,5
Total	63	100,0

Em relação à questão sobre a procura de informações ou esclarecimentos adicionais acerca do medicamento que vai ser consumido por automedicação, a grande maioria dos indivíduos respondeu que não procura informação ou esclarecimentos adicionais sobre o medicamento que vão tomar (63,5%). Os restantes indivíduos referem procurar informar-se e esclarecer as suas dúvidas e preocupações (36,5%). Segundo Machado, (2005) todos os indivíduos deveriam, no acto da compra esclarecer juntamente do farmacêutico as duvidas que possam ter, e refere também que os profissionais de saúde devem estar atentos pois, pelo facto do doente tratar pelo nome um medicamento não quer dizer que ele o conheça bem, daí a importância de dar ou reforçar as informações mais importantes.

Neste caso, uma vez que a maior parte dos indivíduos respondeu que não procura informações ou esclarecimentos antes de se automedicar possivelmente demonstra que já se encontra familiarizado com o medicamento ou já o utilizou noutras ocasiões.

Tabela 14 – Distribuição percentual e numérica dos dados segundo a fonte utilizada para obter informações ou esclarecimentos adicionais.

Onde procurou as informações adicionais sobre o medicamento?	n	%
Bula	9	39,1
Enfermeiro	2	8,7
Farmacêutico	11	47,8
Parente ou amigo	1	4,4
Total	23	100,0

Segundo a tabela 13, a maioria dos inquiridos que referiu procurar informações ou esclarecimentos adicionais recorreu a profissionais de saúde competentes (56,5%) sendo que 8,7% recorreram à ajuda de Enfermeiros e 47,8 recorreram à ajuda de Farmacêuticos. De seguida, a fonte mais utilizada para a procura de informação foi a bula com 39,1% das respostas, e por fim com 4,4% das respostas encontra-se a opção de “parente ou amigo”. Desta forma pode-se verificar que a maioria dos indivíduos procurou informar-se com profissionais de saúde não médicos, ou então optaram pela bula que é um meio seguro e científico para obter informação relacionada com o medicamento. Segundo Soares (2005) relativamente a um estudo realizado pela Associação Nacional de Farmácias (ANF), que mostra precisamente que o farmacêutico é o elemento mais procurado para esclarecimento de dúvidas e aconselhamento medicamentoso, daí ser importante que todos os profissionais de saúde entrem em parceria para diminuir a tendência da automedicação não responsável.

Segundo Lopes, (2001) qualquer prática de automedicação encontra-se no domínio do risco, o qual é tanto maior quanto menor a pericialidade de quem decide a intervenção. Quando um indivíduo comum se automedica fá-lo numa condição de risco, mas se as informações medicamentosas forem dadas por profissionais o risco será mais reduzido. Se essas informações partirem de fontes leigas o risco vai ser substancialmente maior.

Tabela 15 – Distribuição percentual e numérica dos dados segundo a compreensão da informação obtida.

A informação recebida foi compreendida?	n	%
Sim	21	91,0
Não	2	9,0
Total	23	100,0

Em relação à compreensão da informação obtida, a maioria dos inquiridos refere ter compreendido a informação que receberam (91%), mas 9% das respostas admitem não ter compreendido as informações recebidas. Por vezes os profissionais ou a bula do medicamento fornecem informação de carácter técnico, com utilização de termos científicos que o utente não compreende, e que pode levar a tomar atitudes erróneas. Soares (2002) afirma que alguns utentes procuram informar-se acerca do medicamento que vai consumir, mas o problema está na compreensão da informação. Por vezes os utentes vão ao médico, mas não compreendem a mensagem que lhe foi transmitida, por vezes pelo uso excessivo de termos técnicos, o que faz com que posteriormente esse medicamento seja recomendado a um vizinho ou familiar para tratar uma situação muito diferente dos sintomas apresentados. A bula pode ser também por vezes de difícil compreensão para quem a lê, e os farmacêuticos não informam sempre todos os indivíduos que chegam à farmácia e pedem o medicamento pelo nome, o que não quer dizer que esse indivíduo já esteja informado acerca desse medicamento. Soares (2002) refere que em parceria todos os profissionais de saúde devem lutar para que esta situação se reverta e os incidentes diminuam.

Tabela 16 – Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o cumprimento das informações recebidas.

Cumpriu rigorosamente as informações recebidas?	n	%
Sim	11	48,0
Não	12	52,0
Total	23	100,0

Relativamente ao cumprimento dos conselhos dados, 52% dos inquiridos refere não ter cumprido rigorosamente todos os aspectos recomendados e 48% refere ter cumprido

rigorosamente. Perante estes resultados é possível verificar a posição participativa dos indivíduos em relação à sua saúde.

Segundo um estudo realizado por Lopes, (2001) para uma revista científica, verificou que o “saber” da população em relação a problemas de saúde já não é produto de crenças, hábitos ou modos de vida, mas passou a ser também resultado de assimilações, mesmo que parcelares do conhecimento científico, através das quais os indivíduos reinterpretam as suas práticas. Na verdade continua a ser um saber empírico, as vertentes que o constituem é que se diversificaram, dando novas possibilidades de interagir com a informação científica e descodificá-la.

Segundo Guidens (1997) o saber leigo está a diversificar-se pela interpretação que cada uma dá ao conhecimento científico, daí os resultados dessa interpretação poderem ser positivos ou negativos.

Para Santos (2006) é difícil para os consumidores de medicamentos, resistir à tentação de alterar as doses, os intervalos de tempo recomendados e a duração do tratamento. Isto leva os indivíduos a agir por sua conta e a correr riscos desnecessários.

Tabela 17 – Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o consumo de medicamentos por automedicação conjuntamente com medicamentos prescritos.

Quando se automedicou encontrava-se a tomar medicamentos receitados pelo seu médico?	n	%
Sim	34	54,0
Não	29	46,0
Total	63	100,0

Analisando a tabela 17 verifica-se que a maior parte dos indivíduos tomam diariamente medicamentos receitados pelo seu médico (54%). Os restantes 46% não apresentam motivos de saúde para consumirem diariamente medicamentos. Estes indivíduos que se automedicam estando juntamente a ingerir medicamentos receitados pelo médico correm um risco substancialmente maior do que os restantes 46% que não apresentam doença no momento da automedicação.

Marques (2006), refere que a automedicação potencia a polifarmácia e que esta está, por sua vez, associada ao aumento da incidência de reacções adversas a medicamentos. Perante esta conclusão podemos admitir que mais de metade dos indivíduos que se automedicaram, corriam risco de surgir uma reacção adversa.

Segundo Santos (2006) os indivíduos que agem desta forma, ou seja, que se automedicam concomitantemente com medicamentos prescritos, são indivíduos que apresentam relutância em consultar o médico ou receber aconselhamento medicamentoso por profissionais, e quando o fazem, normalmente não seguem os conselhos recebidos.

Tabela 18 – Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o número de medicamentos que se encontravam a tomar.

Quantos medicamentos prescritos se encontrava a tomar?	n	%
1	7	20,2
2	13	38,3
3	11	32,5
4 ou mais	3	9,0
Total	34	100,0

Dos 34 indivíduos que se encontravam também a fazer medicação prescrita, pode verificar-se que na grande maioria os inquiridos referem tomar 2 medicamentos diários (38,3%), seguidamente com 32,5% das respostas encontra-se a opção “3” comprimidos diários. Responderam que tomavam 1 comprimido diário, 20,2% dos indivíduos. Com risco acrescido encontram-se os 9% que admitiram ingerir 4 ou mais medicamentos diários.

Como concluiu Soares (2002) num estudo realizado para a Associação Nacional de Farmácias (ANF), os riscos que a automedicação comporta são acrescidos conforme aumenta o número de medicamentos que o indivíduo ingere concomitantemente com o medicamento usado para a automedicação. Assim são considerados de risco moderado, aqueles que ingerem de 1 a 2 medicamentos juntamente com o medicamento da

automedicação e de risco elevado, aqueles que ingerem mais de três medicamentos juntamente com o medicamento da automedicação. Neste caso verifica-se que 58,5% dos inquiridos quando se automedicaram estiveram sob um risco moderado, e 41,5% sob risco elevado.

Tabela 19 – Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o conhecimento dos indivíduos face às possíveis incompatibilidades que os medicamentos poderiam causar.

Verificou se existiam algumas incompatibilidades entre os medicamentos que tomou?	n	%
Sim	8	23,5
Não	26	76,5
Total	34	100,0

Dos 34 indivíduos que se apresentavam a fazer medicação prescrita, é possível verificar que apenas 23,5% revelam ter cuidado com as incompatibilidades e interações medicamentosas. Os restantes 76,5% admite não ter esta preocupação, ou seja, a maior parte dos indivíduos, juntamente com os medicamentos receitados pelo médico ingeriu medicamentos por automedicação, sem verificar se os medicamentos poderiam interagir entre eles ou mesmo serem incompatíveis e poder causar sérios problemas à sua saúde.

Segundo Soares (2002), a toma de medicamentos prescritos e não prescritos aumenta substancialmente o risco para a saúde do indivíduo. Sempre que um indivíduo se encontra a tomar medicamentos prescritos, e surge uma situação em que opta por recorrer à automedicação, isto deve ser feito sob aconselhamento de um profissional de saúde e com exposição de todo o tratamento farmacológico a que já está sujeito, de forma a diminuir os riscos de incompatibilidade farmacológica.

Tabela 20 – Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o requerimento de informações acerca do medicamento no acto da compra.

Quando compra medicamentos pede sempre informações ao farmacêutico acerca do medicamento?	n	%
Sim	9	14,3
Não	54	85,7
Total	63	100,0

Em relação à procura de esclarecimentos e informações a maior parte dos indivíduos admite não o fazer aquando da compra do medicamento (85,7%), podendo ser devido à familiarização que já tem com o medicamento. Só uma pequena parte das respostas afirmam pedir informações e esclarecimentos quando comprem o medicamento com que se vão automediar (14,3%). Se os conselhos forem seguidos o risco a que estão sujeitos vai ser diminuído.

Tabela 21 – Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o conhecimento dos possíveis riscos que o medicamento poderia causar.

Tem conhecimento dos riscos que o medicamento com que se automedicou poderiam causar?	n	%
Sim	6	9,5
Não	57	90,5
Total	63	100,0

Relativamente aos conhecimentos sobre os riscos que a automedicação poderia ter causado, 9,5% dos indivíduos referem ter conhecimento dos riscos que corria quando se automedicou e 90,5% refere não ter conhecimento dos riscos que a automedicação lhe podia causar. Desta avaliação pode admitir-se que a maior parte dos indivíduos não procura adquirir conhecimentos, informação ou esclarecimentos acerca dos riscos que o medicamento que ingeriram por automedicação, poderia causar.

Para Marques (2006), o risco que a automedicação pode causar está relacionado com a falta de informação que o indivíduo tem em relação aos efeitos indesejáveis e reacções

adversas que o medicamento pode causar, mas não é apenas a função do medicamento que causa esses riscos, mas também das características de quem o vai tomar e da correcta adequação do perfil de indicações do medicamento à situação a tratar. Estes riscos não se prendem apenas com reacções adversas imediatas, mas também com fenómenos de dependência e de habituação, e com manifestações iatrogénicas tardias, como a insuficiência renal e hepática por consumo excessivo de certos medicamentos, que a maioria dos indivíduos que consomem medicamentos por automedicação não conhece.

Tabela 22 – Distribuição percentual e numérica dos dados segundo o surgimento de problemas relacionados com a toma de medicamentos por automedicação.

Surgiu algum problema relacionado com a medicação com que se automedicou?	n	%
Sim	7	11,1
Não	56	88,9
Total	63	100,0

Segundo uma análise à tabela 22, é possível verificar que 11,1% dos indivíduos admite ter tido problemas com a automedicação e 88,9% refere não se ter manifestado nenhum problema causado pelo medicamento com que se automedicou. Embora não seja um elevado número de indivíduos a ter problemas com a automedicação, 7 indivíduos é um número significativo quando se verifica que o seu estado de saúde se agravou.

Tabela 23 – Distribuição percentual e numérica dos dados segundo os problemas que a automedicação causou.

Quais foram os problemas que surgiram relacionados com a automedicação?	FREQUENCIA ABSOLUTA (n)	FREQUENCIA RELATIVA (%)
Vómitos, diarreia e náuseas	4	57,1
Reacção alérgica (manchas no corpo)	2	28,6
Vómito com presença de sangue	1	14,3
Total	7	100,0

Relativamente aos problemas causados pela automedicação, 57,1% dos indivíduos que apresentaram estes problemas referem ter tido vômitos, diarreia e náuseas, 28,6% referiram ter tido “reação alérgica” ao medicamento e por fim com 14,3% das respostas os indivíduos apontaram como problema “vômito com presença de sangue”.

Para Matias (2007) há um número crescente de doentes que não obtém os resultados desejados ao tomar os seus medicamentos, e este aumento para o autor deve-se sobretudo à falta de informação sobre a forma correcta de os utilizar ou a uma falta de comunicação na passagem dessa mensagem.

Segundo dados da Food and Drugs Association (FDA) (2006), são registados anualmente muitos incidentes e mortes relacionadas com reacções adversas causadas por medicamentos consumidos por automedicação. A estatística da FDA revelou que o ano onde se registaram mais incidentes com medicamentos foi 1987 com 50.000 registos de incidentes com medicamentos, daí resultando 12.000 mortes e 15.000 internamentos hospitalares.

Avaliando as respostas dadas verifica-se que alguns problemas apontados são de origem negligente, ou seja, nota-se a existência de indivíduos que abusam dos medicamentos, e estes de uma forma particular mostram a quem os consome as consequências desse abuso medicamentoso. Marques (2006), atribui estes incidentes à negligência do consumidor e refere ainda que a falta de monitorização adequada, evitaria 50% dos incidentes medicamentosos. Afirma que recentemente 4 a 25% dos internamentos hospitalares estão relacionados com incidentes com medicamentos na sai maioria evitáveis se acompanhados por profissionais de saúde com competência para tal.

IV – Síntese dos Resultados

Uma vez terminada a apresentação e análise estatística dos dados, a fase seguinte consiste na realização de uma síntese e discussão dos resultados, em função dos objectivos propostos inicialmente para a realização deste estudo.

Quanto aos dados sócio-demográficos:

Este estudo foi realizado com a participação de uma amostra constituída por 73 indivíduos, 37 do sexo masculino e 36 do sexo feminino. A amostra foi constituída por indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos. A média de idades encontrada foi de 43,6, que representa a faixa etária dos 42 aos 53 anos. A amostra foi constituída maioritariamente por indivíduos casados e com habilitações literárias, o 1º ciclo. Apenas 3 indivíduos referiram ser ou já terem sido profissionais de saúde, o que representa uma parte muito reduzida da amostra. Após esta pequena síntese será então realizada uma sucinta discussão dos resultados.

Quanto aos objectivos gerais:

O que leva os indivíduos a automedicação é em primeiro lugar a crença de que os sintomas que apresentam são comuns e de pouca relevância e que por isso não se justifica uma consulta médica com 38,1% das respostas, e em segundo lugar devido a problemas do sistema de saúde como falta de vagas para o médico de família ou tempo excessivo de espera para conseguir consulta médica com 36,5% das respostas.

No que concerne ao comportamento dos indivíduos aquando a automedicação, foi possível verificar que em relação á duração da automedicação a maioria fá-lo entre 1 a 3 dias (77,8%) o que representa risco diminuído, mas em relação à procura de esclarecimentos ou informações sobre o medicamento que foi consumido, a maior parte da amostra não demonstra este cuidado (63,5%), e quando tem o cuidado de procurar informações e esclarecimentos admitem não cumprir rigorosamente as informações recebidas (52%), e ainda recorrem à automedicação conjuntamente com a toma de

medicamentos prescritos pelo seu médico (54%), não verificando se existem incompatibilidades entre os medicamentos que tomou (76,5%).

É possível determinar que estes indivíduos que representam a maior parte da amostra, apresentam um comportamento de risco em relação à automedicação, ou seja, segundo Santos (2006) estes indivíduos praticam uma automedicação não responsável.

“...Quem assim actua sente normalmente relutância em consultar o médico ou em receber aconselhamento de outros profissionais de saúde e dissocia, por exemplo, os riscos de tomar medicamentos não prescritos juntamente com os prescritos ou a relacionar a sua doença crónica com uma determinada incompatibilidade a um medicamento que, aparentemente, é mais inócuo e mais bem tolerado que aquele que é prescrito pelo médico. Este grupo de pessoas, consideram-se as que praticam uma automedicação não responsável. Outras há que se habituem a conhecer os seus sintomas, estão receptivas ao aconselhamento de medicamentos não prescritos, recusam-se a comprar só porque viram publicidade ou a tomar qualquer coisa para alívio dos seus males porque ainda têm uns restos de comprimidos, gotas ou supositórios no armário de farmácia. Este tipo de pessoas adere com relativa facilidade à automedicação responsável. “ Santos (2006)

Verificou-se que grande parte dos indivíduos não apresenta conhecimentos em relação aos efeitos adversos da medicação, pois 90,5% da amostra admitiu não conhecer os riscos que a medicação poderia causar.

Quanto aos objectivos específicos:

O estudo demonstrou que o número de indivíduos que recorre à automedicação, são 63, representando 86,3% da amostra. O estudo demonstra também os principais problemas que fazem com que os indivíduos recorram à automedicação, que são sintomas como gripe, constipação ou tosse com 27% das respostas e infecções e inflamações com 23,8% das respostas. Em relação à principal fonte de informação a que os indivíduos recorrem para se informar acerca do medicamento, o maior número de respostas foi para o profissional de saúde Farmacêutico com 47,8% da amostra. De salientar ainda que o profissional de saúde Enfermeiro não representa o profissional de saúde de eleição para prestar informações, pois contou apenas com 2 respostas. O estudo demonstrou ainda que quase todos os indivíduos que participaram neste estudo e que se automedicaram não tinham conhecimentos dos riscos que o medicamento usado poderia causar, 90,5%

da amostra. Deste modo pode afirmar-se que a automedicação praticada por estes indivíduos representa um risco aumentado para a sua saúde.

Segundo Marques (2006) os incidentes relacionados com automedicação devem-se à negligência de quem a pratica, e refere ainda que estes incidentes medicamentosos poderiam ser evitados em 50% dos casos, se houvesse monitorização adequada.

Por fim verificou-se que devido à automedicação surgiram problemas de saúde em 7 indivíduos, sendo que em quatro indivíduos surgiram problemas ao nível gastrointestinal, em dois indivíduos foi detectada uma reacção alérgica e apenas um indivíduo referiu vómito com presença de sangue.

De um modo geral verifica-se que existe um número elevado de indivíduos que recorre à automedicação, e grande parte julga que os sintomas são comuns e ligeiros e que não justificam uma consulta médica. O seu comportamento face à automedicação, embora apresente alguns cuidados, na sua maioria desenrola-se como uma automedicação não responsável. Os indivíduos que a praticam não apresentam conhecimentos dos riscos que o medicamento que usaram poderia ter causado. E assim sendo numa amostra de 73 indivíduos foi possível identificar 7 casos de problemas de saúde causados pela má prática da automedicação.

Conclusão

Na fase final deste trabalho de investigação é possível proceder às conclusões a que se chegou. Relativamente ao tema em questão “Automedicação no Adulto” pode afirmar-se que este foi sem dúvida muito estimulante e importante, quer pelas conclusões obtidas quer pela aquisição de conhecimentos e competências ao nível da investigação científica.

Relativamente à elaboração deste estudo, inicialmente foi feita uma revisão bibliográfica acerca da automedicação, e logo surgiram algumas dificuldades em encontrar estudos relacionados com o tema, pois trata-se de uma problemática que começou a ser estudada mais recentemente. Seguidamente foi realizada a definição da metodologia do estudo, onde também foram sentidas algumas dificuldades, principalmente na escolha do tipo de estudo e do método de amostragem. Foram também sentidas algumas dificuldades na colheita de dados, ou seja, na aplicação do questionário, pois alguns indivíduos demonstraram desinteresse ou falta de tempo para colaborar com esta causa.

Foi possível verificar que quando um enfermeiro ou até um aluno de enfermagem intervém na comunidade, mesmo que seja com a aplicação de um questionário faz com que os indivíduos reflectam sobre o tema que está a ser estudado. Neste caso verificou-se que após a aplicação dos questionários alguns indivíduos reflectiam e chegavam mesmo a admitir que não têm vindo a proceder correctamente em relação à automedicação.

De uma forma geral com este estudo pode-se concluir que grande parte dos indivíduos, no último ano recorreu à automedicação, e o principal problema que leva os indivíduos a tomar esta decisão são sintomas como a gripe, constipação ou tosse. Grande parte dos indivíduos refere que recorre à automedicação porque os sintomas que apresentavam não justificavam uma consulta médica.

Pode-se concluir ainda, que grande parte dos indivíduos recorre a medicamentos que possuem de anteriores prescrições e que não procuram esclarecimentos ou informações

adicionais acerca do medicamento que vão usar. Verificou-se ainda que grande parte dos indivíduos que se encontrava a tomar medicamentos prescritos automedicava-se concomitantemente sem verificar se existiam interacções entre os medicamentos.

Por fim concluiu-se que quase todos os inquiridos admitem não conhecer os riscos que a medicação que usaram lhe poderia causar, e que em sete casos surgiram complicações de saúde relacionadas com a automedicação.

De acordo com os resultados obtidos é possível concluir que os objectivos foram plenamente atingidos, quer os gerais quer os específicos, e assim as características da população em relação a este tema foram conhecidas. Relativamente à pergunta partida conclui-se que os principais motivos que justificam a automedicação são sintomas considerados menores que não justificam uma consulta médica e a automedicação que se pratica não é segura para a saúde dos indivíduos, pois a maioria destes não procura informação ou esclarecimentos acerca dos medicamentos, assume não ter conhecimentos dos riscos que a medicação pode causar, e grande parte dos indivíduos refere não cumprir rigorosamente os conselhos que lhes são dados por profissionais de saúde.

Depois de tiradas conclusões, a investigadora sugere, que uma forma possível de colmatar este problema na sociedade, seria através de fornecimento de informação à população, quer nas instituições de saúde quer nas farmácias e meios de comunicação. Futuramente seria interessante dar continuidade a este tema em próximas investigações, mas de forma a relacionar a automedicação entre profissionais de saúde e indivíduos com profissões não relacionadas com a saúde.

Para finalizar, e salientando a dificuldade e a complexidade que a investigação científica comporta, percebe-se que em Enfermagem a realização destes estudos são muito importantes, daí que se pretenda também com este estudo estimular novas investigações e promover novos estudos nesta área específica.

Bibliografia

- Associação Nacional de Farmácias. [Em linha]. Disponível em <http://www.anf.pt/>. [consultado em 09/06/2007];
- Association of the European Self – medication Industry (AESPG). [Em linha]. Disponível em <http://www.srsdocs.com/parcerias/noticias/>. [consultado em 12/07/2007];
- Bervian, P. e Cervo, A.L. (1996). *Metodologia Científica*. São Paulo, Mahron Books;
- Diez, J. E. B.; Albaladejo M. F. (2002). *Princípios de Farmacologia Clínica – Bases científicas de la utilizacion de medicamentos*. 1ª Edição, Masson;
- Filho, E.; Netto, M.; Pasini U. (2006). *Geriatría - Fundamentos, clínica e terapêutica*. 2ª Edição, Atheneu;
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação da concepção à realização*. Loures, Lusociência;
- Gaminha, A. (2000). A automedicação responsável não é possível sem aconselhamento. *Offarm*. N.º 82, pp. 6 – 10;
- Garcia – Pando, A.C.; Árias, H.M. (2004). Reacciones adversas a medicamentos. In: Martin, A.; Hernández, J.G.; Hernández, F.J. (Ed.). *Farmacología clínica y terapeutica médica*. Madrid, McGraw – Hill Interamericana;
- Garrett, J. (2001). Fármacos e Medicamentos. In: Osswald, W.; Guimarães, S. (Ed.). *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas – manual de farmacologia e farmacoterapia*. Porto, Porto Editora, pp. 14 – 15;

- Garrett, J.; Monteiro, J.G. (2001). Ciclo Geral dos Medicamentos. In: Osswald, W.; Guimarães, S. (Ed.). *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas – manual de farmacologia e farmacoterapia*. Porto, Porto Editora, pp. 16 – 35;
- Guidens, A. (1997). *Modernidade e Identidade Pessoal*. Oeiras, Celta Editora;
- Guimarães, A. (2005). Medicamentos não sujeitos a receita médica. *Jornal de Notícias*. 18 Maio;
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Censos 2001, Resultados definitivos*. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística;
- Lopes, N.M. (2001). *Recomposição Profissional da Enfermagem*. Coimbra, Quarteto;
- Lopes, N.M. (2001). Automedicação: algumas reflexões sociológicas. *Sociologia, Problemas e Práticas*. N.º 37, pp. 41 – 65;
- Machado, A. (2005). Não temos a consciência de um Inglês. *Jornal de Notícias*, 13 Fevereiro, pp. 24;
- Matias, L. (2007). Pergunte sempre. *Farmácia Saúde*. N.º 125, p.6;
- Marques, F.B. (2006). *Medicamentos e Farmacêuticos*. Lisboa, Campo da Comunicação;
- Martin, A.; Hernández, J.G.; Hernández, F.J. (2004). *Farmacología clínica y terapéutica médica*. Madrid, McGraw – Hill Interamericana;
- Ministério da Saúde (1999). Estatuto do medicamento, D.L. n.º 209/94. *Diário da República*. Junho;

- Ministério da Saúde (1999). Inquérito Nacional de Saúde 1984/1985. [Em linha]. Disponível em <http://www.ms.pt/estudos/planeamentodasaude/>. [consultado em 09062007];
- Ministério da Saúde (2007). Situações passíveis de automedicação, despacho n.º 17 690/2007. Diário da Republica. N.º 154, 2ª série, 10 Agosto;
- Mosquera, J.M.; Anuncibay, P.G. (1995). *Farmacologia para Enfermeria*. Madrid, McGraw – Hill Interamericana;
- Organização Mundial de Saúde. [Em linha]. Disponível em <http://www.oms.com/>;
- Osswald, W.; Guimarães, S. (2001). *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas – manual de farmacologia e farmacoterapia*. Porto, Porto Editora;
- Quintela, M. (1991). Investigação, uma estratégia em Enfermagem. *Enfermagem em foco*. N.º 1, pp. 45 – 48;
- Richard, D.; Senon, J.L. (1996). *Le Medicament*. Paris, Flammarion;
- Rodriguez, C.M.; Canas, E.P.; Martinez, B. (1992). *Enfermeria – Farmacologia Clínica. Série Manuales de Enfermeria*. Barcelona, Ediciones Científicas y Técnicas;
- Santos, B. (2006). *Este consumo que nos consome – olhares sobre a sociedade de consumo actual*. Porto, Campo das Letras;
- Santos, M.B. (2003). Cuidados farmacêuticos e responsabilidade do doente. *Farmácia Saúde*. N.º 81, Junho, pp. 42 – 43;
- Schenkel, E. (1996). *Cuidado com os medicamentos*. São Paulo. Editora Universidade;

- Silva, A. (1994). *Falando de Medicamentos*. Lisboa, Edição Vítor Castanho;
- Silva, J.A. (2006). Existe uma ligação directa entre a qualidade de vida e a automedicação. *Prisfar News*. N.º 94, pp. 39 – 41;
- Soares, M.A. (2005). Automedicação versus Indicação Farmacêutica. *Mundo Farmacêutico*. N.º 18, Setembro, pp. 16 – 17;
- Soares, M.A. (2002). *Medicamentos não prescritos – Aconselhamento Farmacêutico*. Lisboa, Edição Farmácia Portuguesa;
- Teixeira, F. (1996). A prática da automedicação. *Formação terapêutica*. N.º 71, pp. 2 – 7;
- U.S. Food and Drug Administration. [Em linha]. Disponível em <http://www.fda.gov/cder/consumerinfo/>. [Consultado em 05/07/2007];
- Vaz, A. (1999). Os efeitos indesejáveis. *Farmácia Distribuição*. N.º 89, pp. 21 – 23.

Anexos

Anexo I

(Instrumento de colheita de dados)

Anexo 2

(Cronograma)