



Mariana Valente Sarmiento

Fatores explicativos do consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Dissertação de Mestrado em Economia, na especialidade de Economia Industrial, apresentado à
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Coimbra, 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Mariana Valente Sarmiento

Fatores explicativos do consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Dissertação de Mestrado em Economia, na especialidade de Economia Industrial,
apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau
de Mestre

Orientadora: Professora Doutora Carlota Quintal

Coimbra, 2015

AGRADECIMENTOS

Ao terminar mais uma etapa e por esta representar o fim da vida acadêmica, há contributos de natureza diversa que não podem e nem devem deixar de ser realçados. Por essa razão, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos.

Começo por agradecer à minha orientadora Professora Doutora Carlota Quintal pela generosidade da partilha do saber, pela disponibilidade demonstrada e as valiosas contribuições para o trabalho.

Não posso deixar de referir todos os amigos que marcaram e acompanharam a minha vida académica. Em particular, às minhas companheiras Diana Morais, Marta Gomes e Patrícia Amaro pelo apoio, ajuda e amizade. Agradecer às minhas companheiras de uma vida Ana Paixão e Ana Silva, que sempre caminharam a meu lado. E agradecer aos amigos da minha terra, Pé de Cão, que me proporcionaram momentos de diversão e companheirismo.

Enquanto elementos essenciais na minha vida, agradeço à minha valente família que sempre demonstrou um apoio incondicional, envolvido de uma enorme boa disposição. Um agradecimento especial aos meus pais que me proporcionaram a chegada a esta etapa e pela confiança demonstrada. Ao meu companheiro de casa, amigo e irmão que verdadeiramente atura a minha peculiar personalidade e com a sua enorme paciência me ajuda a crescer e melhorar.

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: Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica, Setor farmacêutico, Portugal

Código JEL: I10

ABSTRACT

This study aims to define the factors that contribute to the use of over-the-counter (OTC) drugs in Portugal. This analysis uses data from the 4th National Health Survey and the multiple logistic regression model is adopted. The dependent variable is dichotomous: 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 either cases, the group most likely to be women, high salary and more qualifications.

Key-Words: Over-the-Counter Drugs, pharmaceutical industry, Portugal

JEL Code: I10

Lista de abreviaturas/acrónimos

AIM- Autorização de Introdução no Mercado

CEE – Comunidade Económica Europeia

D.L.- Decreto-Lei

EUA – Estados Unidos da América

GSL - Lista Geral de Vendas

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

IVA – Imposto sobre o Valor Acrescentado

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MNSRM/OTC- Medicamentos Não sujeitos a Receita Médica/ *Over-the-Counter*

MSRM- Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS/WHO- Organização Mundial da Saúde/*World Health Organization*

P - Venda supervisionada

POM - Medicamentos prescritos

RAA - Região Autónoma dos Açores

RAM – Região Autónoma da Madeira

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*

UE- União Europeia

ÍNDICES

Índice Tabelas

Tabela 1-Consumo de MNSRM por distritos	20
Tabela 2- Definição das variáveis explicativas	24
Tabela 3 - Determinantes do consumo de MNSRM para fins de automedicação	28
Tabela 4 - Determinantes do consumo de MNSRM para fins de nutrição	31

Índice Figuras

Figura 1 - Reembolso de MNSRM nos Estados- Membros da UE, Croácia, Islândia e Noruega (2012)	12
--	----

Índice Gráficos

Gráfico 1 - Evolução da quota de mercado dos MNSRM	16
Gráfico 2 - Evolução do número de locais de venda de MNSRM.....	17
Gráfico 3 - Quota de mercado dos MNSRM	18
Gráfico 4 - Intervalos de Preços dos MNSRM	19
Gráfico 5: Top 5 das entidades em volume.....	20
Gráfico 6 - Finalidade dos MNSRM para fins de automedicação	27
Gráfico A.1: Percentagem de consumidores que usam MNSRM com o fim de tratamento	42
Gráfico A.2: Percentagem de consumidores que lêem o folheto informativo antes de usar o MNSRM.....	42
Gráfico A.3: Comparação dos níveis de consumo de MNSRM entre 2006 e 2012	42
Gráfico A.4: Consumo de MNSRM e MSRM.....	43
Gráfico A. 5: Consumo de MNSRM	43

Índice

I. Introdução.....	1
II. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica.....	3
II.1 Vantagens e Desvantagens	4
II.2 MNSRM em diferentes países.....	5
II.3 Contextualização portuguesa - Legislação	13
II.4 Evolução do mercado dos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica.....	16
II.4.1 Análise do ano Corrente	19
III. Estudo Empírico	23
III.1 Métodos.....	23
III.2 Apresentação e discussão de resultados.....	27
III.2.1 MNSRM para fins de automedicação.....	27
III.2.2 Consumo de MNSRM para fins de nutrição	31
III.2.3 Discussão de resultados	34
IV. Conclusão	37
Referências Bibliográficas.....	38
ANEXOS	42

I. Introdução

Este trabalho debruça-se sobre a importância do consumo de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM). A venda e o consequente consumo destes medicamentos é um tema algo controverso, uma vez que se conseguem identificar vantagens mas também algumas desvantagens. Do lado das vantagens destaca-se a redução dos custos de tempo e dinheiro, justificado pela não necessidade da ida ao hospital ou a uma consulta médica. Em oposição, a desvantagem com maior relevo é a automedicação, que poderá levar o consumidor a uma dependência de medicamentos, ao retardar de um diagnóstico de uma doença, entre outros (Barros, 2011).

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. Por isso, o objetivo deste estudo é identificar os fatores explicativos do consumo de MNSRM.

Na parte teórica, primeiramente, enumera-se as vantagens e desvantagens dos MNSRM. De seguida analisa-se os mecanismos de venda de MNSRM em países da União Europeia (UE) e noutros; identifica-se as diversas alterações legislativas que se realizaram no mercado farmacêutico português ao longo de vários anos e observa-se a evolução do mercado dos MNSRM desde 2005.

Segue-se o estudo empírico onde se pretende então identificar os fatores determinantes do consumo de MNSRM. 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. Os dados utilizados para a formulação deste modelo provêm do 4º Inquérito Nacional de Saúde.

II. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

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 Português n.º 176/2006, de 30 de Agosto). Os MNSRM são medicamentos que não estão sujeitos a uma prescrição médica e destinam-se a tratar problemas de saúde comuns (por exemplo, constipações e dores de cabeça). 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 prescrição (W.S.M.I., s.d.). Os MNSRM são analgésicos, antiácido, laxantes, descongestionantes nasais e vitaminas.

Ao longo dos anos tem existido em todo o mundo uma necessidade de impulsionar a variedade de MNSRM porque considera-se que a automedicação é cada vez mais importante. Esta oferece vantagens em termos de melhores resultados na saúde, mais recursos na economia e também impulsiona as pessoas a terem uma maior independência na tomada de decisões sobre a sua saúde.

II.1 Vantagens e Desvantagens

A automedicação pode ser vista como uma das grandes vantagens desta medida. 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. 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 (W.S.M.I, s.d.).

No entanto, tem de se ter em conta que a toma de MNSRM pode causar efeitos secundários, se o consumidor não souber a dose adequada ou a sua utilização. Pode levar a uma dependência de medicamentos e as doenças leves podem evoluir para doenças graves por automedicação contínua, sem um acompanhamento de um profissional.

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 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” (Camalusa *et al.*, 2011).

Outro parâmetro a ser alcançado prende-se com a tendência internacional que consiste no alargamento e uniformização do número de MNSRM e, para isso é necessário criar condições para que os medicamentos similares aos MNSRM sejam também classificados como tal. Um dos motivos que impulsiona esta medida liga-se com a importância de redução da despesa pública. Ou seja, os MNSRM têm como essência a não participação do estado, por isso, quanto maior for o número de medicamentos classificados como tal, maior será a poupança nos encargos do Estado (Barros, 2011)

Por outro lado, também existe a redução dos custos do próprio consumidor através de possíveis situações de automedicação, devido à redução dos custos em termos de tempo e dinheiro que seria gasto por consultas médicas ou hospitalares.

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.

II.2 MNSRM em diferentes países

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. A automedicação permite às pessoas tratar ou prevenir doenças crónicas, a longo ou a curto prazo, quando estes consideram não precisar de consultar um médico, ou que podem tratar-se após um diagnóstico médico inicial (W.S.M.I, s.d.).

Assim, ao longo dos tempos observa-se uma mudança no comportamento dos cidadãos, em particular no que diz respeito à crescente autonomia no autocuidado, devido a novas rotas de acesso aos medicamentos, e movimentos transfronteiriços dos indivíduos.

No que diz respeito à liberalização dos medicamentos fora das farmácias, esta assenta num melhoramento 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) (Barbosa, 2010).

Na Holanda, passou a vender-se MNSRM fora das farmácias antes da década de 90. Verificaram-se alterações ao nível da propriedade de farmácias, passando a ser possível o mesmo farmacêutico ser proprietário de mais do que um estabelecimento. Mais tarde, foi mesmo autorizada a propriedade por não farmacêuticos (Barros, 2011).

Na Irlanda, no início da década de 90, é implementada a venda de MNSRM fora das farmácias que foi impulsionado com a criação de cadeias de farmácias em que a propriedade é de alguns distribuidores farmacêuticos (Barros, 2011).

No Reino Unido, o setor farmacêutico é bastante peculiar, apresentando características como o objetivo de proteger as pequenas farmácias. Estas são de extrema importância para as comunidades, no entanto são fracas financeiramente, levando o Estado a subsidiá-las. Outra característica é a existência de médicos legalmente autorizados a dispensar medicamentos, particularmente em áreas rurais e de difícil acesso às farmácias. Ou seja, o Reino Unido atribui uma enorme importância, no que respeita ao contacto com o público, aconselhamento sobre medicamentos e consequente forma de aliviar a pressão no Serviço Nacional de Saúde. Neste país, assim como na maior parte do mundo, o acesso e fornecimento de medicamentos são regidos por um quadro de regulamentação que se baseia em perceções dos riscos e benefícios do medicamento para a população. Existem três amplas categorias de medicamentos: POM (medicamentos prescritos), P (venda supervisionada) e GSL (lista geral de vendas). Os medicamentos POM apenas estão à disposição do público quando prescritos por um médico. Os medicamentos P só podem ser vendidos sob a supervisão de um farmacêutico e os medicamentos GSL estão disponíveis em qualquer ponto de venda (fora ou dentro das farmácias) (Bond, 2008).

Em 2005 assistiu-se em Espanha à discussão da liberalização dos MNSRM sendo que o Ministério da Saúde de Espanha considerou não haver qualquer necessidade de desregular o mercado, argumentando que as farmácias são estabelecimentos de interesse público, estando sujeitas ao planeamento do Governo e obrigadas a atuar segundo os

objetivos de interesse público estabelecidos pelo Estado, uma vez que existe um compromisso entre as farmácias espanholas e o Sistema Nacional de Saúde (Barros, 2011).

Em termos de legislação, em Espanha, está prevista uma relação especial entre o Estado e os farmacêuticos. Para além disso, o país apresenta uma boa cobertura de farmácias, bem como um elevado grau de satisfação dos utilizadores e qualidade dos serviços prestados por estes estabelecimentos. Nesse sentido, o mercado das farmácias em Espanha continua regulado. Todavia numa ida a uma farmácia podem-se comprar medicamentos sem receita médica.

Se por um lado existe a Espanha, exemplo de excessivo protecionismo deste setor, por outro, existe o Brasil que retrata uma excessiva liberalização do mesmo. No caso brasileiro, a instalação de uma farmácia é totalmente livre, sendo que esta pode ser aberta em qualquer localidade, independentemente da população que irá servir e do número de farmácias já existentes no local. Esta situação causou uma excessiva concentração de farmácias, especialmente nas grandes cidades. Esta é uma realidade tão patente que, frequentemente, as farmácias só conseguem sobreviver mediante comissões e incentivos especiais por parte da indústria farmacêutica para aumentar os lucros dos proprietários das farmácias, que não são necessariamente farmacêuticos.

O setor das farmácias no Brasil exhibe, efetivamente, um baixo nível de qualidade de serviço, quando comparado com o *standard* europeu. Além do mais, a ocorrência de um excessivo número de intoxicações por medicamentos neste país sugere que o grau de liberalização do mercado brasileiro é demasiado elevado, pelo que as suas consequências foram claramente negativas (Barros, 2011).

De seguida, observam-se países em que o acesso aos MNSRM é moderado. Por exemplo, na Coreia do Sul a existência de MNSRM é uma realidade e a venda deste tipo de medicamentos fora das farmácias passou a ser possível desde 2000, à exceção de medicamentos orientais que continuaram a serem vendidos apenas com prescrição médica. Este país realizou um estudo em 2013 cujo objetivo se baseava em determinar as características dos pacientes que compraram MNSRM durante um período de tempo superior a 3 meses, e investigar a relação entre o uso de medicamentos isentos de prescrição e a utilização de outros serviços de assistência com profissionais de saúde, usando o *Panel Survey Coreia Health*. Através desta análise averiguou-se que os coreanos com maior propensão à aquisição dos MNSRM são as pessoas mais velhas, mulheres, com

doença crónica e com maior nível de escolaridade. Constatou-se ainda que a compra de MNSRM está relacionada com a utilização de outros serviços de saúde. (Cho, *et al.* 2013)

Em Itália desde agosto de 2006, todos os medicamentos sem receita para além de serem vendidos nas farmácias tradicionais também passaram a ser vendidos através de canais televisivos, em supermercados e entre outras superfícies. Nestas áreas os clientes têm a autonomia de escolher os medicamentos que desejam adquirir, embora seja obrigatória a presença de um farmacêutico no estabelecimento com o intuito de dar informações ou esclarecer dúvidas caso o cliente deseje.

Um estudo feito em Itália, em 2011, por Calamusa, *et al.* (2011), 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 como moderação e 20% desconheciam os riscos do uso a longo prazo de laxantes e descongestionantes nasais, respetivamente. As mulheres e os indivíduos com superiores níveis de ensino apresentam um maior conhecimento acerca desta temática.

Este estudo, o primeiro deste tipo na Itália, mostrou uma perceção incompleta de vários riscos, no que diz respeito a interações de medicamentos e mau uso ou abuso. Os resultados deste inquérito impulsionaram a criação de um programa de informação e comunicação com foco sobre as necessidades dos consumidores.

Na Finlândia, um outro estudo procurou explorar as tendências e as diferenças dos rendimentos dos indivíduos nas prescrições de MNSRM durante o período de 1985 a 2006. Um dos objetivos da regulação dos mercados farmacêuticos consiste na redução dos custos, despesas especialmente públicas, sem comprometer a equidade no acesso. Ou seja, os direitos de utilização de medicamentos são igualmente aplicáveis a todos os pacientes, independentemente da sua posição socioeconómica (Lei Finlandesa de Seguro de Saúde 1224/2004). O resultado deste estudo representa um avanço para a complexa questão do

livre acesso dos medicamentos e deve ser, portanto de interesse para os formuladores de políticas e investigadores (Aaltonen, *et al.* 2012).

Os autores constataram que, de 1985 a 2006, a compra de MNSRM feita por pessoas com mais de 64 anos aumentou de 11% para 23% e que as famílias com algum grau de escolaridade aumentaram o seu consumo em mais de 90%. Em relação aos níveis dos preços, em geral o crescimento foi mais acentuado entre 1990 e 1995, onde os custos dos medicamentos aumentaram em 60%, nomeadamente 56% nos medicamentos com prescrição e 69% nos medicamentos não sujeitos a prescrição médica. Este crescimento desacelerou entre 1995 e 2001 devido ao aumento dos custos em 10% (1% para medicamentos com prescrição e 32% para os MNSRM). Em termos relativos, a parte do consumo total das famílias sobre medicamentos aumentou de 0,8% em 1985 para 1,6% em 2006.

O consumo de MNSRM pode estar relacionado com diversos aspetos tais como, circunstâncias demográficas e socioeconómicas, a falta de acesso aos cuidados de saúde, o aumento da consciência das pessoas leigas sobre diferentes formas de tratamento, os elevados custos dos cuidados de saúde e facilidade de compra dos medicamentos sem receita médica.

De seguida, observa-se a percentagem de problemas de saúde tratados com MNSRM por parte dos consumidores em 10 países (Gráfico A.1). As percentagens mais altas são da África do Sul (37%) e dos Estados Unidos da América (EUA) (33%). Nos países desenvolvidos, como é o caso dos EUA, estes consideram a automedicação, através do consumo de MNSRM, uma alternativa de redução de custos e tempo numa ida ao médico para o tratamento de doenças comuns. Por outro lado, um país como a África do Sul vê na automedicação um dos principais contribuintes para a manutenção da saúde, devido à existência de baixos níveis de infraestruturas e de equipas de profissionais (W.S.M.I., s.d.).

De um modo geral, os indivíduos começam a consciencializar-se da importância de uma boa prática de automedicação. Uma boa prática da utilização de medicamentos deriva da leitura dos folhetos informativos. Um estudo observou que altas percentagens da população, em cada país, disseram ler sempre os folhetos informativos antes de tomar, pela primeira vez, um MNSRM. De acordo com o Gráfico A.2 observa-se que o Reino Unido apresenta a percentagem mais elevada com 97% e a Espanha a percentagem mais baixa de

83%. A justificação que os consumidores deram para a necessidade de ler o folheto informativo foi que precisavam de ter a certeza de que iria proporcionar o alívio esperado, sem causar efeitos secundários ou reações adversas (W.S.M.I. s.d.).

Em suma, na maioria dos países em que os estudos são conhecidos, como o caso da Índia, a evidência sugere que as pessoas alfabetizadas são 76% mais propensas ao consumo de MNSRM do que as pessoas analfabetas. Nos casos de Singapura, Brasil, China, Nepal e Coreia do Sul (Cho, 2013) os resultados confirmam que a propensão ao consumo de MNSRM aumenta com o aumento do nível de escolaridade e, de forma geral, a automedicação melhora com o aumento da consciência sobre a saúde. (W.S.M.I.,s.d.)

Na China, mais de 40% dos consumidores urbanos declararam estar ativamente envolvidos no diagnóstico e tratamento dos seus próprios problemas de saúde, mais de 50% demonstraram comportamentos responsáveis de saúde tais como o exercício físico, uma boa nutrição e a execução de exames físicos regulares. A compra dos MNSRM é em 70% dos casos feita com base na leitura dos folhetos informativos. (W.S.M.I., s.d.)

Em França, 81% das pessoas que praticam a automedicação assumem que os conselhos dos farmacêuticos sobre estilo de vida saudável e bons hábitos alimentares são essenciais. (W.S.M.I., s.d.)

Muitos dos MNSRM chegam ao conhecimento do público através da publicidade televisiva e da internet. A publicidade televisiva, na maioria dos países, parece ter um impacto limitado no que diz respeito à aquisição total de MNSRM. Todavia, no Brasil, este tipo de publicidade tem extrema importância, pois é permitida também a publicidade de farmácias.

É essencial para a existência de um bom tratamento de saúde que os fabricantes de medicamentos comuniquem com os consumidores e com os prestadores de cuidados de saúde através de uma panóplia de instrumentos, com vista a explicar a sua finalidade e benefícios para a saúde, as condições em que se destinam a tratar, e como usá-los. Em particular, a publicidade de produtos que contenham substâncias psicotrópicas ou estupefacientes é proibida, e os Estados-Membros podem proibir a publicidade de produtos não sujeitos a receita que podem ser reembolsados. A legislação proíbe a publicidade enganosa e exige que a publicidade deve ser distinguível de informações (Diretiva 2001/83/CEE).

A internet está emergindo como uma importante fonte de informação sobre a saúde, uma vez que esta oferece muitas respostas acerca dos vários produtos no mercado, dando a conhecer à população qual a melhor via para cada um, contribuindo para a obtenção de um maior nível de saúde.

No que toca à fixação dos preços dos medicamentos e tendo em conta apenas os Estados-Membros da UE, estes podem variar de Estado para Estado. Estas diferenças podem ser explicadas por uma série de fatores, sendo que o fator com maior peso é o rendimento nacional *per capita*. Em geral, os preços dos produtos farmacêuticos parecem ser proporcionalmente superiores nos países com maiores níveis de rendimento *per capita*. Além disso, estes países tendem a gastar mais em produtos farmacêuticos. (Parlamento Europeu, 2011)

A ferramenta amplamente utilizada (por 24 dos 27 Estados-Membros da UE) para a determinação dos preços é a referência do preço externo. De acordo com este mecanismo, um Estado-Membro define o preço de um produto farmacêutico com base numa comparação com os preços de outros Estados-Membro. Esta abordagem pode conduzir a preços mais baixos, em particular quando se toma decisões com base nos preços mais baixos, em vez de uma média. Através deste mecanismo há preocupações que são ignoradas, tais como as prioridades de saúde de cada país, e além disso, a possibilidade de poder criar incerteza para os setores inovadores da indústria.

O nível de imposto sobre o valor acrescentado (IVA) dos medicamentos também irá afetar o nível dos preços. Este pode assumir valores entre zero (por exemplo, Reino Unido e Suécia) e 25% (por exemplo, na Dinamarca). (Parlamento Europeu, 2011)

Os preços praticados pelos fabricantes e distribuidores de medicamentos pode, muitas vezes, relacionar-se com o tipo de política que cada país adota. As decisões de reembolso também podem afetar o preço. Os Estados-Membros podem estabelecer um formulário com a lista dos medicamentos que são reembolsados (ou um formulário negativo, para aqueles que não são reembolsados).

A Figura 1 apresenta uma visão geral dos regulamentos de reembolso para os medicamentos sem prescrição e constata-se uma diversidade de sistemas e abordagens para a regulação e acesso ao mercado de medicamentos sem prescrição médica. O mercado de MNSRM entre os países europeus apresenta algumas diferenças, tanto em termos de quota de mercado total como em termos do desenvolvimento desses mercados.

participação pública dos custos de medicamentos é feita através do Seguro Nacional de Saúde, financiado por contribuições obrigatórias do segurado e com o financiamento do setor público. A Finlândia foi considerada em 2010, através de um relatório farmacêutico da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), como o sistema de saúde Europeu com o maior limite máximo anual de comparticipação (Aaltonen *et al* 2013).

II.3 Contextualização portuguesa - Legislação

Nesta secção, pretende-se mostrar a evolução do setor farmacêutico português, no qual se tem assistido a inúmeras mudanças. Primeiramente, no início do século X, esta ciência funcionava como um boticário que preparava e vendia os medicamentos e fornecia aos seus utentes informação sobre estes.

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 medicamentos (Sequeira, 2011). A partir desse momento, as farmácias deixaram de ter como foco principal a produção de medicamentos e passaram a direccionar-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 (UE), 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”(Casanova, 2011). 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 medicamentos (Casanova, 2011). 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 farmácia (Casanova, 2011).

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 nº1 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 nacional (Pita, 2010).

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.¹

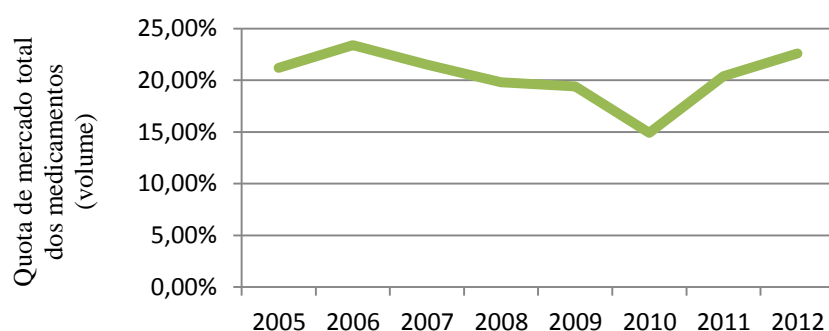
II.4 Evolução do mercado dos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica²

Nesta secção apresenta-se a evolução da estrutura do mercado de MNSRM de 2005 a 2012 tendo como base os dados do INFARMED. A análise inicia-se no ano de 2005, pois foi o ano em que houve uma maior abordagem sobre os MNSRM. E o último ano a ser representado é 2012 por ser o mais recente disponibilizado pelo INFARMED.

A venda de MNSRM fora de farmácias em Portugal foi implementada pela necessidade de promover o uso racional de medicamentos, pelo controlo da despesa em medicamentos e com o intuito de baixar os preços de venda dos mesmos, através da liberalização dos preços.

Como se pode observar no Gráfico A.3 a Região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) foi a região que teve maior crescimento no consumo, em termos de volume, cerca de 193 embalagens, seguida da Região Norte apresentando um crescimento de 166 embalagens.

Gráfico 1 - Evolução da quota de mercado dos MNSRM



Fonte: Elaboração própria com base em dados das Estatísticas do Medicamento 2008 e 2012 (INFARMED)

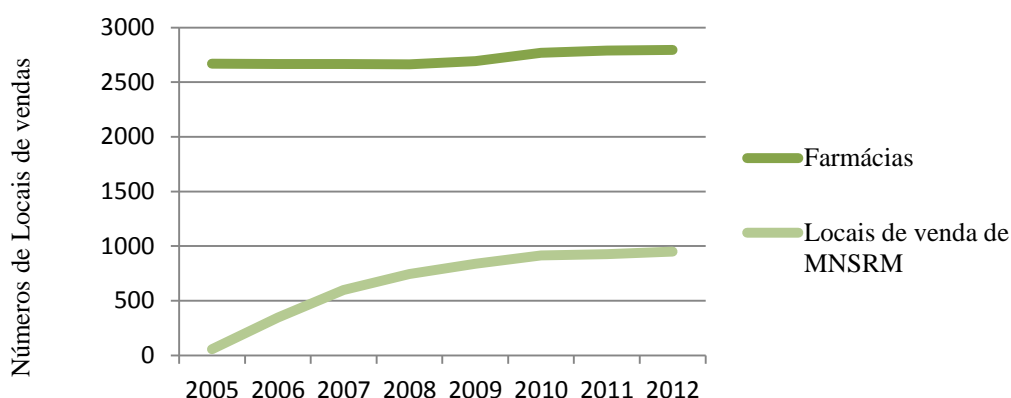
¹http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_II/TITULO_II_CAPITULO_IV [01 de dezembro de 2014]

² Os dados apresentados nesta secção têm como fonte as Estatísticas do Medicamento disponibilizadas pelo INFARMED.

Através do Gráfico 1 observa-se que de 2005 a 2006 houve um crescimento de 2,2% no setor de MNSRM, no entanto, nos quatro anos seguintes, ou seja, até 2010 assistiu-se a uma redução, tendo vir novamente a crescer até 2012. A diminuição verificada entre os anos de 2006 a 2010 pode ter como origem o aumento dos preços que se verificou nesses anos. Tendo como ano base 2004, o índice de preços apresentado em 2005 foi de 91,90, em 2006 99,24, em 2007 99,53 em 2008 102,42 e em 2009 102,53. Ou seja, após se ter implementado a liberalização dos preços (2005) esses aumentaram ao contrário do que seria de esperar.

Ao comparar o aparecimento de farmácias com o dos locais destinados à venda de MNSRM observa-se um forte crescimento, dos locais destinados à venda de MNSRM, até ao ano de 2010. Nos anos seguintes, esse crescimento estagnou, como se pode ver no Gráfico 2 (INFARMED,2014a).

Gráfico 2 - Evolução do número de locais de venda de MNSRM



Fonte: Elaboração própria com base em dados das Estatísticas do Medicamento 2008 e 2012 (INFARMED)

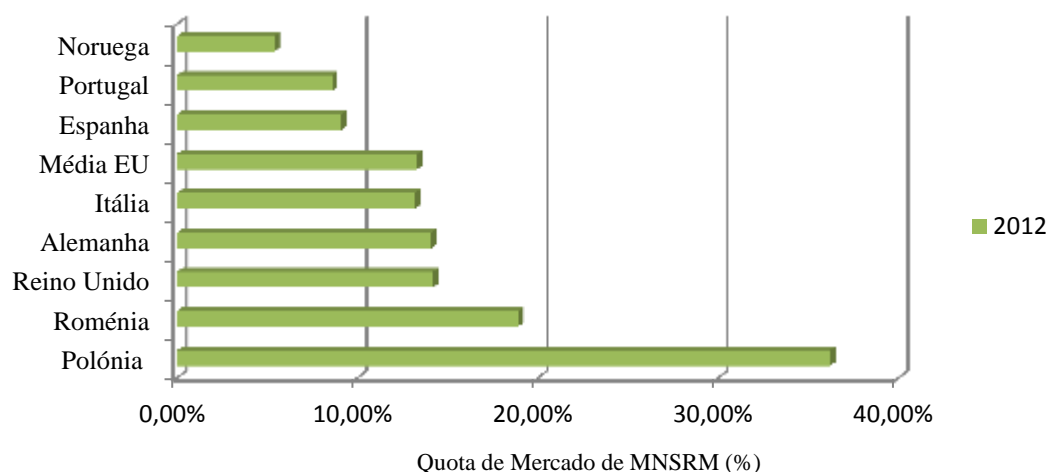
A impulsão para a entrada de novos locais de venda de MNSRM no mercado não foi muito acentuada e tem registado ao longo dos anos uma tendência de abrandamento. Existem duas possibilidades, uma delas pode estar relacionada com o facto de as farmácias terem lançado um cartão de fidelização de clientes, a outra razão prende-se com o facto de as farmácias venderem medicamentos sujeitos a receita médica, pelo que os consumidores têm mais motivos para as procurar (Barros, 2011).

De acordo com informação do INFARMED (2014a) observa-se que existe uma maior abertura de locais de venda de MNSRM no litoral, nas grandes cidades do país e em grandes superfícies (que por serem locais onde os consumidores vão regularmente, aumentaram a sua acessibilidade).

Em 2013, existiam 1014 locais de vendas de MNSRM registados, sendo alguns deles pertencentes à Pharmacontinente –saúde e Higiene S.A., Pingo Doce Distribuição Alimentar S.A. e à Companhia Portuguesa Hipermercados (INFARMED,2014a).

Tendo em conta o Gráfico 3, observa-se que a quota de mercado de MNSRM de Portugal é 8,6%, abaixo da média da União Europeia, a Noruega é o país da UE com a percentagem mais reduzida (5,4%) e a Polónia o país com maior percentagem de quota de mercado (36,2%), apresentando uma diferença significativa comparativamente a Portugal.

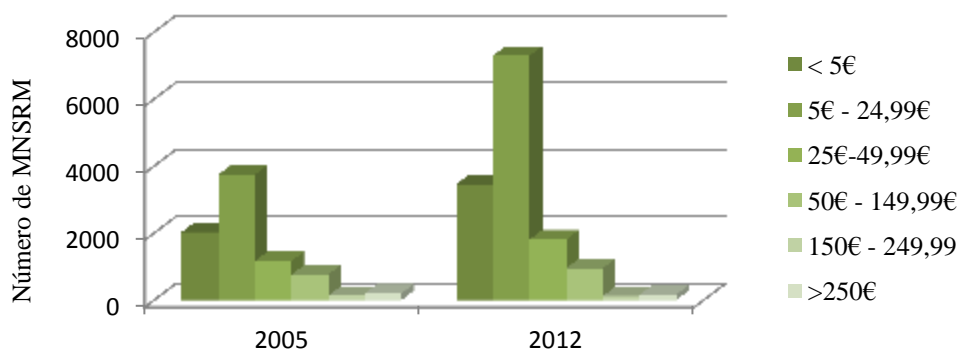
Gráfico 3 - Quota de mercado dos MNSRM



Fonte: Apifarma (2013)

Pela observação do Gráfico 4, verifica-se que a maioria dos preços dos MNSRM encontra-se no intervalo dos 5€-24,99€ e que de 2005 para 2012 o número de MNSRM aumentou em 3554, podendo ser justificada pelo aumento da gama de MNSRM, uma vez que os outros intervalos também aumentaram, à exceção dos dois últimos.

Gráfico 4 - Intervalos de Preços dos MNSRM



Fonte: Estatísticas do Medicamento 2008 e 2012(INFARMED)

II.4.1 Análise do ano Corrente³

Este tópico tem como objetivo perceber a situação atual do setor das farmácias, em Portugal, em termos de volume e valor de vendas e qual a posição que os locais de vendas de MNSRM ocupam neste momento.

De acordo com os Gráficos A.4 e 5 constata-se que grande parte das vendas de MNSRM, em volume, é realizada em farmácias, cerca de 80%, e que apenas 16% das suas vendas, em volume, são MNSRM.

O período em análise foi de janeiro a setembro de 2014, ao qual foi comparado o igual período de 2013. Verificou-se que nas farmácias existiu um decréscimo de vendas, em termos de valor monetário, em 0,6%, e nos restantes locais de venda de MNSRM houve um aumento de 13,9%. Em termos de embalagens representou, para as farmácias, a venda de mais de 420 mil embalagens, e para os locais de venda de MNSRM, a venda de mais de 284 mil embalagens. Tanto para as farmácias como para os locais de venda de MNSRM houve um aumento no número de embalagens vendidas (0,2% e 5,3%, respetivamente), comparativamente com o período homólogo anterior. O índice de preços reflete um aumento em 0,8%, referente ao período homólogo (INFARMED, 2014b)

³ Os valores retratados nesta secção foram retirados de INFARMED (2014a, 2014b).

Tabela 1-Consumo de MNSRM por distritos

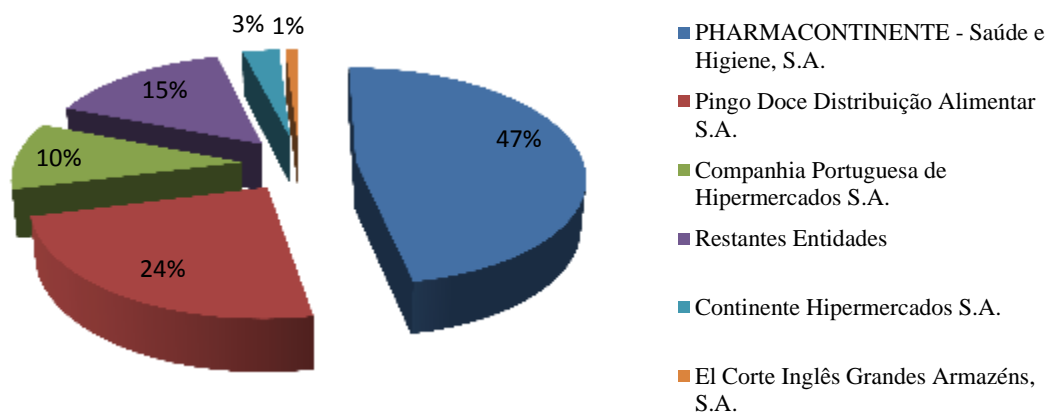
Volume (Nº embalagens)		Valor PVP (€)		Índice de Preços (Base 100: agosto 2005)	
Maior	Menor	Maior	Menor	Maior	Menor
Lisboa	Bragança	Lisboa	Bragança	Beja	Viseu
Porto	Portalegre	Porto	Portalegre	Portalegre	Aveiro
Setúbal	Guarda	Setúbal	Guarda	Évora	Porto

Fonte: INFARMED (2014a)

De acordo com a Tabela 1, tendo em conta o período de janeiro a junho de 2014, observa-se que as cidades onde existiu um maior número de vendas quer em termos de valor, quer em termos de volume foram Lisboa, Porto e Setúbal. Em Bragança, Portalegre e Guarda verificou-se o oposto. Em termos de índice de preços, em que o período base é agosto de 2005, verificou-se um aumento dos preços em Beja, Portalegre e Évora. No Porto, Viseu e Aveiro houve uma descida dos preços (INFARMED, 2014a).

Tendo em análise a informação INFARMED (2014a) os grupos farmoterapêuticos (CFT) com maior volume de vendas são os analgésicos e antipiréticos (26%) e observando a substância ativa com maior volume de vendas o Paracetamol (15,1%), que pertence ao grupo dos analgésicos, e em termos de valor é o Diclofenac (7,1%) (comercializado com o nome Voltaren).

Gráfico 5: Top 5 das entidades em volume



Fonte: INFARMED (2014a)

Encontravam-se registados, em julho de 2014, 1001 locais de venda a MNSRM pertencendo grande parte deles a grandes superfícies. Observando o Gráfico 5 constata-se que a Pharmacontinente –saúde e Higiene S.A. apresenta alguma supremacia em relação às outras entidades pois representa cerca de metade das vendas de MNSRM (47%), esta é seguida do Pingo Doce Distribuição Alimentar S.A. (24%) (apresenta um dos preços mais baixos praticados no mercado) (INFARMED, 2014a).

III. Estudo Empírico

III.1 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). No caso de a regressão dada ter um *Odds Ratio*⁴ >1 considera-se que o grupo base é menos propenso ao consumo e que a variável é estatisticamente significativa perante um grau de confiança de 95%.

⁴ *Odds Ratio* é definida como a razão entre a propensão de um evento ocorrer num grupo e a propensão de ocorrer noutro grupo.

Tabela 2- Definição das variáveis explicativas

Nome Variável	Definição	Média
Consumo de MNSRM	=1, se o indivíduo consumiu MNSRM nas últimas 2 semanas anteriores ao inquérito =0, se o indivíduo não 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, se o indivíduo não consumiu vitaminas nas últimas 2 semanas anteriores ao inquérito	0,0819
Sexo	=1, se o indivíduo é Homem =0, se o indivíduo é Mulher	0,4794
Número de Consultas	Número de consultas que o indivíduo foi nos últimos 3 meses (variável contínua)	1,1931 Consultas
Fumador	=1, se o indivíduo é fumador =0, se o indivíduo não é fumador	0,19
Doenças Crónicas	=1, se o indivíduo tem doença crónica (por exemplo, asma, diabetes) =0, se o indivíduo não tem doença crónica	0,6106
Consumo de MSRM	=1, se o indivíduo consumiu MSRM nas últimas 2 semanas anteriores ao inquérito =0, se o indivíduo não consumiu MSRM nas últimas 2 semanas anteriores ao inquérito	0,5453
Níveis etários		
15 a 24 anos	=1, se o indivíduo tem idade compreendida entre os 15 e os 24 anos =0, se o indivíduo tem idade superior a 24 anos	0,1286
25 a 34 anos	=1, se o indivíduo tem idade compreendida entre os 25 e os 34 anos =0, se o indivíduo tem idade inferior a 25 anos ou superior a 34 anos	0,1276
35 a 44 anos	=1, se o indivíduo tem idade compreendida entre os 35 e os 44 anos =0, se o indivíduo tem idade inferior a 35 anos ou superior a 44 anos	0,1377
45 a 54 anos	=1, se o indivíduo tem idade compreendida entre os 45 e os 54 anos =0, se o indivíduo tem idade inferior a 45 anos ou superior a 54 anos	0,1603
55 a 64 anos	=1, se o indivíduo tem idade compreendida entre os 55 e os 64 anos =0, se o indivíduo tem idade inferior a 55 anos ou superior a 65 anos	0,1474
> 64 anos	=1, se o indivíduo tem idade superior a 64 anos =0, se o indivíduo tem idade inferior a 65 anos	0,2984

NUTS II		
Norte	=1, se o indivíduo vive na região Norte =0, se o indivíduo vive fora da região Norte	0,1475
Centro	=1, se o indivíduo vive na região Centro =0, se o indivíduo vive fora da região Centro	0,1461
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	=1, se o indivíduo vive na região Lisboa e Vale do Tejo =0, se o indivíduo vive fora da região Lisboa e Vale do Tejo	0,1442
Alentejo	=1, se o indivíduo vive na região Alentejo =0, se o indivíduo vive fora da região Alentejo	0,1425
Algarve	=1, se o indivíduo vive na região Algarve =0, se o indivíduo vive fora da região Algarve	0,1495
Região Autónoma Açores (RAA)	=1, se o indivíduo vive na RAA =0, se o indivíduo vive fora da RAA	0,1416
Região Autónoma da Madeira (RAM)	=1, se o indivíduo vive na RAM =0, se o indivíduo vive fora da RAM	0,1286
Estado civil		
Solteiro	=1, se o indivíduo é Solteiro =0, se o indivíduo é Casado ou Viúvo ou Divorciado	0,3037
Casado	=1, se o indivíduo é Casado =0, se o indivíduo é Solteiro ou Viúvo ou Divorciado	0,5746
Viúvo ou Divorciado	=1, se o indivíduo é Viúvo ou Divorciado =0, se o indivíduo é Solteiro ou Casado	0,1217
Rendimento Mensal do Agregado Familiar		
Até 250€	=1, se o rendimento mensal do agregado familiar é <251€ =0, se o rendimento mensal do agregado familiar é >250€	0,0586
251€ a 500€	=1, se o rendimento mensal do agregado familiar está compreendido entre os 251€ e os 500€ =0, se o rendimento mensal do agregado familiar é inferior a 250€ ou superior a 501€	0,2654
501€ a 900€	Se =1, o rendimento mensal do agregado familiar é compreendido entre os 501€ e os 900€ Se =0, o rendimento mensal do agregado familiar é inferior a 500€ ou superior a 901€	0,1657
901€ a 1500€	=1, se o rendimento mensal do agregado familiar é compreendido entre os 901€ e os 1500€ =0, se o rendimento mensal do agregado familiar é inferior a 900€ ou superior a 1501€	0,2467
> 1500€	=1, se o rendimento mensal do agregado familiar é >1500€ =0, se o rendimento mensal do agregado familiar é <1501€	0,173
Graus de Escolaridade		
Sem escolaridade	=1, se o indivíduo não possui nenhum nível de escolaridade = 0, se o indivíduo possui tem escolaridade	0,1438
1º, 2º ou 3º ciclos	=1, se o indivíduo concluiu o 1º ou 2º ou 3º ciclo = 0, o indivíduo não tem escolaridade ou tem escolaridade	0,6371

	superior ao 3º ciclo	
Secundário	=1, se o indivíduo tem concluído o ensino secundário =0, se o indivíduo tem escolaridade inferior ao secundário ou o ensino superior	0,1267
Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento	=1, se o indivíduo é licenciado ou mestrado ou doutorado = 0, se o indivíduo tem escolaridade inferior ao ensino superior	0,0924
Trimestres		
1º Trimestre	=1, se a toma dos MNSRM ocorreu no 1º trimestre =0, se a toma dos MNSRM foi feita no 2º ou 3º ou 4º trimestre	0,259
2º Trimestre	=1, se a toma dos MNSRM foi feita no 2º trimestre =0, se a toma dos MNSRM foi feita no 1º ou 3º ou 4º trimestre	0,2547
3º Trimestre	=1, se a toma dos MNSRM foi feita no 3º trimestre =0, se a toma dos MNSRM foi feita no 1º ou 2º ou 4º trimestre	0,2478
4º Trimestre	=1, se a toma dos MNSRM foi feita no 4º trimestre =0, se a toma dos MNSRM foi feita no 1º ou 2º ou 3º trimestre	0,2386

Através da análise das médias, 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%). Esta diferença pode estar retratada pela necessidade dos doentes crónicos (61,06%) terem de consumir todos os dias MSRM, destinados ao controlo da sua doença.

Foram inquiridas mais mulheres do que homens (52,06% e 47,94%, respetivamente), o grau de escolaridade com mais respostas ao inquérito situa-se no ensino básico (1º, 2º e 3º ciclos) com 63,71%. Relativamente às faixas etárias encontram-se os indivíduos com mais de 64 anos com uma maior percentagem de resposta, 29,84%, seguido dos indivíduos com idades compreendidas entre os 45 e 54 anos, 16,03%.

O estado civil mais frequente corresponde a casado (57,46%). E os rendimentos mensais dos agregados familiares com maior predomínio correspondem aos intervalos 251€ a 500€ (26,54%) e 901€ a 1500€ (24,67%).

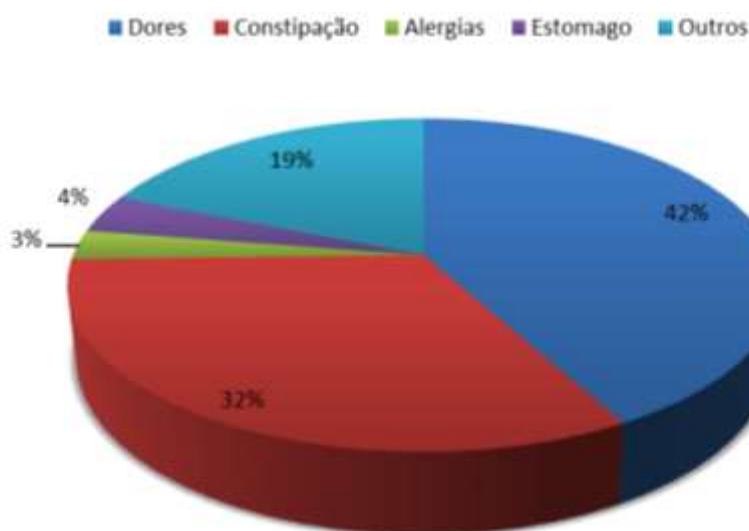
Em relação aos inquiridos por trimestre e à NUTS II as suas percentagens são equilibradas, não existindo supremacia em nenhum deles.

III.2 Apresentação e discussão de resultados

III.2.1 MNSRM para fins de automedicação

O grupo dos MNSRM para fins de automedicação dividem-se em MNSRM para as dores, MNSRM para a constipação, MNSRM para as alergias, MNSRM para o estômago e outros MNSRM. Como se constata no Gráfico 5, 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.

Gráfico 6 - Finalidade dos MNSRM para fins de automedicação



Fonte: Elaboração própria com base no 4º Inquério Nacional de Saúde

Através da elaboração de um *crosstable*, analisa-se agora o consumo de cada categoria dos MNSRM, tendo em conta a região de residência. Pelos resultados, observa-se que é na região Norte que se consome a maior percentagem de MNSRM para fins de dores (19,5%) seguido da região Centro (15,9%). No que diz respeito ao consumo de MNSRM para fins de constipação, a população com maior consumo foi a do Algarve com 16,44%, em contrapartida a população com menor consumo foi a de LVT com 2,7%. A região onde se verificou um maior consumo de MNSRM para fins de alergias foi LVT (30%) e Algarve (25%). No consumo de MNSRM para fins de problemas de estômago a região que apresentou maior consumo foi LVT (26,21%) e com menor consumo a região Centro

(6,8%). Por fim, os outros MNSRM são mais consumidos na região de LVT com 24,47% seguida da região Centro e Algarve com 14,95% em ambas.

A Tabela 3 apresenta os resultados referentes à análise dos MNSRM para fins de automedicação.

Tabela 3 - Determinantes do consumo de MNSRM para fins de automedicação

Variável	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	P-Value
Constante	0,067		0,000
Sexo	0,751	0,682-0,827	0,000
Consumo de MSRM	0,732	0,659-0,813	0,000
Número de Consultas	1,004	0,994-1,014	0,409
Fumador	1,293	1,152-1,450	0,000
Doenças Crónicas	2,017	1,801-2,259	0,000
Níveis etários – Grupo base >64 anos			
15 a 24 anos	1,351	1,070-1,706	0,012
25 a 34 anos	1,429	1,168-1,749	0,001
35 a 44 anos	1,530	1,302-1,798	0,000
45 a 54 anos	1,148	0,982-1,342	0,083
55 a 64 anos	1,178	1,014-1,368	0,032
NUTS II – Grupo base Norte			
Centro	0,963	0,828-1,119	0,624
LVT	0,922	0,794-1,072	0,291
Alentejo	0,820	0,701-0,961	0,014
Algarve	0,810	0,693-0,947	0,008
RAA	0,861	0,737-1,006	0,059
RAM	0,885	0,688-1,137	0,339
Estado Civil – Grupo base Casados			
Solteiro	0,833	0,716-0,969	0,018
Viúvo ou Divorciado	1,038	0,896-1,202	0,617
Rendimento Mensal do agregado familiar – Grupo base Rendimento >1500€			
Até 250€	0,829	0,672-1,023	0,081

251€ a 500€	0,992	0,861-1,144	0,917
501€ a 900€	0,882	0,774-1,005	0,059
901€ a 1500€	0,954	0,837-1,087	0,480
Grau de Escolaridade – Grupo base Licenciatura, Mestrado, Doutoramento			
Sem escolaridade	0,532	0,432-0,656	0,000
1º,2º ou 3º ciclos	0,767	0,663-0,887	0,000
Secundário	0,879	0,737-1,049	0,154
Trimestres – Grupo base 4º trimestre			
1º Trimestre	1,574	1,398-1,772	0,000
2º Trimestre	0,768	0,670-0,881	0,000
3º Trimestre	0,918	0,804-1,049	0,209

A Tabela 3 apresenta os resultados referentes à análise dos MNSRM para fins de automedicação. Na variável sexo, observa-se que os homens são menos propensos ao consumo de MNSRM comparativamente às mulheres. Isto porque, por norma, as mulheres tendem a procurar mais cuidados de saúde do que os homens (Ded e Trivedi, 1997 “*apud*” Lourenço *et al*, 2007:17). A variável é estatisticamente significativa.

Os indivíduos que consomem MSRM são menos propensos ao consumo de MNSRM, uma vez que, se têm um maior cuidado de saúde, possivelmente terão menos necessidade de incorrer a este tipo de medicamentos. 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 MSRM: A juntar a isto, o facto do aumento da idade se relacionar com a pouca autonomia em termos de automedicação. Todavia, as variáveis são estatisticamente significativas, excetuando, o intervalo dos 45 aos 54anos.

Passando agora à análise das NUTS II observa-se que a Região Norte é a mais propensa ao consumo de MNSRM relativamente a todas as outras regiões. As Região Centro e Região LVT, apesar de menos propensas que a Região Norte, são mais propensas que a Região do Algarve, Alentejo, RAM e RAA. Neste tópico o que pode estar em causa é a acessibilidade e a variedade de cuidados de saúde existentes em cada região. Por exemplo, o caso da RAA, pode ser explicado pela ligação que a população tem à natureza, utilizando medicamentos naturais para o tratamento de doenças. Apenas as variáveis da Região Alentejo e Região do Algarve são estatisticamente significativas.

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 dos restantes membros familiares. Sendo assim, existe um incentivo adicional para o consumo de medicamentos (Lourenço *et al*,2007). No caso dos divorciados ou viúvos, estes têm maior propensão ao consumo do que os casados. Este facto pode ir de encontro com a afirmação anterior porque estes indivíduos, por norma, têm agregado familiar e, no caso de viuvez a preocupação com a saúde aumenta devido ao trauma provocado pela morte do cônjuge. Contudo apenas a variável solteiro tem significância estatística.

No que diz respeito ao rendimento do agregado familiar o grupo base utilizado foram os rendimentos cujo valor é superior a 1500€ por mês e este nível de rendimento é o mais propenso ao consumo de MNSRM para fins de automedicação. Este aspeto pode ser explicado pelo facto de famílias com maior rendimento poderem ser sinónimo de mais estudos e conseguirem descodificar a finalidade de cada medicamento. Nenhuma das variáveis é estatisticamente significativa.

A variável número de consultas não é estatisticamente significativa e é uma variável contínua. Assim, como o valor da *Odds Ratio* é próximo de 1 (1,004) o impacto de uma consulta adicional é nulo. Os indivíduos com doenças crónicas são mais propensos ao consumo de MNSRM, devido à possibilidade de terem uma saúde mais débil, com menos defesas. Com a maioria dos medicamentos destinados ao controlo de cada doença ainda receitados por um médico, como é o caso da insulina e dos inaladores, estes devem procurar os MNSRM para tratar problemas de saúde pontuais, como constipações ou dores.

Os fumadores têm mais propensão ao consumo do que os não fumadores. O facto de o indivíduo ter consciência de que fumar é prejudicial para a saúde, pode conduzi-lo à toma de certo tipo de MNSRM.

Nos graus de escolaridade o grupo base são os indivíduos com licenciatura ou Mestrado ou Doutoramento e analisa-se que estes indivíduos são os mais propensos ao consumo de MNSRM para fins de automedicação. A população com maior nível de escolaridade tem a capacidade de mais facilmente compreender os folhetos informativos, ou seja, o fim de cada medicamento, o que explica este resultado. As variáveis sem escolaridade e 1º, 2º e 3º ciclos são estatisticamente significativas.

Referente à análise dos trimestres (variável de controlo da eventual sazonalidade do consumo), observa-se que o primeiro trimestre é mais propenso ao consumo de MNSRM do que o quarto trimestre. Em relação ao segundo e terceiro trimestre estes são menos propensos do que o quarto trimestre. Esta observação pode ser explicada pela ocorrência de inúmeras constipações ou gripes no período entre o 4º e 1º trimestre, que provocam uma maior procura deste tipo de medicamentos.

III.2.2 Consumo de MNSRM para fins de nutrição

Tabela 4 - Determinantes do consumo de MNSRM para fins de nutrição

Variável	Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	P-Value
Constante	0,105		0,000
Sexo	0,781	0,717-0,850	0,000
Consumo de MSR	0,822	0,749-0,902	0,000
Número de Consultas	1,003	0,994-1,012	0,546
Fumador	1,252	1,130-1,387	0,000
Doenças Crónicas	1,964	1,776-2,172	0,000
Níveis etários – Grupo base >64 anos			
15 a 24 anos	1,250	1,019-1,534	0,032
25 a 34 anos	1,172	0,980-1,401	0,082
35 a 44 anos	1,298	1,125-1,497	0,000

45 a 54 anos	1,020	0,890-1,168	0,779
55 a 64 anos	1,006	0,882-1,148	0,927
NUTS II – Grupo base Norte			
Centro	0,962	0,837-1,107	0,589
LVT	1,119	0,978-1,280	0,101
Alentejo	0,864	0,747-1,000	0,050
Algarve	1,076	0,939-1,234	0,292
RAA	1,156	1,008-1,325	0,038
RAM	0,898	0,709-1,137	0,370
Estado Civil – Grupo base Casados			
Solteiro	0,861	0,753-0,985	0,029
Divorciados e Viúvos	1,182	1,044-1,338	0,008
Rendimento Mensal do agregado familiar – Grupo base Rendimento >1500			
Até 250€	0,953	0,796 - 1,141	0,601
251€ a 500€	0,983	0,866-1,116	0,787
501€ a 900€	0,899	0,8011-0,010	0,072
901€ a 1500€	1,006	0,897-1,129	0,913
Grau de Escolaridade – Grupo base Licenciatura, Mestrado, Doutoramento			
Sem escolaridade	0,389	0,325- 0,465	0,000
1º,2º ou 3º ciclos	0,573	0,507-0,648	0,000
Secundário	0,770	0,663-0,893	0,001
Trimestres – Grupo base 4º trimestre			
1º Trimestre	1,559	1,559 - 1,403	0,000
2º Trimestre	0,830	0,830- 0,737	0,002
3º Trimestre	0,912	0,912 – 0,811	0,122

O consumo apenas de vitaminas, que também pertencem ao grupo dos MNSRM, mas que foi excluída da análise anterior, com o intuito de perceber qual a reação dos indivíduos perante a distinção de se automedicar com o objetivo de tratar um problema de saúde ou de prevenir um putativo problema de saúde através de complementos nutritivos (vitaminas).

As vitaminas são substâncias que o organismo não tem condições de produzir e, por isso, precisam de fazer parte da dieta alimentar. No caso em que os alimentos não são suficientes, os indivíduos têm necessidade de consumir medicamentos que sejam substitutos. O objetivo desta análise é perceber que tipos de indivíduos têm ou percebem esta necessidade, sendo que o consumo também poderá depender da capacidade de pagar, sobretudo quando se trata de situações preventivas e não urgentes.

Na variável sexo, observa-se novamente que os homens são menos propensos ao consumo de vitaminas comparativamente às mulheres. Os indivíduos que consomem MSRMs são menos propensos ao consumo de MNSRMs, 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, o intervalo de idades entre os 15 e os 64 anos é mais propenso 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, a Região de LVT, a Região do Algarve e a RAA são mais propensas ao consumo de vitaminas do que a 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 MNSRMs 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. Todos os estados civis apresentam significância estatística.

Em termos do rendimento mensal do agregado familiar observa-se o agregado familiar com rendimento superior a 1500€ é mais propenso ao consumo de vitaminas

comparativamente ao intervalo de rendimento de 0€ a 900€. Contudo, o intervalo de 901€ a 1500€ é mais propenso ao consumo de vitaminas do que o intervalo de rendimento superior a 1500€. Este aspeto pode ser explicado pelo facto de as famílias terem mais rendimento disponível e, assim, terem possibilidade de adquirir outro tipo de bens, que não os de primeira necessidade.

O resultado da *Odds Ratio* é próximo de 1 (1,003), logo o impacto de uma consulta adicional é nulo (o efeito não é estatisticamente significativo). Ou seja, o aumento do número de consultas não influencia o consumo de vitaminas. Os fumadores e os doentes crónicos têm mais propensão ao consumo de vitaminas. Estas variáveis são estatisticamente significativas.

Nos graus de escolaridade, o grupo com maior propensão para o consumo de vitaminas são os indivíduos que têm mais estudos (licenciatura, mestrado ou doutoramento). Neste caso, todas as variáveis são estatisticamente significativas. O facto de os indivíduos com maior grau de escolaridade consumirem mais vitaminas pode estar relacionado com uma maior consciencialização das necessidades do corpo humano e de conseguirem captar com maior facilidade as finalidades de cada medicamento.

Referente ao estudo 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 trimestre, 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 trimestre pode estar relacionado com o aumento de consumo de vitamina C, com o intuito de precaver uma constipação ou gripe.

III.2.3 Discussão de resultados

Constata-se que, tanto para as vitaminas como para automedicação, são as mulheres que mais propensão têm para o consumo destes tipos de medicamentos. Ao nível das faixas etárias em ambos os casos os indivíduos com idade inferiores aos 64 anos são os menos propensos ao consumo. No que se refere ao consumo de MNSRM para fins de automedicação, destaca-se os intervalos de idades entre os 35 e os 44 anos e os 25 e os 34 anos, por terem maior propensão. No consumo de MNSM par fins de nutrição, também se destaca o intervalo de idade entre os 35 e os 44 anos, todavia o outro intervalo também

propenso ao consumo de vitaminas localiza-se no intervalo de idades entre os 15 e os 24 anos.

No que diz respeito ao estado civil verifica-se, em ambos os tipos de consumo, que os casados são mais propensos do que os solteiros e os viúvos ou divorciados são mais propensos do que os casados. No caso da residência de cada indivíduo existem diferenças, no consumo para fins de automedicação a região mais propensa é o Norte, no consumo para fins de nutrições a região mais propensa é o Norte, apenas, comparativamente à Região Centro, Alentejo e RAM. Ou seja, a Região de LVT, Algarve e RAA são mais propensas ao consumo de vitaminas do que a Região Norte.

No valor auferido por cada agregado familiar observa-se que existem semelhanças, com os indivíduos com maiores rendimentos a terem uma maior propensão ao consumo destes tipos de medicamentos. Referente aos indivíduos fumadores e com doença crónica também se observa uma igualdade de resultados. Ou seja, em ambos os casos, estes também são os mais propensos. Da mesma forma, na variável número de consultas verifica-se a mesma igualdade de resultados, ou seja, esta não tem relevância quanto ao aumento da propensão do consumo deste tipo de medicamentos.

No nível de educação os resultados alcançados foram os mesmos, indivíduos mais propensos ao consumo de vitaminas possuem um maior grau de escolaridade (licenciatura/ mestrado/ doutoramento).

Através de um estudo idêntico realizado pela Coreia do Sul (CHO, 2013) os resultados obtidos, quer para o consumo de MNSRM, com fins de tratamento, quer para o consumo de MNSRM, com fins de prevenção (vitaminas), apresentam pequenas diferenças relativamente aos resultados apresentados para Portugal.

Na análise da compra de MNSRM para fins de tratamento, o estudo reconheceu que é a população mais idosa a mais propensa, não tendo sido isso o que se conclui no estudo para Portugal, em que a faixa etária se localizou num nível mais jovem (dos 35 aos 44 anos). Em relação ao género e nível de escolaridade a conclusão foi igual, mulheres e com maior nível de escolaridade. Os indivíduos com doenças crónicas estão fortemente associados à compra de MNSRM, idêntico ao estudo feito para Portugal. Em relação ao aumento do número de visitas anuais ao médico esta aumentou a propensão para a compra de MNSRM, todavia na análise portuguesa o aumento do número de consultas foi nulo na propensão para a compra de MNSRM.

No caso da compra de MNSRM para fins de nutrição, as pessoas com idade entre os 20 e os 39 anos são menos propensas ao consumo do que foram aqueles com idade entre inferiores a 20 anos. Pessoas que apresentavam maior nível educacional, com rendimentos salariais elevados e com doenças crónicas são as mais propensas ao consumo de vitaminas. No estudo feito para Portugal os resultados obtidos foram idênticos, a diferença encontrada reside no nível etário que se localiza entre os 35 e os 44anos. De notar que no caso português o que está em análise é o consumo e não a compra.

IV. Conclusão

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. Consta-se que a questão do género e do estado civil se mantêm, mulher, casado ou viúvo ou divorciado. No rendimento mensal do agregado familiar observa que são os indivíduos com maiores rendimentos os mais propensos ao consumo destes tipos de medicamentos. Em relação aos níveis educacionais, o consumo em ambos os casos também é feito com maior grau de instrução (licenciatura/ mestrado/ doutoramento).

Atenta-se que não existe um forte consumo em simultâneo de medicamentos prescritos e medicamentos não prescritos, que poderá ser traduzido pelo conhecimento que os indivíduos têm acerca da interação entre eles.

Todavia, os consumidores de MNSRM para fins de automedicação necessitam, em alguns casos, de procurar uma ajuda médica, com a finalidade de melhor conhecer e compreender os seus sintomas e as suas condições de saúde, conduzindo a uma melhor eficácia dos resultados dos serviços de saúde.

Este estudo tem possíveis limitações. Uma delas poderá estar relacionada com os dados usados. Trata-se de uma base de dados com quase dez anos o que poderá ter algumas limitações na tradução do que se passa nos dias de hoje. Um fator que poderá perturbar este estudo é o facto de Portugal viver em recessão desde 2008. A inerente diminuição do poder de compra e o aumento considerável do número de pessoas com graus de escolaridade superiores (licenciatura/mestrado/doutoramento) poderão ter afetado o quadro dos potenciais propensos ao consumo de ambos os géneros de medicamentos mencionados.

Referências Bibliográficas

- Aaltonen, Katri; Niemela, Mikko; Norris, Pauline; Bell, J. Simon; Hartikainen, Sirpa (2013) Trends and income related differences in out-of-pocket costs for prescription and over-the-counter medicines in Finland from 1985 to 2006, *Health Policy*, 110, 131– 140.
- Apifarma (2013) A indústria de Medicamentos em números. <http://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Documents/Ind%C3%BAstria%20Farmac%C3%AAutica%20em%20N%C3%BAmeros%202013.pdf> [11 de outubro de 2014]
- ARONSON, J. K. Editors’ view – over-the-counter medicines. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 58, 3, 231-234.
- Barros, Pedro Pita; Nunes, Luís Cautela (2011) *10 anos de Política do Medicamento em Portugal*, Pfizer.
- Bond, Chistine (2012) The over-the-counter pharmaceutical market –policy and practice. *Eurohealth*, 14, 3, 19-24.
- Calamusa, Andrea; Di Marzio, Alessandra; Cristofani, Renza; Arrighetti, Paola; Santaniello, Vincenzo; Alfani, Simona; Carducci, Annalaura (2012) Factors that influence Italian consumers’ understanding of over-the-counter medicines and risk perception, *Patient Education and Counseling*, 87, 395-401.
- Casanova, Maria Angels Rafel (2011) Requisitos regulamentares e análise da evolução do Mercado. Colégio da especialidade de assuntos regulamentares, Ordem farmaceuticos http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile674.pdf [21 de setembro de 2014]
- Cho, Ja-Hyun; Mph, Lee; Tae-Jin, PHD (2013) The Factors Contributing to Expenditures on Over-the-Counter Drugs in South Korea, *Value in Health Regional Issues*, 2, 147-151.
- Decreto- Lei nº 72/91, 8 de fevereiro. Diário da República nº33, I Série A. Ministério da Saúde <http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/6/62/DL72-91.pdf> [23 outubro 2014]

- Decreto-Lei 209/94, 6 de agosto. Diário da República nº181/94, I Série A,181 Ministério da Saúde <https://dre.pt/application/file/223113> [23 de outubro de 2014]
- Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto., Diário da República nº148/2012, I Série. Ministério da Saúde <https://dre.pt/application/file/179131> [23 de outubro de 2014]
- Decreto-Lei n.º109/2014, de 10 de julho. Diário da República nº 131/2014, I Série. Ministério da Saúde <https://dre.pt/application/file/25346109> [24 de outubro de 2014]
- Decreto-Lei nº 128/2013, 5 de setembro. Diário da República nº117, I Série. Ministério da Saúde <https://dre.pt/application/file/499407> [23 de outubro de 2014]
- Decreto-Lei nº 134/2005, 16 de agosto. Diário da República nº 156/2005, I Série A. Ministério da Saúde
http://www.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2014/Agosto/DecLei_134_2005.pdf [20 de setembro de 2014]
- Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto., Diário da República nº167/2006, I Série Ministério da Saúde <https://dre.pt/application/file/540322> [23 de outubro de 2014]
- Decreto-Lei nº 307/2007, 31 de agosto. Diário da República nº168/2007, I Série. Ministério da Saúde
http://www.iapmei.pt/resources/download/DL_307_2007.pdf?PHPSESSID=48d5dd61cdd478f2529d639f3945e97a [23 de outubro de 2014]
- Decreto-Lei nº 65/2007, 14 de março. Diário da República nº52/2007, I Série. Ministério da Saúde <https://dre.pt/application/file/518355> [23 de outubro de 2014]
- Diretiva 2001/83 / CEE de 28 de novembro. Jornal Oficial das Comunidades Europeias: L 311, 67-128
<http://old.eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2001:311:0067:0128:PT:PDF> [24 de outubro de 2014]
- Diretiva 2009/35/CEE, 23 abril. Jornal Oficial das Comunidades Europeias: L 119, 10-13
<http://eurlex.europa.eu/legalcontent/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009L0035&qid=1422100550405&from=PT> [24 de outubro de 2014]
- Diretiva 2012/26/UE, 25 de outubro, Jornal Oficial das Comunidades Europeias: L 299, 1-4
<http://eurlex.europa.eu/legalcontent/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32012L0026&qid=1422100885121&from=PT> [24 outubro de 2014]

- Diretiva n.º 92/26/CEE, 31 março. Jornal Oficial das Comunidades Europeias: L 113, 5-7
<http://eurlex.europa.eu/legalcontent/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:31992L0026&qid=1422100300524&from=PT> [23 outubro 2013]
- INFARMED (2009) “Estatística do medicamento 2008”.
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ESTATISTICA_DO_MEDICAMENTO/Est_Medicamento2008.pdf [16 de outubro de 2014]
- INFARMED (2014a) Venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) Janeiro a Junho 2014.
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/VENDAS_MNSRM/2014/MNSRM_201406.pdf [10 de novembro de 2014]
- INFARMED (2014b) Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS.
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/MEDICAMENTOS_AMBULATORIO_2/2014/Relat%F3rio_Ambulat%F3rio_Set14.pdf [17 de novembro de 2014].
- INFARMED (2014c) Estatística do medicamento 2012.
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ESTATISTICA_DO_MEDICAMENTO/EstMed-2012.pdf [16 de outubro de 2014]
- Lei 38/2005, de 21 de junho. Diário da República n.º 117/2005, I Série A Ministério da Saúde <https://dre.pt/application/file/226275> [23 de outubro 2014]
- Lei n.º 16/2013, de 8 de fevereiro. Diário da República n.º 28/2013, I Série. Ministério da Saúde <https://dre.pt/application/file/257724> [23 de outubro de 2014]
- Lei n.º 26/2011, de 16 de junho., Diário da República n.º 115/2011, I Série Ministério da Saúde <https://dre.pt/application/file/670101> [23 de outubro de 2014]
- Lourenço, Oscar; Quintal, Carlota; Ferreira, Pedro L.; Barros, Pedro P. (2007) A Equidade na Utilização de Cuidados de Saúde em Portugal: uma avaliação em modelos de contagem, *Notas Económicas*, (6-26).

- Parlamento Europeu (2011) *Differences in costs of and access to pharmaceutical products in the EU*. Bruxelas, Parlamento Europeu.
- Pita, João Rui (2010) A farmácia e os medicamentos em Portugal nos últimos 25 anos. *Debater a Europa*, 2,3, 38-55.
- Portaria nº 713/2000, de 5 de Setembro. Diário da República nº205/2000, I Série B. Ministério da Saúde <https://dre.pt/application/file/582345> [24 de outubro de 2014]
- Sequeira, Carlos Filipe (2011) O paradigma da farmácia em Portugal e os actuais desafios colocados à sua gestão. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2461/3/T_13149.pdf [21 de setembro de 2014]
- Shaghghi, Abdolreza; Asadi, Marzieh; Allahverdipour, Hamid (2014) Predictors of Self-Medication Behavior: A Systematic Review. *Iranian Journal of Public Health*, 43,.2, 136-146.
- Steering Group (2013) Report of the working group on promoting good governance of non-prescription drugs in Europe. http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/healthcare/files/docs/otc_report_en.pdf [01 de dezembro de 2014]
- WSMI: World Self-Medication Industry (s.d.) Responsible Self-Care and Self-Medication. <http://www.wsmi.org/wp-content/data/pdf/wsmibro3.pdf> [01 de dezembro de 2014]

ANEXOS

Gráfico A. 1: Percentagem de consumidores que usam MNSRM com o fim de tratamento

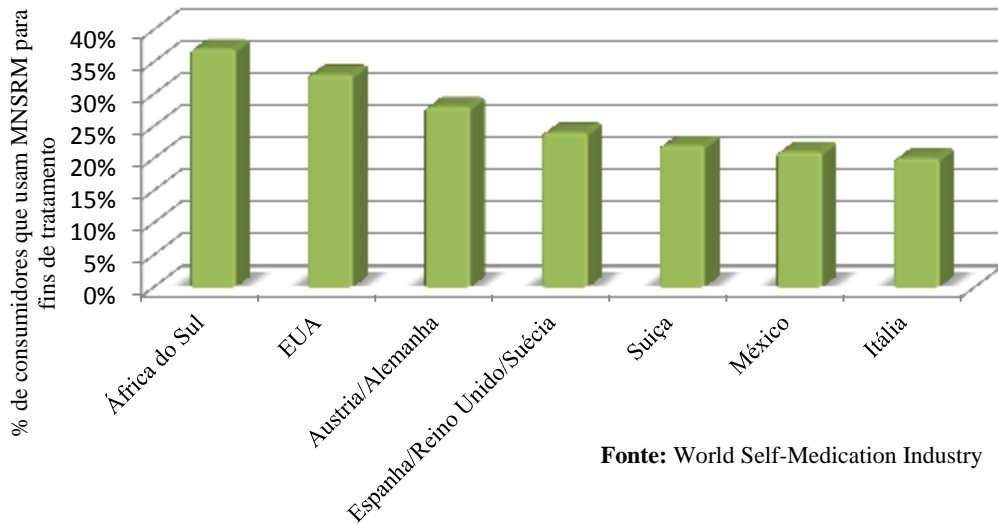


Gráfico A. 2: Percentagem de consumidores que lêem o folheto informativo antes de usar o MNSRM

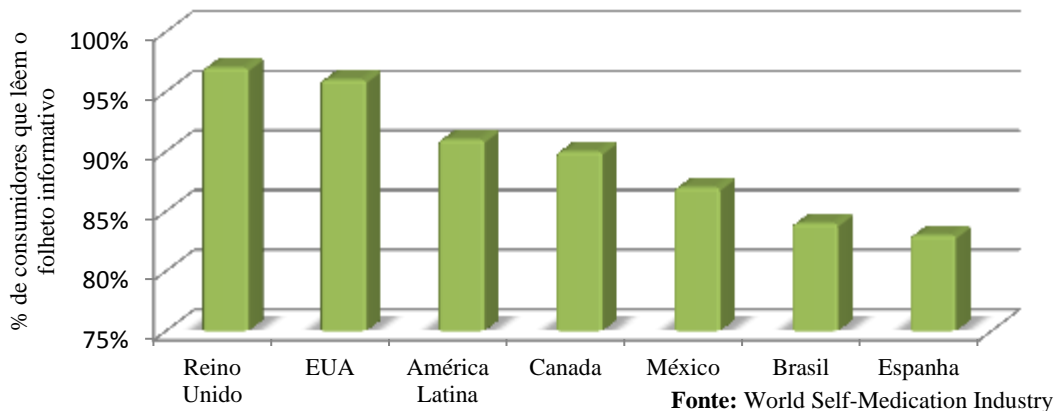
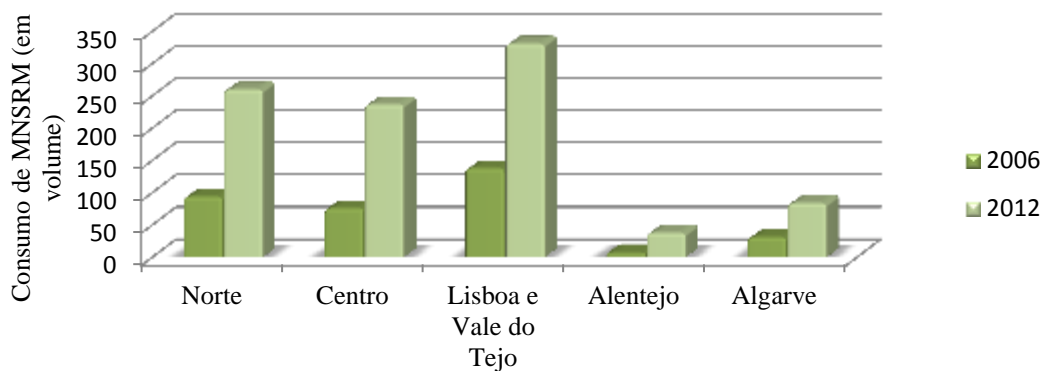
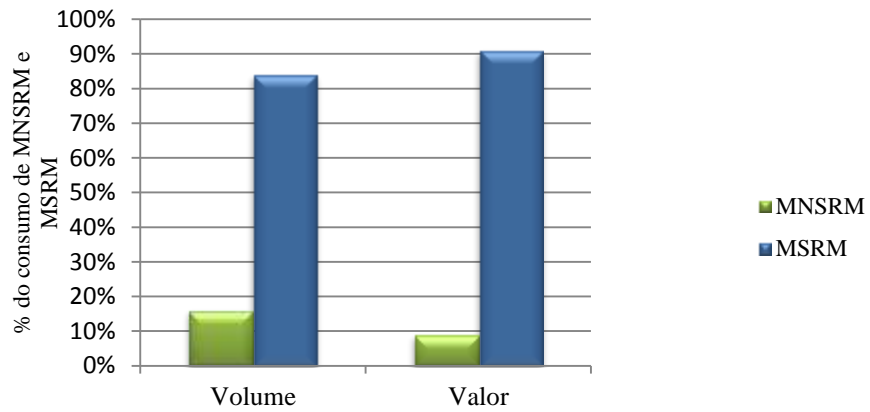


Gráfico A. 3: Comparação dos níveis de consumo de MNSRM entre 2006 e 2012



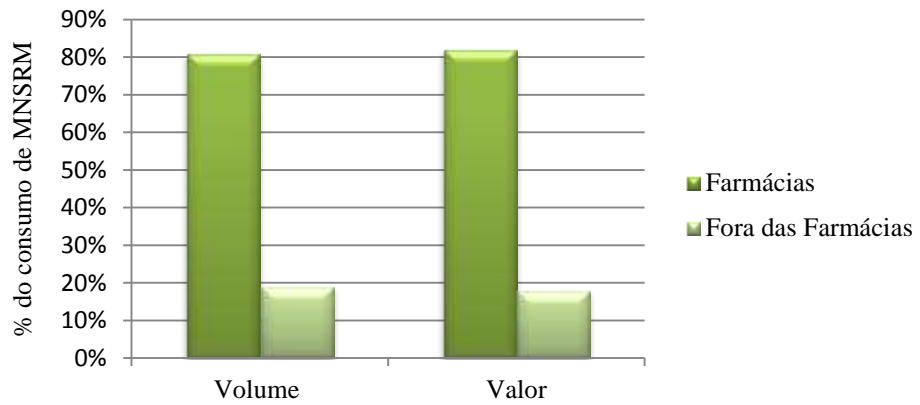
Fonte: Elaboração própria com base em Estatísticas do Medicamento (INFARMED)

Gráfico A. 4: Consumo de MNSRM e MSRM



Fonte: Elaboração própria com base em dados do INFARMED

Gráfico A. 5: Consumo de MNSRM



Fonte: Elaboração própria com base em dados do INFARMED