

Automedicação em Portugal:

Práticas, Determinantes e Perfis Comportamentais

CÁTEDRA BPI | FUNDAÇÃO "LA CAIXA" EM ECONOMIA DA SAÚDE



Automedicação em Portugal:

**Práticas, Determinantes
e Perfis Comportamentais**

ÍNDICE

1. Introdução	6
2. Automedicação em Portugal: Resultados descritivos do inquérito	13
3. Automedicação em Portugal	24
4. Que papel para a automedicação?	52
5. Comentários finais	58
Anexos	67

RELATÓRIO AUTOMEDICAÇÃO EM PORTUGAL

Este relatório faz parte da Cátedra em Economia da Saúde, enquadrada na Iniciativa para a Equidade Social, uma parceria entre a Fundação “la Caixa”, o BPI e a Nova SBE, que nasceu em 2019 e visa apoiar o desenvolvimento do Sector Social em Portugal com uma visão de longo prazo, através da investigação e do apoio à capacitação das organizações sociais.

A cátedra em Economia da Saúde foi atribuída ao Professor Pedro Pita Barros e tem como objetivo promover a investigação sobre o sector da saúde, bem como o conhecimento e discussão da sociedade portuguesa quanto a tendências, desafios e políticas do setor da saúde.

As opiniões por nós apresentadas representam unicamente a nossa completa e verdadeira opinião profissional sobre assuntos às quais respeitamos. Mencionamos todos os pressupostos que considerámos relevantes para as opiniões que expressamos, e todas as matérias sobre as quais nos manifestamos estão dentro do nosso campo de experiência. As opiniões expressas não refletem necessariamente a visão de qualquer das entidades com que nos relacionamos.



PEDRO PITA BARROS
Professor



CAROLINA SANTOS
Investigadora



1. Automedicação e o sistema de saúde

Introdução

1.1 Introdução

A Organização Mundial da Saúde define a automedicação como “a seleção e utilização de medicamentos por indivíduos para tratar doenças ou sintomas por eles reconhecidos” (OMS, 1998). Esta definição inclui tanto medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) — disponíveis sem prescrição por serem considerados seguros para utilização sem supervisão — como medicamentos sujeitos a receita médica obtidos de forma informal (Brass, 2001). O que estas práticas têm em comum é a ausência de um profissional habilitado no diagnóstico da condição ou na supervisão do tratamento. Alguns autores referem-se também à “automedicação orientada”, em que farmacêuticos ou outros profissionais de saúde prestam aconselhamento sem emitir uma receita, situando este acompanhamento entre os cuidados profissionais e o autocuidado (Baracaldo-Santamaría et al., 2022).

As perceções sobre a automedicação evoluíram consideravelmente ao longo do tempo. Antes vista como uma prática de risco, a partir da década de 1990 passou a ser encarada como um elemento legítimo do autocuidado, sobretudo em contextos com recursos limitados (Bennadi, 2013; Hughes et al., 2001; Ostermann et al., 2015). A implementação de reformas regulamentares reforçou esta tendência, com vários países a reclassificarem determinados medicamentos como MNSRM e a alargarem a sua venda para além das farmácias (Brass, 2001; Hughes et al., 2001; Moura e Barros, 2020).

Atualmente, a automedicação é um fenómeno comum. As pessoas recorrem frequentemente a esta prática para tratar problemas de saúde ligeiros, valorizando a rapidez e a conveniência em detrimento dos cuidados formais (Aljinović-Vučić, 2025). O recurso à automedicação é influenciado por fatores socioeconómicos. Num dos primeiros estudos empíricos, Chang e Trivedi (2003) observaram que, no Vietname, a automedicação aumentava com o rendimento nos níveis mais baixos — quando os agregados familiares começavam a conseguir comprar medicamentos básicos — mas diminuía entre as famílias mais abastadas, que recorriam mais frequentemente a cuidados profissionais. De forma mais ampla, este resultado sugere que países mais ricos tenderão a apresentar taxas de automedicação inferiores às de países mais pobres. Fatores sociais e informacionais — como o aconselhamento por parte de familiares, pesquisas online ou experiências anteriores — também desempenham um papel importante, especialmente entre pessoas com doenças crónicas (Kłoda et al., 2024; Tavares, 2025). O nível de escolaridade completado acrescenta uma outra dimensão: embora indivíduos com mais escolaridade possam estar mais conscientes dos riscos e ter acesso mais fácil a médicos, é também mais provável que se sintam confiantes para gerir por si próprios problemas de saúde ligeiros.

Quando utilizada de forma adequada, a automedicação pode trazer benefícios relevantes: alívio rápido dos sintomas, menores custos, redução da pressão sobre os serviços de saúde e maior autonomia do doente (Hughes et al., 2001; OMS, 1998). No entanto, os riscos também são significativos. Entre eles contam-se o erro de diagnóstico, dosagens inadequadas, interações medicamentosas prejudiciais, aumento da resistência antimicrobiana devido ao uso descontrolado de antibióticos e, em alguns casos, dependência e adição (Bennadi, 2014; Ocan et al., 2015).

1.2 A automedicação como elemento do sistema de saúde português

Em Portugal, a tendência internacional a favor da automedicação responsável tem-se refletido em sucessivas vagas de reformas regulamentares. A legislação nacional, alinhada com as diretivas europeias, distingue entre medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), que exigem supervisão médica, e medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), considerados seguros para utilização sem supervisão por parte de um profissional de saúde (Decreto-Lei n.º 176/2006). Por regra, os MSRM só podem ser dispensados em farmácias mediante apresentação de receita válida, enquanto os MNSRM podem ser vendidos sem prescrição.

Um ponto de viragem importante ocorreu em 2005, quando a legislação passou a permitir a venda de MNSRM fora das farmácias, em locais devidamente licenciados, como parafarmácias e supermercados (Decreto-Lei n.º 134/2005). A reforma foi justificada com base em razões económicas, com vista a estimular a concorrência e a reduzir os preços dos medicamentos. Paralelamente, a medida contribuiu para aumentar a conveniência para os consumidores (Moura e Barros, 2020). Em 2007, esta política foi alargada, permitindo que MNSRM compatíveis pudessem também ser vendidos nestes estabelecimentos. No entanto, a participação continua limitada às compras efetuadas em farmácias, sendo que as vendas realizadas noutros locais implicam que o consumidor suporta a totalidade do preço do medicamento (Decreto-Lei n.º 238/2007).

Posteriormente, para equilibrar o alargamento do acesso com uma maior segurança dos

cidadãos, foi criada uma nova categoria de medicamentos: os medicamentos não sujeitos a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-DEF) (Decreto-Lei n.º 128/2013). Com esta medida garante-se que determinados medicamentos sem necessidade de receita médica, embora não exijam prescrição, são dispensados com aconselhamento do farmacêutico, refletindo o duplo propósito de promover o autocuidado e reduzir os riscos associados a uma utilização inadequada de medicamentos (Cavadas, 2021).

Esta trajetória está em consonância com uma agenda política mais ampla que promove a autonomia do doente e a autogestão da saúde. Em 2017, o Ministério da Saúde integrou dois programas nacionais — um centrado na educação para a saúde, literacia e autocuidados, e outro na prevenção e gestão da doença crónica¹ — num único enquadramento, salientando que o autocuidado quotidiano e a gestão das doenças crónicas são objetivos complementares (programas “Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados” e “Prevenção e Gestão da Doença Crónica”, Despacho n.º 6429/2017). Pretende-se, assim, incentivar os cidadãos a gerir, de forma mais autónoma, problemas de saúde menores e condições estáveis, reduzindo consultas evitáveis e melhorando resultados de saúde através de um maior envolvimento individual.

A ênfase na literacia em saúde e na autonomia do doente como elementos fundamentais na promoção da saúde está igualmente plasmada no Programa Nacional de Saúde 2021-2030 (DGS, 2022) e em diversas campanhas públicas. Em 2022, foi lançada uma iniciativa nacional no âmbito do programa da OMS “Medication Without Harm”, que alertava para os riscos do uso não

supervisionado de medicamentos — como a polimedicação, o uso de antibióticos sobranes ou a utilização indevida de analgésicos — e que apelava o público a conhecer bem os medicamentos que utiliza (DGS, s.d.). Assim, embora a automedicação seja reconhecida como legítima e frequentemente benéfica, o discurso oficial em Portugal enfatiza a automedicação segura: o uso informado e moderado de medicamentos não sujeitos a receita médica, de preferência com aconselhamento farmacêutico.

Embora os enquadramentos legal e político definam os limites de acesso aos medicamentos e promovam o uso responsável, um corpo distinto de investigação empírica ajuda a compreender quem se automedica na prática e em que circunstâncias. Com base em dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2019, Cavadas (2021) concluiu que indivíduos com níveis mais elevados de escolaridade e rendimento apresentavam maior probabilidade de utilizar MNSRM, para o mesmo estado de saúde. Isto sugere que a educação aumenta tanto a capacidade como a disposição para a automedicação, especialmente quando a alternativa implica consultas médicas que, por norma, consomem tempo. A análise mostrou também que as pessoas com doenças crónicas relatam níveis mais elevados de automedicação e que barreiras financeiras ao acesso a consultas médicas aumentam a probabilidade de substituição de cuidados de saúde profissionais pelo recurso a MNSRM.

Numa análise complementar a este retrato nacional, Tavares (2025), recorrendo a dados do Inquérito Europeu de Saúde de 2019 que abrangiu indivíduos empregados de 26 países (incluindo Portugal), identificou que a escolaridade, o rendimento e a doença crónica são fortes preditores do consumo de MNSRM. O estudo observou ainda que a automedicação é mais prevalente em áreas urbanas e quantificou que os indivíduos com doenças crónicas têm, em média, cerca de 1,4 a 1,5 vezes maior probabilidade de consumir MNSRM. Outros

estudos sobre a prevalência e os determinantes da automedicação em Portugal centraram-se noutros subgrupos da população: Almeida et al. (2022) analisaram adolescentes e Melo et al. (2006) estudaram o recurso a automedicação em áreas rurais do país.

1.3 Um contributo inovador para a evidência sobre automedicação

A literatura existente sobre automedicação em Portugal baseia-se sobretudo em inquéritos de saúde de âmbito geral, como o Inquérito Nacional de Saúde de 2019, analisado por Cavadas (2021), e o Inquérito Europeu de Saúde de 2019, utilizado por Tavares (2025). Estes estudos foram fundamentais ao demonstrar que o estatuto socioeconómico, o nível de escolaridade e a presença de doenças crónicas influenciam a probabilidade de recorrer a automedicação. No entanto, o seu alcance é limitado pela forma como a automedicação é definida: ambos os inquéritos registam apenas o uso de medicamentos não sujeitos a receita médica, deixando de fora uma prática potencialmente comum — a utilização de medicamentos sujeitos a receita já disponíveis em casa (que podem incluir medicamentos sobressalentes de prescrições anteriores). Adicionalmente, a informação recolhida incide sobretudo nas condições socioeconómicas gerais e nas necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas, oferecendo escassa evidência sobre os motivos que levam as pessoas a automedicar-se ou sobre os resultados dessas decisões.

O inquérito utilizado no presente estudo colmata, em larga medida, as limitações supramencionadas. Em primeiro lugar, capta a automedicação tanto com MNSRM como com MSRM utilizados sem consulta médica (resultantes, eventualmente, da “farmácia caseira”). Em segundo lugar, questiona diretamente os indivíduos sobre as motivações — nomeadamente se o objetivo foi

¹ Para uma discussão mais detalhada sobre a gestão da doença crónica recomenda-se a consulta de: Barros, P. (2024). *Sobre a Gestão do Doente Crónico*. Nova School of Business and Economics.

<https://doi.org/10.34619/es7n-fmm3>

poupar tempo, evitar custos ou se se baseou em conhecimento adquirido em experiências anteriores — e o sucesso da automedicação, isto é, se o problema foi resolvido sem recurso a cuidados profissionais. Em terceiro lugar, e de forma crucial, o inquérito utilizado no presente trabalho adota um horizonte temporal mais alargado: em vez de restringir a automedicação ao uso de medicamentos nas duas semanas anteriores à entrevista, como fazem o Inquérito Nacional de Saúde e o Inquérito Europeu de Saúde, distingue entre quem se automedicou na última vez que esteve doente e quem já se automedicou em algum momento no passado. Esta abordagem mais ampla permite um retrato mais completo do fenómeno e, potencialmente, permite captar uma prevalência mais elevada de automedicação do que os inquéritos limitados a um curto período de tempo.

Ao combinar este maior alcance com variáveis socioeconómicas e contextuais detalhadas, o inquérito utilizado fomenta uma compreensão mais aprofundada das situações em que a automedicação funciona como uma forma eficaz de autocuidado e daquelas em que reflete, ou origina, vulnerabilidades.

1.4 A automedicação e a evolução do sistema de saúde

A existência de automedicação num sistema de saúde pode ser vista de vários modos. Por um lado, a automedicação que resulta da falha do sistema de saúde em providenciar um contacto em tempo útil a uma pessoa que sentiu necessidade de apoio e de intervenção sobre o seu estado de saúde é um ponto de avaliação negativo quanto ao desempenho do sistema de saúde.

Por outro lado, alguns problemas de saúde podem ser solucionados através de automedicação, sem necessidade de intervenção mais estruturada de profissionais de saúde devidamente qualificados. Num

contexto global em que se procura promover a autonomia individual na gestão da saúde, e dos episódios de doença, quando for possível e adequada essa autonomia da pessoa, a ocorrência de situações de automedicação será reflexo de uma maior capacidade do sistema de saúde em dar resposta apropriada às necessidades da população. A maior autonomia e capacidade de gestão individual da saúde constitui um elemento positivo de avaliação do desempenho do sistema de saúde.

A distinção entre as duas possibilidades requer que se identifique se o recurso a automedicação resultou de falhas de acesso a cuidados de saúde necessários ou se resultou de exercício de gestão autónoma e individual de um episódio de doença, por parte da pessoa afetada. Para que esta última situação seja mais provável, é necessário conhecer melhor que informação e conhecimento está na base da decisão de automedicação. De um ponto de vista sistémico, ganha sentido colocar a questão se a automedicação deverá ser facilitada ou se deverá ser evitada, tanto quanto possível. A existência e aceitação de dispensa de medicamentos que não estão sujeitos a receita médica indicam que se considera possível, no sistema de saúde português, o uso responsável de medicamentos com base em decisão individual da pessoa que sinta necessidade, como regra geral.

Não estando em causa a automedicação como uma possibilidade, a questão seguinte é sobre os seus limites e se a própria organização do sistema de saúde deverá ter em conta esta possibilidade, de forma a potenciar o seu uso positivo, evitando o seu uso negativo (quando resulta da falha de acesso a outros cuidados de saúde). Nesta discussão assume relevância se o sistema de saúde deverá facilitar informação e até aconselhamento sobre automedicação, aumentando o âmbito das atividades formais do sistema de saúde.

O surgimento de novas fontes de informação sobre medicamentos e as circunstâncias

do seu uso, nomeadamente em formato digital, sugere que esse papel de apoio à automedicação se não emergir de forma estruturada por parte do sistema de saúde acabará por ter resposta de modo mais desorganizado e com informação que poderá não ser precisa, e ser até enganadora, nos meios digitais acessíveis a qualquer cidadão.

A existência de mecanismos mais formais, e de qualidade técnica assegurada, poderá vir a ser uma necessidade face à alternativa de informação desorganizada e potencialmente errada.

A utilização da automedicação, por seu lado, pode igualmente contribuir para um melhor desempenho global do sistema de saúde quando pessoas com situações de menor gravidade clínica, passíveis de serem adequadamente solucionadas desse modo, ao não se deslocarem a um serviço de saúde que tenha excesso de procura e tempos de espera aliviam essa pressão.

Para que este efeito positivo tenha lugar é crucial que a automedicação seja verdadeiramente solução para um problema de saúde sentido e não um adiamento do recurso ao sistema de saúde com uma situação clínica que será agravada por esse atraso (que teria um impacto negativo sobre o sistema de saúde).

Uma melhor compreensão destes desafios no recurso à automedicação exige que se conheça melhor quando e com que informação as pessoas recorrem, em geral, à opção de automedicação. É bastante distinto, em termos de funcionamento desejável do sistema de saúde, identificar o recurso a automedicação com situações em que doentes crónicos, com conhecimento da sua doença e dos eventos a ela associados, optam por automedicação ou com situações em que uma pessoa, quando se sente doente, utiliza medicamentos disponíveis na “farmácia doméstica”, resultantes de utilização anterior por parte de outro membro do agregado

familiar. Tal como é distinto o recurso à automedicação com base em sugestão de pessoa conhecida ou com base em informação, ou até aconselhamento, de um profissional de saúde.

Em particular, é interessante perceber se, no âmbito das atividades presentes num sistema de saúde, haverá atualmente mais espaço e mais necessidade para uma intervenção estruturada de suporte à automedicação.

O papel da automedicação num sistema de saúde cruza falhas de acesso com autonomia da gestão da saúde por parte dos indivíduos com a informação disponível e usada para essa tomada de decisão.

A integração de cuidados de saúde, tal como formulada e promovida pela Organização Mundial de Saúde, corresponde a uma transformação da forma como os sistemas de saúde organizam, articulam e prestam cuidados ao longo do percurso das pessoas. A OMS não entende a integração de cuidados como um conjunto rígido de modelos ou de estruturas, mas antes como um princípio orientador que procura garantir continuidade, coordenação e coerência em todas as interações entre utentes, profissionais, serviços e instituições.

A OMS enfatiza que a integração deve ser pensada a partir das necessidades reais das pessoas e das comunidades, e não a partir das fronteiras tradicionais dos serviços. Isto implica uma revisão profunda da lógica habitual de organização, colocando a pessoa no centro e reconhecendo que a vida das pessoas decorre num contínuo: prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados de longa duração e, quando necessário, cuidados paliativos. A integração pretende que este contínuo funcione de forma suave, sem ruturas, permitindo que, à medida que as necessidades evoluem, o sistema responda com fluidez e sem que o cidadão tenha de navegar sozinho por estruturas complexas ou pouco articuladas.

O conceito da OMS considera a integração de cuidados com várias dimensões simultâneas. Tem uma dimensão clínica, no sentido em que procura alinhar práticas profissionais e planos de cuidados de forma coordenada e partilhada. Tem uma dimensão organizacional, ao promover mecanismos de colaboração entre instituições, diminuindo a duplicação e incentivando a corresponsabilização. Tem uma dimensão funcional, através da partilha de sistemas de informação, registos e processos administrativos facilitadores. E tem uma dimensão normativa, pois implica uma cultura de confiança, de visão partilhada e de objetivos comuns entre todos os intervenientes.

A visão da OMS sobre a integração de cuidados de saúde destaca ainda que a integração não deve ser confundida com fusão organizacional ou concentração institucional. A integração de cuidados é um princípio contextual e deve ser adaptada a cada sistema de saúde, às suas capacidades e às necessidades da população. Não implica um modelo único.

A integração de cuidados de saúde é um meio para alcançar objetivos primordiais: melhorar a saúde da população, garantir uma experiência de cuidados mais satisfatória e reduzir o desperdício, assegurando melhor utilização dos recursos.

A relação entre o conceito de integração de cuidados de saúde e automedicação torna-se clara quando se pensa em autonomia individual e responsabilidade coletiva pela saúde. A automedicação é uma realidade dos sistemas de saúde. O conceito de integração de cuidados de saúde como forma de enquadrar o desenvolvimento de um sistema de saúde deverá enquadrar a automedicação de forma construtiva, aceitando que os percursos das pessoas no sistema de saúde incluem momentos em que estas tomam decisões de saúde sem contacto direto com profissionais.

A integração de cuidados parte do princípio de que a pessoa é o elemento central na gestão da própria saúde. Quando vista desta forma, a automedicação não é necessariamente um comportamento exterior ao sistema de saúde, mas parte

natural de uma cadeia de decisões que, idealmente, deveria estar apoiada por informação adequada, orientação acessível e continuidade com os restantes níveis de cuidados.

Aqui entra o papel dos profissionais de saúde comunitários, dos farmacêuticos e dos serviços de proximidade. A autonomia do cidadão deve estar ancorada em estruturas que garantam segurança, eficácia e utilização responsável dos medicamentos. Assim, a automedicação informada, monitorizada e enquadrada por orientação profissional torna-se compatível com a integração de cuidados. A automedicação não é necessariamente ato isolado, podendo, em alternativa, ser uma primeira etapa do contínuo de cuidados.

Para que a automedicação se insira num quadro de integração de cuidados, é necessário que o sistema de saúde preencha três condições. Primeiro, informação clara e acessível, para que as pessoas saibam quando podem tratar um problema por si e quando devem procurar apoio. Segundo, estruturas de proximidade — sobretudo farmácias, mas também serviços digitais validados — que consigam avaliar necessidades, orientar, e canalizar a pessoa para o nível adequado do sistema, mantendo um registo mínimo dessa interação. Terceiro, mecanismos de comunicação entre estes pontos de contacto e os restantes prestadores, garantindo que a decisão inicial da pessoa é conhecida e integrada no seu percurso de cuidados, evitando tanto duplicações como lacunas.

Os capítulos seguintes são dedicados a explorar os elementos associados com a automedicação, caracterizando o seu uso em Portugal.

2. Automedicação em Portugal: Resultados descritivos do inquérito

Este capítulo contou com a colaboração de Joana Gomes da Costa



O inquérito foi realizado em dezembro de 2022 e incluiu 1.066 residentes em Portugal continental com 15 ou mais anos, selecionados através de quotas por região, tipo de local de residência (desde pequenas aldeias a grandes cidades, considerando Lisboa e Porto como categorias separadas), sexo, idade, nível de escolaridade e situação laboral. A recolha de dados foi efetuada através de entrevistas presenciais assistidas por computador (CAPI), realizadas no domicílio dos inquiridos por entrevistadores devidamente formados. Os controlos de qualidade incluíram a formação dos entrevistadores, a supervisão de pelo menos 20% das entrevistas através de contactos de acompanhamento, bem como a validação automática e manual das respostas, de forma a garantir a consistência e a fiabilidade dos dados.

O questionário foi concebido para recolher informação abrangente tanto sobre a utilização de cuidados de saúde como sobre as práticas de automedicação. Incluiu perguntas relativas a episódios recentes de doença, recurso a cuidados de saúde profissionais, motivações e circunstâncias associadas à automedicação, perceção da sua eficácia, atitudes face a estas práticas e estado geral de saúde. Foram igualmente recolhidos dados sociodemográficos.

A amostra incluiu 47,18% de indivíduos do sexo masculino e 52,82% do sexo feminino, com uma idade média de 48 anos. As condições económicas foram avaliadas através da capacidade reportada pelos inquiridos de sobreviver com a totalidade do rendimento do agregado familiar: 9,43% dos inquiridos referiram ter grande dificuldade em fazer face às despesas, 34,94% alguma dificuldade, 46,35% afirmaram fazer face às despesas razoavelmente e 9,27% disseram fazê-lo com facilidade. O nível de escolaridade dos inquiridos é, em geral, baixo: 58,78% tinham o ensino básico ou um nível inferior de escolaridade, 24,30% concluíram o ensino secundário, 5,30% o ensino pós-secundário e 11,62% possuíam formação de nível superior.

Quanto à situação profissional, 60,7% estavam empregados ou eram trabalhadores por conta própria, 23,77% reformados, 7,66% desempregados, 6,56% estudantes e 1,31% dedicavam-se a tarefas domésticas. Relativamente ao estado de saúde, a maioria dos inquiridos referiu ter uma saúde geral boa ou muito boa (Figura 1).

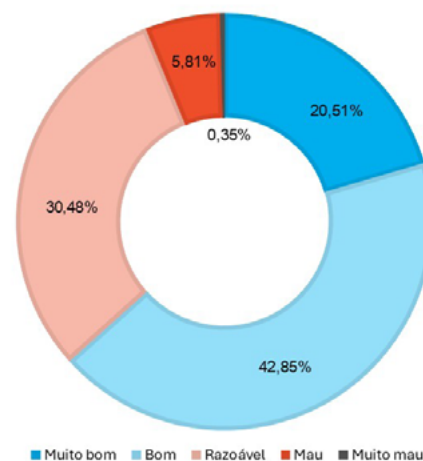


Figura 1. Estado de saúde autorreportado

Fonte: Elaboração própria.

2.1 Episódios de doença e utilização de cuidados de saúde profissionais

O inquérito começou por avaliar o número de vezes que os indivíduos se sentiram doentes e recorreram a cuidados de saúde profissionais nos 12 meses anteriores à entrevista. A maioria (56,62%) referiu ter tido entre um e três contactos, enquanto 7,8% procuraram cuidados de saúde profissionais entre quatro e dez vezes e apenas 0,71% relataram dez ou mais contactos, sendo, por conseguinte, considerados utilizadores frequentes. Por outro lado, 34,86% indicaram não ter recorrido a serviços de saúde profissionais no decorrer do ano anterior. Este grupo inclui tanto pessoas que não adoeceram como

aquelas que, apesar de se terem sentido doentes, optaram por não procurar cuidados profissionais — por escolha própria ou por impossibilidade de o fazer, devido à existência de barreiras de acesso.

Cingindo a análise ao episódio mais recente de doença, a maioria dos inquiridos (78,92%) afirmou ter recorrido a cuidados de saúde profissionais, ao passo que 21,08% não o fez. Entre os que procuraram cuidados, a maioria recorreu a cuidados de saúde primários, que incluem tanto consultas pré-agendadas, como consultas sem agendamento prévio num centro de saúde ou Unidade de Saúde Familiar² (USF) (Figura 2).

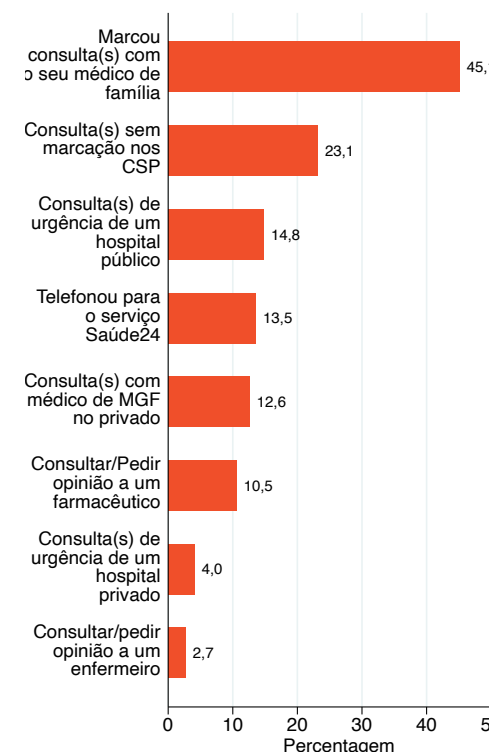


Figura 2. Tipologia de cuidados de saúde profissionais utilizados na última vez em que os inquiridos se sentiram doentes (para indivíduos que recorreram a cuidados profissionais; ano 2022)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Os inquiridos podiam reportar a utilização de mais do que uma tipologia de cuidados profissionais, pelo que a soma das percentagens excede 100%.

² À data de realização do inquérito ainda não se tinha procedido à generalização do modelo de Unidades de Saúde Familiares nos cuidados de saúde primários, que viria a ser estipulado pelo Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro.

A necessidade de recorrer a cuidados de saúde profissionais foi mais frequentemente motivada por problemas de saúde inesperados (62,46%) ou por questões relacionadas com uma doença crónica (25,13%). Menores percentagens referiram ter utilizado cuidados de saúde profissionais devido ao agravamento de um problema anterior para o qual não tinham procurado ajuda profissional (6,47%) ou por tratamento incompleto de uma condição prévia (1,93%). Os restantes inquiridos (4,01%) apontaram outras razões não especificadas.

Entre os indivíduos que não recorreram a cuidados de saúde profissionais na última vez que se sentiram doentes, 40,92% optaram por automedicar-se, ao passo que 59,08% optaram por não fazer nada e aguardar que o problema passasse.

Entre os indivíduos que não recorreram a cuidados de saúde profissionais na última vez que se sentiram doentes, a grande maioria (88,2%) referiu que tal se deveu ao facto de considerar que a situação não era grave. Outras razões foram muito menos frequentes, como não querer aguardar por uma consulta ou outro contacto profissional (8,2%) ou considerar que não valia a pena pagar a taxa moderadora (3,1%). Tendo em conta que o inquérito foi realizado em 2022, é de notar que alguns inquiridos (2,8%) ainda mencionaram preocupações relacionadas com a COVID-19 como motivo para não procurarem cuidados de saúde profissionais (Figura 3).

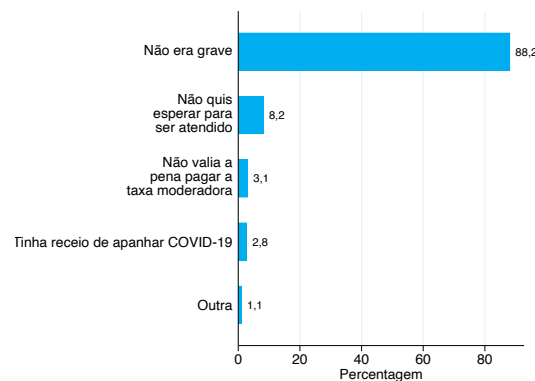


Figura 3. Motivos para não procurar cuidados de saúde profissionais da última vez que os inquiridos se sentiram doentes

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Os inquiridos podiam mencionar mais do que um motivo para não terem utilizado cuidados de saúde profissionais.

2.2 Padrões de automedicação

Alargando a análise a todos os episódios de doença passados, mais de metade dos inquiridos (51,85%) afirmou já ter recorrido à automedicação em algum momento. Este resultado sublinha a importância de compreender os comportamentos associados à automedicação. Importa mencionar que esta percentagem é substancialmente superior à observado no Inquérito Europeu de Saúde (3.ª vaga), que se centrou exclusivamente no uso de MNSRM nas duas semanas anteriores ao inquérito, tendo constatado que 20,2% dos indivíduos entrevistados em Portugal reportaram o uso de MNSRM em 2019 (Tavares, 2025).

A ampliação do horizonte de análise e do conjunto de medicamentos considerados — abrangendo não apenas os MNSRM, mas também os MSRM a que os inquiridos possam ter recorrido indevidamente ou que tenham sobrado de tratamentos anteriores — evidencia que a automedicação é uma prática

muito mais disseminada do que habitualmente se reconhece. Por conseguinte, este fenómeno merece uma análise mais aprofundada.

Mais de metade dos inquiridos (51,85%) afirmou já ter recorrido à automedicação em algum momento.

Quando se avalia, por grupo etário, o recurso à automedicação, verifica-se que este fenómeno é mais prevalente entre os indivíduos com idades entre 25 e 34 anos. Com efeito, 66,26% dos inquiridos deste grupo etário referiram ter-se automedicado pelo menos uma vez. De modo oposto, entre as pessoas com 85 ou mais anos, 39,62% afirmaram nunca ter recorrido à automedicação (Figura 4).

Em linha com estudos anteriores (Cavadas, 2021; Tavares, 2025), níveis mais elevados de rendimento e de escolaridade estão também associados a uma maior frequência de automedicação (Figuras 5 e 6). Por exemplo, entre os indivíduos que referiram viver com facilidade com o rendimento do seu agregado familiar, 5,35% declararam automediar-se frequentemente e 20,99% ocasionalmente. Este resultado contrasta com apenas 1,81% que referiram automediar-se frequentemente e 14,04% ocasionalmente, entre aqueles que afirmaram ter muita dificuldade em fazer face às despesas (Figura 5).

Um gradiente semelhante é observável quando a análise se foca no nível de escolaridade: enquanto 60,77% dos indivíduos com ensino superior referiram ter recorrido à automedicação em algum momento no passado, essa proporção desce para 47,64% entre aqueles que completaram o ensino básico ou níveis de escolaridade inferiores (Figura 6).

Em termos de padrões de automedicação por sexo, 49,23% dos inquiridos do sexo masculino e 47,13% dos inquiridos do sexo feminino afirmaram nunca se ter automedicado. O acesso a cuidados de saúde primários também parece desempenhar um papel relevante:

entre os indivíduos com médico de família atribuído, 17,59% referiram automediar-se às vezes ou frequentemente, o que contrasta com 24,55% entre aqueles que não têm médico de família atribuído. Este resultado sugere que a automedicação pode refletir, em parte, dificuldades no acesso a cuidados de saúde profissionais.

Os padrões de automedicação entre pessoas com doenças crónicas variam consoante a idade. Entre os indivíduos com 50 ou mais anos, a automedicação é mais frequente entre aqueles com pelo menos uma doença crónica (51,15%) do que entre os que não apresentam nenhuma (42,39%). Contudo, entre as pessoas com idades entre 15 e 49 anos, a prevalência de automedicação é relativamente semelhante entre grupos: 53,05% dos doentes crónicos e 56,30% dos indivíduos sem doenças crónicas referiram ter recorrido à automedicação.

Analisando apenas os indivíduos que afirmaram ter-se automedicado em algum momento da sua vida, quando questionados sobre a frequência com que se automedicaram nos seis meses anteriores à entrevista, 10,06% afirmaram não ter recorrido à automedicação nesse período, 80,64% referiram tê-lo feito entre uma e três vezes, 8,18% entre quatro e dez vezes e 1,12% dez ou mais vezes.

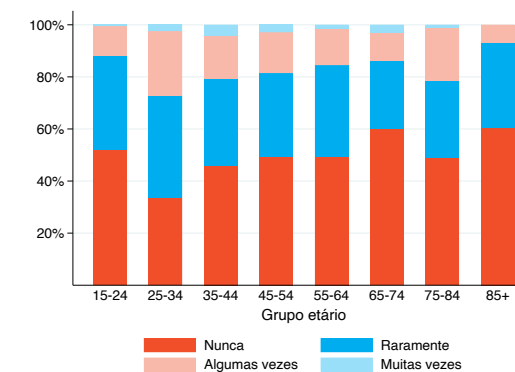
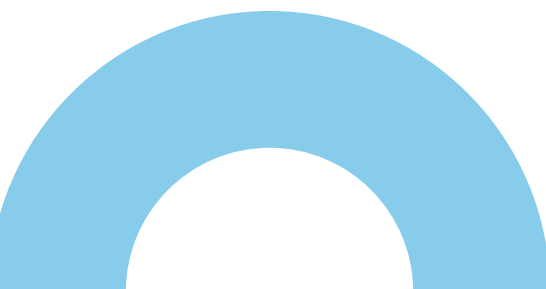


Figura 4. Frequência de automedicação por grupo etário

Fonte: Elaboração própria.



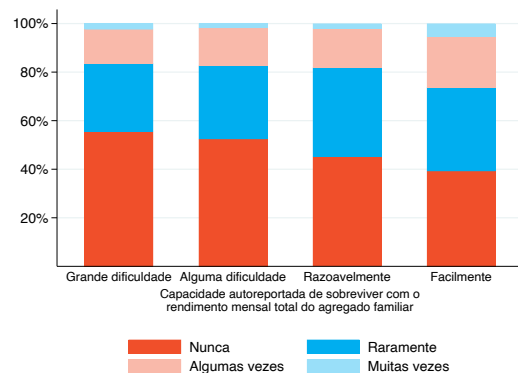


Figura 5. Frequência de automedicação por condição económica do agregado familiar

Fonte: Elaboração própria.

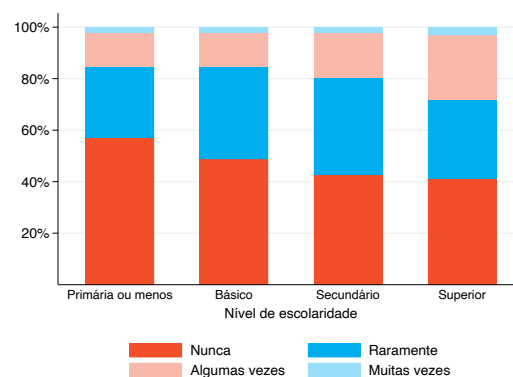


Figura 6. Frequência de automedicação por nível de escolaridade

Fonte: Elaboração própria.

2.3 Motivações e fontes de informação

Diferentes razões são apontadas para a opção pela automedicação em situações de doença. A maioria dos inquiridos (57,3%) referiu que, na última vez que se automedicou, o fez por já ter enfrentado um problema semelhante no passado (Figura 7). Este resultado sugere que os indivíduos tendem a apoiar-se na sua própria experiência e no conhecimento previamente adquirido para gerir, de forma autónoma, problemas de saúde considerados pouco graves. A segunda razão mais comum (30,4%) foi a existência, em casa, de medicamentos disponíveis para tratar a situação em causa, o que poderá igualmente refletir experiências anteriores — do próprio inquirido ou de outros membros do agregado familiar.

O recurso a medicamentos que sobraram de utilizações anteriores, contudo, levanta preocupações, uma vez que alguns destes podem ser medicamentos sujeitos a receita médica. Um estudo anterior realizado em Portugal, por exemplo, revelou que 23% dos inquiridos tinham antibióticos guardados em casa e 18,9% admitiram ter tomado antibióticos sem receita médica (Ramalinho et al., 2014). O uso indevido de antibióticos sobrantes — como tomar doses incorretas, não completar o tratamento prescrito ou utilizá-los para condições inadequadas — contribui para o desenvolvimento de resistência aos antimicrobianos (RAM). A RAM ocorre quando os microrganismos deixam de responder aos medicamentos que antes eram eficazes, tornando as infeções mais difíceis de tratar e aumentando o risco de doença grave, complicações e até morte (Singh et al., 2024; OMS, 2023).

Outras motivações foram muito menos frequentes, incluindo evitar o tempo necessário para consultar um médico (6,5%), seguir recomendações de familiares ou amigos (4,7%) e evitar o custo de uma consulta médica (1,1%).

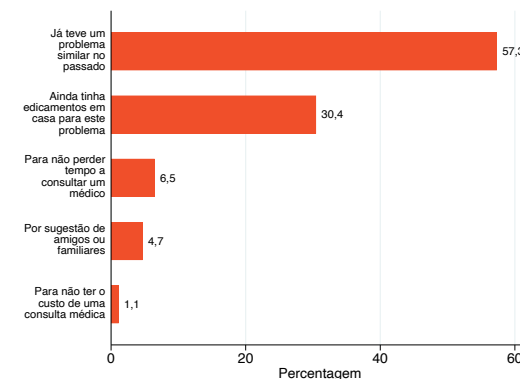


Figura 7. Motivo para se automedicar

Fonte: Elaboração própria.

Quando questionados sobre como obtiveram informação acerca do medicamento utilizado, 54,24% referiram ter-se baseado em experiência prévia com o mesmo medicamento. Adicionalmente, 37,96% indicaram ter tomado conhecimento do medicamento através de aconselhamento na farmácia, enquanto 7,56% mencionaram recomendações de familiares ou amigos como fonte de informação. Apenas uma pequena minoria referiu ter obtido informação através da internet (0,24%). No geral, a maioria das pessoas recorreu a “fontes de confiança”: sobretudo à sua própria experiência ou, na sua ausência, ao aconselhamento de um profissional de saúde qualificado.

2.4 Acesso a medicamentos e tipo de problema de saúde

Mesmo nos casos em que os indivíduos optam por se automedicar, as farmácias continuam a ser o local privilegiado para a obtenção de medicamentos. Este resultado é particularmente relevante, pois evidencia a fronteira difusa entre o autocuidado e o que alguns autores designam por “automedicação orientada”, em que o farmacêutico presta aconselhamento sem emitir uma prescrição.

Entre os inquiridos que referiram já ter tido uma experiência de automedicação, 59,2% indicaram que, na ocasião mais recente, obtiveram o medicamento numa farmácia (Figura 8). Uma proporção substancial, 38,2%, afirmou ter utilizado medicamentos que já possuía em casa, resultantes de um episódio de doença anterior. Outras fontes — como parafarmácias, supermercados, ou medicamentos cedidos por familiares ou amigos — foram mencionadas apenas por uma minoria dos inquiridos (Figura 8).

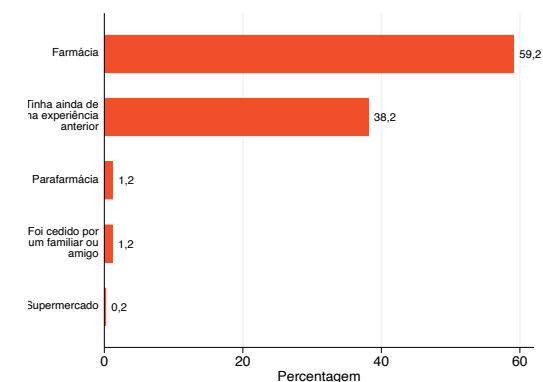


Figura 8. Local de aquisição ou obtenção do medicamento utilizado quando do último episódio de automedicação

Fonte: Elaboração própria.

As pessoas recorrem mais frequentemente à automedicação para sintomas de gripe ou constipação (53,05%) ou para dores de cabeça (21,12%) (Figura 9). Motivos menos comuns incluem dores musculares (10,70%), tosse (7,77%) e problemas digestivos (4,44%). Entre aqueles que escolheram a categoria “outros”, os inquiridos mencionaram condições adicionais como alívio geral da dor e situações mais graves, incluindo ansiedade, depressão, doença renal, infeções urinárias, artrose e asma.

Estes resultados indicam que a automedicação não se restringe à ocorrência de doenças ligeiras ou agudas, estendendo-se a áreas — como a

saúde mental e as doenças crónicas — em que o autodiagnóstico incorreto, o adiamento do recurso a cuidados profissionais, as interações medicamentosas ou o uso inadequado podem representar riscos acrescidos. Em particular, a automedicação com psicotrópicos é especialmente preocupante, uma vez que pode promover dependência e, em grupos vulneráveis, dificultar que os indivíduos reconheçam a sua real necessidade de acompanhamento psiquiátrico por parte de um profissional de saúde (Aljinović-Vučić, 2025).

2.5 Atitudes e percepções face à automedicação

Uma questão central no estudo da automedicação é saber se as pessoas sentem que esta forma de autocuidado resolve eficazmente o seu problema de saúde. Neste inquérito, cerca de sete em cada dez indivíduos (68,85%) referiram que a sua experiência mais recente de automedicação resolveu o problema de saúde. Os restantes 31,15% afirmaram que a automedicação não foi suficiente, tendo sido necessário recorrer posteriormente a cuidados de saúde profissionais. A distinção entre estas situações é crucial. Efetivamente, quando eficaz em casos de doenças ligeiras, a automedicação pode reduzir consultas desnecessárias em serviços de saúde já sobrecarregados e contribuir para um maior controlo dos custos em saúde (Hughes et al., 2001). No entanto, quando utilizada de forma inadequada, a automedicação comporta riscos significativos — complicações, atraso no tratamento de doenças graves e interações medicamentosas prejudiciais (Hughes et al., 2001). Compreender as circunstâncias em que a automedicação é percebida como bem-sucedida, e aquelas em que falha, é por isso essencial para desenvolver estratégias de saúde pública que promovam um autocuidado seguro.

A Figura 10 ilustra a probabilidade da automedicação ter resolvido o problema de saúde sem necessidade de cuidados profissionais subsequentes, em função de duas dimensões principais: a condição socioeconómica (medida pela facilidade autorreportada em fazer face às despesas do agregado familiar) e a frequência de automedicação.

As análises descritivas indiciam que tanto a condição socioeconómica como a experiência prévia com automedicação influenciam a probabilidade de sucesso. Indivíduos que se automedicam com maior frequência tendem a reportar taxas de sucesso mais elevadas,

o que poderá refletir uma maior familiaridade com os medicamentos, conhecimento acumulado sobre a gestão de problemas recorrentes ou uma confiança acrescida na capacidade de reconhecer quando a automedicação é adequada. Paralelamente, os grupos socioeconómicos com maiores capacidades financeiras reportam uma maior taxa de sucesso na resolução de problemas de saúde através do recurso à automedicação. Tal pode dever-se a um maior nível de literacia em saúde, melhor acesso a medicamentos adequados ou diferenças nos tipos de problemas de saúde para os quais recorrem à automedicação: indivíduos com rendimentos mais elevados poderão restringir o recurso à automedicação para o tratamento de situações ligeiras, ao passo que os indivíduos de rendimentos mais baixos poderão recorrer à automedicação mesmo em situações mais graves, como substituto de cuidados profissionais de saúde.

Importa notar, contudo, que a inversão observada no gradiente socioeconómico entre os grupos que referem fazer face às despesas “com alguma facilidade” e “com facilidade” sugere que a relação entre rendimento e sucesso da automedicação não é linear. Tal poderá refletir diferenças na procura por cuidados de saúde profissionais, nos tipos de problemas de saúde tratados através de automedicação ou nas próprias expectativas de sucesso. Não se pode excluir, porém, a possibilidade de que esta variação resulte apenas de flutuações aleatórias na amostra.

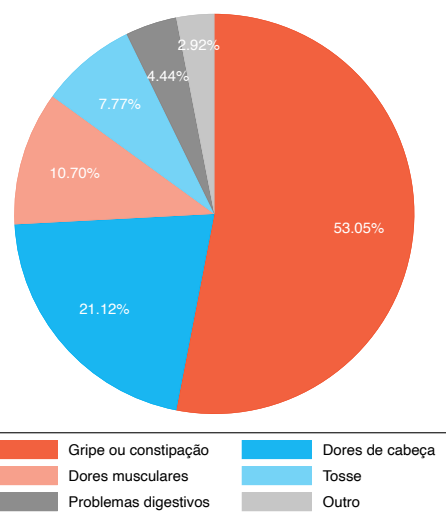
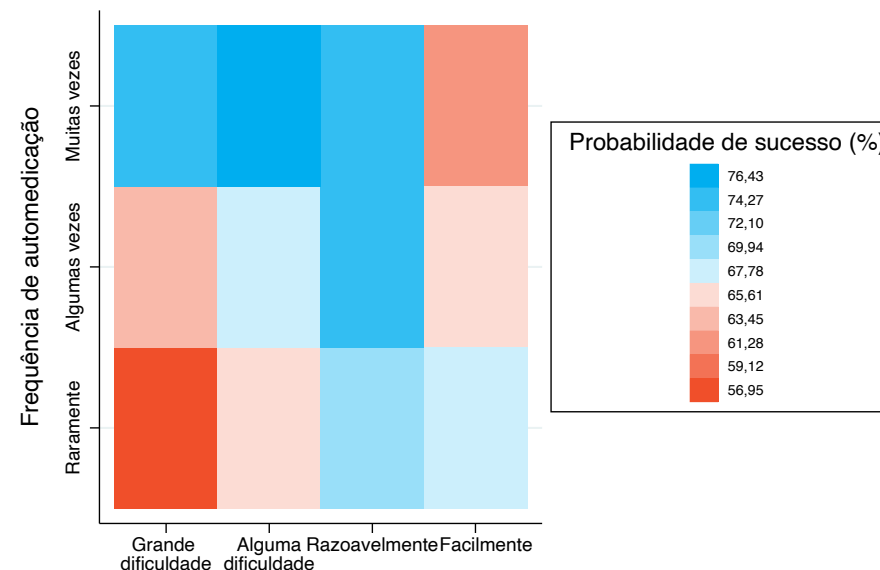


Figura 9. Tipo de problemas de saúde para os quais se recorre à automedicação

Fonte: Elaboração própria.



Capacidade autorreportada de sobreviver com o rendimento mensal total do agregado familiar

Figura 10. Probabilidade de o problema de saúde ter sido resolvido apenas com automedicação, sem necessidade posterior de cuidados de saúde profissionais, por condição socioeconómica e frequência de automedicação

Fonte: Elaboração própria.

A probabilidade de um problema de saúde ter sido resolvido apenas através da automedicação, sem necessidade subsequente de cuidados profissionais, parece depender também do tipo de problema de saúde. As taxas de sucesso variaram entre um máximo de 77,39% quando a automedicação é utilizada para problemas digestivos e um mínimo de 58,82% quando aplicada ao tratamento de tosse.

Os resultados apresentados até este ponto — nomeadamente no que concerne à frequência de automedicação, às fontes de informação sobre os medicamentos utilizados e aos locais de aquisição ou obtenção de medicamentos — traduzem as perceções individuais face a esta prática de autocuidado. Torna-se, por isso, pertinente aprofundar a compreensão das crenças e atitudes associadas à automedicação. Para tal, os inquiridos foram convidados a indicar o seu grau de concordância com um conjunto de 7 afirmações sobre o tema, numa escala de 10 níveis, que variava entre “discorda totalmente” e “concorda totalmente”.

A Figura 11 apresenta a distribuição do grau de concordância com cada afirmação. As barras horizontais variam entre forte discordância (à esquerda, a vermelho) e forte concordância (à direita, a azul), sendo que o comprimento de cada segmento representa a

proporção de inquiridos que selecionou esse nível. Em primeiro lugar, importa destacar que em todas as afirmações, com exceção da afirmação “Só recorro à automedicação por sugestão do médico”, mais de metade dos inquiridos tende a discordar das afirmações. Adicionalmente, a forma mais extrema de discordância foi, em todos os casos, a opção selecionada pela maioria dos inquiridos.

Esta atitude prudente está em consonância com os resultados anteriormente observados relativamente às motivações e às fontes de informação: a automedicação é praticada sobretudo em situações de menor gravidade e quando existem medicamentos já disponíveis em casa, mais do que por se considerar esta prática de autocuidado intrinsecamente superior ao recurso a cuidados profissionais. A fraca concordância com afirmações como “sinto que automedicar-me é o melhor para a minha saúde” ou “costumo usar medicamentos não sujeitos a receita médica ao primeiro sinal de mal-estar” reforça a ideia de que a automedicação tende a não ser encarada como primeira opção. Do mesmo modo, a limitada confiança em conselhos de familiares ou amigos é coerente com o facto de os farmacêuticos surgirem como uma das principais fontes de informação sobre os medicamentos utilizados em contexto de automedicação.

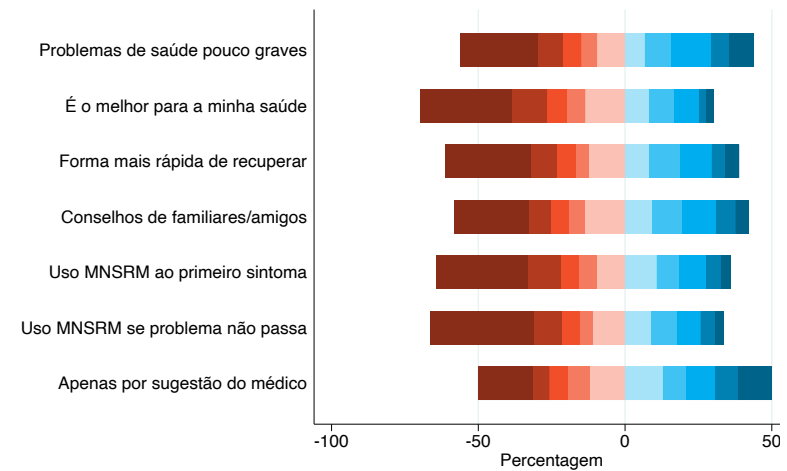


Figura 11. Atitudes e perceções face à automedicação

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Os inquiridos avaliaram, numa escala de 1 a 10 (1 = “Não concorda nada”; 10 = “Concorda totalmente”), o seu grau de concordância com as seguintes afirmações: “Sinto que devo automedicar-me nos problemas de saúde pouco graves”; “Sinto que automedicar-me é o melhor para a minha saúde”; “Sinto que automedicar-me é a forma mais rápida de recuperar a minha saúde”; “Confio nos conselhos para automedicação dados por pessoas de família ou amigos que trabalham na área da saúde”; “Costumo usar medicamentos não sujeitos a receita médica ao primeiro sinal de doença”; “Costumo usar medicamentos não sujeitos a receita médica apenas se a doença não passar”; “Só uso automedicação por sugestão de um médico”. As barras horizontais variam entre forte discordância (à esquerda, a vermelho) e forte concordância (à direita, a azul). O comprimento de cada segmento de cor representa a proporção de inquiridos que selecionou cada nível de concordância.



Apesar das atitudes prudentes face à automedicação observadas na análise anterior, uma proporção significativa dos indivíduos que se automedicam e têm médico de família — seja no Serviço Nacional de Saúde ou no setor privado — não comunica estas práticas: 63,08% afirmaram não informar o médico sobre os seus comportamentos de automedicação. Esta ausência de comunicação poderá refletir a perceção de que a automedicação é frequentemente vista de forma crítica pelos profissionais de saúde, ou a convicção de que tais práticas não são suficientemente relevantes para serem mencionadas em consulta. Poderá também, simplesmente, resultar do esquecimento em casos de problemas ligeiros, rapidamente resolvidos, que os indivíduos tendem a considerar de pouca importância.

3. Automedicação em Portugal



A análise descritiva apresentada no capítulo anterior permite traçar um retrato inicial das práticas de automedicação em Portugal, identificando a sua prevalência, as motivações que justificam o recurso a esta forma de autocuidado e o grau de sucesso reportado na resolução de problemas de saúde. No entanto, para compreender de forma mais aprofundada os fatores que influenciam estas escolhas, é necessário recorrer a análises estatísticas complementares, capazes de isolar o efeito de diferentes características individuais — como a idade, o nível de escolaridade, a condição económica ou o estado de saúde — e de clarificar de que forma estas se associam à confiança e às práticas de automedicação.

Com efeito, a observação de que, por exemplo, indivíduos com mais escolaridade se automedicam com maior frequência pode resultar, em parte, de diferenças na idade, no estado de saúde ou na situação económica destes grupos — variáveis interligadas cujo contributo específico não pode ser completamente apurado apenas com base em estatísticas descritivas.

Adicionalmente, através de uma análise de classes latentes, identificam-se perfis comportamentais distintos no que respeita à automedicação, captando padrões mais complexos de atitudes e práticas que não são imediatamente perceptíveis através da análise isolada de cada dimensão — motivos, atitudes, fontes de informação ou padrões de utilização. Esta abordagem complementa a leitura descritiva e permite refletir sobre as implicações da automedicação, tanto do ponto de vista da autogestão da saúde como em termos de desenho e orientação de políticas públicas, como argumentado no primeiro capítulo.

3.1 Grau de confiança em automedicação

Do segundo capítulo, sabe-se que os inquiridos adotam uma postura cautelosa face à automedicação. A maioria discorda total ou parcialmente de afirmações que expressam confiança absoluta na utilização de medicamentos sem aconselhamento médico, ou no recurso imediato à automedicação perante sintomas ligeiros. Embora esta representação permita observar tendências em relação a cada uma das dimensões avaliadas — como, por exemplo, a rapidez esperada na recuperação ou a confiança em conselhos informais —, não permite perceber se os indivíduos que manifestam reservas numa dessas dimensões tendem a fazê-lo também nas restantes, ou se as atitudes variam de forma significativa entre domínios. Para ganhar esse conhecimento, foi construído um índice de confiança em automedicação, que agrega as sete afirmações incluídas no inquérito e permite captar a predisposição global de cada pessoa face a esta prática de autocuidado.

Este índice foi calculado como a média simples das respostas às sete afirmações (avaliadas numa escala de 1 a 10), após a inversão de duas delas — “costumo usar medicamentos não sujeitos a receita médica apenas se a doença não passar” e “só uso automedicação por sugestão de um médico” — de modo a que valores mais elevados refletissem, de forma consistente, maior predisposição e confiança na automedicação. O resultado foi depois normalizado para um intervalo entre 0 e 1, em que 0 representa a menor confiança e 1 a confiança máxima.

A distribuição do índice de confiança encontra-se representada na Figura 12. Ainda que muitos inquiridos apresentem níveis intermédios de confiança, é possível identificar duas concentrações principais: uma entre os que revelam pouca confiança na automedicação e outra entre os que demonstram uma confiança mais elevada.



Esta divisão sugere que a população tende a posicionar-se de forma diferente perante esta prática, já que há indivíduos que adotam uma atitude mais prudente e os que se sentem mais à vontade para recorrer à automedicação. O valor médio do índice é 0,44, o que indica que os residentes em Portugal confiam moderadamente na sua capacidade de gerir problemas de saúde menos graves através da automedicação, mas fazem-no sem desvalorizar os riscos envolvidos.

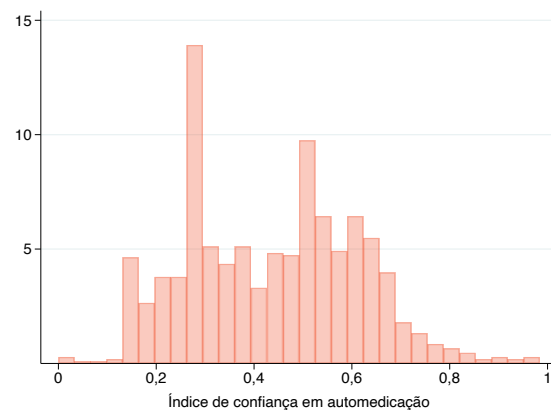


Figura 12. Distribuição do índice de confiança em automedicação

Fonte: Elaboração própria.

Este índice de confiança em automedicação é, agora, relacionado estatisticamente com diferentes elementos de caracterização da população, usando um modelo de análise que tem em conta que a variável dependente — o índice de confiança em automedicação — se encontra necessariamente entre 0 e 1.³

A confiança na automedicação é influenciada por fatores demográficos, bem como por condições de acesso a cuidados de saúde no SNS (Tabela 1). Para além de um modelo que considera todos os inquiridos (Tabela 1, modelo 1), avaliaram-se

³ Os autores poderão ser consultados diretamente para os detalhes técnicos da análise e para a disponibilização do código usado, em Stata.

separadamente os grupos de indivíduos com idades até aos 49 anos (Tabela 1, modelo 2) e com 50 ou mais anos (Tabela 1, modelo 3), de forma a permitir que os determinantes da confiança na automedicação apresentem efeitos diferenciados entre estes dois grupos etários. Com efeito, tendo as pessoas mais velhas maior prevalência de doenças crónicas e, tipicamente, maior contacto com o sistema de saúde, é plausível que os mecanismos subjacentes à formação da confiança na automedicação difiram estruturalmente dos observados entre adolescentes e adultos mais jovens.

A análise evidencia que ter médico de família atribuído no SNS está associado a níveis mais baixos de confiança em automedicação, o que poderá refletir uma maior proximidade com o aconselhamento clínico formal. Considerando os resultados do modelo para pessoas com pelo menos 15 anos de idade, verifica-se que pessoas com médico de família atribuído têm um índice de confiança em automedicação cerca de 3,8 pontos percentuais inferior ao de inquiridos sem médico de família no SNS. Índices de confiança inferiores para pessoas que têm médico de família atribuído no SNS, no entanto, são apenas observáveis entre indivíduos com idades entre os 15 e os 49 anos. Em indivíduos com 50 anos ou mais, a presença de médico de família não parece influenciar o nível de confiança reportado. Esta diferença etária poderá indicar que, com o tempo, a experiência acumulada na gestão autónoma de situações de saúde passa a ter mais peso do que o simples vínculo formal mais forte com os cuidados primários.

De forma semelhante, a presença de doença crónica está associada a menor confiança na automedicação entre os adolescentes e adultos mais jovens, mas não entre os mais velhos. Esta divergência sugere que os indivíduos mais jovens com doenças crónicas podem sentir-se menos seguros para tomar decisões de medicação por iniciativa própria, possivelmente devido à necessidade de acompanhamento profissional mais regular. Já entre a população com 50 ou mais anos, a

gestão da doença poderá ser mais rotineira, o que, aliado a uma maior familiaridade com o tratamento, pode traduzir-se numa maior autoconfiança no uso de medicamentos sem supervisão médica.

A condição económica também desempenha um papel relevante. Indivíduos que afirmam viver “com alguma dificuldade” ou “razoavelmente” com o rendimento do agregado familiar apresentam níveis mais elevados de confiança do que aqueles que reportam viver “com grande dificuldade”. Importa notar que, apesar de apresentarem níveis superiores de confiança face ao grupo que vive “com grande dificuldade”, os grupos que vivem “com alguma dificuldade” e “razoavelmente” não diferem estatisticamente entre si (teste Wald, $p = 0,80$), o que sugere que estes perfis económicos intermédios têm níveis de confiança em automedicação semelhantes, tudo o resto constante. No entanto, os que afirmam viver “facilmente” com o seu rendimento não evidenciam maior confiança, apresentando valores próximos dos do grupo economicamente mais vulnerável. Este padrão sugere que a relação entre situação económica e confiança na automedicação não é linear. Uma possível explicação é que indivíduos com mais recursos possam sentir menor necessidade de recorrer à automedicação, por terem acesso facilitado a cuidados profissionais.

Em termos de situação profissional, os indivíduos que estão empregados ou trabalham por conta própria revelam níveis significativamente mais altos de confiança na automedicação. De modo contrário, o nível de escolaridade não se destaca como determinante estatisticamente significativo, quando se têm em conta outras características socioeconómicas, como o rendimento ou a ocupação. Por fim, o sexo biológico apresenta um efeito discreto, mas estatisticamente significativo: no conjunto da amostra, indivíduos do sexo feminino reportam, em média, níveis de confiança ligeiramente superiores aos do sexo masculino, ainda que a diferença seja modesta.

	(1) Pessoas com idade 15+		(2) Pessoas com idade 15-49		(3) Pessoas com idade 50+	
	Coefficiente	Erro padrão	Coefficiente	Erro padrão	Coefficiente	Erro padrão
Médico de família atribuído no SNS	-0,038**	0,017	-0,076***	0,022	0,020	0,025
Doente crónico	-0,022*	0,013	-0,066***	0,019	0,002	0,018
Seguro de saúde privado	0,012	0,015	0,023	0,019	-0,011	0,025
Capacidade de sobreviver com o rendimento do agregado familiar						
Com alguma dificuldade	0,053***	0,020	0,045	0,029	0,057**	0,028
Razoavelmente	0,050**	0,020	0,042	0,030	0,056**	0,027
Facilmente	0,034	0,028	0,034	0,038	0,041	0,041
Sexo biológico feminino	0,019*	0,011	0,025	0,016	0,018	0,016
Grupo etário						
20-34	0,027	0,026	0,023	0,028		
35-49	0,007	0,026	0,009	0,028		
50-64	-0,000	0,025				
65+	0,012	0,026			0,008	0,020
Trabalhador	0,039**	0,016	0,041*	0,022	0,046**	0,021
Nível de escolaridade						
Ensino básico	0,001	0,018	0,056	0,039	-0,004	0,020
Ensino secundário	0,017	0,020	0,077*	0,040	-0,009	0,029
Ensino superior	0,003	0,023	0,047	0,043	0,022	0,034
Constante	0,383***	0,035	0,369***	0,049	0,318***	0,039
Observações	1.051		531		520	

*, **, *** indicam significância aos níveis de 10%, 5% e 1%, respetivamente

Tabela 1. Índice de confiança em automedicação

Nota: Resultados obtidos com base num modelo de regressão linear. As categorias base são: utente sem médico de família atribuído no SNS; utente sem doenças crónicas; utente sem seguro de saúde privado; grande dificuldade em sobreviver com o rendimento total do agregado familiar; sexo biológico masculino; desempregado, estudante, reformado ou inativo; com ensino primário ou sem qualquer nível de escolaridade completo; nos modelos (1) e (2) o grupo etário base é 15-19 anos; no modelo (3) o grupo etário base é 50-64 anos.

O facto de, na análise anterior, se ter observado que ter médico de família atribuído no SNS apenas influencia o nível de confiança na automedicação para indivíduos com menos de 50 anos poderá dever-se não apenas ao facto de este grupo etário ter mais experiência acumulada na gestão autónoma de saúde, mas pode também sinalizar diferenças geracionais na interação com o SNS. Com efeito, é plausível que os indivíduos comecem a interagir mais frequentemente com o sistema de saúde e, em particular, com o SNS a partir dos 35 anos. Até essa idade, devido à menor necessidade de recurso a cuidados de saúde, a população poderá moldar o seu nível de confiança na automedicação sobretudo com base em notícias públicas sobre o desempenho

do SNS, sendo que a influência das notícias públicas pode ser particularmente notória nos adolescentes (15-19 anos). Para indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e os 49 anos de idade, a confiança na automedicação poderá ser maioritariamente influenciada pelas suas experiências recentes de contacto com o SNS, sendo expectável que esta experiência seja diferente entre regiões, conforme a cobertura da população por médicos de família. Para a população com 50 ou mais anos, a confiança na automedicação pode dever-se, não só a uma maior experiência na autogestão da sua saúde, mas também a uma relação muito diferente com o sistema de saúde, uma vez que este grupo populacional vivenciou a criação do SNS.

Com o intuito de testar esta hipótese, procedeu-se a uma análise adicional que explora se a associação entre a idade e a confiança na automedicação difere consoante a área de residência, com especial foco no grupo etário dos 35 aos 49 anos, para o qual se admite que a experiência acumulada e a disponibilidade efetiva de cuidados de saúde primários possam desempenhar um papel particularmente relevante. A Tabela 2 apresenta os resultados desta análise. Considerou-se como grupo etário de referência indivíduos com idades entre os 20 e os 34 anos e, como área geográfica de referência, a região do Grande Porto — aquela com maior percentagem de inquiridos com médico de família atribuído (95,6%).

Embora não se observem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários considerados, os resultados evidenciam heterogeneidade geográfica relevante no caso dos indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e os 49 anos, que, de acordo com a hipótese anteriormente formulada, tenderão a basear o seu nível de confiança na automedicação na experiência recente de contacto com o SNS. Com efeito, observa-se um acréscimo estatisticamente significativo da confiança na automedicação entre os residentes no Centro Litoral e na Grande Lisboa, comparativamente com a região de referência. Estas duas áreas geográficas caracterizam-se, na amostra analisada, por níveis substancialmente mais baixos de cobertura por médico de família (78,0% no Centro Litoral e 79,0% na Grande Lisboa). Estes resultados sugerem que, neste grupo etário intermédio, a confiança no recurso à automedicação é sensível às condições efetivas de acesso a cuidados de saúde primários na área de residência. Importa notar que o Norte Litoral apresenta, em termos médios, níveis de confiança na automedicação mais elevados do que a região de referência. Contudo, este efeito é transversal aos diferentes grupos etários e não se traduz num diferencial específico para o grupo dos 35 aos 49 anos, sugerindo que, em contextos regionais com níveis elevados e relativamente homogêneos de cobertura por médicos de família, a formação da confiança na automedicação ocorre de forma mais precoce e estável ao longo do ciclo de vida.



	Coefficiente	Erro padrão
Médico de família atribuído no SNS	-0,044***	0,017
Doente crónico	-0,016	0,012
Seguro de saúde privado	0,030*	0,016
Capacidade de sobreviver com o rendimento do agregado familiar		
Com alguma dificuldade	0,058***	0,02
Razoavelmente	0,063***	0,02
Facilmente	0,044	0,027
Sexo biológico feminino	0,021*	0,011
Grupo etário		
15-19	-0,029	0,026
35-49	-0,054	0,036
50+	-0,019	0,018
Área geográfica		
Norte Litoral	0,118***	0,023
Interior	-0,019	0,023
Centro Litoral	-0,007	0,028
Grande Lisboa	-0,029	0,023
Alentejo	0,015	0,025
Algarve	0,03	0,04
Interações entre área geográfica e grupo etário 35-49 anos		
Norte Litoral x 35-49 anos	-0,009	0,042
Interior x 35-49 anos	-0,011	0,045
Centro Litoral x 35-49 anos	0,087*	0,053
Grande Lisboa x 35-49 anos	0,070*	0,041
Alentejo x 35-49 anos	0,027	0,042
Algarve x 35-49 anos	0,089	0,084
Trabalhador	0,033**	0,014
Nível de escolaridade		
Ensino básico	0,012	0,016
Ensino secundário	0,028	0,018
Ensino superior	0,014	0,022
Constante	0,382***	0,035
Observações	1.051	

*, **, *** indicam significância aos níveis de 10%, 5% e 1%, respetivamente
 Tabela 2. Índice de confiança em automedicação – análise geracional

Nota: Resultados obtidos com base num modelo de regressão linear. As categorias base são: utente sem médico de família atribuído no SNS; utente sem doenças crónicas; utente sem seguro de saúde privado; grande dificuldade em sobreviver com o rendimento total do agregado familiar; sexo biológico masculino; indivíduo com idade compreendida entre os 20 e os 34 anos; desempregado, estudante, reformado ou inativo; com ensino primário ou sem qualquer nível de escolaridade completo; área geográfica do Grande Porto.

3.2 Determinantes de automedicação

Tendo identificado os fatores socioeconómicos associados a uma maior confiança no recurso a automedicação, importa compreender quais os determinantes da experiência com automedicação (Tabela 3) e, entre os indivíduos que já recorreram a esta prática, quais os fatores que influenciam a frequência com que o fazem (Tabela 4).

Em linha com os resultados descritivos, verifica-se que os adultos mais jovens são os que apresentam maior probabilidade de já se terem automedicado (Tabela 3). Contudo, entre os indivíduos com experiência prévia de automedicação, a idade deixa de ser um fator relevante para a frequência com que recorrem a esta forma de autocuidado, quando se controla por outras variáveis como o rendimento do agregado familiar e o nível de escolaridade (Tabela 4).

A situação profissional surge como um dos determinantes mais consistentes. Indivíduos que estejam empregados ou que trabalhem por conta própria têm uma probabilidade 11,5 pontos percentuais superior de já se terem automedicado, face a estudantes, desempregados, reformados ou pessoas dedicadas a tarefas domésticas (Tabela 3). Este resultado está em linha com o que tem sido reportado na literatura e é interpretado como refletindo o maior custo de oportunidade enfrentado por quem está profissionalmente ativo. Para estes indivíduos, a procura de cuidados médicos pode implicar a ausência do trabalho e perda de rendimento, o que se soma a eventuais custos financeiros diretos da consulta. Mesmo entre os que se automedicam, os trabalhadores apresentam uma probabilidade 7,9 pontos percentuais superior de se automedicarem “algumas vezes” e 2,4 pontos percentuais superior de o fazerem “muitas vezes”, comparativamente com indivíduos que não estejam no ativo (Tabela 4).

É ainda de notar que, embora ter médico de família atribuído no SNS não esteja associado com probabilidade de já se ter recorrido à automedicação (Tabela 3), a frequência com que se recorre a essa prática está fortemente relacionada com essa variável (Tabela 4). Entre as pessoas com experiência de automedicação, aquelas que têm médico de família atribuído apresentam uma probabilidade 15,3 pontos percentuais superior de se automedicarem raramente, e probabilidades 10,7 pontos percentuais e 4,6 pontos percentuais inferiores de se automedicarem algumas vezes e muitas vezes, respetivamente, face a quem não tem médico de família no SNS.

A Figura 13 ilustra as probabilidades médias ajustadas de frequência de automedicação, para indivíduos com e sem médico de família atribuído no SNS. Assim, para indivíduos que já tenham experiência prévia com automedicação, a probabilidade de um indivíduo se automedicar raramente é de aproximadamente 51% para pessoas com médico de família atribuído no SNS e de 66% para pessoas sem médico de família no SNS. Estes resultados indicam que a automedicação pode atuar como substituto dos cuidados de saúde formais. Ou seja, a sua prática não resulta apenas de uma preferência individual, mas pode refletir barreiras de acesso ao sistema de saúde, nomeadamente à resposta em termos de cuidados saúde primários no SNS.

Os resultados indicam que a automedicação pode atuar como substituto dos cuidados de saúde formais. Ou seja, a sua prática não resulta apenas de uma preferência individual, mas pode refletir barreiras de acesso ao sistema de saúde, nomeadamente à resposta em termos de cuidados saúde primários no SNS.

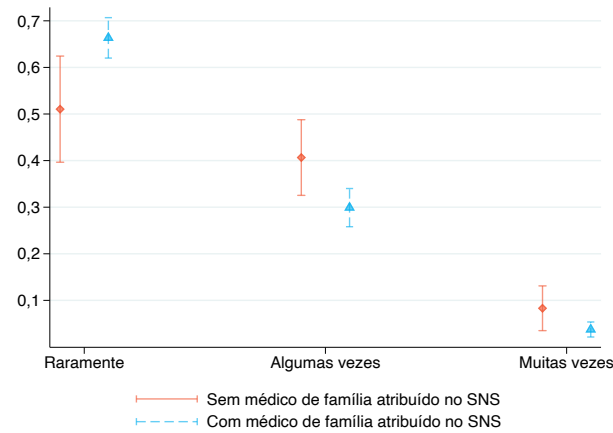


Figura 13. Probabilidade média ajustada com que os indivíduos recorrem a automedicação, considerando pessoas que têm experiência prévia com automedicação

Fonte: Elaboração própria.

Nota: As probabilidades apresentadas foram estimadas com base num modelo probit ordenado, considerando apenas indivíduos com experiência prévia de automedicação. As estimativas correspondem a probabilidades médias ajustadas. Para cada grupo (com e sem médico de família atribuído no SNS), foi estimada a probabilidade média de se automedicarem "raramente", "algumas vezes" ou "muitas vezes". Estas probabilidades são ajustadas mantendo as restantes variáveis do modelo — como condição de saúde, situação económica, sexo biológico, idade, situação profissional e nível de escolaridade — nos seus valores efetivamente observados na amostra. O resultado reflete assim uma comparação realista entre grupos, controlando pelas diferenças nas suas características individuais. As linhas verticais representam a incerteza associada a cada estimativa, traduzida nos intervalos de confiança a 95%.

Indivíduos com doença crónica apresentam maior probabilidade de já se terem automedicado pelo menos uma vez, mas essa condição não está associada com a frequência com que recorrem a esta prática (Tabela 4). Verifica-se ainda que indivíduos do sexo feminino se automedicam mais frequentemente do que indivíduos do sexo masculino.

Finalmente, quando se considera em simultâneo a influência das várias características socioeconómicas, nem a condição económica do agregado familiar nem o nível de escolaridade surgem como determinantes significativos da probabilidade de automedicação ou da sua frequência.

	(1) Pessoas com idade 15+		(2) Pessoas com idade 15-49		(3) Pessoas com idade 50+	
	Coeficiente	Erro padrão	Coeficiente	Erro padrão	Coeficiente	Erro padrão
Médico de família atribuído no SNS	0,037	0,048	0,057	0,062	-0,022	0,080
Doente crónico	0,066*	0,037	-0,041	0,061	0,129***	0,048
Seguro de saúde privado	0,078*	0,044	0,127**	0,054	-0,039	0,071
Capacidade de sobreviver com o rendimento do agregado familiar						
Com alguma dificuldade	0,000	0,061	-0,046	0,097	0,017	0,078
Razoavelmente	0,057	0,060	0,012	0,097	0,084	0,077
Facilmente	0,077	0,078	0,078	0,116	0,048	0,107
Sexo biológico feminino	0,032	0,032	0,055	0,044	0,016	0,046
Grupo etário						
20-34	0,179**	0,080	0,178*	0,091		
35-49	0,061	0,079	0,067	0,092		
50-64	0,053	0,076				
65+	0,069	0,076			0,013	0,057
Trabalhador	0,115**	0,046	0,116	0,073	0,124**	0,057
Nível de escolaridade						
Ensino básico	0,037	0,049	0,047	0,118	0,044	0,056
Ensino secundário	0,041	0,058	0,055	0,122	0,014	0,080
Ensino superior	0,035	0,063	0,009	0,127	0,112	0,092
Observações	1.060		536		524	

*, **, *** indicam significância aos níveis de 10%, 5% e 1%, respetivamente

Tabela 3. Probabilidade de já se ter automedicado

Nota: Resultados obtidos com base em modelos de regressão linear. As categorias base são: utente sem médico de família atribuído no SNS; utente sem doenças crónicas; utente sem seguro de saúde privado; grande dificuldade em sobreviver com o rendimento total do agregado familiar; sexo biológico masculino; desempregado, estudante, reformado ou inativo; com ensino primário ou sem qualquer nível de escolaridade completo; nos modelos (1) e (2) o grupo etário base é 15-19 anos; no modelo (3) o grupo etário base é 50-64 anos.

	(1) Raramente		(2) Algumas vezes		(3) Muitas vezes	
	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão
Médico de família atribuído no SNS	0,153***	0,061	-0,107***	0,040	-0,046**	0,023
Doente crónico	-0,021	0,050	0,016	0,037	0,005	0,013
Seguro de saúde privado	-0,017	0,054	0,013	0,040	0,004	0,014
Capacidade de sobreviver com o rendimento do agregado familiar						
Com alguma dificuldade	0,035	0,082	-0,026	0,058	-0,010	0,023
Razoavelmente	0,076	0,080	-0,057	0,057	-0,020	0,023
Facilmente	0,024	0,105	-0,017	0,076	-0,007	0,030
Sexo biológico feminino	-0,072*	0,040	0,054*	0,031	0,017*	0,010
Grupo etário						
20-34	-0,033	0,102	0,026	0,082	0,007	0,021
35-49	-0,066	0,105	0,051	0,083	0,015	0,022
50-64	-0,021	0,104	0,017	0,083	0,004	0,021
65+	-0,118	0,111	0,089	0,085	0,030	0,027
Trabalhador	-0,103*	0,055	0,079*	0,043	0,024*	0,013
Nível de escolaridade						
Ensino básico	0,060	0,070	-0,046	0,054	-0,013	0,017
Ensino secundário	0,023	0,078	-0,017	0,059	-0,005	0,019
Ensino superior	-0,075	0,092	0,054	0,066	0,021	0,026
Observações	549		549		549	

*, **, *** indicam significância aos níveis de 10%, 5% e 1%, respetivamente

Tabela 4. Frequência com que recorre a automedicação, para indivíduos que já se automedicaram pelo menos uma vez no passado

Nota: Resultados obtidos com base em modelos de regressão probit ordenados. As categorias base são: utente sem médico de família atribuído no SNS; utente sem doenças crónicas; utente sem seguro de saúde privado; grande dificuldade em sobreviver com o rendimento total do agregado familiar; sexo biológico masculino; grupo etário base é 15-19 anos; desempregado, estudante, reformado ou inativo; com ensino primário ou sem qualquer nível de escolaridade completo.

Importa ainda sublinhar que, quando se introduz o índice de confiança em automedicação como variável explicativa, os resultados associados à frequência com que os indivíduos recorrem a esta prática de autocuidado mantêm-se, em geral, estáveis (ver Tabela 12 em anexo). Esta estabilidade contrasta com o que se observa na análise da probabilidade de já alguma vez se ter recorrido à automedicação (Tabela 10 em anexo), onde a introdução do índice altera de forma significativa o padrão anteriormente observado (Tabela 3). Em particular, o facto de o indivíduo ter médico de família atribuído no SNS, que inicialmente não apresentava associação estatisticamente significativa

com a probabilidade de automedicação, passa a evidenciar um efeito positivo e significativo. Esta mudança de sinal indicia a presença de um mecanismo de mediação: por um lado, ter médico de família está associado a níveis mais baixos de confiança em automedicação (como demonstrado na secção 3.1), e esta menor confiança tende a reduzir a probabilidade de recurso a essa prática; por outro lado, quando se controla diretamente pelo nível de confiança, torna-se visível um efeito direto positivo. Este efeito direto positivo poderá estar associado ao maior contacto com informação médica, à familiaridade com medicamentos previamente prescritos ou ao desenvolvimento de estratégias de autocuidado mais informadas. Assim, a ausência de associação observada no modelo inicial resulta da compensação entre um efeito negativo indireto (via confiança) e um efeito direto positivo. O controlo pela confiança em automedicação permite isolar este último efeito.

É também interessante notar que, apesar deste efeito positivo na decisão de se automedicar, ter médico de família está associado a uma menor frequência de automedicação entre os indivíduos que já a praticaram, mesmo quando se tem em consideração o índice de confiança em automedicação. Este padrão sugere que ter um médico de família atribuído no SNS pode facilitar o recurso pontual à automedicação — por exemplo, pela reutilização de medicamentos já conhecidos ou pela confiança adquirida em situações anteriores —, mas simultaneamente desencorajar o uso repetido ou sistemático dessa prática. Ou seja, o acompanhamento clínico regular pode promover maior contenção e prudência entre os que já têm experiência com automedicação, reforçando a ideia de que a automedicação deve ser uma solução ocasional e não uma estratégia recorrente de gestão da saúde.

Adicionalmente, o índice de confiança em automedicação revela-se também neste modelo um determinante fortemente significativo da frequência com que se recorre

a esta forma de autocuidado: indivíduos com maior confiança apresentam menor probabilidade de se automedicarem apenas “raramente” e maior probabilidade de o fazerem “algumas vezes” ou “muitas vezes”. Estes resultados sugerem que a confiança em automedicação desempenha um papel relevante não apenas na decisão de adotar o comportamento, mas também na sua persistência ao longo do tempo.

3.3 Fonte de informação e local de aquisição do medicamento

Na análise descritiva dos resultados do inquérito, concluiu-se que, aquando da última experiência de automedicação, a maioria dos indivíduos (54,24%) tinha obtido informação acerca do medicamento utilizado, por já ter tido uma experiência prévia com esse medicamento. Como esperado, a probabilidade de doentes crónicos reportarem esta fonte de informação é substancialmente superior (11,7 pontos percentuais) à probabilidade registada por pessoas que não sofram de doenças crónicas (Tabela 5). O facto de os doentes crónicos terem mais experiência acumulada com o medicamento utilizado em regime de automedicação reflete-se na menor probabilidade de os doentes crónicos solicitarem informação sobre o medicamento numa farmácia.

Dependendo do sexo biológico dos indivíduos, os canais utilizados como fonte de informação do medicamento utilizado também são distintos: pessoas do sexo feminino registam menor probabilidade de obter informação sobre o medicamento através de pesquisa na internet, ou por sugestão de familiares e amigos, mas maior probabilidade de terem conhecimento do medicamento por já o terem utilizado anteriormente (Tabela 5). Embora não se registem diferenças entre grupos etários na probabilidade de pedir conselho na farmácia, ou de já ter tido experiência com o medicamento administrado, verifica-se que indivíduos com idades compreendidas

entre 50 e os 64 anos são os que registam uma menor probabilidade de ter obtido informação através de pesquisa na internet, ou por sugestão de familiares e amigos, seguidos de indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e os 49 anos. Curiosamente, a probabilidade de os idosos obterem informação sobre o medicamento utilizado através de pesquisa na internet ou por sugestão de familiares e amigos não difere de forma significativa daquela registada entre adolescentes com idades entre os 15 e os 19 anos.

Quando, a par das condições socioeconómicas e de saúde também se controla pela influência que o índice de confiança em automedicação tem na fonte de informação utilizada, os efeitos anteriormente descritos mantêm-se praticamente inalterados (Tabela 13 em anexo). Adicionalmente, a forma como os indivíduos obtêm conhecimento do medicamento que utilizaram da última vez em que se automedicaram não é influenciada pelo seu nível de confiança em automedicação (Tabela 13 em anexo).

As diferenças observadas por condição de doente crónico e por grupo etário no que toca à forma como obtiveram conhecimento sobre o medicamento utilizado não se refletem, contudo, na forma como os indivíduos obtiveram o medicamento administrado em regime de automedicação (Tabela 6). Ainda assim, as pessoas do sexo feminino não só reportam menor probabilidade de terem tido conhecimento do medicamento utilizado através de pesquisas na internet ou por sugestão de familiares ou amigos, como também reportam uma probabilidade 2,7 pontos percentuais inferior à de indivíduos do sexo masculino de terem obtido o medicamento por estes canais (Tabela 6).

O local de obtenção do medicamento depende, no entanto, da condição económica do agregado familiar (Tabela 6). Com efeito, verifica-se que indivíduos que conseguem sobreviver facilmente com o rendimento do agregado familiar têm uma probabilidade 24,4 pontos percentuais inferior de utilizar medicamentos que tenham sobrado de uma experiência anterior, comparativamente com pessoas que reportam sobreviver com grande dificuldade. De modo semelhante, indivíduos com condições financeiras mais favoráveis registam uma probabilidade 23,3 pontos percentuais superior de ter adquirido o medicamento na farmácia, do que pessoas com privações financeiras severas. Importa sublinhar, contudo, que a influência do rendimento na forma de obtenção do medicamento não é linear. Efetivamente, indivíduos que vivem com alguma dificuldade têm uma probabilidade 15,1 pontos percentuais superior de ter obtido o medicamento na farmácia, comparativamente com indivíduos que vivem com grande dificuldade (embora esta diferença apenas seja significativa quando se considera um nível de significância de 10%), mas não se registam diferenças entre indivíduos que vivem razoavelmente e aqueles que vivem com grandes dificuldades, no que toca à probabilidade de terem adquirido o medicamento na farmácia. Também no que toca à forma de obtenção do medicamento, mesmo quando se considera a influência da confiança em automedicação, os resultados são semelhantes (Tabela 14 em anexo).

	(1) Pediu conselho na farmácia		(2) Teve uma experiência anterior com esse medicamento		(3) Pesquisa na internet ou sugestão de familiares e amigos	
	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão
Médico de família atribuído no SNS	-0,087	0,068	0,107	0,069	-0,019	0,036
Doente crónico	-0,107**	0,049	0,117**	0,052	-0,009	0,034
Capacidade de sobreviver com o rendimento do agregado familiar						
Com alguma dificuldade	0,051	0,082	-0,059	0,085	0,008	0,047
Razoavelmente	0,009	0,079	0,017	0,083	-0,027	0,044
Facilmente	-0,025	0,103	0,010	0,108	0,015	0,068
Sexo biológico feminino	-0,031	0,044	0,077*	0,045	-0,046*	0,024
Grupo etário						
20-34	0,047	0,107	0,110	0,119	-0,158	0,120
35-49	0,067	0,108	0,146	0,120	-0,213*	0,123
50-64	0,049	0,106	0,185	0,118	-0,234**	0,119
65+	0,073	0,111	0,111	0,122	-0,185	0,126
Trabalhador	-0,015	0,065	-0,012	0,067	0,027	0,030
Nível de escolaridade						
Ensino básico	-0,148**	0,071	0,091	0,072	0,057	0,042
Ensino secundário	-0,056	0,082	0,064	0,082	-0,009	0,038
Ensino superior	-0,117	0,087	0,119	0,088	-0,002	0,044
Observações	544		544		544	

*, **, *** indicam significância aos níveis de 10%, 5% e 1%, respetivamente

Tabela 5. Fonte de informação sobre o medicamento tomado, para indivíduos que já se automedicaram pelo menos uma vez no passado

Nota: Resultados obtidos com base num modelo de regressão multinomial. As categorias base são: utente sem médico de família atribuído no SNS; utente sem doenças crónicas; grande dificuldade em sobreviver com o rendimento total do agregado familiar; sexo biológico masculino; grupo etário base é 15-19 anos; desempregado, estudante, reformado ou inativo; com ensino primário ou sem qualquer nível de escolaridade completo.

	(1) Tinha de uma experiência anterior		(2) Farmácia		(3) Parafarmácia, supermercado ou cedido por amigo/familiar	
	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão
Médico de família atribuído no SNS	0,012	0,068	-0,009	0,069	-0,003	0,020
Doente crónico	0,039	0,053	-0,032	0,055	-0,007	0,020
Seguro de saúde privado	0,038	0,059	-0,036	0,060	-0,002	0,017
Capacidade de sobreviver com o rendimento do agregado familiar						
Com alguma dificuldade	-0,171*	0,089	0,151*	0,089	0,021	0,030
Razoavelmente	-0,109	0,088	0,113	0,088	-0,004	0,025
Facilmente	-0,244**	0,105	0,233**	0,106	0,011	0,030
Sexo biológico feminino	-0,036	0,044	0,064	0,045	-0,027*	0,016
Grupo etário						
20-34	-0,200*	0,120	0,199*	0,119	0,001	0,024
35-49	-0,180	0,120	0,174	0,119	0,007	0,025
50-64	-0,145	0,119	0,151	0,117	-0,006	0,026
65+	-0,155	0,123	0,123	0,122	0,032	0,044
Trabalhador	0,079	0,064	-0,071	0,064	-0,008	0,015
Nível de escolaridade						
Ensino básico	-0,050	0,073	0,022	0,072	0,028	0,017
Ensino secundário	-0,025	0,084	0,018	0,084	0,008	0,018
Ensino superior	-0,063	0,092	0,036	0,091	0,027	0,020
Observações	549		549		549	

*, **, *** indicam significância aos níveis de 10%, 5% e 1%, respetivamente

Tabela 6. Local de obtenção do medicamento tomado em regime de automedicação, para indivíduos que já se automedicaram pelo menos uma vez no passado

Nota: Resultados obtidos com base num modelo de regressão multinomial. As categorias base são: utente sem médico de família atribuído no SNS; utente sem doenças crónicas; utente sem seguro de saúde privado; grande dificuldade em sobreviver com o rendimento total do agregado familiar; sexo biológico masculino; grupo etário base é 15-19 anos; desempregado, estudante, reformado ou inativo; com ensino primário ou sem qualquer nível de escolaridade completo.

3.4 Sucesso de automedicação

Uma questão crucial quando se estuda o fenómeno de automedicação é a de saber quais os fatores associados a uma experiência de automedicação bem-sucedida. Com efeito, se os indivíduos se revelarem capazes de ultrapassar problemas menores de saúde através do recurso à automedicação, então esta forma de autocuidado pode ser vista como uma via mais célere de resolver o problema e, simultaneamente, ser menos onerosa para o sistema de saúde como um todo. Efetivamente, nestes casos evita-se a utilização desnecessária de serviços de saúde profissionais, como consultas médicas em cuidados de saúde primários, ou deslocações aos serviços de urgência, que acarretam maiores custos. Entenda-se como utilização desnecessária de serviços de saúde uma situação em que os benefícios sociais marginais da utilização desses serviços são inferiores aos custos sociais marginais de prestação desses cuidados.

No contexto da presente análise, considera-se que um episódio de automedicação é bem-sucedido quando o problema de saúde fica resolvido (de acordo com a autoperceção dos inquiridos), sem necessidade de recorrer posteriormente a cuidados de saúde profissionais. A Tabela 7 reporta a influência de fatores socioeconómicos, de saúde e de hábitos de automedicação no sucesso da última experiência de automedicação. A análise considerou dois modelos distintos: um em que não se considera a confiança dos indivíduos na prática de automedicação e outro em que o nível de confiança nesta prática de autocuidado é incluída.

Os doentes crónicos revelam uma probabilidade de sucesso na resolução do problema de saúde superior em 10,7 pontos percentuais à registada por indivíduos que não possuem doenças crónicas, mesmo quando se considera a influência de determinantes socioeconómicos e de hábitos de automedicação. Este resultado

poderá dever-se à experiência acumulada na autogestão da sua saúde. Por exemplo, é expectável que doentes diabéticos se mostrem capazes de ajustar a sua medicação e que doentes asmáticos consigam gerir crises asmáticas através da utilização de inaladores, adquirindo experiência que os ajuda a identificar e a tratar eficazmente problemas menores. Este resultado está em linha com evidência científica que mostra que, com orientação adequada, os doentes crónicos conseguem melhorar resultados em saúde ao assumir um papel ativo na gestão da doença, ganhando confiança e competência ao longo do tempo (Grady e Gough, 2014).

Os doentes crónicos apresentam uma probabilidade de sucesso na resolução do problema de saúde através da automedicação superior à dos indivíduos sem doenças crónicas, o que poderá refletir a experiência acumulada na autogestão da sua condição de saúde.

Porém, quanto mais avançada a idade dos indivíduos, menor a probabilidade de o problema de saúde ficar resolvido sem necessidade posterior de recorrer a cuidados de saúde profissionais. Tal poder-se-á dever ao facto de indivíduos mais velhos terem, em média, mais comorbilidades e de eventuais descompensações de condições crónicas apresentarem uma maior severidade. Adicionalmente, pode suceder que pessoas mais velhas não escolham ou administrem tão corretamente os fármacos utilizados, devido, por exemplo, a situações de polimedicação, que são mais frequentes entre os mais velhos e muito prevalentes em Portugal (Simões et al., 2020). De facto, a complexidade de gerir múltiplos fármacos em regime de polimedicação dificulta a automedicação eficaz, uma vez que exige uma maior literacia medicamentosa e uma maior capacidade de identificação e monitorização de interações medicamentosas (Jin et al., 2024).

Ainda que fosse expectável que indivíduos com maior nível de escolaridade pudessem registar uma maior probabilidade de sucesso em episódios de automedicação, os resultados sugerem que, quando se tem em consideração a influência de outros fatores, como a condição de doente crónico, a idade e hábitos de automedicação, o nível de escolaridade não tem influência na probabilidade de o problema de saúde se resolver unicamente através de automedicação.



	(1) Sem considerar índice de confiança em automedicação		(2) Considerando índice de confiança em automedicação	
	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão
Médico de família atribuído no SNS	-0,015	0,062	-0,009	0,061
Doente crónico	0,107**	0,044	0,097**	0,045
Capacidade de sobreviver com o rendimento do agregado familiar				
Com alguma dificuldade	0,073	0,085	0,109	0,083
Razoavelmente	0,126	0,083	0,166**	0,080
Facilmente	0,075	0,105	0,110	0,101
Sexo biológico feminino	-0,004	0,042	0,008	0,042
Grupo etário				
20-34	-0,091	0,083	-0,087	0,081
35-49	-0,079	0,081	-0,070	0,079
50-64	-0,196**	0,085	-0,185**	0,083
65+	-0,303***	0,100	-0,287***	0,098
Nível de escolaridade				
Ensino básico	-0,034	0,064	-0,027	0,063
Ensino secundário	-0,004	0,073	0,006	0,072
Ensino superior	-0,072	0,082	-0,064	0,082
Frequência com que se automedica				
Algumas vezes	0,018	0,045	0,061	0,045
Muitas vezes	0,023	0,108	0,102	0,096
Fonte de informação sobre o medicamento				
Experiência anterior com o medicamento	0,054	0,046	0,036	0,046
Pesquisa na internet ou sugestão de familiares e amigos	0,058	0,086	0,055	0,085
Onde obteve o medicamento				
Farmácia	-0,023	0,045	-0,032	0,044
Parafarmácia, supermercado ou cedido por familiares/amigos	0,003	0,126	0,002	0,126
Índice de confiança em automedicação			-0,548***	0,155
Observações	544		543	

*, **, *** indicam significância aos níveis de 10%, 5% e 1%, respetivamente
Tabela 7. Sucesso de automedicação, na experiência mais recente de automedicação

Nota: Resultados obtidos com base em modelos de regressão probit. As categorias base são: utente sem médico de família atribuído no SNS; utente sem doenças crónicas; grande dificuldade em sobreviver com o rendimento total do agregado familiar; sexo biológico masculino; grupo etário 15-19 anos; com ensino primário ou sem qualquer nível de escolaridade completo; raramente recorre a automedicação; obteve informação sobre o medicamento na farmácia; tinha o medicamento em casa de uma experiência anterior.

A inclusão do índice de confiança em automedicação como potencial determinante da probabilidade de sucesso revela um facto interessante: embora se pudesse pensar que, à partida, pessoas mais confiantes na prática de automedicação teriam maior sucesso, os dados revelam que, quando se tem em consideração o impacto de variáveis socioeconómicas e de outras variáveis associadas à prática de automedicação, pessoas com mais confiança nesta forma de autocuidado têm menor probabilidade de resolver o episódio de doença unicamente através do recurso à automedicação (Tabela 7). Com efeito, tal como se observa na Figura 14, a probabilidade de sucesso de automedicação diminui à medida que o índice de confiança em automedicação aumenta, tanto para doentes crónicos como para indivíduos que não sofram de nenhuma condição crónica.

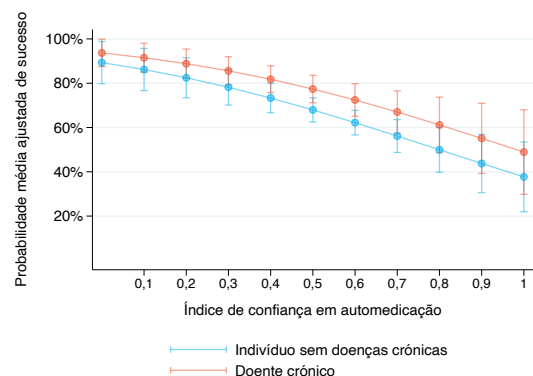


Figura 14. Probabilidade de sucesso de automedicação, por condição de doente crónico e de valor reportado no índice de confiança em automedicação

Fonte: Elaboração própria.

Nota: As probabilidades apresentadas foram estimadas com base num modelo probit, considerando apenas indivíduos com experiência prévia de automedicação. As estimativas correspondem a probabilidades médias ajustadas. Para cada grupo (com e sem doenças crónicas), foi estimada a probabilidade média da última experiência com automedicação ter sido bem-sucedida. Estas probabilidades são ajustadas mantendo as restantes variáveis do modelo — acesso a médico de família atribuído no SNS, situação económica, sexo biológico, idade, situação profissional, nível de escolaridade, frequência com que se automedica, fonte de informação sobre o medicamento e forma de obtenção do medicamento — nos seus valores efetivamente observados na amostra. O resultado reflete assim uma comparação realista entre grupos, controlando pelas diferenças nas suas características individuais. As linhas verticais representam a incerteza associada a cada estimativa, traduzida nos intervalos de confiança a 95%.

Uma possível explicação para este resultado é o viés cognitivo de excesso de confiança, também designado efeito Dunning-Kruger, que preconiza que pessoas com habilidades limitadas ou conhecimento reduzido numa dada área tendem a sobrevalorizar os seus conhecimentos e competências (Dunning, 2011).⁴ Este resultado está em linha com evidência recente de que a autoconfiança em matéria de saúde nem sempre reflete uma maior capacidade objetiva (Candy e Larzo, 2023). Efetivamente, tal como demonstrado por Candy e Larzo (2023), indivíduos com níveis

⁴ Nas palavras de Dunning (2011): “those who are incompetent, for lack of a better term, should have little insight into their incompetence—an assertion that has come to be known as the Dunning–Kruger Effect”.

mais baixos de literacia em saúde tendem a manifestar igual ou maior confiança no seu conhecimento sobre cuidados de saúde do que indivíduos com literacia em saúde mais elevada, o que corrobora o efeito de excesso de confiança.

Transpondo este mecanismo para o contexto de automedicação, é plausível que indivíduos que reportam elevada confiança nesta forma de autocuidado estejam, na verdade, a basear-se em percepções excessivamente otimistas sobre a sua capacidade de gerir episódios de doença, o que reduz a probabilidade de solucionarem o problema de saúde unicamente através de automedicação. O excesso de confiança pode ser de tal modo severo que leve pessoas com conhecimentos limitados em saúde a acreditar que detêm maiores níveis de conhecimento do que peritos (Motta et al., 2018). Assim, a existência do efeito Dunning-Kruger implica que pessoas com menor literacia não só tendem a ter mais dificuldades em compreender a informação partilhada por profissionais de saúde como, em virtude do excesso de confiança nas suas capacidades, podem ver menor utilidade em obter informação junto de especialistas ou através de outras fontes credíveis (Candy e Larzo, 2023).

Para além da interpretação baseada no excesso de confiança, existem outros fenómenos que poderão justificar a relação negativa observada entre a confiança no recurso à automedicação e o sucesso desta forma de autocuidado na resolução de problemas de saúde. A título de exemplo,

indivíduos com maior autoconfiança no recurso à automedicação poderão automedicar-se mesmo em situações de maior complexidade, em que o simples recurso a esta forma de autocuidado não se mostra suficiente para resolver o episódio de doença. Para avaliar a plausibilidade desta hipótese seria necessário ter informação sobre a complexidade autopercionada dos episódios de doença para os quais os indivíduos se automedicaram. Tal permitiria estimar um modelo semelhante ao modelo 2 da Tabela 7, em que se incluísse a severidade do episódio de doença. Se, considerando a complexidade do problema de saúde, o índice de confiança no recurso à automedicação deixasse de estar negativa e estatisticamente associado com a probabilidade de sucesso de automedicação, então ter-se-ia evidência de que o efeito de excesso de confiança anteriormente detetado era mediado pela complexidade dos casos tratados, e não pelo excesso de confiança *per se*.⁵

Outra explicação comportamental possível, compatível com a relação negativa detetada entre probabilidade de sucesso de automedicação e o índice de confiança no recurso à automedicação, prende-se com os mecanismos de atualização de crenças (*beliefs*) com base em experiências anteriores de automedicação. De acordo com a teoria da *autoeficácia* (Bandura, 1977) e com modelos de *aprendizagem bayesiana*⁶ (Molina Aguilar, 2025), os indivíduos tenderão a ajustar a confiança na sua capacidade de gerir autonomamente problemas de saúde à luz do sucesso ou fracasso acumulado. Assim,

⁵ Embora o inquérito tenha, para o subgrupo de indivíduos que se automedicou da última vez que se sentiu doente (n=60), informação sobre se a decisão de automedicação se deveu ao facto de o problema de saúde não ser grave, o reduzido número de observações impede que se estime um modelo semelhante ao modelo 2 da Tabela 6, em que se teria ainda em consideração se a decisão de automedicação tinha decorrido da não severidade do problema.

⁶ Na aprendizagem bayesiana, os indivíduos ajustam as suas crenças com base na experiência: começam com uma ideia inicial sobre algo (i.e., *prior*) e, quando recebem nova informação ou têm uma nova experiência (i.e., *signal*), revêm essa ideia, conjugando a sua crença inicial com o que observaram recentemente. Com o tempo, este processo permite que as crenças se tornem mais próximas da realidade (Baley e Veldkamp, 2023).

peças que tenham vivenciado episódios de automedicação que não se mostraram capazes de solucionar o problema de saúde (ou que eventualmente até o poderão ter agravado) tenderão a rever a sua confiança no recurso à automedicação, passando a considerar-se menos capazes de gerir autonomamente os seus problemas de saúde e tornando-se mais prudentes. De modo contrário, indivíduos com experiências predominantemente positivas (ou com historial de automedicação limitado), poderão manter níveis elevados de confiança, não necessariamente alinhados com a sua capacidade efetiva de gerir autonomamente problemas de saúde.

Neste contexto, a relação negativa observada entre confiança e sucesso poderá refletir, em parte, este processo de *atualização negativa de crenças*, em que os indivíduos menos confiantes são precisamente aqueles que já enfrentaram situações de automedicação menos bem sucedidas e que atualizaram o seu índice de confiança em concordância com essas experiências. Adicionalmente, o *viés da negatividade* — que atribui maior peso às experiências negativas do que às positivas — poderá intensificar este ajustamento (Baumeister et al., 2001; Rozi e Royzman, 2001; Tversky & Kahneman, 1974). O teste empírico desta hipótese exigiria dados longitudinais dos níveis de confiança no recurso à automedicação e dos resultados das experiências de automedicação, a fim de identificar se e como os indivíduos atualizam, ao longo do tempo, a crença nas suas capacidades de autogestão da doença através do recurso à automedicação. Embora os dados atualmente disponíveis não permitam proceder a esta análise, importa ressaltar que o efeito de Dunning-Kruger é compatível com um modelo de atualização de crenças com base na experiência: a vivência de momentos de automedicação menos bem sucedidos permite ajustar a confiança nesta forma de autocuidado, reduzindo a discrepância entre competência real e competência autoreportada. O desafio consiste em diminuir este hiato, sem que seja necessário vivenciar uma

experiência negativa com automedicação. Para tal, importa ter estratégias bem estruturadas de disseminação de informação fidedigna — nomeadamente através de campanhas educativas —, reforçar o papel do farmacêutico enquanto elemento central de uma “automedicação orientada” (Alves da Costa et al., 2023; Baracaldo-Santamaría et al., 2022) e desenvolver mecanismos alternativos — como chatbot com informação sujeita a “curadoria” — que auxiliem o cidadão na sua opção de recorrer à automedicação.

3.5 Comunicação com o médico de família

Uma comunicação transparente é um elemento-chave na relação médico-doente. Com efeito, o diagnóstico e tratamentos recomendados pelo médico dependem, pelo menos em parte, da divulgação de sintomas e de comportamentos de saúde dos doentes (Levy et al., 2018). Não obstante a importância de os doentes reportarem informação precisa aos médicos, 63,08% dos inquiridos com experiência de automedicação e que possuem médico de família afirmaram não informar o médico sobre os seus hábitos de automedicação. Este resultado converge com a evidência internacional, que documenta que a omissão de informação sobre automedicação e outras práticas de autocuidado é relativamente frequente. Por exemplo, uma revisão sistemática concluiu que entre 20% e 77% dos doentes oncológicos não informam os seus profissionais de saúde sobre o recurso a medicinas complementares e alternativas (Davis et al., 2012). De igual modo, um estudo realizado nos Estados Unidos revelou que entre 10,4% e 15,5% dos inquiridos admitiram já ter omitido informação sobre medicação tomada, e que entre 8,8% e 13,9% reconheceram não ter mencionado aos seus médicos o uso de medicamentos sujeitos a receita médica que haviam sido prescritos a terceiros (Levy et al., 2018).

Embora o inquérito utilizado no presente estudo não recolha informação sobre os motivos específicos que levam os doentes a não divulgar práticas de automedicação, a literatura aponta diversas razões recorrentes: receio de ser julgado ou repreendido, evitar ouvir críticas sobre comportamentos considerados prejudiciais, vergonha, ou a perceção de que não se deve “ocupar” excessivamente o tempo do médico (Levy et al., 2018). Para além destes fatores centrados no doente, barreiras externas e barreiras associadas com o próprio profissional podem igualmente deteriorar a relação médico-doente. Entre estas, incluem-se a falta de empatia, a ausência de contacto visual ou a utilização excessiva de jargão técnico — elementos frequentemente identificados como inibidores de uma comunicação efetiva (Santiago e Gomes, 2024).

Mesmo na ausência de informação específica sobre as razões que levam à não partilha de hábitos de automedicação, torna-se fundamental compreender quais os fatores que influenciam a decisão de comunicar (ou não) essas práticas ao médico de família. A Tabela 8 apresenta, para os inquiridos com experiência prévia de automedicação e com médico de família atribuído, o efeito de diferentes características socioeconómicas, níveis de confiança na automedicação e hábitos de automedicação sobre a probabilidade de reportar essas práticas ao médico. Considerando o modelo mais completo (3), os resultados mostram que os doentes crónicos apresentam uma probabilidade 9,7 pontos percentuais superior de informar o médico de família sobre o recurso à automedicação. Este resultado poderá refletir uma maior proximidade e continuidade da relação clínica — típica do acompanhamento de condições crónicas — ou, em alternativa, uma maior perceção dos riscos associados à automedicação perante uma condição de saúde mais vulnerável.

Adicionalmente, observa-se um gradiente socioeconómico claro na probabilidade de

partilha de informação com o médico de família: quanto maior a facilidade reportada em viver com o rendimento do agregado familiar, maior a predisposição para comunicar os hábitos de automedicação. Em termos quantitativos, indivíduos que referem viver com alguma dificuldade, razoavelmente ou com facilidade apresentam, em média, probabilidades superiores em 20,1 pontos percentuais, 22,2 pontos percentuais e 24,3 pontos percentuais, respetivamente, de informar o médico de família sobre os seus hábitos de automedicação, comparativamente com aqueles que vivem com grande dificuldade. Uma possível interpretação é que pessoas com mais recursos financeiros podem ter mais confiança no diálogo com o médico, não receando eventuais advertências por parte do profissional de saúde, ao passo que pessoas de classes económicas mais desfavorecidas podem evitar comunicar as suas práticas de automedicação por receio de ser reprimidas.

Indivíduos do sexo feminino e pessoas de idade mais avançada evidenciam igualmente uma maior propensão para partilhar informação clinicamente relevante com o médico de família. À semelhança do que sucede com os doentes crónicos, o gradiente etário identificado poderá refletir uma maior perceção de vulnerabilidade entre os indivíduos mais velhos, que poderão reconhecer que potenciais efeitos adversos dos medicamentos podem ter um impacto mais significativo na sua condição de saúde do que entre pessoas mais jovens, geralmente mais saudáveis. Não se observa, porém, influência do nível de escolaridade na transparência de comunicação com o médico, quando se têm em consideração outros fatores socioeconómicos.

Indivíduos com maior índice de confiança em automedicação apresentam uma probabilidade inferior de comunicar ao médico de família que se automedicaram: mesmo controlando pela influência de outras características socioeconómicas, um indivíduo que tenha total confiança no recurso a automedicação tem uma probabilidade 68,5 pontos percentuais mais baixa de reportar

ao médico de família que se automedicou, comparativamente com um indivíduo que não confie minimamente nesta forma de autocuidado. Recorde-se que indivíduos com elevada confiança em automedicação têm menor probabilidade de que o seu episódio de doença seja solucionado unicamente através de automedicação. Apesar das suas tentativas de automedicação serem menos bem-sucedidas, indivíduos com elevada confiança neste regime de autocuidado tendem a não comunicar os seus hábitos de automedicação ao médico.

Este padrão pode também ser interpretado à luz do efeito de Dunning-Kruger e da “dupla carga da incompetência” (*double burden of incompetence*) que lhe está associada (Dunning, 2011). Segundo Dunning (2011), quando a capacidade de avaliar a qualidade de uma resposta depende do mesmo conjunto de conhecimentos e competências necessários para a executar corretamente, indivíduos com menor domínio técnico tendem não só a cometer mais erros, como também a revelar menor capacidade para os identificar. Assim, níveis elevados de confiança em automedicação — não acompanhados pelo conhecimento necessário — podem coexistir com resultados menos bem-sucedidos e, paradoxalmente, com a percepção de que as escolhas realizadas foram as mais adequadas. Ou seja, indivíduos com elevada confiança em automedicação podem não reconhecer plenamente os riscos ou limitações das suas práticas e, por isso, podem não comunicar espontaneamente ao médico de família que recorreram a automedicação, mesmo quando essa confiança não se traduz em maior capacidade de resolver autonomamente o episódio de doença.

Por outro lado, indivíduos que recorrem a medicamentos obtidos em parafarmácias, supermercados ou medicamentos cedidos por familiares ou amigos revelam uma menor propensão para informar o médico de família de que se automedicaram, comparativamente com indivíduos que utilizaram medicamentos

já disponíveis em casa, provenientes de experiências anteriores com episódios de doença semelhantes. Esta diferença poderá refletir a percepção de que o médico desaprovava a obtenção de fármacos por esses canais — sobretudo quando se trata de medicamentos cedidos por terceiros —, levando os inquiridos a omitir essa informação. Importa notar que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre quem adquiriu o medicamento na farmácia e quem recorreu a medicamentos remanescentes de experiências prévias.

A elevada percentagem de inquiridos com experiência em automedicação (51,85%), a par de uma elevada percentagem desses indivíduos que não reportam essa informação ao médico de família (63,08%), reflete a necessidade premente de se promover uma comunicação mais transparente, entre doentes e médicos, no contexto dos cuidados de saúde primários em Portugal. Com efeito, de acordo com orientações nacionais e internacionais, os médicos e outros profissionais de saúde devem ter, tanto quanto possível, informação sobre todos os medicamentos utilizados pelo doente — não só de medicamentos sujeitos a receita médica, mas também de medicamentos não sujeitos a receita médica e de medicamentos tradicionais e complementares (Direção Nacional da Ordem dos Farmacêuticos, 2021; EDQM, 2024).

Para caminhar nesse sentido, importa aferir que práticas podem ser implementadas ou melhoradas. Estratégias como o uso de linguagem clara e não técnica, a criação de um ambiente empático e seguro, a escuta ativa, bem como a discussão ativa de dúvidas e expectativas do doente potenciam uma comunicação médico-doente mais transparente e sólida (Santiago e Gomes, 2024).

	(1) Considerando apenas variáveis socioeconómicas		(2) Considerando confiança em automedicação		(3) Considerando hábitos de automedicação	
	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão
Doente crónico	0,116**	0,056	0,090*	0,054	0,097*	0,054
Capacidade de sobreviver com o rendimento do agregado familiar						
Com alguma dificuldade	0,151**	0,071	0,189***	0,065	0,201***	0,064
Razoavelmente	0,185***	0,069	0,223***	0,063	0,222***	0,062
Facilmente	0,169*	0,093	0,203**	0,089	0,243***	0,090
Sexo biológico feminino	0,112***	0,043	0,124***	0,041	0,120***	0,042
Grupo etário						
20-34	0,148*	0,077	0,163**	0,066	0,170**	0,067
35-49	0,250***	0,075	0,281***	0,064	0,287***	0,066
50-64	0,235***	0,078	0,262***	0,067	0,255***	0,069
65+	0,468***	0,094	0,508***	0,083	0,509***	0,084
Nível de escolaridade						
Ensino básico	0,045	0,065	0,040	0,063	0,048	0,063
Ensino secundário	0,044	0,076	0,040	0,075	0,045	0,075
Ensino superior	0,026	0,079	0,028	0,077	0,034	0,077
Índice de confiança em automedicação			-0,702***	0,151	-0,685***	0,156
Frequência com que se automedica						
Algumas vezes					-0,033	0,047
Muitas vezes					0,076	0,120
Fonte de informação sobre o medicamento						
Experiência anterior com o medicamento					0,009	0,047
Pesquisa na internet ou sugestão de familiares e amigos					-0,035	0,093
Onde obteve o medicamento						
Farmácia					-0,027	0,044
Parafarmácia, supermercado ou cedido por familiares/amigos					-0,317***	0,094
Observações	491		491		485	

*, **, *** indicam significância aos níveis de 10%, 5% e 1%, respetivamente

Tabela 8. Comunicação com o médico de família sobre hábitos de automedicação

Nota: Resultados obtidos com base em modelos de regressão probit. As categorias base são: utente sem doenças crónicas; grande dificuldade em sobreviver com o rendimento total do agregado familiar; sexo biológico masculino; grupo etário 15-19 anos; com ensino primário ou sem qualquer nível de escolaridade completo; raramente recorre a automedicação; obteve informação sobre o medicamento na farmácia; tinha o medicamento em casa de uma experiência anterior.

3.6 Perfis comportamentais de automedicação

As análises anteriores permitiram identificar que fatores socioeconómicos e de saúde subjazem à decisão de recorrer à automedicação, à frequência com que essa prática é adotada e ao seu eventual sucesso. Contudo, as análises focaram-se isoladamente em cada dimensão — motivos, atitudes, fontes de informação ou padrões de utilização — sem esclarecer se estas características se articulam entre si de forma consistente, formando padrões mais amplos de comportamento.

No entanto, identificar padrões comportamentais transversais é essencial para compreender o fenómeno de automedicação de forma mais aprofundada. A título de exemplo: será que indivíduos que se automedicam por reconhecerem o problema de saúde são também aqueles que recorrem com menor frequência à automedicação e que têm mais sucesso? Será que pessoas que atribuem importância à conveniência e celeridade na resolução dos problemas de saúde são as que se automedicam com mais recorrência e que confiam mais no seu conhecimento? Caso se observem padrões, a sua identificação poderá contribuir para o desenho de intervenções capazes de potenciar uma autogestão da doença mais segura e eficaz.

É precisamente neste contexto que a análise de classes latentes assume particular utilidade. Esta metodologia permite identificar subgrupos de indivíduos que, embora não sejam diretamente observáveis, se distinguem pela combinação sistemática de padrões de comportamento revelados através de variáveis

observáveis (Cameron e Trivedi, 2005). Aplicada ao contexto da automedicação em Portugal, esta abordagem evidencia a existência de dois perfis⁷ comportamentais marcadamente distintos: um perfil de automedicação menos frequente e assente na experiência prévia, e um perfil de automedicação mais regular, associado a uma maior valorização do custo de oportunidade de recorrer ao sistema de saúde formal (identificados na Tabela 9 como Perfil 1 e Perfil 2).

Os resultados indicam a existência de dois perfis comportamentais marcadamente distintos em Portugal: um perfil de automedicação menos frequente e assente na experiência prévia, e um perfil de automedicação mais regular, associado a uma maior valorização do custo de oportunidade de recorrer ao sistema de saúde formal.

O primeiro perfil caracteriza indivíduos que recorrem à automedicação de forma mais pontual, motivados sobretudo pelo reconhecimento de problemas de saúde já enfrentados anteriormente ou pela disponibilidade de medicamentos em casa adequados ao problema em questão. Estes indivíduos revelam, em média, níveis mais baixos de confiança no recurso à automedicação e tendem a utilizar esta prática como extensão de experiências previamente adquiridas.

O segundo perfil, por outro lado, retrata indivíduos que recorrem à automedicação de forma mais frequente e orientada essencialmente pela conveniência. Evitar o tempo necessário para obter uma consulta médica surge como motivação central, frequentemente acompanhada pela preocupação em evitar os custos associados a uma consulta médica. Neste perfil, é também mais comum a obtenção de informação na

⁷ A opção por um modelo com duas classes latentes resulta da comparação entre critérios de informação e de viabilidade estatística das soluções alternativas. O modelo com uma única classe apresenta valores superiores no Critério de Informação de Akaike (AIC = 2345,085) e no Critério de Informação Bayesiano (BIC = 2388,148) face ao modelo com duas classes (AIC = 2312,105; BIC = 2381,005), indicando pior ajustamento relativo do modelo com uma única classe. A solução com três classes, embora explorada, não atingiu convergência, inviabilizando a sua interpretação. Assim, a solução de duas classes é simultaneamente a mais parcimoniosa e com melhor qualidade de ajustamento.

farmácia, e observam-se níveis superiores de confiança na capacidade de gerir autonomamente episódios de doença, através do recurso à automedicação.

A maioria dos inquiridos integra o perfil de automedicação pontual e baseado na experiência prévia (56,75%), ao passo que uma proporção menor (43,25%) pertence ao perfil caracterizado por uma utilização mais sistemática da automedicação e por uma maior valorização da conveniência.

Característica	Perfil 1	Perfil 2
Motivo para automedicação		
Conhecimento passado		
Problema similar no passado	56,9%	43,1%
Ainda tinha medicamentos em casa para o problema	64,7%	35,3%
Por sugestão de amigos ou familiares	60,9%	39,1%
Custo de oportunidade elevado		
Para não ter o custo da consulta médica	33,3%	66,7%
Para não perder tempo a consultar um médico	20,6%	79,4%
Forma como tomou conhecimento sobre o medicamento		
Conselho profissional		
Pediu conselho na farmácia	49,2%	50,8%
Conhecimento passado/procura de informação informal		
Teve uma experiência anterior com o medicamento	61,7%	38,3%
Pesquisa na internet ou sugestão de amigos e familiares	57,9%	42,1%
Frequência com que recorre a automedicação		
Raramente	60,5%	39,5%
Algumas vezes	50,3%	49,7%
Muitas vezes	45,8%	54,2%
Quintil de índice de confiança em automedicação		
1º (menor confiança)	65,6%	34,4%
2º	57,0%	43,0%
3º	57,6%	42,4%
4º	52,0%	48,0%
5º (maior confiança)	51,7%	48,3%

Tabela 9. Padrões de comportamento e atitude segundo os perfis de automedicação identificados

Nota: Valores correspondem à probabilidade média de pertença a cada perfil, condicional à resposta observada. Indicam, para cada tipo de comportamento ou atitude, a probabilidade de o indivíduo pertencer ao Perfil 1 ou ao Perfil 2 identificados pelo modelo de classes latentes. A diferença entre as probabilidades médias de pertença ao perfil 1 em indivíduos que recorrem à automedicação “algumas vezes” e “muitas vezes” não é estatisticamente significativa (p=0,685).

O primeiro perfil surge com maior frequência entre pessoas mais velhas, doentes crónicos e indivíduos com menor escolaridade formal, refletindo um padrão de autogestão assente na familiaridade com determinados medicamentos e na continuidade dos cuidados ao longo do tempo. Este grupo inclui, com maior probabilidade, indivíduos com médico de família atribuído no SNS, o que sugere uma integração mais estável nos cuidados primários (Tabela 10). É igualmente um perfil mais comum entre mulheres e entre pessoas que não se encontram profissionalmente ativas. Por outro lado, o segundo perfil — marcado por uma utilização mais frequente da automedicação e por uma maior valorização da conveniência — concentra-se sobretudo em adultos mais jovens, entre os 20 e os 49 anos, que se encontram empregados ou que são trabalhadores independentes (Tabela 10). Os indivíduos neste perfil tendem também a apresentar condições económicas mais favoráveis face aos pertencentes ao primeiro perfil.

A identificação de dois perfis revela que a automedicação em Portugal é um fenómeno estruturalmente heterogéneo. Por conseguinte, políticas uniformes de promoção de uma prática de automedicação segura e eficaz dificilmente responderão às necessidades específicas da população. No caso do perfil de automedicação pontual e baseado em experiência prévia ou em informação informal recolhida especificamente para o episódio (através de pesquisas na internet ou por sugestão de familiares ou amigos), os desafios centrais remetem para a literacia medicamentosa e para a autogestão segura de doenças crónicas. Com efeito, dado que indivíduos neste perfil recorrem à automedicação sobretudo para problemas que reconhecem e para os quais já dispõem de medicamentos em casa, importa reforçar estratégias que ajudem a prevenir a utilização inapropriada de fármacos remanescentes e a mitigar o risco de interações medicamentosas em contexto de multimorbidade. Políticas eficazes neste domínio incluem, por exemplo, um reforço do papel clínico do farmacêutico como ponto de contacto acessível e de confiança,

a promoção de práticas de revisão periódica da medicação — sobretudo entre doentes crónicos — e a criação de mecanismos que facilitem o descarte seguro de medicamentos que já não devem ser utilizados. Estas medidas poderão ajudar a fomentar uma autogestão prudente, reduzindo riscos que tendem a ser mais relevantes entre pessoas mais velhas ou com menor escolaridade formal.

O perfil de automedicação frequente e motivado pela conveniência coloca desafios de natureza distinta. Neste grupo, a prioridade reside em assegurar que a maior regularidade no recurso à automedicação não se traduz em utilizações inadequadas ou no adiamento de cuidados clinicamente necessários. A prevalência deste perfil entre adultos jovens e indivíduos profissionalmente ativos sugere que o custo de oportunidade associado às consultas médicas — mais do que a ausência de informação — desempenha um papel determinante neste comportamento. Assim, intervenções direcionadas a este grupo poderão combinar informação fidedigna com instrumentos que respondam às exigências quotidianas destes indivíduos.

Neste contexto, importa valorizar e potenciar recursos já existentes, como o SNS24, que desempenha um papel central no aconselhamento clínico à distância e no encaminhamento adequado para cuidados formais. A expansão e diversificação das suas funcionalidades digitais, incluindo ferramentas de triagem sintomática, módulos educativos breves sobre automedicação segura ou respostas rápidas sobre o uso apropriado de MNSRM, poderiam reforçar a sua utilidade para este perfil de utilizadores, oferecendo orientação fiável sem comprometer a conveniência que motiva o seu comportamento.

Complementarmente, a melhoria do acesso oportuno a cuidados primários, seja presencialmente ou por via de teleconsulta, poderá reduzir a perceção de que a automedicação constitui a única forma célere de tratamento em episódios agudos de

doença. Por último, o reforço de mensagens claras sobre os limites da automedicação e sobre sinais de alerta que justificam contacto clínico precoce constitui uma estratégia com potencial para mitigar comportamentos moldados por excesso de confiança nesta forma de autocuidado.

Característica	Perfil 1	Perfil 2
Tem médico de família atribuído no SNS		
Não	26,9%	73,1%
Sim	60,9%	39,1%
Doente crónico		
Não	43,2%	56,8%
Sim	84,8%	15,2%
Tem seguro privado de saúde		
Não	63,8%	36,2%
Sim	30,8%	69,2%
Capacidade de sobreviver com o rendimento do agregado familiar		
Com grande dificuldade	77,8%	22,2%
Com alguma dificuldade	58,6%	41,4%
Razoavelmente	51,5%	48,5%
Facilmente	59,6%	40,4%
Sexo biológico		
Masculino	49,0%	51,0%
Feminino	63,1%	36,9%
Grupo etário		
15-19	96,6%	3,4%
20-34	36,8%	63,2%
35-49	5,8%	94,2%
50-64	92,5%	7,5%
65+	93,9%	6,1%
Situação profissional		
Desempregado, estudante, reformado ou inativo	96,2%	3,8%
Empregado ou trabalhador independente	36,8%	63,2%
Nível de escolaridade		
Com ensino primário ou sem escolaridade	91,1%	8,9%
Ensino básico	64,2%	35,8%
Ensino secundário	26,4%	73,6%
Ensino superior	42,9%	57,1%

Tabela 10. Probabilidade de pertencer a cada perfil em função de características individuais

Nota: Valores correspondem à probabilidade média estimada de pertença a cada perfil de automedicação, condicionada às características individuais apresentadas. As estimativas baseiam-se nas probabilidades posteriores obtidas no modelo de duas classes latentes.

4. Que papel para a automedicação?

Que papel para a automedicação?

Num contexto em que o Serviço Nacional de Saúde enfrenta uma pressão crescente e em que as políticas públicas tendem a responsabilizar mais os cidadãos pela gestão quotidiana da sua saúde, compreender os comportamentos de automedicação torna-se particularmente pertinente. Estudos anteriores centraram-se sobretudo na utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica, oferecendo apenas uma visão parcial do fenómeno. O inquérito utilizado no presente estudo permite colmatar essa lacuna, uma vez que analisa automedicação não só com medicamentos de venda livre, mas também com medicamentos sujeitos a receita médica (que tenham sobrado de utilizações anteriores).

Os resultados revelam que a automedicação em Portugal é simultaneamente generalizada — mais de metade dos inquiridos referiu ter recorrido a automedicação em algum momento — e frequentemente eficaz: quase sete em cada dez participantes com experiência prévia com automedicação indicaram que, no episódio mais recente de automedicação, o problema de saúde se resolveu unicamente através desta forma de autocuidado, sem necessidade de recurso subsequente a cuidados profissionais. Importa, no entanto, sublinhar que estes resultados são autorreportados e dizem respeito sobretudo a condições de menor gravidade.

A taxa de sucesso observada também sugere que a população pode estar, de um modo geral, preparada para se envolver em formas mais amplas de autogestão da saúde. Inovações políticas recentes, como a introdução em 2023 da baixa por doença autodeclarada por até três dias consecutivos sem atestado médico (Lei n.º 13/2023), vão nessa direção, reconhecendo formalmente que os cidadãos podem gerir de forma responsável situações de saúde menores sem supervisão profissional direta. Nesse sentido, a automedicação e a baixa por doença autodeclarada podem ser entendidas

como expressões complementares de uma tendência mais ampla em direção a uma maior autonomia do doente e, potencialmente, a uma maior eficiência do sistema de saúde.

Contudo, os resultados revelam igualmente áreas de vulnerabilidade. Mesmo após controlar por características socioeconómicas e de saúde, indivíduos sem médico de família atribuído apresentam maior probabilidade de se automedicarem. Isto sugere que o recurso à automedicação não resulta apenas de uma preferência individual, mas pode resultar de barreiras de acesso a cuidados de saúde. A opção por automedicação desejavelmente deverá resultar de uma avaliação de benefícios e de riscos dessa opção, dado que está disponível a opção de consultar o médico de família que segue regularmente o cidadão. Não deverá ser uma opção escolhida devido à ausência de seguimento por parte de médico de família.

Outro resultado que merece atenção prende-se com a relação entre confiança e sucesso da automedicação: níveis mais elevados de confiança nas próprias capacidades estão associados a uma menor probabilidade de resolução do problema exclusivamente através da automedicação. Uma explicação plausível, alinhada com a literatura sobre o viés cognitivo de excesso de confiança (Dunning, 2011), é a tendência para sobrestimar competências pessoais na gestão de sintomas, o que pode conduzir à escolha de estratégias inadequadas ou ao adiamento da procura de cuidados profissionais.

A este fenómeno soma-se uma importante lacuna de comunicação: 63% dos indivíduos com experiência em automedicação não informam o seu médico de família sobre estes episódios, limitando a capacidade dos profissionais para avaliar riscos, orientar comportamentos e prevenir utilizações inadequadas de medicamentos. Promover uma comunicação mais aberta e transparente entre doentes e médicos nos cuidados de saúde primários é, por isso, essencial. Para

tal, é fundamental criar um ambiente seguro e não punitivo, que encoraje os doentes a partilhar práticas de automedicação e permita aos profissionais oferecer aconselhamento adequado, sem julgamentos desnecessários.

Incentivar uma prática segura e informada de automedicação e, de um modo mais amplo, de autogestão da saúde exige, em primeiro lugar, que se reconheça que a automedicação em Portugal é um fenómeno heterogéneo, em que coexistem dois perfis comportamentais distintos: um perfil menos frequente e baseado na experiência adquirida, predominante entre pessoas mais velhas e com doenças crónicas; e um perfil mais regular, associado à procura de conveniência e mais comum entre adultos jovens e ativos profissionalmente. Estes perfis exigem respostas diferenciadas. Para o primeiro grupo, torna-se prioritário prevenir utilizações inapropriadas de medicamentos remanescentes — como antibióticos — e mitigar riscos de interações medicamentosas em contextos de multimorbidade. Para o segundo, a prioridade é assegurar que a automedicação frequente não substitui a procura atempada de cuidados clinicamente necessários. Neste âmbito, torna-se crucial reforçar e valorizar recursos já existentes, como o SNS24, que desempenha um papel central na prestação de aconselhamento clínico à distância e no apoio à tomada de decisão dos cidadãos. Adicionalmente, a possibilidade de as unidades de cuidados de saúde primários funcionarem em horário alargado, até às 24 horas, nos dias úteis, e aos sábados, domingos e feriados (medida já prevista no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto), ao facilitar o acesso a cuidados de saúde em período pós-laboral, poderá contribuir para reduzir situações de automedicação motivadas sobretudo por barreiras de acesso aos cuidados de saúde primários.

O presente estudo evidencia que a automedicação pode ser benéfica, na medida em que permite a resolução de problemas

de saúde menos graves, de modo eficiente, desde que os indivíduos disponham de informação adequada sobre os medicamentos utilizados e sobre os riscos associados a esta prática. Contudo, a automedicação pode ser prejudicial quando é utilizada, não por escolha informada, mas como um substituto (forçado) de cuidados formais necessários, nomeadamente por parte de cidadãos que não tenham médico de família atribuído no Serviço Nacional de Saúde. Neste contexto, o reforço do papel do farmacêutico enquanto elemento central de uma “automedicação orientada” (Alves da Costa et al., 2023; Baracaldo-Santamaría et al., 2022) poderá contribuir para que o lado benéfico da automedicação — a resolução adequada de problemas de saúde pouco graves — prevaleça sobre a sua vertente negativa, isto é, o recurso à automedicação como solução de último recurso perante dificuldades de acesso a cuidados de saúde primários.

Havendo pouco mais de 50% de inquiridos que usa automedicação de forma pontual e com base em informação obtida por experiência ou recolhida por canais informais, coloca-se a questão de saber qual o valor de ter mecanismos formais e credíveis do ponto de vista técnico de dar auxílio ao cidadão na sua opção. A possibilidade mais óbvia, de recurso a atendimento telefónico, choca com o crescente uso deste meio para triagem de situações potencialmente mais graves. Outras opções são chabot/internet com informação sujeita a “curadoria” ou um mecanismo mais formal junto das farmácias, com mecanismos de referência quando for necessário. Uma possibilidade seria a implementação de um “Protocolo de Apoio à Automedicação”, desenvolvido conjuntamente por médicos e farmacêuticos, que contemplasse critérios de aconselhamento e referência de utentes para os cuidados de saúde primários (ou, em casos mais graves, para a linha SNS24). A operacionalização de um protocolo desta natureza requereria a definição de um modelo de financiamento específico para a atividade de referência realizada pelas farmácias.

Um modelo internacional que poderá servir de inspiração para Portugal é o programa *Pharmacy First* (Farmácia Primeiro), implementado em Inglaterra no período pós-pandemia, e que foi concebido para aliviar a pressão sobre os cuidados de saúde primários (Glover et al., 2025). Neste programa, as farmácias comunitárias aderentes podem assumir a gestão inicial de um conjunto de condições clínicas de menor gravidade (dor de ouvidos, infeções do trato urinário sem complicações em mulheres, dor de garganta, sinusite, impetigo, herpes-zóster e picadas de insetos infetadas), permitindo que o farmacêutico avalie o doente, forneça aconselhamento e, quando necessário, dispense medicamentos sujeitos a receita médica ou encaminhe o doente para o médico de família, serviços de urgência ou outros níveis de cuidados (Glover et al., 2025). Importa notar que no *Pharmacy First* o encaminhamento é bidirecional, já que cuidados de saúde primários, a linha telefónica NHS 111 e serviços de urgência também podem referenciar doentes para farmácias comunitárias, para o acompanhamento de problemas de menor complexidade (Glover et al., 2025). Esta integração permite que as farmácias comunitárias funcionem simultaneamente como porta de entrada no sistema de saúde e como ponto de triagem, assegurando continuidade e segurança no percurso assistencial.

A remuneração das farmácias que prestam consultas farmacêuticas comunitárias, no âmbito do programa *Pharmacy First*, integra diferentes componentes. Em primeiro lugar, as farmácias recebem um pagamento fixo mensal, destinado a cobrir os custos fixos associados à disponibilização deste serviço. Para além deste montante base, cada consulta realizada é remunerada através de um pagamento por ato, até que se atinja um teto mensal de atividade remunerada. Importa destacar que a referência efetuada pelas farmácias no âmbito do *Pharmacy First* não é remunerada de forma autónoma; a remuneração cobre apenas a consulta realizada na farmácia, independentemente de esta resultar em

tratamento ou encaminhamento. Este modelo de financiamento, estabelecido pelo *National Health Service*, combina previsibilidade financeira para as farmácias (através do pagamento fixo), incentivos alinhados com a prestação de atos clinicamente úteis (através do pagamento por consulta) e mecanismos de controlo da despesa e de prevenção de comportamentos oportunistas, assegurados por um limite máximo de consultas remuneradas mensalmente (NHS, 2023).

No caso particular dos doentes crónicos, promover uma automedicação segura exige uma aposta mais estruturada em mecanismos que permitam monitorizar, de forma sistemática, a utilização de medicamentos (prescritos ou não prescritos) reduzindo, assim, os riscos associados à polimedicação, ao recurso a medicamentos remanescentes e às interações medicamentosas. Em Portugal, existem já instrumentos relevantes que importa potenciar. A oferta de serviços de revisão e reconciliação terapêutica em farmácias comunitárias, embora prevista e discutida, ainda não se encontra plenamente disseminada (Direção Nacional da Ordem dos Farmacêuticos, 2021; Associação Nacional das Farmácias, n.d.). Reforçar a disponibilização regular de consultas de revisão e reconciliação da medicação, em que o doente apresentasse todos os medicamentos que utiliza, constituiria um mecanismo simples e eficaz para melhorar a segurança da automedicação entre pessoas com doença crónica. Paralelamente, uma divulgação mais ampla e padronizada, por parte da Direção-Geral da Saúde, de conteúdos orientados para a automedicação segura (em doentes crónicos) — incluindo informações sobre MNSRM a evitar consoante a patologia, sinais de alerta a monitorizar e riscos associados à automedicação — poderia reforçar a literacia em saúde e, desse modo, mitigar o fenómeno de excesso de confiança que alguns indivíduos revelam relativamente à sua capacidade de gerir episódios de doença através da automedicação.

Em suma, a automedicação, quando praticada de forma informada e responsável, pode constituir uma componente relevante da autogestão da saúde, trazendo benefícios tanto para os indivíduos como para o sistema de saúde. Contudo, estes potenciais ganhos só se materializam plenamente se forem adotadas estratégias que promovam práticas seguras, garantam acesso equitativo a cuidados, reforcem a comunicação entre doentes e profissionais e respondam às necessidades específicas dos diferentes perfis comportamentais de automedicação existentes na população.



Comentários finais

Vozes do terreno: Três reflexões de profissionais de saúde sobre automedicação

Humberto Alexandre Martins

Farmacêutico

Automedicação relevante

A automedicação é uma estratégia importante ao serviço da saúde que, quando efetiva, pode responder adequadamente a necessidades de saúde, de forma eficiente, segura e racional. Centrado no cidadão a autoavaliação da gravidade de uma necessidade (real ou percebida) bem como a decisão de como tratá-la (ou mitigá-la pelo menos), a automedicação centra-se no uso de medicamentos sem supervisão médica, e, por isso, recorrendo a medicamentos não sujeitos a receita médica.

Importa assim sublinhar as duas condições essenciais, e cumulativas, para que a automedicação funcione:

1.ª o cidadão entende a necessidade percebida como uma condição de saúde passível de ser identificável e tratável sem uma “consulta” com profissional de saúde;

2.ª o cidadão consegue identificar um medicamento que resolva a necessidade anterior sem aconselhamento especializado e não correndo riscos desproporcionais.

Ambos os requisitos pressupõem uma autonomia do cidadão em relação ao conhecimento das situações e das respostas que pode resolver por si.

Este estudo contribui para que consigamos conhecer melhor o contexto em que estas premissas se verificam e, deste modo, modular intervenções que sustentem uma automedicação relevante para cidadãos e sistema de saúde.

Um dos dados de maior destaque reporta-se a 68,85% das necessidades que os cidadãos consideram resolvidas através de automedicação. Ilustra-se assim que duas em cada três situações foram resolvidas fora da necessidade de contacto mais intenso com o sistema de saúde e de forma autónoma por cada cidadão. Sem uma evidência adicional de ter ocorrido alguma evolução negativa posterior não identificada, parece demonstrar-se a racionalidade e proporcionalidade da automedicação para responder às necessidades identificadas.

Adicionalmente, e sem prejuízo de outras dimensões analisadas (destacando *ad latere* o interesse das que relacionam nível económico e educacional com a automedicação) destacam-se **duas dimensões para uma análise mais farmacêutica:**

- 51,9% dos inquiridos já recorreu à automedicação
- 59,2% acedeu ao medicamento através de farmácia

Segurança na Automedicação

“Alargando a análise a todos os episódios de doença passados, mais de metade dos inquiridos (51,85%) afirmou já ter recorrido à automedicação em algum momento”.

O presente estudo, face a anteriores, considerou o uso de qualquer medicamento pela iniciativa própria do cidadão, incluindo portanto medicamentos sujeitos a receita médica (por exemplo, por estarem disponíveis em casa). Este “alargamento” do conceito de automedicação (para além dos tradicionais medicamentos não sujeitos a receita médica) representa também, um enquadramento adicional em relação ao uso seguro de medicamentos.

Releva deste facto que, face a uma mesma decisão individual de automedicar-se existirem diferentes graus diferentes de risco dependendo da classificação do medicamento usado. Sempre que um cidadão decide automedicar-se com um medicamento sujeito a receita médica está, por definição, a usar um medicamento cujo benefício-risco determinou que a sua utilização fosse sujeita a supervisão profissional, quer em relação à prescrição, quer em relação à dispensa. Há situações em que tal situação deve acontecer: por exemplo, quando é prescrito e dispensado um medicamento com a indicação de utilização em “S.O.S”, ou seja, como resposta a um agravamento possível que deva ser gerido pelo próprio (exemplo prescrição de um analgésico para uso apenas em caso de agravamento de dor). Contudo, e de forma transversal, o recurso a medicamentos sujeitos a receita médica em contexto de “automedicação” implica sempre riscos adicionais porquanto significa que o medicamento está a ser usado fora do contexto da sua prescrição e, mais grave, pode representar um uso potencialmente perigoso para o indivíduo (ex. uso de um analgésico demasiado “potente” para situação com toxicidades renais e hepáticas) e para a sociedade (ex. o mencionado abuso de antibióticos e resistências).

Neste âmbito são evidentes (e conhecidos) os riscos e problemas adicionais relativos ao uso inadequado de medicamentos, tais como antibióticos e analgésicos (opióides mais gravemente), mas também de ansiolíticos, sedativos, antidepressivos ou corticóides. Como potenciais causadores de problemas adicionais de saúde. Nestes casos, se mesmo em contexto de prescrição e dispensa sujeitas a receita médica há claros desafios, a sua utilização em contexto de automedicação necessita de maior atenção e, seguramente, de maior conhecimento em relação à forma como estes medicamentos estarão a ser **(ab)usados**.

Farmacêuticos e acesso através da farmácia

“Entre os inquiridos que referiram já ter tido uma experiência de automedicação, 59,2% indicaram que, na ocasião mais recente, obtiveram o medicamento numa farmácia”.

Mesmo em cenários de automedicação, o acesso a medicamentos através da farmácia continua a ser a via mais segura e confiável para a população.

Há um conjunto de razões técnicas desta qualificação que abrangem não apenas a garantia de um circuito de medicamento regulado (transação de medicamentos apenas possível entre entidades licenciadas) mas, por exemplo, também em relação ao comércio eletrónico através das farmácias (face à proliferação online de ofertas de medicamentos, quase sempre ilegal e em muitos casos envolvendo medicamentos falsificados).

Também o acesso ao farmacêutico, elemento obrigatório e central na atividade de cada farmácia, representa um elo de confiança indispensável a uma prática de automedicação segura. Aconselhamento e orientação em relação a medicamentos, recomendações de utilização, posologias e dosagens máximas. O estudo evidencia e reforça este papel em relação à fonte de informação sobre o medicamento em que, para além da experiência prévia de cada um, é ao farmacêutico que se recorre (54,24%), como seria expectável aliás.

Reforçar a automedicação

A automedicação é hoje uma realidade consolidada em Portugal, como demonstra este estudo. O potencial de impacto positivo na saúde e autonomia de cada cidadão apenas pode ser alcançado com garantias de segurança e racionalidade no uso de medicamentos em contexto de automedicação. O risco associado à utilização desadequada de medicamentos (nomeadamente os sujeitos a receita médica) tem de motivar o reforço de informação e esclarecimento, prevenindo que resultados iatrogénicos revertam o potencial positivo associado à automedicação.

Para um reforço da automedicação é assim necessário voltar às duas condições necessárias e, neste âmbito, identificar o papel dos farmacêuticos.

Quer no apoio à autoavaliação da necessidade de saúde, quer no uso consciente do medicamento a utilizar o farmacêutico pode agir como elemento decisivo em matéria de efetividade e segurança da automedicação. Assim podemos identificar um conjunto de papéis essenciais em:

1. Literacia em saúde (promovendo melhorias na identificação das situações passíveis de tratamento por automedicação);
2. Aconselhamento personalizado (adequado às condições de literacia do cidadão e promovendo bom uso de medicamentos, em particular não sujeitos a receita médica e os de dispensa exclusiva em farmácia);
3. Gestão da “farmácia caseira” (reduzindo medicamentos desadequadamente disponíveis em casa e reduzindo riscos de mau uso);
4. Integração com o sistema de saúde (com intervenções alinhadas em iniciativas multidisciplinares que reforcem um uso adequado dos recursos de saúde, também através da automedicação e gestão das situações ligeiras).

Mónica Granja

Médica de Família

Este estudo sobre a automedicação incide num terreno fascinante da Medicina: o que acontece na cabeça das pessoas que padecem de algum sintoma ou problema antes de chegarem aos serviços de saúde. Quando começam a preocupar-se? O que cogitam? Em que ponto é que se decidem a fazer algo? A procurar ajuda? Como decidem quem procurar? Como organizam na sua cabeça a história das suas queixas?

Para os médicos, as pessoas com sintomas e problemas de saúde são uma espécie de *iceberg*. Estima-se que apenas uns 20% se tornam visíveis, vindo aos serviços de saúde por causa das suas queixas. A linha de água é a decisão de consultar (todo um mundo que também tem o seu fascínio). A automedicação é como um peixe em redor da imensidão submersa desse *iceberg* dos sintomas. Um peixe que voga a níveis variáveis de profundidade, com ocasionais vindas à tona.

Na verdade, como se encontrou neste artigo, a automedicação não é uma só coisa. Ela pode corresponder a medicamentos de venda livre, como o paracetamol e os laxantes, ou aos de prescrição médica obrigatória, como os antibióticos e os calmantes. Não raras vezes, estes últimos são obtidos indevidamente ou reutilizados após prescrição apropriada noutra pessoa ou mesmo a outra pessoa. Uma pessoa pode automedicar-se com fármacos de eficácia conhecida e bem estudada, mas também com produtos placebo, para os quais esta eficácia não está demonstrada, como a maioria dos xaropes para a tosse (ineficácia curiosamente confirmada pelos participantes neste estudo). Pode automedicar-se quando tem problemas agudos, como uma gripe ou uma dor após um esforço, ou quando tem sintomas recorrentes, já seus conhecidos e até diagnosticados, como uma enxaqueca ou alergia. A automedicação pode ainda ser de estrita iniciativa do utilizador (eventualmente guiada por experiências prévias), mas, mais frequentemente, ela é orientada, seja formal (por profissionais de saúde) ou informalmente. Esta orientação informal, tende a ser um processo fluido e em rede, um conhecimento que tem muito de coletivo. Começa em casa, quando os pais tratam as várias maleitas de infância ou cuidam dos seus mais idosos. Passa pela escola, quando se saram joelhos esfolados e pisaduras. Passa por conselhos de família e amigos quando nos veem adoentados. E hoje em dia inclui, inevitavelmente, os *media*, sejam as redes sociais ou o Dr. ChatGPT (que recentemente substituiu o Dr. Google).

Como médica de família, é uma boa notícia que, como revela este estudo, a maioria das pessoas se vá automedicando com medicamentos que já experimentou, para sintomas já seus conhecidos, ou novos, mas ligeiros e de curta duração. É uma automedicação boa, apropriada, segura se no cumprimento das recomendações (inclusas nos respetivos folhetos ou prestadas por profissionais habilitados) e, como revela o estudo, bastante eficaz. Decorre da autonomia da pessoa, do seu percurso de livre-arbítrio desde a noção de ter um problema até decidir, ou não, procurar cuidados. Entre estes dois momentos fica o *iceberg* submerso dos 80% das pessoas com sintomas. É o terreno onde operam o autocuidado e o cuidado coletivo, uma parte desejável e essencial do acesso aos cuidados de saúde.

Mas, claro, há situações que não estão neste meio termo sensato e benéfico. Entre os muitos que nunca se automedicaram há uma parte que não fez porque à primeira queixa, ainda que ligeira de instalação recente, procuram um médico. Alguns habitam permanentemente no cume do iceberg. Chegam-nos à consulta com febre ou com dores e, quando questionados sobre o que já tentaram fazer para aliviar o seu problema, respondem “não tomei nada, não sabia o que tomar”, ou mesmo, “não tomo nada sem indicação médica”. Estas pessoas, nem sempre propriamente iletradas, podem representar várias coisas. Por um lado, há uma tendência securitária da sociedade.

Por outro, alguns têm uma expectativa de que medicina ofereça certezas e respostas que nem sempre existem. É um clássico o “Comecei hoje a ficar constipado e quero atacar isto já, não posso ficar doente”. Só que alguns problemas, como as viroses respiratórias, seguem o seu curso inexoravelmente, indiferentes a xaropes e antibióticos. Por outro lado, ainda, é possível que o sistema de saúde, ao oferecer cada vez mais consultas, exames, medicamentos e vacinas, inclusive a pessoas saudáveis, acabe por descapacitar as pessoas. Se, mesmo se não têm qualquer sintoma é necessário visitar os médicos, como não se alarmar perante o aparecimento de uma indisposição? Por fim, as mudanças na vida comunitária, enfraquecem o conhecimento coletivo e a capacidade para o cuidado mútuo informal.

No extremo oposto, estão as pessoas que se automedicam inapropriadamente, seja com medicamentos não indicados na sua situação, seja usando-os em doses e por períodos não apropriados. Uma situação inquietante que talvez não seja captável neste estudo, é a automedicação com calmantes, substâncias que causam dependência e que também são usadas por pessoas com dependência de drogas. Há casos em que estes calmantes são prescritos corretamente a uma pessoa mas são depois utilizados por terceiros – e nem sempre o prescritor faz contas às quantidades dispensadas. Noutros casos, há dispensa nas farmácias sem a prescrição médica requerida (podemos considerá-la uma automedicação?). Noutros ainda, os calmantes são obtidos online ou no mercado negro. Uma outra forma de automedicação inapropriada, informalmente orientada e emergente é a que as pessoas migrantes muitas vezes fazem à chegada a Portugal, até conseguirem seguimento para os seus problemas de saúde. Com toda uma cultura própria de automedicação, muitos trazem reservas para longos meses, por vezes de fármacos nem sequer disponíveis em Portugal. Há casos de pessoas com cursos de antibióticos para fazer face a constipações, outras com comprimidos de cortisona para crises de asma (medicação que está indicada numa minoria dos casos e normalmente mediante observação médica), outras ainda com grandes reservas de psicotrópos que requerem monitorização mais apertada.

Sobre os determinantes da automedicação, não estranho que ela seja mais prevalente nas pessoas com mais estudos e mais rendimentos, e menos prevalente nos que têm médico de família. Primeiro os medicamentos de venda livre não são para qualquer bolso, mesmo se muitos são pouco mais que placebo. Depois, é natural que, na generalidade, pessoas mais instruídas se sintam mais capacitadas para interpretar e medicar os seus sintomas. E quanto aos que têm médico de família, é possível que quando precisam de aliviar um sintoma tenham medicação antecipadamente prescrita pelo seu médico, ou até que estejam mais capacitados para o autocuidado não farmacológico.

Concordando com as recomendações dos investigadores, sugeria uma mais: um médico de família para cada habitante. Isso salva vidas. Que ninguém tenha de fazer automedicação porque não conseguiu atendimento pelo seu médico quando achou que precisava.

Raquel Souto

Médica de Família

Foi somente há 20 anos que o Decreto-Lei n.º 134/2005 permitiu a venda de MNSRM fora das farmácias, em locais devidamente licenciados, como parafarmácias e supermercados. Em Portugal, muitos usaram em vão o nome da saúde pública, para que reféns de legislação obsoleta, os medicamentos para as constipações, dores de cabeça, dores de dentes, rinites alérgicas, sinusites, diarreia, prisão de ventre ou torcicolos estivessem restritos à esfera farmacêutica. A lista de MNSRM conta atualmente com mais de 2000 números de registo, percorrendo o alfabeto do aciclovir, passando pelo pantoprazol, sem esquecer a terbinafina – com resposta para viroses, refluxo gastroesofágico até ao pé de atleta, sem ter de recorrer a uma consulta médica, ou a uma farmácia.

Como Médica de Família não sou alheia às práticas de automedicação dos meus utentes, questionando em todas as consultas de tipologia doença aguda não urgente, sobre eventual automedicação com MNSRM e MSRM, bem como sobre os efeitos desses medicamentos na resolução ainda que parcial dos sintomas. Encaro a automedicação como uma prática legítima de autocuidado dos utentes, e considero os dados e conclusões deste relatório sobre práticas, determinantes e perfis comportamentais na área da automedicação em Portugal, como uma fonte relevante para se pensar o futuro da prestação de informação sobre MNSRM. Alinhado com os resultados deste relatório que encontra comportamentos de automedicação em elevada percentagem no inquérito conduzido em 2022, não é de estranhar que em 2025, “Como tomar griponal?” apareça no top das Google trends de pesquisas em Portugal.

Apesar de ser favorável a uma disseminação de conhecimento sobre práticas seguras de automedicação, tenho profundas reservas sobre o programa Pharmacy First. Considero que MSRM devem manter-se como restritos à prescrição médica, tal como o nome indica. Vários fluxogramas do programa Pharmacy First resultam na prescrição de antibióticos, sem supervisão médica. Em 2024, a implosão das cinco Administrações Regionais de Saúde, encurralando os cuidados de saúde primários do SNS em redor de 39 Unidades Locais de Saúde hospitalocêntricas, pulverizou igualmente as suas cinco Comissão de Farmácia e Terapêutica. Estas comissões multiprofissionais compilavam informação sobre os padrões de prescrição, nomeadamente consumo de antibióticos por classe terapêutica no ambulatório, deixando os programas de apoio à prescrição antibiótica mesmo dentro da classe médica, sem rumo. Neste estado de desconhecimento e abandono, a que parece estar votada esta área da prescrição, introduzir práticas de prescrição por profissionais não médicos, será insensato. O Despacho n.º 10901/2022, que regulamenta a área de controlo de infeção e RAM em Portugal, deveria garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica nacionais de infeção associada a cuidados de saúde, de consumo de antimicrobianos e de resistências a antimicrobianos. Os últimos dados que consigo consultar sobre esta temática em ambulatório, referem-se ao ano de 2020.

Para terminar numa nota positiva, referir que a possibilidade que os trabalhadores possuem desde 2023 de acesso a uma autodeclaração de doença (ADD), foi do meu ponto de vista de Coordenadora de uma USF modelo B, revolucionária, com impacto real (ainda que empírico) na redução de procura de consulta de doença aguda não urgente. Muitos utentes com doença ligeira, com conhecimentos para autocuidado no domicílio com MNSRM, recorriam à USF para obterem um certificado de incapacidade temporária para o trabalho, de forma a justificarem a sua ausência laboral. Seria importante que os gestores do SNS considerassem estudar de forma quantitativa o impacto desta medida, que juntamente com maior informação de qualidade sobre automedicação responsável, poderia reforçar a tendência de redução de pressão assistencial no SNS, destes utentes com doença ligeira.

REFERÊNCIAS

Aljinović-Vučić, V. (2025, July). *Self-Medication as a Global Health Concern: Overview of Practices and Associated Factors — A Narrative Review*. In *Healthcare* (Vol. 13, No. 15, p. 1872). MDPI.

Alves da Costa, F. ., Paulino, E., & Crisóstomo, S. (2023). *Role of Portuguese community pharmacy and pharmacists in self-care*. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 12, 100334.

Assembleia da República. (2023). “Lei n.º 13/2023, de 3 de abril”. *Diário da República 1ª Série*, 66 (abril): 2-85. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/13-2023-211340863>

Associação Nacional das Farmácias. (n.d.). *Área Prioritária 12: Revisão e Reconciliação da Terapêutica*. <https://www.livrobrancodasfarmaciasportuguesas.pt/dimensao-i/area-prioritaria-12/>

Almeida, I., Rocha, C., & Balteiro, J. (2022). *Prevalence of self-medication in portuguese adolescents*. *Portuguese Journal of Public Health*, 40(2), 122-130.

Baley, I., & Veldkamp, L. (2023). *Bayesian learning*. In *Handbook of Economic Expectations* (pp. 717-748). Academic Press.

Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84(2), 191.

Baracaldo-Santamaría, D., Trujillo-Moreno, M. J., Pérez-Acosta, A. M., Feliciano-Alfonso, J. E., Calderon-Ospina, C. A., & Soler, F. (2022). *Definition of self-medication: a scoping review*. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 13, 20420986221127501.

Barros, P. (2024). *Sobre a Gestão do Doente Crónico*. *Nova School of Business and Economics*. <https://doi.org/10.34619/es7n-fmm3>

Bennadi, D. (2013). *Self-medication: A current challenge*. *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*, 5(1), 19. Cavadas, 2021

Brass, E. P. (2001). *Changing the status of drugs from prescription to over-the-counter availability*. *New England Journal of Medicine*, 345(11), 810-816.

Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. D. (2001). *Bad is stronger than good*. *Review of General Psychology*, 5(4), 323-370.

Cameron, A. C., & Trivedi, P. K. (2005). *Microeconometrics: methods and applications*. Cambridge University Press. Canady, B. E., & Larzo, M. (2023). *Overconfidence in managing health concerns: The Dunning–Kruger effect and health literacy*. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 30(2), 460-468.

Cavadas, V. (2021). *Automedicação Evidência do Inquérito Nacional de Saúde 2019*. [Master thesis, Universidade de Coimbra]. https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/100695/1/DocFinalMestrado_vFinal20211017.pdf

Chang, F. R., & K. Trivedi, P. (2003). *Economics of self medication: theory and evidence*. *Health Economics*, 12(9), 721-739.

Davis, E. L., Oh, B., Butow, P. N., Mullan, B. A., & Clarke, S. (2012). *Cancer patient disclosure and patient-doctor communication of complementary and alternative medicine use: a systematic review*. *The Oncologist*, 17(11), 1475-1481.

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021–2030*. Ministério da Saúde. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf

Direção-Geral da Saúde. (n.d.). *Dia Mundial da Segurança do Doente 2022*. *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026*. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026/dia-mundial-da-seguranca-do-doente-2022.aspx>

Direção Nacional da Ordem dos Farmacêuticos. (2021). *Orientações para a Revisão da Medicação*. Dunning, D. (2011). *The Dunning–Kruger effect: On being ignorant of one’s own ignorance*. In *Advances in*

Experimental Social Psychology (Vol. 44, pp. 247-296). Academic Press.

EDQM - European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare. (2020). *Guidelines on Medication Review*. Council of Europe.

Glover, R. E., Lalani, M., Sonnex, K., Allen, T., Anderson, C., Ashiru-Oredope, D., ... & Mays, N. (2025). *A mixed methods protocol for an impact and implementation evaluation of the Pharmacy First Services for management of common conditions in England*. *International Journal of Pharmacy Practice*, 33(2), 152-161.

Grady, P. A., & Gough, L. L. (2014). *Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions*. *American Journal of Public Health*, 104(8), e25-e31.

Hughes, C. M., McElnay, J. C., & Fleming, G. F. (2001). *Benefits and risks of self medication*. *Drug Safety*, 24(14), 1027-1037.

Jin, R., Liu, C., Chen, J., Cui, M., Xu, B., Yuan, P., & Chen, L. (2024). *Exploring medication self-management in polypharmacy: a qualitative systematic review of patients and healthcare providers perspectives*. *Frontiers in Pharmacology*, 15, 1426777.

Kłoda, K., Babicki, M., Biesiada, A., Gałzka-Sobotka, M., Kowalska-Bobko, I., & Mastalerz-Migas, A. (2024). *Self-medication of adults and children in Poland—results from outpatient health care physicians online questionnaire*. *Frontiers in Pharmacology*, 15, 1413811.

Levy, A. G., Scherer, A. M., Zikmund-Fisher, B. J., Larkin, K., Barnes, G. D., & Fagerlin, A. (2018). *Prevalence of and factors associated with patient nondisclosure of medically relevant information to clinicians*. *JAMA Network Open*, 1(7), e185293-e185293.

Ministério da Saúde. (2005). “Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto”. *Diário da República 1ª Série*, 156 (agosto): 4763-4765. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/134-2005-243692> Ministério da Saúde. (2006). “Decreto-Lei n.º 176/2006,

de 30 de agosto”. *Diário da República 1ª Série*, 167 (agosto): 6297-6383. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/176-2006-540387>

Ministério da Saúde. (2007). “Decreto-Lei n.º 238/2007, de 19 de junho”. *Diário da República 1ª Série*, 116 (junho): 3898. <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/decreto-lei/238-2007-639284>

Ministério da Saúde. (2013). “Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro”. *Diário da República 1ª Série*, 171 (junho): 5524-5626. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/128-2013-499269>

Ministério da Saúde. (2017). “Decreto-Lei n.º 6429/2013, de 25 de julho”. *Diário da República 2ª Série*, 142 (julho): 15406-15406. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6429-2017-107744169>

Ministério da Saúde. (2006). “Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto”. *Diário da República 1ª Série*, 167 (agosto): 6297-6383. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/176-2006-540387>

Molina Aguilar, J. (2025). *Self-Medication: A Bayesian Approach Proposal*. *ConSciencia Sanitaria SRS*, 2(2), 110-120.

Motta, M., Callaghan, T., & Sylvester, S. (2018). *Knowing less but presuming more: Dunning-Kruger effects and the endorsement of anti-vaccine policy attitudes*. *Social Science & Medicine*, 211, 274-281.

Moura, A., & Barros, P. P. (2020). *Entry and price competition in the over the counter drug market after deregulation: Evidence from Portugal*. *Health economics*, 29(8), 865-877.

NHS. (2023). *Pharmacy First letter to contractors*. <https://www.gov.uk/government/publications/pharmacy-first-contractual-framework-2023-to-2025/pharmacy-first-letter-to-contractors>

Nunes de Melo, M., Madureira, B., Nunes Ferreira, A. P., Mendes, Z., da Costa Miranda, A., & Martins, A. P. (2006). *Prevalence of self-medication in rural areas of Portugal*. *Pharmacy World and Science*, 28(1), 19-25.

Ocan, M., Obuku, E. A., Bwanga, F., Akena, D., Richard, S., Ogwal-Okeng, J., & Obua, C. (2015). Household antimicrobial self-medication: a systematic review and meta-analysis of the burden, risk factors and outcomes in developing countries. *BMC Public Health*, 15(1), 742.

Ostermann, H., Renner, A. T., Bobek, J., Schneider, P., & Vogler, S. (2015). A cost/benefit analysis of selfcare systems in the European Union. *European Commission, DG Sante*.

Presidência do Conselho de Ministros. (2022). “Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto”. *Diário da República 1ª Série*, 150 (agosto): 5-52. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

Ramalhinho, I., Cordeiro, C., Cavaco, A., & Cabrita, J. (2014). Assessing determinants of self-medication with antibiotics among Portuguese people in the Algarve Region. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 36(5), 1039-1047.

Rozin, P., & Royzman, E. B. (2001). Negativity bias, negativity dominance, and contagion. *Personality and Social Psychology Review*, 5(4), 296-320.

Santiago, L. M., & Gomes, C. (2024). *Relação médico-doente: principais obstáculos e como superá-los*. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 40(3), 268-284.

Simões, P. A., Santiago, L. M., & Simões, J. A. (2020). Prevalence of polypharmacy in the older adult population within primary care in Portugal: a nationwide cross-sectional study. *Archives of Medical Science: AMS*, 20(4), 1118.

Singh, B., Bhat, A., & Ravi, K. (2024). Antibiotics misuse and antimicrobial resistance development in agriculture: a global challenge. *Environment & Health*, 2(9), 618-622.

Tavares, A. I. (2025). How does OTC drugs consumption relate to prescribed drugs and health care consultations in Europe?. *Health Policy*, 155, 105307.

Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases: Biases in judgments reveal some heuristics of thinking under uncertainty. *Science*, 185(4157), 1124-1131.

World Health Organization. (1998). *The Role of the pharmacist in self-care and self-medication: report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, The Hague, The Netherlands, 26-28 August 1998*. In *The Role of the pharmacist in self-care and self-medication: report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, The Hague, The Netherlands, 26-28 August 1998*.

World Health Organization. (2023, November 21). *Antimicrobial resistance*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>

CRÉDITOS DE IMAGENS

As fotografias utilizadas foram extraídas do banco de imagens Freepik: www.freepik.com/free-photo

ANEXOS

	(1) Pessoas com idade 15+		(2) Pessoas com idade 15-49		(3) Pessoas com idade 50+	
	Coefficiente	Erro padrão	Coefficiente	Erro padrão	Coefficiente	Erro padrão
Médico de família atribuído no SNS	0,108**	0,043	0,184***	0,051	-0,053	0,073
Doente crónico	0,102***	0,031	0,069	0,050	0,122***	0,040
Seguro de saúde privado	0,058	0,036	0,086**	0,043	-0,016	0,064
Capacidade de sobreviver com o rendimento do agregado familiar						
Com alguma dificuldade	-0,080	0,049	-0,094	0,081	-0,086	0,063
Razoavelmente	-0,022	0,048	-0,038	0,081	-0,020	0,060
Facilmente	0,021	0,061	0,038	0,095	-0,031	0,084
Sexo biológico feminino	-0,001	0,026	0,017	0,037	-0,024	0,037
Grupo etário						
20-34	0,124*	0,073	0,125	0,082		
35-49	0,036	0,069	0,033	0,080		
50-64	0,048	0,067				
65+	0,046	0,066			-0,005	0,044
Trabalhador	0,052	0,039	0,061	0,064	0,038	0,047
Nível de escolaridade						
Ensino básico	0,041	0,038	-0,003	0,088	0,050	0,043
Ensino secundário	0,020	0,044	-0,030	0,090	0,030	0,055
Ensino superior	0,038	0,047	-0,025	0,092	0,070	0,073
Índice de confiança em automedicação	1,676***	0,075	1,631***	0,104	1,755***	0,105
Observações	1.050		531		519	

*, **, *** indicam significância aos níveis de 10%, 5% e 1%, respetivamente

Tabela 11. Probabilidade de já se ter automedicado, considerando a influência do índice de confiança em automedicação

Nota: Resultados obtidos com base em modelos de regressão linear. As categorias base são: utente sem médico de família atribuído no SNS; utente sem doenças crónicas; utente sem seguro de saúde privado; grande dificuldade em sobreviver com o rendimento total do agregado familiar; sexo biológico masculino; desempregado, estudante, reformado ou inativo; com ensino primário ou sem qualquer nível de escolaridade completo; nos modelos (1) e (2) o grupo etário base é 15-19 anos; no modelo (3) o grupo etário base é 50-64 anos.

	(1) Raramente		(2) Algumas vezes		(3) Muitas vezes	
	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão
Médico de família atribuído no SNS	0,138**	0,057	-0,098**	0,038	-0,040**	0,020
Doente crónico	-0,056	0,049	0,041	0,036	0,014	0,013
Seguro de saúde privado	-0,018	0,052	0,014	0,039	0,005	0,013
Capacidade de sobreviver com o rendimento do agregado familiar						
Com alguma dificuldade	0,072	0,076	-0,051	0,052	-0,021	0,024
Razoavelmente	0,118	0,074	-0,086*	0,051	-0,032	0,024
Facilmente	0,053	0,098	-0,037	0,068	-0,016	0,030
Sexo biológico feminino	-0,049	0,039	0,037	0,030	0,012	0,010
Grupo etário						
20-34	-0,006	0,107	0,004	0,082	0,001	0,025
35-49	-0,022	0,110	0,017	0,085	0,005	0,026
50-64	0,012	0,109	-0,009	0,084	-0,003	0,025
65+	-0,059	0,115	0,044	0,087	0,015	0,028
Trabalhador	-0,088*	0,052	0,067*	0,040	0,020*	0,012
Nível de escolaridade						
Ensino básico	0,058	0,067	-0,045	0,051	-0,013	0,016
Ensino secundário	0,032	0,074	-0,025	0,056	-0,008	0,018
Ensino superior	-0,064	0,086	0,046	0,062	0,018	0,024
Índice de confiança em automedicação	-0,893***	0,135	0,675***	0,105	0,218***	0,050
Observações	548		548		548	

*, **, *** indicam significância aos níveis de 10%, 5% e 1%, respetivamente

Tabela 12. Efeitos marginais médios relativos à frequência com que se recorre a automedicação, para indivíduos que já se automedicaram pelo menos uma vez no passado e considerando a influência do índice de confiança em automedicação

Nota: Resultados obtidos com base em modelos de regressão probit ordenados. As categorias base são: utente sem médico de família atribuído no SNS; utente sem doenças crónicas; utente sem seguro de saúde privado; grande dificuldade em sobreviver com o rendimento total do agregado familiar; sexo biológico masculino; grupo etário base é 15-19 anos; desempregado, estudante, reformado ou inativo; com ensino primário ou sem qualquer nível de escolaridade completo.

	(1) Pediu conselho na farmácia		(2) Teve uma experiência anterior com esse medicamento		(3) Pesquisa na internet ou sugestão de familiares e amigos	
	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão
Médico de família atribuído no SNS	-0,077	0,069	0,097	0,070	-0,020	0,036
Doente crónico	-0,100**	0,050	0,109**	0,053	-0,009	0,035
Capacidade de sobreviver com o rendimento do agregado familiar						
Com alguma dificuldade	0,055	0,083	-0,060	0,086	0,006	0,047
Razoavelmente	0,012	0,080	0,017	0,083	-0,029	0,045
Facilmente	-0,022	0,104	0,008	0,109	0,014	0,069
Sexo biológico feminino	-0,032	0,044	0,079*	0,045	-0,047*	0,024
Grupo etário						
20-34	0,040	0,108	0,117	0,119	-0,157	0,120
35-49	0,052	0,109	0,161	0,120	-0,213*	0,123
50-64	0,044	0,107	0,190	0,118	-0,234**	0,118
65+	0,074	0,112	0,113	0,122	-0,187	0,126
Trabalhador	-0,010	0,066	-0,016	0,068	0,026	0,030
Nível de escolaridade						
Ensino básico	-0,136*	0,071	0,081	0,072	0,055	0,043
Ensino secundário	-0,045	0,083	0,056	0,083	-0,010	0,039
Ensino superior	-0,107	0,087	0,110	0,088	-0,004	0,044
Índice de confiança em automedicação	0,180	0,158	-0,202	0,160	0,022	0,079
Observações	543		543		543	

*, **, *** indicam significância aos níveis de 10%, 5% e 1%, respetivamente

Tabela 13. Efeitos marginais médios relativos à probabilidade de obtenção de informação sobre o medicamento tomado, por local, para indivíduos que já se automedicaram pelo menos uma vez no passado e tendo em consideração o índice de confiança em automedicação

Nota: Resultados obtidos com base num modelo de regressão multinomial. As categorias base são: utente sem médico de família atribuído no SNS; utente sem doenças crónicas; grande dificuldade em sobreviver com o rendimento total do agregado familiar; sexo biológico masculino; grupo etário base é 15-19 anos; desempregado, estudante, reformado ou inativo; com ensino primário ou sem qualquer nível de escolaridade completo.

	(1) Tinha de uma experiência anterior		(2) Farmácia		(3) Parafarmácia, supermercado ou cedido por amigo/familiar	
	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão
Médico de família atribuído no SNS	0,005	0,069	-0,002	0,069	-0,003	0,020
Doente crónico	0,040	0,054	-0,033	0,055	-0,007	0,020
Seguro de saúde privado	0,038	0,059	-0,036	0,060	-0,002	0,017
Capacidade de sobreviver com o rendimento do agregado familiar						
Com alguma dificuldade	-0,190**	0,089	0,170*	0,088	0,020	0,030
Razoavelmente	-0,127	0,088	0,131	0,088	-0,004	0,026
Facilmente	-0,259**	0,105	0,248**	0,106	0,011	0,030
Sexo biológico feminino	-0,041	0,044	0,069	0,045	-0,028*	0,016
Grupo etário						
20-34	-0,200*	0,121	0,198*	0,119	0,001	0,024
35-49	-0,177	0,122	0,171	0,120	0,006	0,026
50-64	-0,148	0,119	0,154	0,117	-0,006	0,025
65+	-0,169	0,124	0,138	0,122	0,032	0,044
Trabalhador	0,070	0,064	-0,062	0,064	-0,008	0,015
Nível de escolaridade						
Ensino básico	-0,058	0,073	0,031	0,072	0,027	0,017
Ensino secundário	-0,036	0,084	0,029	0,084	0,007	0,018
Ensino superior	-0,073	0,092	0,047	0,092	0,026	0,020
Índice de confiança em automedicação	0,103	0,159	-0,117	0,161	0,014	0,049
Observações	548		548		548	

*, **, *** indicam significância aos níveis de 10%, 5% e 1%, respetivamente

Tabela 14. Local de obtenção do medicamento tomado em regime de automedicação, para indivíduos que já se automedicaram pelo menos uma vez no passado e tendo em consideração o índice de confiança em automedicação

Nota: Resultados obtidos com base num modelo de regressão multinomial. As categorias base são: utente sem médico de família atribuído no SNS; utente sem doenças crónicas; utente sem seguro de saúde privado; grande dificuldade em sobreviver com o rendimento total do agregado familiar; sexo biológico masculino; grupo etário base é 15-19 anos; desempregado, estudante, reformado ou inativo; com ensino primário ou sem qualquer nível de escolaridade completo.

Relatório
Automedicação em Portugal

Autores:
Pedro Pita Barros
Carolina Santos

Enquadramento institucional:
Cátedra BPI | Fundação "la Caixa" em Economia da Saúde

Coordenação científica:
Pedro Pita Barros

DOI:
10.34619/pf8r-sxoy

Design gráfico e paginação:
Joana Correia

Data de publicação:
Dezembro de 2025

 BPI |  Fundação "la Caixa" |  NOVA SCHOOL OF BUSINESS & ECONOMICS

SOCIAL EQUITY INITIATIVE

KNOWLEDGE-DRIVEN PROGRESS

 NOVA SCHOOL OF BUSINESS & ECONOMICS **Health Economics & Management**
Knowledge Center