

Fatores explicativos do consumo de medicamentos não sujeitos a receita médica em Portugal

Factors accounting for the consumption of medicinal products not subject to medical prescription in Portugal

Quintal C.¹, Sarmiento M.¹, Raposo V.¹

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

RESUMO

Este estudo tem como objetivo determinar os fatores que contribuem para o consumo de medicamentos não sujeitos a receita médica em Portugal. Esta análise usa dados provenientes do 4º Inquérito Nacional de Saúde e o modelo aplicado é o modelo de regressão logística múltipla. A variável dependente é dicotómica: toma/não toma MNSRM. Como variáveis explicativas consideram-se variáveis sociodemográficas, variáveis de estado de saúde, bem como variáveis relativas à utilização de cuidados de saúde. Os consumidores de MNSRM são divididos em dois grupos: os que consomem este tipo de produtos para fins de nutrição e os que consomem para fins de automedicação. O grupo dos não consumidores é usado como grupo de controlo nas duas análises. Em ambos os casos o grupo mais propenso ao consumo são as mulheres, com rendimentos mais elevados e maior grau de escolaridade.

Palavras-chave: MNSRM, Portugal, fatores explicativos do consumo

ABSTRACT

This study aims to identify the factors that contribute to the use of over-the-counter (OTC) medicines in Portugal. This analysis uses data from the 4th National Health Survey and the multiple logistic regression model is adopted. The dependent variable is binary: consuming / not consuming OTC. The explanatory variables include sociodemographic variables, health status variables as well as variables related to the use of health care. OTC drugs for nutrition and for self-medication are analysed separately and non-users are used as the control group in both cases. In both cases, consumption is more likely among women, among individuals with higher income and more educated.

Keywords: OTC, Portugal, factors contributing to consumption

¹Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal.

Autor para correspondência: Carlota Quintal. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Avenida Dias da Silva, 165, 3004-512 Coimbra; qcarlota@fe.uc.pt.

Submetido/Submitted: 23 julho 2015 | Aceite/Accepted: 13 agosto 2015

INTRODUÇÃO

Os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) apresentam vantagens e desvantagens. Do lado das vantagens destacam-se a maior acessibilidade a cuidados e a redução dos custos de tempo e monetários. Contudo, os MNSRM apresentam riscos já que a automedicação poderá levar o consumidor a uma dependência de medicamentos, ao retardar de um diagnóstico de uma doença, existindo ainda riscos associados ao mau uso e à interação medicamentosa¹. Para que as medidas de política sejam delineadas tendo em conta as características dos seus destinatários e para que as próprias campanhas de informação se adequem ao seu público-alvo, é importante conhecer o perfil dos utilizadores deste tipo de medicamentos. Assim, o objetivo deste estudo é traçar esse perfil, identificando os fatores explicativos do consumo de MNSRM em Portugal. Os dados utilizados neste estudo provêm do 4º Inquérito Nacional de Saúde. Para avaliar a associação entre as diversas variáveis e o consumo de MNSRM recorreremos à regressão logística múltipla. A variável dependente é dicotómica: consome/não consome MNSRM. Os utilizadores de MNSRM são divididos em dois grupos: os que consomem este tipo de produtos para fins de nutrição e os que os consomem para fins de automedicação. Os não utilizadores são usados como grupo de referência em ambas as análises.

Existem alguns estudos sobre prevalência e fatores preditores do consumo de MNSRM em Portugal (conforme revisão de Cruz *et al* 2015)², no entanto, dois dos quatro estudos citados têm uma abrangência local e nenhum estudo utilizou a base de dados do Inquérito Nacional de Saúde. Em termos de atualidade, apenas um é relativamente recente (respeitante a 2011). De acordo com estas análises, existe uma associação positiva entre o consumo de MNSRM e: menor idade;

escolaridade mais elevada; utilização de serviços de saúde; maior tempo de espera por uma consulta. Alguns dos resultados obtidos no nosso estudo estão em consonância com estes, nomeadamente, o maior risco de consumo em faixas etárias mais baixas e em grupos com maior nível de escolaridade. A base de dados por nós utilizada permitiu no entanto explorar mais fatores preditores do consumo.

Este artigo encontra-se organizado do seguinte modo: na secção seguinte define-se o conceito de MNSRM e faz-se um breve apanhado das suas vantagens e desvantagens; na secção 3 procede-se à contextualização do uso de MNSRM em Portugal e na União Europeia; seguem-se os métodos (secção 4), os resultados (secção 5) e as conclusões (secção 6).

MNSRM: CONCEITO, VANTAGENS E DESVANTAGENS

Existem diferentes tipos de classificação dos medicamentos, variando de país para país, apesar de haver uma tentativa de uniformização entre os Estados-membros da UE. Em Portugal, os medicamentos são classificados em duas categorias: medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) e MNSRM. Os MSRM são assim denominados quando existe um certo nível de risco para a saúde pública, quando contêm substâncias sob monitorização adicional, ou quando necessitam de ser administrados por uma via parentérica (através de injeção). Aqueles que não se enquadram neste âmbito são classificados como MNSRM (Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto). Os MNSRM são medicamentos que não estão sujeitos a uma prescrição médica e se destinam a tratar problemas de saúde comuns, por exemplo, constipações e dores de cabeça (Tabela 1). Estes são aceites pelos consumidores em todo o mundo, têm de ser usados de forma adequada, com cuidado e com segurança, são apreciados pela sua ampla variedade e vistos por muitos como sendo tão eficazes como medicamentos de prescrição³.

Tabela 1. Incidência de doenças comuns (pelo menos uma vez por ano - % da população); (Fonte: *World Self-Medication Industry*, s.d.)

Doença	Reino Unido	EUA	Índia	Austrália	Espanha
Constipação	66	60	69	85	73
Dor de cabeça	59	N.A.	48	63	71
Problemas digestivos	57	59	36	58	45
Dores musculares	52	37	42	38	40

Ao longo dos anos tem existido em todo o mundo uma necessidade de impulsionar a variedade de MNSRM porque se considera que a automedicação é cada vez mais importante. Os MNSRM oferecem vantagens^{4,5} como sejam um acesso rápido e direto a tratamentos de comprovada eficácia, ampla disponibilidade de recursos, utilização menos frequente dos serviços de saúde conduzindo a uma redução de custos para o sistema de saúde gerando-se também poupanças sobretudo de tempo para o utente (num estudo em Portugal com uma amostra de 300 utentes⁶, uma das principais razões apontadas para o consumo de MNSRM foi

precisamente a facilidade de aquisição destes medicamentos sem necessidade de consulta médica). Por fim, a automedicação incentiva e permite aos indivíduos uma maior independência e responsabilidade sobre a sua própria saúde. A automedicação pode assim ser vista como uma das grandes vantagens dos MNSRM. Na prática, a automedicação inclui as ações que os indivíduos tomam para manter uma boa saúde física e mental, responder às necessidades sociais e psicológicas, prevenir doenças ou acidentes, evitar riscos desnecessários, automedicar-se depois de uma doença aguda ou alta hospitalar.

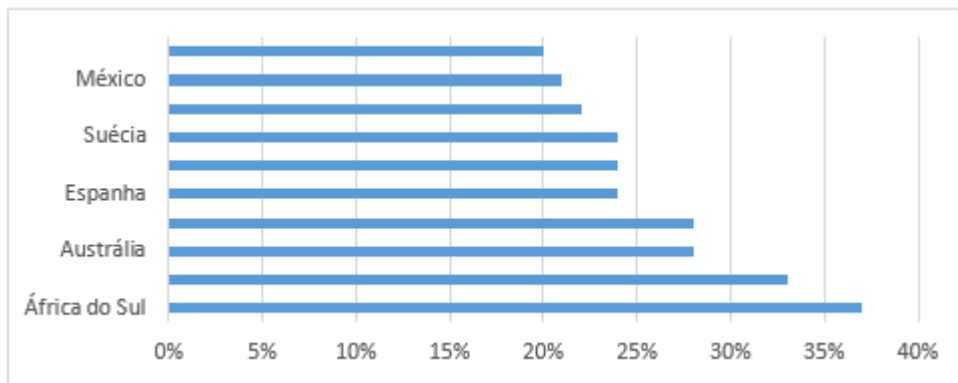


Figura 1. Percentagem de doenças comuns tratadas com MNSRM (Fonte: *World Self-Medication Industry*, s.d.)

Tem a função de incentivar as pessoas a assumirem uma maior responsabilidade pela sua saúde e bem-estar, fazer escolhas de vida saudável e consultar o seu médico e ou farmacêutico apenas nas situações

apropriadas^{2,3}. De facto, uma percentagem significativa da população revela-se satisfeita com o uso de MNSRM conforme a Figura 2. Também no estudo de Fernandes et al. (2010)⁶, 92% dos utentes consumidores afirmaram

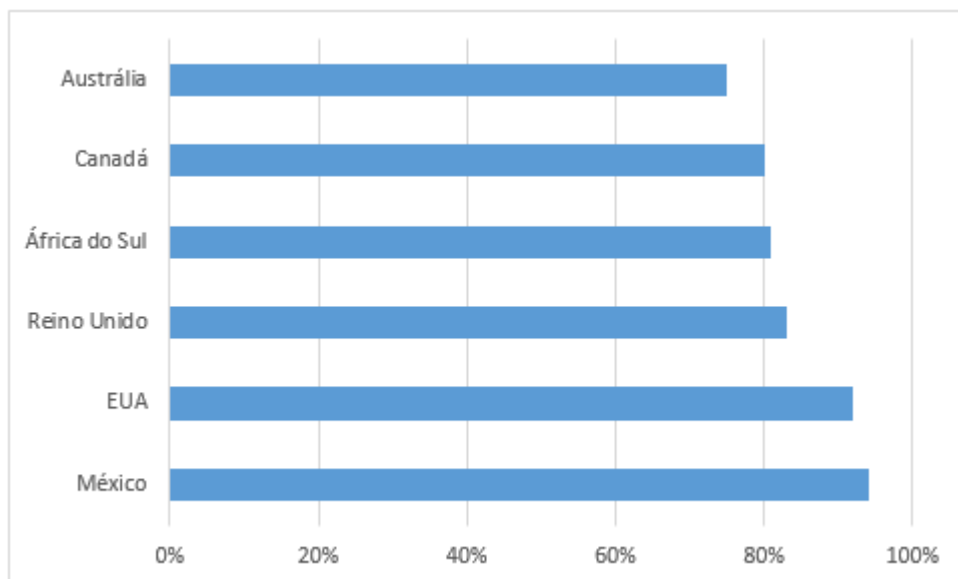


Figura 2. Percentagem de consumidores satisfeitos com MNSRM (Fonte: *World Self-Medication Industry*, s.d.)

confiar nos MNSRM em termos de segurança e eficácia.

No entanto, há que ter em conta que a toma de MNSRM não é isenta de riscos. As principais desvantagens identificadas da automedicação são um autodiagnóstico incorreto atrasando o contacto com um profissional de saúde e o início do tratamento de doença grave, o risco acrescido de interação medicamentosa e efeitos adversos, o mau uso e abuso de medicamentos^{4,5}. Exemplos de mau uso e abuso são a ingestão de laxantes para emagrecer ou antiestamínicos para sedar crianças ou a toma de doses acima do recomendado para obter um alívio mais rápido dos sintomas⁷. A respeito da interação medicamentosa, nem sempre os médicos perguntam aos doentes sobre o uso de MNSRM e nem sempre os doentes informam o seu médico (por exemplo, Fernandes et al. (2010)⁶ constataram que 61,7% dos consumidores não dava conhecimento ao seu médico desse consumo).

Neste contexto, é reconhecida a importância que assumem a falta ou o baixo conhecimento relativo aos medicamentos os quais podem traduzir-se em erros de medicação, maior risco de complicações, mau controlo da patologia, interações ou reações adversas, menor utilização dos serviços de saúde ou menor capacidade de gestão da terapêutica e dos medicamentos⁸. Os erros de medicação, entre outras causas, podem dever-se ao uso incorreto do medicamento porque o doente não compreendeu as instruções para a sua utilização ou porque tem limitações na sua capacidade de leitura⁹.

Desta forma, a leitura dos folhetos informativos assume texto um papel fundamental bem como a capacidade de os interpretar (Figura 3). Um estudo feito em Itália, em 2011, por Calamusa *et al.* (2011)¹⁰, teve como objetivo avaliar as necessidades de informação para uma automedicação segura, analisando os níveis de alfabetização, conhecimento e consciência do risco específico sobre os MNSRM dos consumidores italianos. Neste estudo foi realizado um inquérito em seis supermercados que possuíam a área da saúde. Os dados foram recolhidos a partir de uma amostra de 1.206 adultos. Os resultados deste inquérito mostraram que 42% dos inquiridos confunde o conceito de “contra-indicações” com o de “efeitos secundários” e foram incapazes de calcular doses simples. A maioria dos entrevistados estavam cientes do potencial geral dos MNSRM em termos dos efeitos secundários, mas 64,3% não sabiam que as pessoas com pressão arterial elevada devem usar analgésicos com moderação e 20% desconheciam os riscos do uso a longo prazo de laxantes e descongestionantes nasais. As mulheres e os indivíduos com níveis de ensino superior apresentaram um maior conhecimento acerca desta temática.

Mas o processo de decisão de automedicação não depende apenas de conhecimentos individuais, atitudes e práticas em relação à saúde, à doença e aos medicamentos, mas também de fatores culturais e sociais. Em particular, a publicidade nos diferentes meios

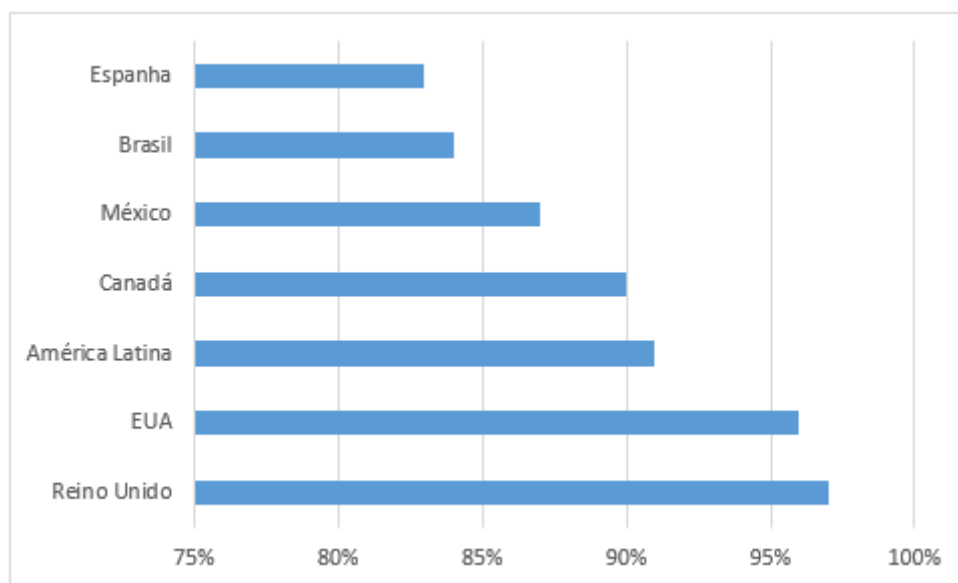


Figura 3. Percentagem de consumidores que leem completamente os folhetos na primeira vez que usam um medicamento (Fonte: *World Self-Medication Industry*, s.d.)

de comunicação social é uma possante fonte de informação e influência sobre a compra e uso de MNSRM. Um dos fatores que pode levar a um fraco conhecimento e baixa sensibilização para os riscos da toma de MNSRM é a falta de literacia em saúde. É um conceito complexo e amplo que foi definido como “a capacidade de obter, processar e compreender a informação básica de saúde e os serviços necessários para fazer decisões adequadas de saúde”¹⁰. A Figura 3 mostra para alguns países o padrão de comportamento em relação à leitura dos folhetos informativos.

Em Portugal, um estudo desenvolvido em adultos, utentes de farmácias do concelho de Lisboa, conclui que do conjunto de indicadores de literacia analisados, o grau de escolaridade, o índice de compreensão da informação transmitida pelos profissionais de saúde e a intensidade de leitura de materiais escritos relacionados com o medicamento ou saúde, são os que mais contribuem para o conhecimento sobre o medicamento¹¹. Desta forma, as intervenções que visam melhorar a utilização do medicamento e as estratégias de comunicação em saúde devem ter em consideração o nível de literacia em saúde da população.

Recentemente, um estudo sobre literacia em saúde¹² revelou que a maioria dos portugueses inquiridos tem um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado comparativamente com os outros países em análise (Espanha, Irlanda, Holanda, Alemanha, Áustria, Grécia, Polónia e Bulgária) estabelecendo relações entre a literacia e a idade (à medida que a idade aumenta, o nível de literacia em saúde diminui) e o nível de escolaridade (quanto maior o nível de escolaridade, os níveis de literacia em saúde tendem a ser superiores). Com base nestes elementos, parece claro que Portugal ainda tem um longo caminho a percorrer na melhoria da literacia em saúde e que as questões associadas à utilização de MNSRM devem ser devidamente ponderadas pelos agentes de decisão responsáveis pela definição das políticas de saúde relacionadas.

MNSRM: CONTEXTUALIZAÇÃO DO SEU USO NA UE E EM PORTUGAL

Com a emergência de uma vasta gama de MNSRM houve a necessidade de criar uma adequada monitorização do mercado, nomeadamente no que diz respeito à segurança dos medicamentos, e estabelecimento de uma política de informação dirigida ao cidadão, através de textos claros, legíveis e explícitos nos folhetos informativos,

rotulagens e através da publicidade aos próprios medicamentos.

Desde 1980 existe uma tendência internacional para os diferentes países implementarem nas suas farmácias, e em alguns países também fora delas, MNSRM. Ao longo dos anos assiste-se a um movimento para aumentar o número de medicamentos sem prescrição médica e a uma necessidade de uniformização dos medicamentos entre os países.

Esta implementação veio da necessidade de fazer um melhor uso dos recursos de saúde, visto que a população dos Estados-membros da UE está cada vez mais envelhecida e com algumas restrições económicas. Uma das soluções que os sistemas de saúde encontraram foi a promoção do autocuidado e automedicação, ou seja, incentivar a população a assumir mais responsabilidade pela sua própria saúde e bem-estar, fazendo escolhas de vida saudáveis, consultando o médico e/ou farmacêutico apenas em ocasiões apropriadas, e saber quando o tratamento médico deve ser procurado.

No que diz respeito à liberalização dos medicamentos fora das farmácias, esta assenta num aumento do acesso dos medicamentos através de uma alargada distribuição geográfica dos pontos de venda, visando também a diminuição do preço impulsionada pela entrada de novos concorrentes no mercado. No entanto, a liberalização ainda não é uma questão tão generalizada quanto a existência de MNSRM nas farmácias. Países como a Alemanha, Áustria, Bélgica, Chipre, Eslováquia Espanha, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Suécia e Turquia apenas vendem MNSRM em farmácias. Em 2009, apenas em 14 países da Europa era possível a venda livre de MNSRM (Bulgária, Dinamarca, Eslovénia, Holanda, Hungria, Irlanda, Itália, Noruega, Polónia, Portugal, Suíça, Reino Unido, Republica Checa e Roménia)¹³.

Em Portugal, até ao início do século XX assistiu-se a uma convergência dos direitos de propriedade de estabelecimento, produção e comercialização dos medicamentos. Entretanto, após a segunda guerra mundial, o forte processo de industrialização conduz a um crescimento da indústria farmacêutica. Tendo-se vindo a criar ao longo dos anos diversos Decretos-Lei com vista a acompanhar as alterações sentidas. Assim, no final dos anos 70 o setor começa a dar mais atenção à problemática do utente tendo em conta a necessidade de aconselhamento, devido à preocupação de reduzir os efeitos secundários

causados pela toma de medicamentos¹⁴. A partir desse momento, as farmácias deixaram de ter como foco principal a produção de medicamentos e passaram a direcionar-se para o utente. Estas começam a preocupar-se com o uso racional dos medicamentos, motivado pela publicação de documentos por parte da Organização Mundial da Saúde.

Em 1986, com a entrada de Portugal na União Europeia, houve a necessidade de uniformização com os países participantes e com isso assistiu-se a uma profunda reestruturação do setor, principalmente, na transposição para a ordem jurídica interna das Diretivas Europeias, a codificação de legislação dispersa em documentos normativos únicos mais abrangentes, e a adaptação do conteúdo à luz do progresso técnico e científico.

O primeiro diploma oficial é publicado em 1991 que estrutura e dá início a “uma nova era no setor farmacêutico, designadamente no domínio da introdução no mercado, controlo de qualidade e fabrico de medicamentos de uso humano”, tendo por base as orientações europeias, sob a categoria de Decreto-Lei nº 72/91, de 8 de fevereiro, que foi designado por “Estatuto do Medicamento”¹⁵. A revogação deste diploma é elaborada em 1994, criando-se o Decreto-Lei 209/94, de 6 de agosto que veio transpor a Diretiva n.º 92/26/CEE para a ordem jurídica interna sob o título “Classificação de medicamentos de uso humano, quanto à dispensa ao público” e veio substituir a nomenclatura dos medicamentos anteriormente classificados como “especialidades farmacêuticas de venda livre” por “medicamentos não sujeitos a receita médica”. Desta forma, a classificação dos medicamentos quanto à dispensa ao público começa a considerar as questões sobre a segurança e a eficácia dos medicamentos¹⁵. A regulação dos preços deste tipo de medicamentos só é feita em 2000, com a portaria nº 713/2000, de 5 de setembro. Este regime de preços consistiu na fixação de preços por parte das empresas detentoras de autorização de introdução no mercado (AIM). Em termos de comercialização, fixam-se as margens máximas a praticar pelo armazenista e pela farmácia¹⁵.

Em junho de 2005 entra em vigor a Lei 38/2005, de 21 de junho, que autoriza o Governo a legislar sobre a comercialização de MNSRM fora das farmácias. A 16 de agosto de 2005 é assim publicado o Decreto-Lei nº 134/2005 que visa o fim da exclusividade da venda de

MNSRM por parte dos farmacêuticos nas farmácias e à liberalização dos preços. Ou seja, cria a possibilidade de comercializar MNSRM fora das farmácias, em locais previamente registados para o efeito.

Os principais objetivos deste diploma, e que se encontram referidos no próprio preâmbulo, são os seguintes: a) beneficiar o consumidor, melhorando o acesso através do aumento do número de pontos de venda; b) induzir a redução dos preços dos MNSRM, liberalizando a sua fixação e promovendo a concorrência entre vários canais de distribuição e comercialização; c) alargar o mercado de emprego para os jovens farmacêuticos e técnicos de farmácia; d) acompanhar a tendência internacional de alargar os pontos de venda deste tipo de medicamentos.

O INFARMED é a autoridade que tem competências para autorizar os estabelecimentos que podem ser de propriedade de qualquer pessoa singular ou coletiva, a responsabilidade destes é de um farmacêutico ou de um técnico de farmácia e não é necessária qualquer habilitação ou formação para os outros trabalhadores. Cada técnico responsável pode ter ao seu cuidado cinco estabelecimentos, no entanto estes não podem estar afastados a mais de cinquenta quilómetros e o técnico não pode acumular o cargo de diretor técnico de farmácia, de uma empresa de distribuição grossista ou de uma empresa de fabrico de medicamentos (Decreto-lei 134/2005).

O Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto revogou o Decreto-Lei nº 72/91, de 8 de fevereiro, que legislava o estatuto do medicamento. Este novo estatuto do medicamento tentou introduzir alterações significativas no setor farmacêutico transpondo para o direito português novas diretivas comunitárias, designadamente no fabrico, controlo da qualidade, segurança e eficácia, introdução no mercado e comercialização dos medicamentos para uso humano. No artigo 103.º n.º1 estabelece-se que o regime de preços dos MSRM e dos MNSRM comparticipados é fixado por Decreto-Lei. O Decreto-Lei 65/2007, de 14 de março vem precisamente consagrar uma nova metodologia de formação dos preços dos medicamentos, sendo que uma das alterações consiste no preço inicial do medicamento ser formado através da comparação com a média dos preços dos países de referência, sendo assim obtido o preço máximo a praticar nos estádios de produção ou de importação.

O Decreto-Lei 307/2007, de 31 de agosto estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina (local onde se adquire medicamentos ou bens necessários ao cuidado de saúde). Este permite a reorganização jurídica do setor das farmácias afastando as regras que o restringiam

exclusivamente a farmacêuticos. Ou seja, passou a existir a possibilidade de propriedade por parte de pessoas singulares ou sociedades comerciais, criando um controlo administrativo apertado. A eliminação das regras restritivas influenciou a evolução verificada na UE e, em simultâneo, a realidade nacional¹³.

Este Decreto-Lei foi alvo de inúmeras alterações, sendo que a primeira se realizou em 2011 através da Lei n.º 26/2011, de 16 de junho, esta consistiu na alteração da transferência de localização da farmácia (alteração do artigo 26º). Depois seguiu-se o Decreto-Lei 171/2012, de 1 de agosto, que identifica o regime jurídico das farmácias de oficina, clarificando o critério de licenciamento de novas farmácias, prevendo um procedimento concursal que permita a pré-seleção dos candidatos que preencham os requisitos previstos na abertura (artigo 25º). A terceira alteração é instaurada com a Lei 16/2013 de 8 de fevereiro e a quarta com o Decreto-Lei 128/2013, de 5 de setembro. Este Decreto-Lei procede à transposição das Diretivas nº 2009/35/CE de 23 de abril, Diretiva nº2011/62/UE de 8 de junho, e Diretiva 2012/26/UE de 25 de outubro. A quinta alteração está vigente no Decreto-Lei 109/2014 de 10 de julho e teve em consideração o atual contexto socioeconómico do país, assumindo especial relevância do papel das entidades do setor social da economia na execução das políticas públicas no domínio social, nomeadamente na área da saúde. Em termos dos medicamentos classificados como MNSRM, em Portugal, Cruz *et al* (2015)² observam que existe um considerável número de medicamentos que em Portugal são sujeitos a receita médica, mas que não necessitam de prescrição noutros países com idêntico desenvolvimento humano.

MÉTODOS

Este estudo tem como base de dados o 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS) realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em parceria com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). O trabalho de campo para recolha dos dados decorreu entre fevereiro de 2005 e janeiro de 2006. A amostra abrangida por este inquérito é constituída pelos indivíduos que residiam em alojamentos familiares no país, à data da realização das entrevistas. Foi excluído do inquérito a população residente em alojamentos coletivos. O total de inquiridos foi de 41193.

Dado o objetivo do estudo, a variável dependente é dicotómica: toma/não toma MNSRM. Como variáveis explicativas foram incluídas variáveis sociodemográficas (como género, região de residência e níveis etários, sendo que, dentro dos níveis etários, foram excluídos os indivíduos com idade inferior a 14 anos, visto serem os pais, por norma, a decidir pelos filhos pois a existência de MNSRM assenta numa maior autonomia e automedicação do utilizador), variáveis de estado de saúde (como presença de doença crónica; consumo de tabaco) bem como variáveis relativas à utilização de cuidados de saúde (consumo de medicamentos e consultas). Os utilizadores de MNSRM foram divididos em dois grupos: os que consomem este tipo de produtos para fins de nutrição e os que os consomem para fins de automedicação. Os não utilizadores foram usados como grupo de referência em ambas as análises. O modelo usado foi a regressão logística múltipla e o software utilizado para analisar os dados foi o SPSS (versão 22). A Tabela 2 apresenta a designação e definição das variáveis dependentes e das variáveis explicativas.

Tabela 2. Designação e definição das variáveis

Variável	Definição	Média
Consumo de MNSRM	=1 se o indivíduo consumiu MNSRM nas últimas 2 semanas anteriores ao inquérito	0,062
Consumo de vitaminas	=1 se o indivíduo consumiu vitaminas nas últimas 2 semanas anteriores ao inquérito	0,0819
Masculino	=1 se o indivíduo é do sexo masculino	0,4794
Num_consultas	Número de consultas nos últimos 3 meses	1,1931

Tabela 2. Designação e definição das variáveis (cont.)

Variável	Definição	Média
Fumador	=1 se o indivíduo é fumador	0,19
Doença crónica	=1 se o indivíduo tem doença crónica	0,6106
Consumo de MSRM	=1 se o indivíduo consumiu MSRM nas últimas 2 semanas anteriores ao inquérito	0,5453
15_24	=1 se o indivíduo tem idade compreendida entre os 15 e os 24 anos	0,1286
25_34	=1 se o indivíduo tem idade compreendida entre os 25 e os 34 anos	0,1276
35_44	=1 se o indivíduo tem idade compreendida entre os 35 e os 44 anos	0,1377
45_54	=1 se o indivíduo tem idade compreendida entre os 45 e os 54 anos	0,1603
55_64	=1 se o indivíduo tem idade compreendida entre os 55 e os 64 anos	0,1474
65+	=1 se o indivíduo tem 65 ou mais anos	0,2984
Norte	=1 se o indivíduo vive na região Norte	0,1475
Centro	=1 se o indivíduo vive na região Centro	0,1461
LVT	=1 se o indivíduo vive na região Lisboa e Vale do Tejo	0,1442
Alentejo	=1 se o indivíduo vive na região Alentejo	0,1425
Algarve	=1 se o indivíduo vive na região Algarve	0,1495
Açores	=1 se o indivíduo vive na Região Autónoma dos Açores	0,1416
Madeira	=1 se o indivíduo vive na Região Autónoma da Madeira	0,1286

Tabela 2. Designação e definição das variáveis (cont.)

Variável	Definição	Média
Solteiro	=1 se o indivíduo é solteiro	0,3037
Casado	=1 se o indivíduo é casado	0,5746
Viúvo/divorciado	=1 se o indivíduo é viúvo ou divorciado	0,1217
Rend_250	=1 se o rendimento mensal do agregado familiar é = 250€	0,0586
Rend_251_500	=1 se o rendimento mensal do agregado familiar é = 251€ e = 500€	0,2654
Rend_501_900	=1 se o rendimento mensal do agregado familiar é = 501€ e = 900€	0,2653
Rend_901_1500	=1 se o rendimento mensal do agregado familiar é = 901€ e = 1500€	0,2467
Rend_1501+	=1 se o rendimento mensal do agregado familiar é = 1501€	0,173
Sem escolaridade	=1 se o indivíduo não possui nenhum nível de escolaridade completo	0,1438
Básico	=1 se o indivíduo concluiu o 1º ou 2º ou 3º ciclo do ensino básico	0,6371
Secundário	=1 se o indivíduo concluiu ensino secundário	0,1267
Superior	=1 se o indivíduo concluiu um nível do ensino superior	0,0924
1ºT	=1 se a toma dos MNSRM ocorreu no 1º trimestre	0,259
2ºT	=1 se a toma dos MNSRM ocorreu no 2º trimestre	0,2547
3ºT	=1 se a toma dos MNSRM ocorreu no 3º trimestre	0,2478
4ºT	=1 se a toma dos MNSRM ocorreu no 4º trimestre	0,2386

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da análise das médias na Tabela 2, constata-se que o consumo de MNSRM (8,2%) apenas para fins de nutrição foi superior ao consumo de MNSRM para fins de automedicação (6,2%). Além disso, observa-se que metade dos indivíduos inquiridos consumiu, nas últimas duas semanas, MSRM (54,53%), o que representa uma diferença bastante significativa comparativamente ao consumo de MNSRM (14,4%). Apesar da relevância crescente do fenómeno da

automedicação, a sua prevalência fica muito aquém do consumo de medicamentos prescritos. O grupo dos MNSRM para fins de automedicação dividem-se em medicamentos para as dores, para a constipação, para as alergias, para o estômago e outros. Como se constata na Figura 4, o maior consumo reside nos medicamentos para as dores (42%), seguido dos medicamentos para as constipações (32%). Exemplos deste tipo de medicamentos é o paracetamol e o voltaren. A Tabela 3 apresenta os resultados da regressão.

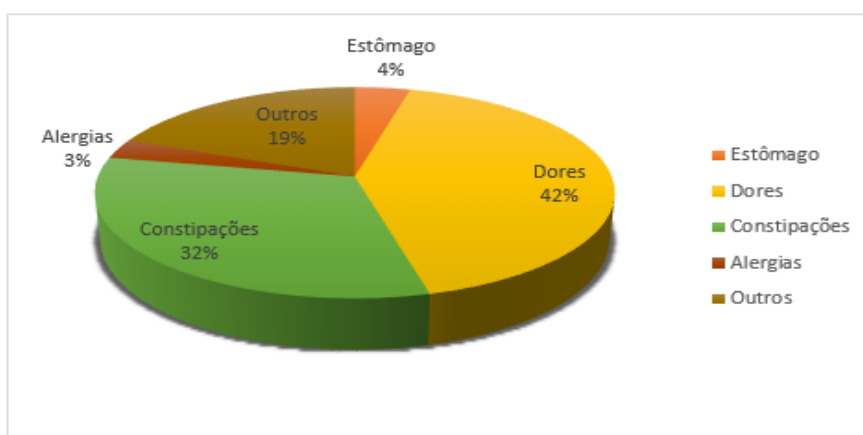


Figura 4. Principais categorias de MNSRM (automedicação)

Tabela 3. Associação entre as variáveis e o consumo de MNSRM

Variável	MNSRM para automedicação		MNSRM para nutrição	
	Odds Ratio (IC 95%)	P-Value	Odds Ratio (IC 95%)	P-Value
Masculino	0,751 (0,682-0,827)	0,000	0,781 (0,717-0,850)	0,000
Num_consultas	1,004 (0,994-1,014)	0,409	1,003 (0,994-1,012)	0,546
Fumador	1,293 (1,152-1,450)	0,000	1,252 (1,130-1,387)	0,000
Doença crónica	2,017 (1,801-2,259)	0,000	1,964 (1,776-2,172)	0,000
Consumo de MSRM	0,732 (0,659-0,813)	0,000	0,822 (0,749-0,902)	0,000
15_24	1,351 (1,070-1,706)	0,012	1,250 (1,019-1,534)	0,032
25_34	1,429 (1,168-1,749)	0,001	1,172 (0,980-1,401)	0,082
35_44	1,530 (1,302-1,798)	0,000	1,298 (1,125-1,497)	0,000
35_54	1,148 (0,982-1,342)	0,083	1,020 (0,890-1,168)	0,779

Tabela 3. Associação entre as variáveis e o consumo de MNSRM (cont.)

Variável	MNSRM para automedicação		MNSRM para nutrição	
	Odds Ratio (IC 95%)	P-Value	Odds Ratio (IC 95%)	P-Value
55_64	1,178 (1,014-1,368)	0,032	1,006 (0,882-1,148)	0,927
Centro	0,963 (0,828-1,119)	0,624	0,962 (0,837-1,107)	0,589
LVT	0,922 (0,794-1,072)	0,291	1,119 (0,978-1.280)	0,101
Alentejo	0,820 (0,701-0,961)	0,014	0,864 (0,747-1.000)	0,050
Algarve	0,810 (0,693-0,947)	0,008	1,076 (0,939-1.234)	0,292
Açores	0,861 (0,737-1,006)	0,059	1,156 (1,008-1.325)	0,038
Madeira	0,885 (0,688-1,137)	0,339	0,898 (0,709-1.137)	0,370
Solteiro	0,833 (0,716-0,969)	0,018	0,861 (0,753-0,985)	0,029
Viúvo/divorciado	1,038 (0,896-1,202)	0,617	1,182 (1,044-1,338)	0,008
Rend_250	0,829 (0,672-1,023)	0,081	0,953 (0,796-1,141)	0,601
Rend_251_500	0,992 (0,861-1,144)	0,917	0,983 (0,866-1,116)	0,787
Rend_501_900	0,882 (0,774-1,005)	0,059	0,899 (0,801-0,010)	0,072
Rend_901_1500	0,954 (0,837-1,087)	0,480	1,006 (0,897-1,129)	0,913
Sem escolaridade	0,532 (0,432-0,656)	0,000	0,389 (0,325-0,465)	0,000
Básico	0,767 (0,663-0,887)	0,000	0,573 (0,507-0,648)	0,000
Secundário	0,879 (0,737-1,049)	0,154	0,770 (0,663-0,893)	0,001

Tabela 3. Associação entre as variáveis e o consumo de MNSRM

Variável	MNSRM para automedicação		MNSRM para nutrição	
	Odds Ratio (IC 95%)	P-Value	Odds Ratio (IC 95%)	P-Value
1ºT	1,574 (1,398-1,772)	0,000	1,559 (1,559 -1,403)	0,000
2ºT	0,768 (0,670-0,881)	0,000	0,830 (0,830- 0,737)	0,002
3ºT	0,918 (0,804-1,049)	0,209	0,912 (0,912 -0,811)	0,122

Em relação à automedicação, observa-se que os homens são menos propensos ao consumo de MNSRM comparativamente às mulheres. Este é um resultado comum na literatura sobre utilização de cuidados de saúde com as mulheres a tenderem a procurar mais cuidados de saúde do que os homens¹⁶. Este efeito é estatisticamente significativo. Os indivíduos que consomem MSRMs são menos propensos ao consumo de MNSRM, o que se compreende por possivelmente terem menos necessidade de recorrer a este tipo de medicamentos e até por algum efeito de substituição entre os medicamentos prescritos e os não prescritos. Novamente há significância estatística deste efeito.

Ao nível das faixas etárias observa-se que os indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos são mais propensos ao consumo deste tipo de medicamentos do que os indivíduos com idade superior a 64 anos. Dentro deste intervalo os mais propensos são os indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos e entre os 25 e os 34 anos. Por norma, à medida que a idade aumenta, os indivíduos tendem a ter necessidade de mais cuidados de saúde, inerente à degradação do nível de saúde, o que explica a menor propensão ao consumo de MNSRM, esperando-se um aumento do consumo de MSRMs. As variáveis são estatisticamente significativas, excetuando, o intervalo dos 45 aos 54 anos. Este resultado em relação à idade está em consonância com outros estudos sobre Portugal em que se verificou uma maior prevalência para idades até 49 anos².

Passando agora à análise das NUTS II observa-se que é na Região Norte que existe maior propensão ao consumo de MNSRM relativamente a todas as outras regiões, contudo, os efeitos são significativos apenas nos casos do Alentejo e do Algarve.

Em relação ao estado civil, os solteiros são menos propensos ao consumo de MNSRM do que os

casados. O ser casado tem um impacto positivo sobre o consumo de MNSRM porque o bem-estar do indivíduo casado também influencia o bem-estar do cônjuge e dos restantes membros familiares. Sendo assim, pode existir um incentivo adicional para o consumo de cuidados de saúde em geral incluindo medicamentos¹⁶. No que diz respeito ao rendimento do agregado familiar o grupo base utilizado foram os rendimentos superiores a 1500€ por mês e neste nível de rendimento é maior o risco de consumo de MNSRM para fins de automedicação, no entanto, nenhuma das variáveis do rendimento é estatisticamente significativa.

A variável número de consultas não é estatisticamente significativa e sendo o Odds Ratio basicamente igual a 1, os resultados sugerem que o impacto de uma consulta adicional é nulo. Desta forma, não se obtém evidência de qualquer efeito de substituição entre consultas e consumo de MNSRM. Os indivíduos com doenças crónicas são mais propensos ao consumo de MNSRM. O risco de consumo de MNSRM aumenta 100% nos doentes crónicos. Estes doentes estão por regra habituados a gerir as suas doenças e esta capacitação e controlo sobre a própria saúde pode incentivar um consumo mais elevado de MNSRM.

Os fumadores têm mais propensão ao consumo do que os não fumadores. Tal poderá dever-se a uma maior incidência de doenças comuns nos fumadores.

Em relação ao nível de escolaridade, o grupo que corresponde aos indivíduos com licenciatura ou Mestrado ou Doutoramento é o que apresenta maior risco de consumo de MNSRM para fins de automedicação. A população com maior nível de escolaridade tem a capacidade de mais facilmente compreender os folhetos informativos bem como sentir maior segurança em automedicar-se, o que pode

explicar o resultado obtido. As variáveis sem escolaridade e 1º, 2º e 3º ciclos são estatisticamente significativas. Estes resultados vão novamente de encontro a outros estudos sobre Portugal.

No que diz respeito à sazonalidade, observa-se que o risco de consumo é mais elevado no primeiro trimestre do que no quarto. Em relação ao segundo e terceiro trimestre, o risco é menor do que no quarto trimestre. Esta observação pode ser explicada pela ocorrência de constipações ou gripes no período entre o 4º e 1º trimestre, o que provoca uma maior procura deste tipo de medicamentos.

No que diz respeito aos MNSRM para fins de nutrição, na variável sexo, observa-se novamente que os homens são menos propensos ao consumo de vitaminas comparativamente às mulheres. Os indivíduos que consomem MNSRM são menos propensos ao consumo de MNSRM, sendo que em ambos os casos as variáveis são estatisticamente significativas.

Tendo como grupo base os indivíduos com idade superior a 64 anos observa-se que estes são menos propensos ao consumo de vitaminas do que qualquer outra idade. Ou seja, os indivíduos entre os 15 e os 64 anos são mais propensos ao consumo de vitaminas, destacando-se as idades compreendidas entre os 35 e 44 anos e os 15 e os 24 anos. Uma possível explicação é de que os mais jovens tendem a procurar vitaminas por exemplo para alcançar uma maior concentração ou ajudar no crescimento. Apenas o grupo etário entre os 15 e os 24 anos e os 35 aos 44 anos é que apresentam significância estatística.

Na análise das NUTS II, verifica-se que os residentes no Norte são mais propensos ao consumo de vitaminas do que no Centro, no Alentejo e na RAM. Por outro lado, nas regiões de LVT, do Algarve e na RAA o risco do consumo de vitaminas é superior do que na Região Norte. O facto da Região de LVT ser mais propensa ao consumo poder estar relacionado com o aspeto de incluir a capital do país, sendo esperado que as pessoas tenham maior conhecimento e literacia em saúde, e esse aspeto conduza a um maior cuidado com a saúde e o corpo. Além disso, também se espera que os locais destinados à venda de MNSRM sejam mais numerosos e com maior acessibilidade e que exista uma maior variedade de culturas, o que acontece também com a Região do Algarve. Apenas a RAA e a Região do Alentejo mostram ser estatisticamente significativas.

Constata-se que, no caso do estado civil, os indivíduos casados são mais propensos ao consumo de vitaminas do que os solteiros e são menos propensos do que os viúvos ou divorciados. Todas

as variáveis do estado civil apresentam significância estatística.

Em termos da variável rendimento os resultados são semelhantes aos obtidos para a automedicação, sendo o risco de consumo ligeiramente superior no grupo acima dos 1500€ mas nenhuma variável é estatisticamente significativa.

Também no caso da nutrição, o impacto de uma consulta adicional é nulo. Já no caso dos fumadores e dos doentes crónicos, observamos um maior risco de consumo, tal como para a automedicação. Estas variáveis são estatisticamente significativas. No grau de escolaridade, o grupo com maior propensão para o consumo de vitaminas corresponde aos indivíduos que têm mais estudos (licenciatura, mestrado ou doutoramento). Neste caso, todas as variáveis são estatisticamente significativas.

Referente ao impacto dos trimestres, a propensão do consumo de vitaminas é superior no primeiro trimestre face ao quarto trimestre; o mesmo não acontecendo no segundo e terceiro trimestres, em que a propensão de consumo é menor à do quarto. O consumo de vitaminas dever-se-á fazer durante todo o ano, no entanto, o consumo no primeiro e no quarto trimestres pode estar relacionado com o aumento de consumo de vitamina C, com o intuito de precaver uma constipação ou gripe.

CONCLUSÕES

Este estudo foi realizado com o objetivo de identificar os fatores associados ao consumo de medicamentos não sujeitos a receita médica, fazendo a distinção entre o consumo de MNSRM, para fins de tratamento, e para fins nutritivos, ou seja, o consumo de vitaminas.

De acordo com os resultados deste estudo, a proporção dos indivíduos que consumiram MNSRM para tratamento foi de 6,2% e para nutrição foi de 8,2%. A finalidade mais comum para o uso de MNSRM para fins de tratamento foram problemas de dores (42%).

O que se conclui pela análise retratada é que existem muitas semelhanças entre os consumidores de MNSRM para automedicação e para nutrição. Globalmente, conclui-se que existe maior risco de consumo no caso de ser mulher, com idade entre 35 e 44 anos e ser casado. Em relação à educação, o risco de consumo em ambos os tipos de medicamentos é mais elevado para níveis de escolaridade mais alta. O sofrer de doença crónica está associado ao consumo de MNSRM. Por outro lado, não se observou um

risco de consumo em simultâneo de medicamentos prescritos e não prescritos, bem como uma associação significativa entre consumo e rendimento.

Estes resultados são em certa medida positivos, uma vez que parecem ser os indivíduos mais capacitados para gerir a própria saúde aqueles que mais recorrem a MNSRM. Além do mais, o rendimento parece não atuar como barreira ao acesso a estes tratamentos. Todavia, em face das consequências adversas que podem decorrer do consumo de MNSRM, este é um assunto que deve merecer contínua monitorização, até pela posição relativa menos favorável que Portugal ocupa em termos de literacia em saúde bem como pela tendência global em termos do alargamento da classificação dos medicamentos como MNSRM.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barros, P.P.; Nunes, L.C. (2011) 10 anos de Política do Medicamento em Portugal, Nova School of Business & Economics.
2. Cruz, P.; Caramona, M.; Guerreiro, M. (2015), "Uma reflexão sobre a automedicação e sobre os medicamentos não sujeitos a receita médica em Portugal", *Revista Portuguesa de Farmacoterapia* 7: 83-90.
3. World Self-Medication Industry (s.d.) "Responsible self-care and self-medication - a worldwide review of consumer surveys", Voltaire-France: The World Self-Medication Industry, Disponível em <http://www.wsmi.org/wp-content/data/pdf/wsmibro3.pdf> [acedido a 5 de junho de 2015].
4. World Health Organization (2000), *Guidelines for Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-Medication*, Genebra: WHO.
5. Brass, E.P. (2001), "Changing the status of drugs from prescription to over-the-counter availability", *New England Journal Medicine* 345:810-816.
6. Fernandes, A.; Palma, L. Frazão, F.; Monteiro, C. (2010), "Medicamentos não sujeitos a receita médica - razões mais frequentes de seu uso", *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde* 7: 47-55.
7. American College of Preventive Medicine (2011), "Over-the-counter medications: use in general and special populations, therapeutic errors, misuse, storage and disposal", disponível em <https://c.ymcdn.com/sites/www.acpm.org/resource/resmgr/timetools-files/otcmedstimetool.pdf> [acedido a 17 de julho de 2015].
8. National Council on Patient Information and Education (1995) "The Benefits of Consumer Medicine Information", disponível em http://www.talkaboutrx.org/documents/benefits_cmi.pdf [acedido a 17 de julho de 2015].
9. Youmans, S. L.; Schillinger, D. (2003) "Functional health literacy and medication use: The pharmacist's role". *Annals of Pharmacotherapy*, 37: 1726-1729.
10. Calamusa, A.; Di Marzio, A.; Cristofani, R.; Arrighetti, P.; Santaniello, V.; Alfani, S.; Carducci, A. (2012) "Factors that influence Italian consumers' understanding of over-the-counter medicines and risk perception", *Patient Education and Counseling*, 87: 395-401.
11. Reis, L. A. (2010) "O conhecimento sobre o medicamento e a literacia em saúde – um estudo em adultos, utentes do concelho de Lisboa", Tese de dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa.
12. Escola Nacional de Saúde Pública (2014). "Saúde que Conta – Questionário Europeu de Literacia em Saúde em Portugal", disponível em <http://www.saudequeconta.org> [acedido a 20 de julho de 2015].
13. Pita, J. R. (2010) "A farmácia e os medicamentos em Portugal nos últimos 25 anos", *Debater a Europa*, 2-3: 38-55.
14. Sequeira, C. F. (2011) O paradigma da farmácia em Portugal e os actuais desafios colocados à sua gestão. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde.
15. Casanova, M. (2011) Requisitos regulamentares e análise da evolução do Mercado. Colégio da especialidade de assuntos regulamentares, Ordem dos Farmacêuticos..
16. Lourenço, O.; Quintal, C.; Ferreira, P.; Barros, P. P. (2007) "A Equidade na Utilização de Cuidados de Saúde em Portugal: uma avaliação em modelos de contagem", *Notas Económicas*, 25: 6-26.