

**ANÁLISE DA AUTOMEDICAÇÃO EM PORTUGAL E SEUS
INTERVENIENTES**

Rui Manuel Antunes Nogueira

Tese submetida, como requisito parcial, para a obtenção do grau de Mestre
em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor Francisco Nunes, Professor Auxiliar. ISCTE Business School -
Departamento de Ciências de Gestão.

Setembro 2011

Resumo

A automedicação é uma prática cada vez mais comum e reconhece-se que o acesso à Farmácia para a automedicação é uma prática em crescendo em Portugal, muitas das vezes devido à falta de resposta efectiva do Sistema Nacional de Saúde para suportar a procura por parte das pessoas com problemas de saúde.

O presente estudo foca a forma como o utente encara a automedicação, correlacionando vários conceitos: frequência da automedicação a confiança no farmacêutico, a atitude face aos medicamentos não sujeitos a receita médica, a auto-eficácia e a auto-regulação.

Com base numa amostra de 168 indivíduos, os resultados obtidos mostram que não existe uma relação entre a automedicação e a confiança no farmacêutico ($\beta = -0,055$; $p = 0,464$), confiança nos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) ($\beta = 0,065$; $p = 0,404$) e na auto-eficácia ($\beta = -0,124$; $p = 0,109$), mas existe uma relação muito forte entre a automedicação e a motivação, demonstrando-se que quanto mais elevado é o valor da motivação autónoma ($\beta = 0,433$; $p = 0,000$) maior é a tendência para a automedicação, e quanto mais alto é o valor da motivação controlada ($\beta = -0,376$; $p = 0,000$) menor é a tendência para a automedicação.

Palavras-Chave: automedicação, confiança no farmacêutico, medicamentos não sujeitos a receita médica, auto-eficácia, auto-regulação.

JEL Classification System: I12 (Health production), I19 (Other).

Abstract

Self-medication is an increasingly common practice and it is acknowledged that the access to the pharmacy for self-medication is a growing practice in Portugal, often due to lack of effective response from the National Health System to support the demand from people with health problems.

This study focuses on how a user faces the self-medication, trying to correlate various concepts: self-medications, trust on the pharmaceuticals, attitudes towards drugs not subjected to medical prescription, self-efficacy and self-regulation.

Based on a sample of 168 individuals, the obtained results show no relation between self-medication and the trust in the pharmacist ($\beta = -0,055$; $p = 0,464$), the trust in drugs not subjected to medical prescription ($\beta = 0,065$; $p = 0,404$) and the self-efficacy ($\beta = -0,124$; $p = 0,109$), but there is a very strong relation between self-medication and motivation; this study shows that the higher is the value of autonomous motivation ($\beta = 0,433$; $p = 0,000$) the higher is the tendency to self-medication, and the higher is the value of controlled motivation ($\beta = -0,376$; $p = 0,000$) the smaller is the tendency to self-medication.

Keywords: self-medication, trust in the pharmacist, drugs not subjected to medical prescription, self-efficacy, self-regulation.

Agradecimentos

Quero deixar expresso o meu profundo reconhecimento a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, me apoiaram na elaboração deste trabalho. De entre todos é justo distinguir o meu orientador Professor Doutor Francisco Nunes pelos seus judiciosos conselhos.

Aos meus pais, a quem, depois de Deus, tudo devo.

À Rafaela, minha musa inspiradora, minha fonte inesgotável de alento.

Índice

Resumo.....	ii
Abstract	iii
Agradecimentos.....	iv
Índice.....	v
Índice de abreviaturas.....	vii
Índice de figuras	viii
Índice de quadros	ix
Capítulo I.....	10
Introdução	10
Capítulo II	12
Revisão bibliográfica	12
Enquadramento teórico	12
Automedicação e economia	14
Automedicação e o utente	16
Automedicação e o farmacêutico	17
Automedicação e medicamentos não sujeitos a receita médica.....	20
Automedicação e auto-eficácia	21
Automedicação e auto-regulação	23
Capítulo III.....	28
Metodologia	28
Amostra.....	28
Medidas.....	31
Pré-teste.....	36
Capítulo IV.....	38
Resultados	38
Teste de hipóteses	41
Modelo de regressão linear	43
Capítulo V	45
Conclusões	45
Limitações do estudo.....	49

Contribuições e recomendações para o futuro	49
Bibliografia	50
Anexos.....	55
Anexo I – Questionário de pré-teste.....	56
Anexo II – Questionário final.....	59
Anexo III - Distribuição das percentagens (%) e frequência de respostas para cada item da pergunta “ Considerando que vai recorrer à farmácia para se automedicar, pensando no farmacêutico que o vai atender, em que medida concorda e discorda com estas afirmações? “ (escala da confiança no farmacêutico).	62
Anexo IV - Distribuição das percentagens (%) e frequência de respostas para cada item da pergunta “ Em que medida concorda ou discorda com as seguintes afirmações, sobre medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)?” (escala de atitude face aos MNSRM).....	63
Anexo V - Distribuição das percentagens (%) e frequência de respostas para cada item das perguntas sobre auto-eficácia.	64
Anexo VI - Distribuição das percentagens (%) e frequência de respostas para cada item das perguntas sobre auto-regulação.	65
Anexo VII – Resultados variáveis.....	66
Anexo VIII – Resultados da análise factorial exploratória	67
Anexo IX - Resultados do teste de hipóteses	70
Anexo X – Resultados da regressão linear	71

Índice de abreviaturas

AIM – Autorização de Introdução no Mercado

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

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

OMS – Organização Mundial de Saúde

KMO - *Kaiser-Meyer-Olkin*

SDT - *Self-Determination Theory*

Índice de figuras

Figura 1 - Sequência motivacional subjacente à Teoria da Autodeterminação (adaptado de: Vallerand, 2001, 2007; Vallerand & Losier, 1999; Vallerand e Ratelle, 2002).....	24
Figura 2 - Continuação da teoria da autodeterminação.....	26
Figura 3 - Caracterização da amostra segundo a frequência a que recorre à automedicação (n=168).....	38
Figura 4 - Valores das correlações entre as hipóteses e frequência de automedicação no modelo conceptual da Análise da Automedicação e seus Intervenientes.....	42

Índice de quadros

Quadro 1 - Caracterização da amostra(n=168).....	30
Quadro 2 - Análise da consistência interna para as escalas utilizadas no estudo.....	33
Quadro 3 - Valores da variância total explicada.....	34
Quadro 4 - Resultados obtidos para análise factorial com rotação <i>Varimax</i> e para determinação do coeficiente <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i>	35
Quadro 5 - Caracterização da amostra segundo a frequência a que se recorreu à automedicação nos últimos 6 meses.....	39
Quadro 6 - Caracterização da amostra segundo a frequência a que recorre à toma de medicamentos por iniciativa própria (automedicação).....	39
Quadro 7 - Análise da correlação de <i>Spearman</i> entre as variáveis ordinais; frequência de automedicação (6 meses) e frequência de automedicação.....	40
Quadro 8 – Valores das correlações entre as hipóteses e frequência de automedicação.....	41
Quadro 9 - Valores sumários do modelo.....	43
Quadro 10 - Valores do método Anova.....	43
Quadro 11 – Coeficientes.....	44

Capítulo I

Introdução

A automedicação é uma prática que se verifica desde há muitos anos. Segundo a OMS a automedicação é um fenómeno em crescimento nas sociedades europeias. Em Portugal, dados do Inquérito Nacional de Saúde datados de 1995, registam, também, a tendência do crescimento da automedicação, na ordem dos 33,5% (DEPS, Ministério da Saúde, 1995).

A realização desta dissertação pretende analisar de que forma o utente opta pela automedicação. Apesar da decisão de medicação ser um acto médico, devido ao crescente acesso à informação, cada vez mais o utente participa nas decisões quanto aos problemas de saúde e respectiva medicação.

Actualmente a toma de medicamentos e as formas como os indivíduos a praticam são preocupações crescentes das instituições responsáveis. Os estudos realizados disponíveis são ainda muito incipientes. Parece, pois, importante haver um estudo que retrate o modo como os utentes encaram a sua automedicação, a sua frequência, a confiança que têm no farmacêutico, as atitudes face aos medicamentos não sujeitos a receita médica, a auto-eficácia e auto-regulação; enfim, do mecanismo intelectual que enforma a sua decisão, sem recurso à opinião de um médico.

Este estudo é dirigido, a utentes de ambos os sexos, da população em geral, com idade superior a 18 anos, e foi levado a cabo através do envio de um questionário por correio electrónico.

Esta dissertação apresenta a seguinte estrutura:

O primeiro capítulo revela o enquadramento da dissertação e a descrição do problema.

O capítulo dois é uma revisão bibliográfica sobre o tema automedicação, centra-se nas seguintes áreas: automedicação e a economia, automedicação e o utente, automedicação e o farmacêutico, a automedicação e os medicamentos não sujeitos a receita médica, automedicação e a auto-eficácia, automedicação e a auto-regulação.

O capítulo três é composto pela descrição da amostra, as medidas utilizadas, fazendo referência ao processo de amostragem, ao desenvolvimento do questionário e aos procedimentos para a recolha.

O capítulo quatro é formado pela discussão dos resultados obtidos.

O capítulo cinco completa a dissertação, expondo as conclusões, as limitações e recomendações quanto a desejáveis posteriores evoluções deste estudo.

Capítulo II

Revisão bibliográfica

Enquadramento teórico

Medicamento é toda a substância ou associação de substâncias apresentado como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas (INFARMED, acedido em 21/02/2010). O medicamento destina-se a prevenir ou a tratar doenças, mas o seu consumo pode tornar-se perigoso para o consumidor, seja devido à sua nocividade intrínseca, seja a uma má utilização (Santos, 2006).

Não obstante, o profissional de saúde é a pessoa legalmente habilitada a prescrever, dispensar ou administrar medicamentos, designadamente, médicos, médicos dentistas ou farmacêuticos (INFARMED, acedido em 21/02/2010). Nos últimos anos temos assistido ao crescimento de medicamentos tomados por iniciativa própria, sem aconselhamento de um profissional de saúde, atitude vulgarmente designada de automedicação.

Segundo a OMS (1988), a automedicação é um fenómeno em crescimento, também nos países europeus, cuja expressão em 1996 estava estimada em 30,0% da totalidade dos medicamentos consumidos. Em Portugal, os dados do Inquérito Nacional de Saúde registam também essa tendência de crescimento. Do total de procedimentos adoptados perante problemas de saúde, o recurso à automedicação representava, em 1984 - 21,3% e em 1995 - 33,5% do total dos fármacos consumidos (DEPS, Ministério da Saúde, 1984, 1995).

A automedicação, segundo a OMS, envolve o uso de medicamentos por parte do utente, para tratar doenças ou sintomas por si reconhecidos, ou referente ao uso de medicamentos já prescritos por um médico para uma doença crónica ou recorrente do próprio ou de alguém conhecido (OMS, 2000).

Segundo o despacho nº. 17690/2007, a automedicação é a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde (Diário da República, 2007).

A utilização de MNSRM é hoje uma prática integrante do sistema de saúde. Contudo, esta prática de automedicação tem de estar limitada a situações clínicas bem definidas e deve efectuar-se de acordo com as especificações estabelecidas para aqueles medicamentos (Diário da República, 2007).

Para alcançar este desiderato tem vindo a ser desenvolvido, pelo grupo de consenso sobre automedicação, um trabalho permanente e sistemático na definição de critérios a serem aplicados a estes medicamentos de forma a uniformizar as regras de utilização. Nesta sequência, o grupo de consenso sobre automedicação recomenda a actualização da lista de situações passíveis de automedicação (Diário da República, 2007).

A automedicação actualmente não se restringe à venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), a automedicação é um fenómeno generalizado na maioria das economias. A OMS reporta que a venda de medicamentos, sujeitos a receita médica, mas disponibilizados sem tal prescrição, é muito mais comum do que a venda de MNSRM (Chang e Trivedi, 2003).

Torna-se relevante, perante o crescimento cada vez maior da automedicação e o impacto que poderá ter na nossa sociedade e nos sistemas de saúde, haver estudos que nos possam dar a conhecer melhor sobre todas as variáveis vertentes deste fenómeno.

Automedicação e economia

Nos últimos anos, a Organização Mundial de Saúde (OMS), tem enfatizado que a prática de automedicação deve ocupar um lugar válido nas sociedades desenvolvidas, existindo a necessidade de ensinar as pessoas sobre o consumo adequado de fármacos como um item adicional à educação para a saúde (Albarran e Zapata, 2008).

Neste sentido, a automedicação vem ganhando reconhecimento no contexto denominado “ automedicação responsável “, definido como o consumo de fármacos MNSRM por utente instruído e que é destinado a evitar uma série de riscos potenciais para a sua saúde e obter benefícios na cura e alívio da doença, tanto quanto possível. O propósito da automedicação informada e responsável e da informação adequada aos pacientes acerca dos fármacos que eles usam, carrega um benefício social e pessoal para os pacientes e família. Se o paciente bem informado conseguir resolver ou aliviar uma série de sintomas ou de problemas menores de saúde, ele evita de deslocar-se, esperar ou outros inconvenientes que o sistema de cuidados de saúde pressupõe e cuja procura é normalmente excessiva. Portanto, a automedicação responsável constitui um grande alívio para o sistema de cuidados de saúde, porque não há necessidade de consultar um médico para cada problema de saúde que possamos ter, os médicos podem dedicar mais tempo à investigação, prevenção e tratamento de patologias graves, que esses sim, exigem a consulta médico profissional. Tal irá diminuir a procura do sistema de cuidados de saúde e minorar a possibilidade de que os pacientes percam a confiança no sistema (Albarran e Zapata, 2008).

Os governos, especialmente na Europa, estão a tentar que os seus cidadãos se desabituem da total dependência do Estado para a prestação de cuidados de saúde, encorajando as pessoas a cuidar de si mesmas quando apropriado. Consequentemente, o auto cuidado tornou-se uma parte importante do sistema de saúde. Na verdade, a maioria das queixas e doenças são tratadas por auto cuidado, ainda que tal signifique apenas uma pequena parcela do total dos custos dos cuidados de saúde. Uma forma de incentivar o auto cuidado é através de uma automedicação responsável. Automedicação responsável pode ser definida como o uso racional de medicamentos concebidos rotulados e autorizados para o auto cuidado. Estes medicamentos são legalmente classificados de MNSRM (Krishnan e Schaefer, 2000).

Em Portugal segundo o INFARMED, os MNSRM atingiram uma quota de mercado de 5,6%, com um volume de vendas de 166 milhões de euros. De assinalar que, entre Julho de 2003 e Junho de 2004, segundo a *IMS Health*, o mercado de medicamentos não sujeitos a receita médica foi o que apresentou um maior crescimento (12,5 por cento), contra 8,4 por cento no caso dos fármacos sujeitos a receita médica.

A Associação Europeia da Indústria de Automedicação (AESPG) é o representante oficial da Indústria dos medicamentos não sujeitos a receita médica e suplementos alimentares na Europa. Fundada em 3 de Fevereiro de 1964, contribui para a melhoria da automedicação responsável a nível europeu e assume-se como o garante de que os pontos de vista e os interesses da Indústria de MNSRM, incluindo os suplementos alimentares, são reconhecidos pelos farmacêuticos. Trata-se de uma associação apoiada pela Comissão Europeia.

Um estudo desta Associação divulgado em Junho de 2004, revela que o Estado Português pouparia quase 150 milhões de euros por ano, em custos directos e indirectos, se o mercado de medicamentos não sujeitos a receita médica aumentasse cinco por cento (AESGP, 2004). Este aumento seria obtido pela transformação de medicamentos sujeitos a receita médica obrigatória em medicamentos que dispensassem tal prescrição (AESGP, 2004). Para atingir aquele número, a Associação baseia-se na consideração de que pelo menos cinco por cento das receitas médicas dizem respeito a medicamentos para o tratamento de afecções menores, já legalmente passíveis em Portugal de serem tratadas em automedicação (AESGP, 2004). O estudo adianta que seriam evitados 3,6 milhões de visitas ao médico, tendo em conta que este será o número de consultas motivadas por sintomas ligeiros e afecções menores, o que libertaria os clínicos de 602 mil horas de consulta por ano, uma média de 18 horas por cada profissional (AESGP, 2004).

Face à situação económica e aos ganhos que uma boa prática de automedicação possa ter na poupança do recurso ao Estado torna-se relevante compreender os factores adjacentes ao fenómeno da automedicação.

Automedicação e o utente

A doença é um fenómeno inerente à vida humana, assim como o direito que o homem tem a procurar os meios para a prevenir ou tratar. Desde sempre o homem recorreu ao “auto tratamento” das suas doenças quer recorrendo ao sobrenatural, quer às técnicas naturais ou ainda recorrendo a substâncias naturais (Matos, 2005).

A automedicação corresponde a uma necessidade, sentida desde há longa data pelo Homem, em participar na defesa da sua própria saúde, nomeadamente no que toca a prevenção e tratamento da doença. Poderemos, pois, assumir que a automedicação é inevitável e intrínseca à natureza humana, sendo actualmente um fenómeno social à escala mundial, podendo ser encarado como globalmente positivo, já que pressupõe o aumento da responsabilização dos doentes pela gestão da sua própria saúde (Pereira, 2009).

A crescente insatisfação com a forma fragmentada, impessoal e dispendiosa do sistema de cuidados de saúde, e um desejo de reduzir a dependência do médico em matéria de saúde, leva a um consumo cada vez maior de informação sobre saúde. Existe uma quantidade crescente de informação disponível para as pessoas, no que refere ao auto cuidado e automedicação - em formato impresso, em livros e artigos e também disponível pela internet. Tal permite aos consumidores desempenhar um papel activo na sua saúde, obtendo um maior controlo sobre a mesma. As pessoas querem fazer escolhas informadas sobre as suas iniciativas de auto cuidado (Wertheimer e Serradel, 2008).

A população mundial está melhor educada e mais bem informada sobre alternativas de cuidados de saúde, em parte devido à televisão, internet e ao fluxo global de informação. A abundância de informação, mais escolhas significa mais controlo das suas vidas - é uma realidade do século 21. Esta tendência não é diferente para questões de saúde. Crescimento científico e compreensão médica das causas da doença ilustram onde as iniciativas de auto cuidado podem ser incentivadas (Wertheimer e Serradel, 2008).

A prática do auto cuidado leva a uma melhoria de saúde e de qualidade de vida. Além disso, significa a diminuição de custos com clínicas e hospitais. Por fim, a satisfação é mais elevada naqueles que cuidam de si (Bellingham, 2005). No entanto, quando uma pessoa escolhe a automedicação, ela deve ter em conta que as consequências da sua decisão são inúmeras, incluindo o risco de sofrer reacções adversas, de mascarar a doença real e, conseqüente agravamento da patologia (Albarrán e Zapata 2008).

Automedicação e o farmacêutico

O farmacêutico é muitas vezes o profissional mais próximo do doente e com o qual este mais se relaciona para a escolha do medicamento mais adequado ao alívio dos sintomas que sente e que pretende tratar. O farmacêutico deve informar, orientar e dar aconselhamento profissional, desempenhando um papel central na racionalização da automedicação (Soares, 2005). Neste sentido, *Pedro Capilla*, presidente do Grupo Farmacêutico da União Europeia (PGEU), e *Albert Esteve*, presidente da Associação Europeia das Especialidades Farmacêuticas sem Prescrição Médica (AESGP), firmaram a 16 de Novembro de 2004, um acordo entre as respectivas organizações visando a promoção segura e responsável da automedicação junto dos doentes (Farmácia Portuguesa, N° 155).

A Carta de Colaboração, datada de 16 de Novembro de 2004, reconhece que uma maioria significativa dos cidadãos europeus recorre à automedicação para o tratamento de doenças de menor impacto físico e algumas doenças crónicas, bem como para a prevenção de outras doenças. Ficou expresso que os farmacêuticos são elementos centrais no processo de responsabilização da automedicação, no aconselhamento seguro e na prestação personalizada de informações sobre medicamentos e conselheiros do público em termos de cuidados de saúde diários. A Carta não descarta a experiência e o contacto directo destes profissionais com o público através da farmácia (Farmácia Portuguesa, N° 155).

“A utilização dos medicamentos no âmbito do sistema de saúde, nomeadamente através da prescrição médica ou da dispensa pelo farmacêutico, deve realizar-se no respeito pelo princípio do uso racional do medicamento, no interesse dos doentes e da saúde pública, nos termos previstos no presente decreto-lei e na demais legislação aplicável. Os profissionais de saúde assumem, no âmbito das respectivas responsabilidades, um papel fundamental na utilização racional dos medicamentos e na informação dos doentes e consumidores quanto ao seu papel no uso correcto e adequado do medicamento” (INFARMED, acedido em 21/02/2010).

Estudos em países não desenvolvidos têm documentado que as farmácias não são apenas locais onde são comprados e vendidos fármacos, elas são também lugares onde é procurada informação e aconselhamento sobre os problemas de saúde e respectivo tratamento (Kamat e Nichter, 1998).

Alguns estudos identificaram que é bastante comum, chegando a ser rotineiro, para as pessoas a procura por conselhos farmacêuticos para doenças comuns. Estas consultas revelam-se úteis e são convenientes; economizam tempo, dinheiro e custo de espera face à consulta a um médico (Kamat e Nichter, 1998).

Os Farmacêuticos estão bem situados para providenciar informação e apoio sobre uma série de questões sobre saúde, ajudar os utentes no reconhecimento e diagnóstico das doenças menores e tratamento com MNSRM ou, se for caso disso, remeter para outro profissional de saúde. A acessibilidade e disponibilidade do farmacêutico, com proximidade e sem necessidade de marcação prévia, proporciona uma excelente oportunidade para ajudar e aconselhar o melhor tratamento (Wertheimer e Serradel 2008).

No ponto de entrega de um medicamento, o farmacêutico reitera instruções do prescritor e, se for caso disso, dá aconselhamento adicional. Ao acentuar as instruções do prescritor, o farmacêutico reforça a adesão do paciente. Além disso, devido ao fácil acesso às farmácias, na maioria das comunidades o farmacêutico é procurado para conselhos de saúde. Isto pode envolver o diagnóstico de doenças menores e, se for caso disso, aconselhar a visita a um médico de clínica geral ou especialista (Taylor e Harding, 1989). Para além de tudo isto, o farmacêutico fala a linguagem do paciente, o que nem sempre está acessível ao médico.

Ensinar é um papel importante para a prática farmacêutica. A aprendizagem é uma ferramenta importante de utilização para com os utentes. O farmacêutico deve iniciar um diálogo com o paciente e o seu médico quando necessário, e aperceber-se dos máximos detalhes possíveis. O farmacêutico deve estar pronto para fornecer informações objectivas e aconselhamento profissional em relação aos medicamentos, na prevenção de consequências indesejáveis, dando, deste modo, o seu contributo para o sistema de saúde (Wertheimer e Serradel, 2008).

Há um crescente reconhecimento da comunidade farmacêutica e do cidadão em geral do papel relevante do farmacêutico no tratamento de doenças menores. O número de medicamentos que estão disponíveis nas farmácias, com dispensa da prescrição médica obrigatória está a aumentar em progressão geométrica (Watson, Skelton, Bond, Croft, Wiskin, Grimshaw e Mollison, 2004).

Subsistem, contudo, legítimas preocupações sobre se a comunidade farmacêutica está nas melhores condições para aconselhar, adequadamente, os pacientes sobre medicamentos não sujeitos a receita médica (Watson, et al. , 2004). Nestas, como noutras matérias, o óptimo só será atingido no infinito, mas tal não deverá ser impeditivo, pelo contrário, deverá ser um lenitivo para se ir fazendo cada vez mais e melhor.

É o propósito desta investigação demonstrar que uma maior confiança da parte dos utentes em relação ao seu farmacêutico faz com que haja uma diminuição da frequência para se automedicar. Daí, a problemática que, a seguir, se coloca:

Hipótese 1 – Existe uma relação negativa entre a confiança no farmacêutico e a maior frequência de automedicação.

Automedicação e medicamentos não sujeitos a receita médica

A introdução no mercado dos chamados medicamentos de venda livre, isto é medicamentos cuja aquisição não está sujeita à obrigatoriedade de prescrição médica, teve início em Portugal em 1983 (OMS, 1988), sendo, posteriormente, revisto e alargado o número de medicamentos classificados de venda livre.

A proposta para a passagem a MNSRM é efectuada pelo detentor da autorização de introdução no mercado (AIM), sendo sujeito a avaliação pelas Autoridades, na altura da renovação do medicamento. Para o efeito, um medicamento deve possuir riscos directos e indirectos reduzidos. Não devem possuir estatuto de MNSRM os fármacos que tenham incidência elevada de contra-indicações, interacções e de precauções. Deve ser bem conhecido, e reduzido, o risco resultante do uso do medicamento em situações que não constituam as suas indicações, quando for usado por períodos alargados, quando sejam excedidas as doses recomendadas e quando não se cumpram as precauções e contra-indicações. No entanto, os MNSRM ainda são um tema que gera muitas divergências. Há países que diferem de opinião quanto ao local onde os medicamentos podem ser vendidos. Numa parte deles, os medicamentos, quer MSRMs quer MNSRMs, apenas podem ser vendidos em farmácias, como é o caso de alguns países da Europa nos quais as farmácias detêm o monopólio de venda dos medicamentos. Noutros países, alguns medicamentos são de venda restrita em farmácia, podendo apenas uma pequena parte deles ser vendida fora, por exemplo em Parafarmácias. Existem, por outro lado, países, como é o caso dos Estados Unidos, em que os MNSRM podem ser vendidos em qualquer lugar (Pereira, 2009).

O não cumprimento da obrigatoriedade da receita médica e a falta de informação da população em geral, justificam a preocupação com a qualidade de automedicação praticada no mundo, principalmente tendo em conta que, em países desenvolvidos, o número de medicamentos de venda livre tem crescido nos últimos tempos, assim como a disponibilidade desses medicamentos em estabelecimentos não farmacêuticos, o que favorece a automedicação. (Pereira, 2009)

Neste sentido, surge a uma segunda hipótese, sendo que os utentes que avaliam mais favoravelmente os MNSRM são os que, com maior frequência, recorrem à automedicação.

Hipótese 2- Existe uma relação positiva entre a atitude face ao MNSRM e a maior frequência de automedicação.

Automedicação e auto-eficácia

A definição de auto-eficácia é atribuída inequivocamente a *Bandura*, considerado o pai deste construto. Segundo este autor, a auto-eficácia refere-se à crença ou expectativa de que é possível, através do esforço pessoal, realizar com sucesso uma determinada tarefa e alcançar um resultado desejado (Bandura, 1977, 1997, 2006). Estas crenças de auto-eficácia influenciam, por sua vez, as escolhas realizadas, o esforço empreendido, a persistência perante o confronto com obstáculos, a qualidade do desempenho e, também, a forma como as pessoas se sentem (Bandura, 1997). Por isso, também a auto-eficácia se funda na noção de competência pessoal (Bandura, 1997; Bong e Skaalvik, 2003; Schunk e Pajares, 2005; Skaalvik e Bong, 2003), pois é essa a noção que permite aos sujeitos estimar a possibilidade de realizarem as tarefas com sucesso e de alcançarem os resultados desejados, levando-os a formar expectativas para a sua realização. Assim, o sucesso numa tarefa não depende apenas de se possuírem as capacidades necessárias, mas também de uma auto-eficácia resiliente quanto à capacidade para exercer controlo sobre acontecimentos para se atingirem os objectivos pretendidos (Wood & Bandura, 1989).

Segundo Luszczynska & Schwarzer 2005, a auto-eficácia está também relacionada com os comportamentos de saúde, também afecta indirectamente através do seu impacto sobre os objectivos. A auto-eficácia influencia os desafios que as pessoas assumem, bem como a forma como elas estabelecem os seus objectivos. Uma série de estudos sobre a adopção de práticas de saúde medem a auto-eficácia para avaliar as suas potenciais influências na mudança de comportamento (Luszczynska & Schwarzer, 2005). Considerando que as medidas de auto-eficácia geral referem-se à capacidade de lidar com uma variedade de situações de stress, as medidas de auto-eficácia para comportamentos de saúde referem-se a crenças sobre a capacidade de executar certos comportamentos de saúde.

Considerando as pessoas mais auto-eficazes, tendo mais capacidade para executar certos comportamentos no que à saúde diz respeito, conclui-se, empiricamente, que se recorre mais vezes à auto-medicação, dispensando-se a opinião de um profissional de saúde. Julgamos essencial o tratamento desta questão quando abordamos a temática da automedicação.

Surge assim a nossa terceira hipótese:

Hipótese 3 – Existe uma relação positiva entre a auto-eficácia e a maior frequência de automedicação.

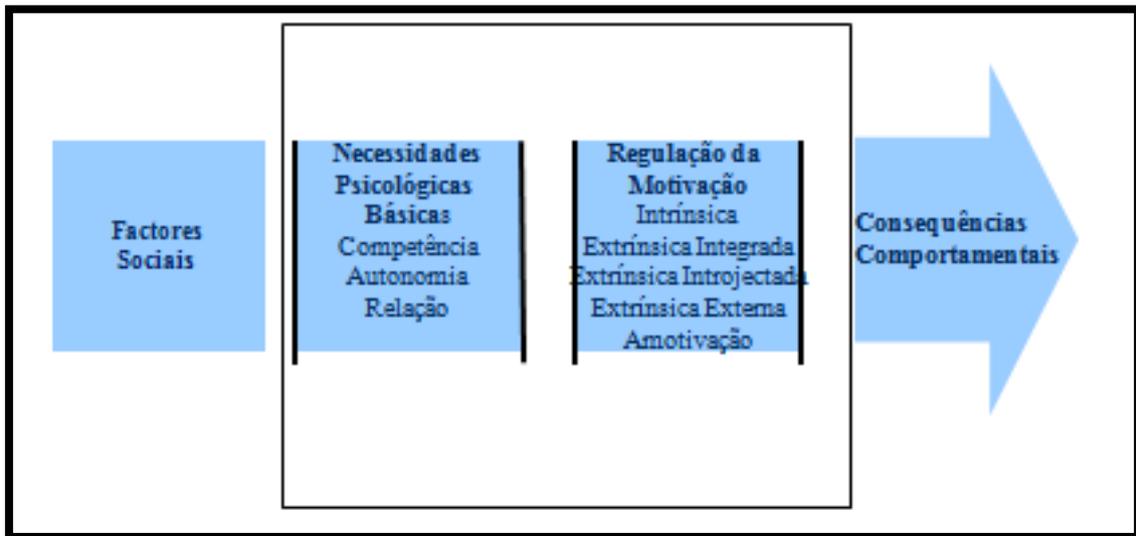
Automedicação e auto-regulação

As razões pelas quais os sujeitos adoptam determinados comportamentos de saúde dependem de, entre outros factores, do seu tipo de motivação (Deci & Ryan, 1985, 2002)

Apesar de não ser fácil definir, de forma simples, a motivação, uma vez que se trata de um processo psicológico dinâmico e complexo, o seu conceito geralmente refere-se à vontade que leva os indivíduos a iniciarem e a manterem um determinado comportamento, sendo influenciado por factores sociais e cognitivos (Roberts, 2001). A importância de estudar o tipo de motivação em contexto de saúde prende-se com o facto de os estudos demonstrarem que, quando as pessoas revelam uma motivação mais autónoma sentem-se mais competentes na adopção de comportamentos saudáveis (Williams, McGregor, Zeldman, Freedman & Deci, 2004).

A teoria da Autodeterminação (*Self-Determination Theory*) (SDT:Deci & Ryan, 1985) está entre as mais populares e contemporâneas abordagens teóricas à motivação que têm vindo a ser aplicadas nas últimas décadas aos mais diversos contextos; educação, saúde, religião, política, trabalho e família (Deci & Ryan, 1985, 2008 a; Ryan & Deci, 2002).

A Teoria da Autodeterminação (figura 2) é uma “*macro teoria sobre a motivação humana*” (Deci & Ryan, 2008, p. 182) que se preocupa com o desenvolvimento e funcionamento da personalidade em contexto social, e com as causas e as consequências de comportamento auto determinado.



Fígura 1 - Sequência motivacional subjacente à Teoria da Autodeterminação (adaptado de: Vallerand, 2001, 2007; Vallerand & Losier, 1999; Vallerand e Ratelle, 2002)

De acordo com os seus autores (Deci & Ryan, 2008), esta teoria diz-nos que a motivação do sujeito não está directamente relacionada com os factores de envolvimento social, uma vez que a influência destes factores é mediada pela satisfação de três “*nutrientes fundamentais*”, ou seja, as necessidades básicas inatas de autonomia (i.e. capacidade de regular as suas próprias acções), competência (i.e. capacidade de eficácia na interacção com o envolvimento) e relação (i.e. capacidade de procurar e desenvolver ligações e relações interpessoais). São estas necessidades psicológicas básicas que vão determinar a regulação do comportamento do sujeito, que assenta num “*continuum* motivacional” (figura 3) e oscila entre formas menos e mais auto determinadas (i.e. controladas *versus* autónomas). São elas:

Amotivação (amotivation) - É um estado de falta de intenção para agir, ou seja, o sujeito não adopta o comportamento, nem tem intenções de o fazer.

Motivação Extrínseca Externa (external) - O sujeito adopta o comportamento para satisfazer exigências externas, ou seja, para obter recompensas ou evitar punições. É a forma mais controlada de regulação do comportamento (menos auto determinada).

Motivação Extrínseca Introjectada (introjected) - O sujeito pressiona-se a si próprio no comportamento, e a actividade é realizada para evitar sentimentos de culpa e/ou ansiedade.

Motivação Extrínseca Identificada (identified) - Reflecte uma valorização consciente do comportamento, de modo a que a actividade é aceite como pessoalmente importante, ou seja, o sujeito identifica-se com o seu objectivo e valor, embora possa não gostar da actividade em si.

Motivação Extrínseca Integrada (integrated) - É a forma mais interiorizada (autónoma) da motivação extrínseca, pelo que existe uma assimilação completa do comportamento no seu íntimo (o sujeito integra o comportamento como fazendo parte de si mesmo), existindo um elevado grau de congruência com outros valores e necessidades do sujeito.

Motivação Intrínseca (intrinsic) - O sujeito realiza uma determinada actividade pelo interesse, divertimento e satisfação que lhe está inerente. É o nível mais elevado de autonomia e representa o protótipo do comportamento auto determinado.

Tipo de Motivação	Amotivação (Falta de Motivação)	Motivação Extrínseca				Motivação Intrínseca
Tipo de Regulação	Ausência de Regulação	Externa	Introjectada	Identificada	Integrada	Intrínseca
Processos associados	Falta de intencionalidade, competência e controlo	Obrigações externas. Procurar recompensas e evitar castigos.	Pressão interna. Evitar sentimentos negativos. Expectativas de auto-aprovação. Envolvimento para o ego.	Valorização consciente. Importante pessoalmente. Identificação com os objectivos.	Congruente com outras necessidades. Incorporado no seu ego (faz parte da sua vida).	Interesse, prazer, divertimento. Satisfação inerente. Valorização consciente. Importante pessoalmente.
Autonomia Relativa	Motivação controlada (Baixa autonomia)					Motivação autónoma (Alta autonomia)
Qualidade Comportamento	Ausência de Autodeterminação			Autodeterminação		

Figura 2 - Continuação da teoria da autodeterminação

Em suma, de acordo com *Deci e Ryan*, a diferenciação central da SDT está entre a motivação autónoma (que incorpora a motivação intrínseca e a motivação extrínseca integrada e identificada) e a motivação controlada (que incorpora a motivação extrínseca, introjectada e externa). Quer a motivação autónoma, quer a controlada, direccionam e influenciam o comportamento do sujeito, ao contrário do que sucede com a amotivação, que revela uma ausência de processo regulatório.

Assim sendo é expectável que os indivíduos mais autónomos, são os que se sentem mais competentes na adopção de comportamentos de saúde, recorram mais vezes à automedicação, dispensando a opinião de pessoas mais qualificadas, sendo que os indivíduos menos autónomos ou seja menos auto determinados recorrem menos vezes à automedicação.

Finalmente, baseando-nos nestes princípios surgem-nos as hipóteses que criam interacção entre a auto-regulação e a automedicação.

Hipótese 4 a – Existe uma relação positiva entre a auto-regulação (motivação autónoma) e a maior frequência de automedicação.

Hipótese 4 b – Existe uma relação negativa entre a auto-regulação (motivação controlada) e a maior frequência de automedicação.

Hipótese 4 c – Existe uma relação de efeito negativo entre a auto-regulação (não motivação) e a maior frequência de automedicação.

Capítulo III

Metodologia

Amostra

Dos 214 questionários respondidos, apenas foram validados os que tinham respondido a todas as questões, num total de 168, sendo a taxa de resposta de 78,50% e de não resposta de 21,50%.

Na amostra em estudo, 57,0 % (n=96), é afectada ao género feminino e os restantes 43,0% (n=72) ao género masculino.

A média de idades é de 37,6 anos ($dp = 13,0$ anos), o sujeito mais novo tem 18 anos e o mais velho 79 anos. Os sujeitos mais novos (até 30 anos) representam 39,9% e os mais velhos (> 70 anos) representam 7,7% do total.

Os participantes no estudo apresentam na sua maioria habilitações literárias ao nível do ensino superior (representam 82% da nossa amostra).

No que se refere à situação profissional, a quase totalidade dos sujeitos indicam estar no activo (92%). Os 8,0% restantes distribuem-se por reformados (6,0%), desempregados (2,0%) e domésticas (0,6%).

Dos participantes apenas 5,4% (n=9) indica não ter acesso à *Internet* em casa.

O facto da recolha da amostra ter sido feito pela *Internet* por razões de operacionalidade levou a que os nossos inquiridos se insiram numa faixa etária de 30 anos, com habilitações literárias ao nível do ensino superior e que dispõem de acesso à *Internet* em casa. É, neste contexto, que devemos interpretar os resultados obtidos.

Verificou-se que o tempo médio dos inquiridos para chegar à farmácia, vindo de casa ou trabalho (local de onde vem mais vezes) é de ± 6 minutos, e demoram mais do dobro do tempo (± 12 minutos) para chegar ao centro de saúde ou hospital mais próximo.

A maioria dos inquiridos foi ao médico (64,9%) e à farmácia (51,8%), nos últimos 6 meses, entre 1 a 3 vezes.

Releva-se que 55,4% da amostragem espera por uma consulta médica, mais do que uma semana.

A maioria dos inquiridos tem médico de família (67,9%), mas não tem seguro de saúde (53,0%), não sofre de doença crónica (79,8%) nem de doença psiquiátrica (96,4%) e não faz terapêutica continuada (74,4%).

O médico é o profissional de saúde a que quase metade da amostra (48,2%) recorre quando tem um problema, ainda que ligeiro, de saúde.

Metade da amostra (53,6%) tem uma profissão não ligada à área de saúde.

A maioria (76,8%) não mora com alguém ligado à área de saúde, (73,2%) não costuma assinar revistas versando a área de saúde; 51,8% já assistiu a colóquios, formações, acções, reuniões em que o tema era a saúde, sendo que 57,7% tem algum membro da família ligado à área da saúde.

Quadro 1 – Caracterização da amostra (n=168)

	Frequência		Percentagem				
	Sim	Não	Sim	Não			
Acesso à internet em casa	159	9	94,6	5,4			
			Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	
Tempo que demora a chegar à farmácia vindo da sua casa ou trabalho (local de onde vem mais vezes)			0	45	6,28	5,312	
Tempo que demora a chegar ao seu centro de saúde ou hospital mais próximo, vindo da sua casa ou trabalho (local de onde vem mais vezes)			0	75	12,62	9,762	
	Frequência (Percentagem)						
			Nenhuma	1-3 vezes	4-6	7-10	11 ou mais
Número de vezes que foi ao médico nos últimos seis meses			35(20,8%)	109(64,9%)	20(11,9%)	4(2,4%)	0(0%)
Número de vezes que foi à farmácia nos últimos seis meses			17(10,1%)	87(51,8%)	34(20,2%)	19(11,3%)	11(6,5%)
	Frequência (Percentagem)						
			Mesmo dia	<1 semana	1 a 2 semanas	2 a 4 semanas	>1 mês
Tempo que espera por uma consulta médica			30(17,9%)	45(26,7%)	42(25,0%)	31(18,5%)	20(11,9%)
Tempo que espera por uma receita médica.			95(56,5%)	53(31,5%)	11(6,5%)	7(4,2%)	2(1,2%)
	Frequência		Percentagem				
	Sim	Não	Sim	Não			
Tem médico de família?	114	54	67,9	32,1			
Tem seguro de saúde?	79	89	47,0	53,0			
Sofre de doença crónica?	34	134	20,2	79,8			
Sofre de doença psiquiátrica?	6	162	3,6	96,4			
Faz terapêutica continuada?	43	125	25,6	74,4			
	Frequência (Percentagem)						
			Médico	Farmacêutico	Amigos	Própria iniciativa	
Profissional de saúde a quem recorre quando tem um problema ligeiro de saúde?			81(48,2%)	47(28,0%)	6(3,6%)	34(20,2%)	
	Frequência (Percentagem)						
			Médico	Farmacêutico	Ligado à área da saúde	Outra	
Caracterização da amostra segundo a profissão			30(17,9%)	12(7,1%)	36(21,4%)	90(53,6%)	
	Frequência		Percentagem				
	Sim	Não	Sim	Não			
Mora com alguém ligado à área da saúde?	39	129	23,2	76,8			
Costuma assinar alguma revista na área da saúde?	45	123	26,8	73,2			
Costuma assistir a colóquios, formações, ações, reuniões em que o tema passa pela saúde?	87	81	51,8	48,2			
Tem algum membro da família ligado à área da saúde?	97	71	57,7	42,3			

Medidas

Uma vez que o estudo está centrado na frequência da auto-medicação, foram utilizadas na nossa amostra, três perguntas para determinar a frequência da auto- A primeira pergunta surge de um trabalho de Noémia Mendes Lopes - “Auto-medicação: Algumas Reflexões Sociológicas”- pretendendo-se uma auto-avaliação do recurso à automedicação. A escala utilizada foi de 1 (nunca) a 4 (muito frequente). As duas outras perguntas sobre auto-medicação colocaram os questionados perante uma escala de tempo. Nelas, questiona-se a frequência com que se recorre à auto-medicação, nos últimos seis meses e, numa terceira questão, num espaço temporal mais alargado.

O questionário que aborda a confiança no farmacêutico partiu de um estudo para a ordem dos farmacêuticos, levado a cabo por Alzira Duarte, Francisco Nunes e Luís Martins, sobre Responsabilidade Social no Sector das Farmácias em Portugal. Contem 6 itens; cada item tem 5 pontos (de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”). A consistência interna neste estudo foi muitíssimo elevada ($\alpha = 0,92$). Estamos perante uma escala unidimensional, o que significa que uma maior pontuação sugere uma maior confiança da parte do participante questionado pelo farmacêutico.

Para medir as atitudes face aos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica, foi utilizada a escala do artigo dos autores *Wazaify, M., Shields, E, Hughes, C., McElnay, J.* (2005). Foram incluídos 10 itens; os participantes responderam numa escala de 5 pontos (de discordo totalmente a concordo totalmente), sobre a segurança, efectividade e eficácia dos MNSRM, sendo que uma maior pontuação significa uma maior confiança face aos MNSRM.

Por não existir nenhum instrumento capaz de medir a percepção da auto-eficácia na automedicação foi adaptado um questionário, utilizado em 25 países de um estudo efectuado em 2002, da autoria de Scholz, U., Dona, B, Sud, S, Schwarzer, R, em 2002, designado por GSE (*General Self-Efficacy*). Nestes estudos chegou-se a um alfa entre 0,75 e 0,9, demonstrando ser um questionário com boa consistência interna e com boa fiabilidade. A escala utilizada é a mesma para os outros questionários, uma escala de 5 pontos (de discordo totalmente a concordo totalmente). Esta medição baseia-se na escala de *Likert*, um tipo de escala de resposta psicométrica, usada comumente em questionários, tida como a escala mais usada em pesquisa de opinião. Sendo uma escala unidimensional, significa que uma maior pontuação sugere uma maior auto-eficácia.

Para esta última variável em estudo, auto-regulação, foi utilizado e adaptado um questionário, dos autores Levesque, C.S., Williams, G.C., Elliot, D., Pickering, M.A., Bodenhamer, B., Finley, P.J.. Este estudo foi amplamente utilizado e validado em vários outros trabalhos na área da saúde. Neste estudo, versando a automedicação, houve necessidade de efectuar uma adaptação: os valores de alfa situam-se entre os 0,88 e os 0,92, tendo uma boa consistência interna e uma boa confiabilidade. Este questionário é composto por 14 itens, que avaliam a motivação autónoma, a motivação controlada e a não motivação, sendo o *score* total do questionário dado pela média dos itens em cada escala. Para cada afirmação, os participantes terão que avaliar o quão verdadeiro ela é, com base numa escala de 5 pontos. Os itens 2,4,7,9,10,13 integram a escala da motivação controlada, os itens 1,3,6,8,11 e 12 integram a escala da motivação autónoma e os outros dois (5 e 14) a não motivação.

Apesar dos valores encontrados para a consistência interna dos diversos artigos serem aceitáveis, procedeu-se à análise da consistência interna para as escalas utilizadas neste estudo, de forma a garantir a validade adequada destes questionários. Os valores encontrados variam entre um máximo 0,900 (excelente) para a escala de auto-eficácia e um mínimo de 0,528 (fraco) para a escala de atitudes face ao MNSRM.

Quadro 2 - Análise da consistência interna para as escalas utilizadas no estudo.

<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>N dos Items</i>
Confiança no farmacêutico	0,889	6
Atitudes face ao MNSRM	0,528	10
Auto-eficácia	0,900	10
Motivação autónoma	0,857	6
Motivação controlada	0,871	5
Não motivação	0,578	3

Foi feita uma análise factorial exploratória para avaliar a dimensionalidade da escala da auto-regulação, ou seja, verificar se os inquiridos avaliam a auto-regulação nas três dimensões (motivação autónoma, motivação controlada e não motivação) propostas e analisadas por *Levesque, Willians, Elliot, Pickering, Bodenhamer e Finley*(2006). Procedeu-se à análise isolada, dos componentes principais, com rotação Varimax, segundo o método Kaiser. Para que seja viável aplicar o método dos componentes principais é necessário que os dados estejam correlacionados entre si, para que se obtenham factores comuns às variáveis. Deste modo é necessário recorrer ao teste de esfericidade de *Bartlett* e à estatística de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO).

Os resultados obtidos, para a validade da análise factorial, foram de 0,875 de média para o coeficiente de KMO e o teste de *Bartlett* revelou-se significativo, indicando-nos valores aceitáveis para a sua prossecução. Deste modo, a análise factorial é recomendada.

A análise factorial convergiu para uma solução com três componentes principais que explicam 64,37% da variância total. A primeira componente explica 41,6%, a segunda explica 14,6% e a terceira componente explica 8,05%.

Quadro 3 - Valores da variância total explicada

Componentes	<i>Eigenvalues Iniciais</i>			<i>Extraction Sums of Squared Loadings</i>			<i>Rotation Sums of Squared Loadings</i>		
	Total	% da Variância	% Acumulada	Total	% da Variância	% Acumulada	Total	% da Variância	% Acumulada
	1	5,833	41,662	41,662	5,833	41,662	41,662	4,012	28,655
2	2,053	14,662	56,323	2,053	14,662	56,323	3,712	26,511	55,166
3	1,127	8,051	64,374	1,127	8,051	64,374	1,289	9,209	64,374
4	,890	6,357	70,732						
5	,673	4,808	75,539						
6	,669	4,779	80,318						
7	,514	3,673	83,991						
8	,483	3,450	87,441						
9	,397	2,838	90,279						
10	,363	2,591	92,870						
11	,312	2,229	95,099						
12	,254	1,814	96,914						
13	,221	1,576	98,490						
14	,211	1,510	100,000						

A saturação dos itens ($> 0,30$) em cada uma das componentes principais pode ser apreciada na tabela abaixo. A primeira componente principal integra os itens relacionados com a motivação controlada, a segunda componente os itens relacionados com a motivação autónoma e a terceira componente os itens relacionados com a não motivação. Tal, no mesmo sentido da configuração obtida pelos autores, como poderá observar-se no quadro seguinte:

Quadro 4 - Resultados obtidos para análise factorial com rotação *Varimax* e para determinação do coeficiente *Alpha* de *Cronbach*.

	Componentes		
	Motivação Controlada	Motivação Autónoma	Não Motivação
Porque tenho vergonha que os outros achem que não me interessam pela minha saúde.	0,830	0,301	
Porque eu sinto pressão dos outros para me automedicar nos problemas de saúde pouco graves.	0,795		
Porque quero que os outros vejam que sou capaz de tomar conta da minha saúde.	0,746		
Porque não quero que os outros pensem que não sei cuidar da minha saúde.	0,732	0,302	
Não penso no assunto porque é mais fácil tomar o que os outros me mandam.	0,722		0,362
Porque a minha família e amigos ficariam aborrecidos comigo se eu não tomasse conta da minha saúde.	0,650	0,361	
Na realidade não sei porquê.	0,606		0,463
Porque eu pensei cuidadosamente sobre a automedicação e acredito que é uma atitude importante para a minha vida.		0,785	
Porque pessoalmente acredito que é o melhor para a minha saúde.		0,770	
Porque a auto-medicação é uma escolha importante que eu quero mesmo fazer.	0,372	0,740	
Porque é consistente com o meu estilo de vida.		0,735	
Porque é importante ser o mais saudável possível.		0,709	
Porque sinto que quero tomar responsabilidade sobre a minha saúde.		0,692	
Na realidade eu não penso sobre isso.			0,873

Pré-teste

A aplicação do pré-questionário foi realizada no concelho de Lisboa, a 8 indivíduos, em 20 de Março de 2010. Após o teste afigurou-se pertinente corrigir algumas questões, homogeneizar as escalas e alguma formatação, de forma a ficar um questionário mais perceptível e de melhor facilidade de preenchimento. O tempo de realização do teste foi de cerca de 5 minutos por indivíduo.

Recolha de dados

Como instrumento de recolha de dados, utilizou-se um questionário. Na sua base foi construído o modelo conceptual da análise da automedicação e seus intervenientes.

Os questionários foram distribuídos em várias farmácias, em Junho de 2010, sendo que apenas foram devolvidos 35. Optou-se pela distribuição do questionário através do sítio *www.survs.com*, o que veio a suceder em Outubro de 2010. Nesta recolha foram validados 168 inquéritos num total de 214 respondidos.

Análise e tratamento de dados

Para tratar os dados recolhidos, utilizou-se a ferramenta estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) a versão 18 para Windows e o Microsoft Office Excel 2007, para tratar os dados recolhidos.

Realizou-se uma análise estatística descritiva para estudar as variáveis demográficas dos participantes em estudo.

Examinou-se a consistência interna das escalas utilizadas. Para averiguar as três dimensões da auto-regulação procedeu-se à análise factorial, recorrendo-se à rotação ortogonal Varimax. Para testar as hipóteses do modelo conceptual utilizou-se o coeficiente de correlação ordinal de *Pearson*. No término da análise, utilizou-se o modelo de regressão linear para modelar a relação funcional das variáveis utilizadas no modelo conceptual.

Capítulo IV

Resultados

Uma vez que o enfoque do estudo é a frequência da automedicação e analisar de que forma se relaciona com diferentes variáveis em estudo, “confiança no farmacêutico”, “atitude face aos medicamentos não sujeitos a receita médica”, “auto-eficácia”, “auto-regulação”, as primeiras três perguntas destinaram-se a identificar e delinear a frequência da automedicação na nossa amostra.

Cerca de 45,0% afirma recorrer com alguma frequência (38,7%) ou muito frequentemente (6,5%) à automedicação.

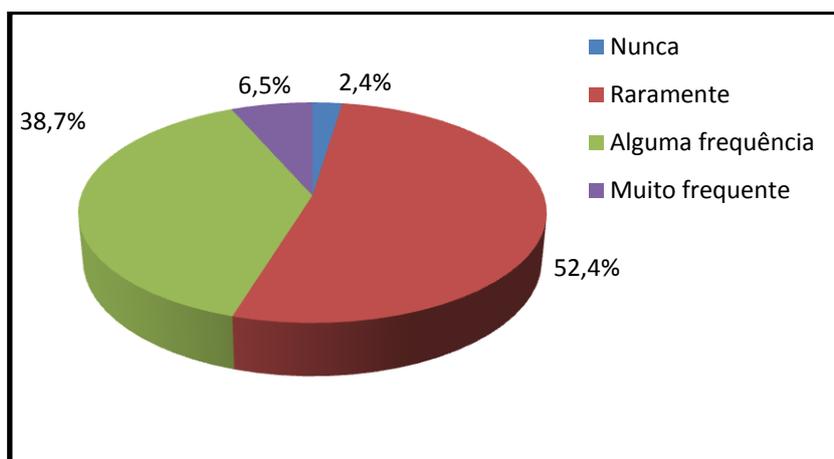


Figura 3 - Caracterização da amostra segundo a frequência a que recorre à automedicação (n=168)

Quando são inquiridos sobre o número de vezes que recorreram a automedicação nos últimos 6 meses, apenas 8,3% indica não o ter feito.

Quadro 5 - Caracterização da amostra segundo a frequência a que se recorreu à automedicação nos últimos 6 meses.

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	14	8,3	8,3
1-3 vezes	89	53,0	61,3
4-6	40	23,8	85,1
7-10	15	8,9	94,0
11 ou mais	10	6,0	100,0
Total	168	100,0	

Como se pode observar pelo quadro 12, 42,3% dos inquiridos recorre à toma de medicamentos por iniciativa própria com menos frequência do que uma vez de três em três meses. Os que recorrem com mais frequência fazem-no, ou uma vez, por semana (5,4%) ou uma vez de quinze em quinze dias (8,9%).

Quadro 6 - Caracterização da amostra segundo a frequência a que se recorreu à toma de medicamentos por iniciativa própria (automedicação).

	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 x semana	9	5,4	5,4
1 x quinzena	15	8,9	14,3
1 x mês	37	22,0	36,3
1 x 3 em 3 meses	30	17,9	54,2
com menos frequência	71	42,3	96,4
nunca	6	3,6	100,0
Total	168	100,0	

Através da análise dos coeficientes de correlação ordinais ρ de Spearman, medimos a intensidade da relação entre as variáveis ordinais, frequência da automedicação nos últimos seis meses e frequência de automedicação; deste modo, chegamos à conclusão que existe uma associação forte entre as duas variáveis. A observação do quadro 7 revela coeficientes de correlação significativos, positivos e moderados ($r=0,521$) ou elevados ($r=0,704$).

Quadro 7 - Análise da correlação de Spearman entre as variáveis ordinais; frequência de automedicação (6 meses) e frequência de automedicação.

	Frequência Automedicação (6 meses)	Frequência (automedicação)
Frequência (automedicação)	0,630**	
Automedicação (iniciativa própria)	0,521**	0,704**

** coeficiente de correlação significativo para um nível $\leq 0,01$

Teste de hipóteses

Para testar estas hipóteses vamos utilizar para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância (α) $\leq 0,05$. Nestas hipóteses utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*, pois estamos a relacionar duas variáveis, uma do tipo quantitativo e outra do tipo ordinal.

Quadro 8 - Valores das correlações entre as hipóteses e frequência de automedicação.

	Iniciativa Própria (automedicação)		
	Correlação de <i>Pearson</i>	<i>Sig.</i> (2-tailed)	N
H1 (Confiança no Farmacêutico)	-0,108	0,165	168
H2 (Atitudes face aos MNSRM)	0,022	0,782	168
H3 (Auto-eficácia)	-0,040	0,604	168
H4a (Motivação Autónoma)	0,216**	0,005	168
H4b (Motivação Controlada)	-0,097	0,213	168
H4c (Não Motivação)	-0,021	0,783	168

**coeficiente de correlação significativo para um nível $\leq 0,05$

Na observação dos resultados deste quadro para a hipótese 1, em que era esperada uma relação negativa entre a confiança no farmacêutico e a frequência de automedicação, o coeficiente de correlação é negativo.

Na hipótese 2, em que era esperada uma relação positiva entre as atitudes face ao MNSRM e a frequência de automedicação, o coeficiente de correlação é positivo.

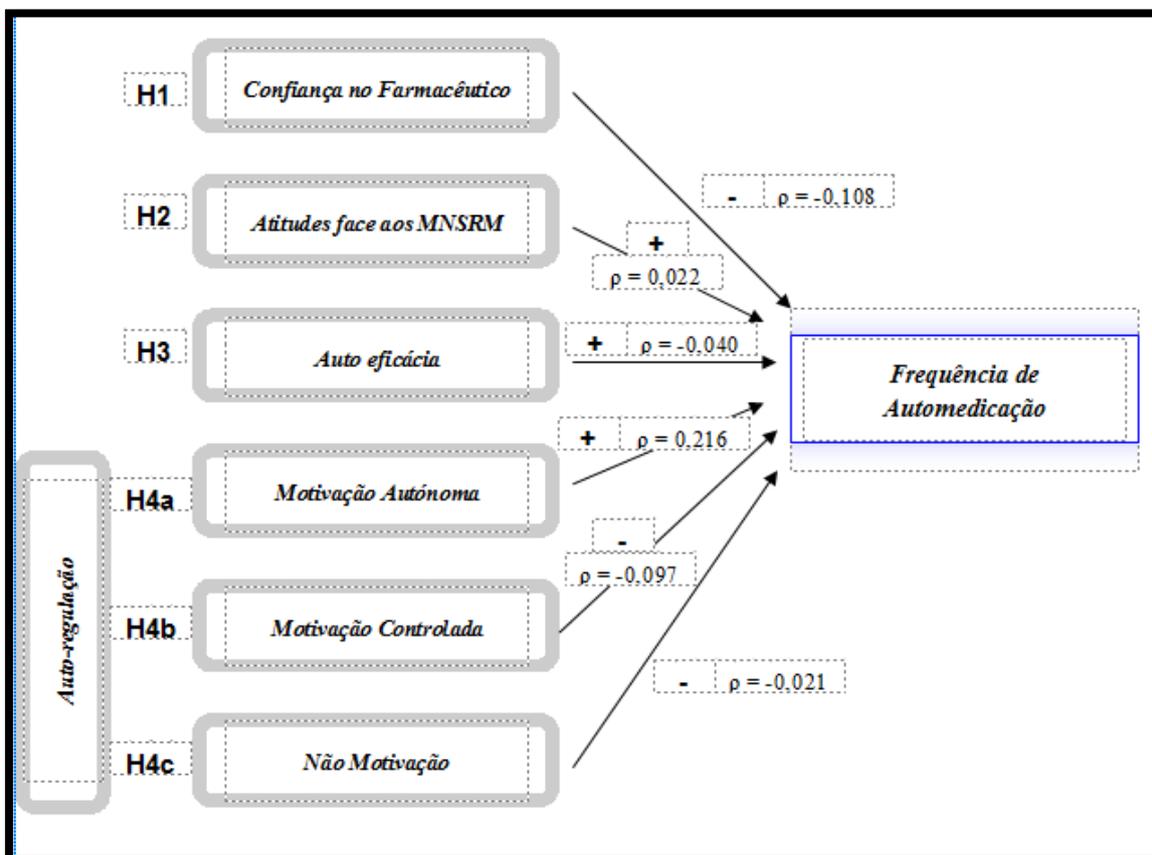
Na hipótese 3, em que era esperada uma relação positiva entre a auto-eficácia e a frequência de automedicação, o coeficiente de correlação ao contrário da hipótese nula é negativo.

Na hipótese 4a, em que era esperada uma relação positiva entre motivação autónoma e a frequência de automedicação, o coeficiente de correlação é positivo.

Na hipótese 4b, em que era esperada uma relação negativa entre a motivação controlada e a frequência de automedicação, o coeficiente de correlação é negativo.

Por fim na não motivação (hipótese 4c) era esperada uma relação negativa e o coeficiente de correlação é, efectivamente, negativo.

A figura 9 sintetiza o atrás referido:



Fígura 4 - Valores das correlações entre as hipóteses e frequência de automedicação no modelo conceptual da Análise da Automedicação e seus Intervenientes.

Modelo de regressão linear

O objectivo da correlação apresentada no capítulo anterior era verificar se existe relação entre os fenómenos em estudo e avaliar o grau dessa relação. Pretende-se, agora, através da análise da regressão linear, avaliar a influência quantitativa entre as variáveis dependentes (frequência de automedicação) e as variáveis independentes (confiança no farmacêutico, atitudes face ao MNSRM, auto-eficácia, motivação autónoma, motivação controlada e a não motivação).

Deste modo, o método utilizado demonstrou que as variáveis independentes permitem explicar 14,1% da variância da frequência da automedicação, sendo estatisticamente significativo, $F(6,161) = 4,389$, $p = 0,000$, sendo por isso, estas variáveis importantes, a considerar na definição de frequência de automedicação.

Quadro 9 - Valores sumários do modelo.

Modelo	<i>R</i>	<i>R Square</i>	<i>Adjusted R Square</i>	<i>Std. Error of the Estimate</i>
1	0,375	,141	,109	1,206

Quadro 10 - Valores do método Anova.

Modelo		<i>Sum of Squares</i>	<i>df</i>	<i>Mean Square</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
1	Regressão	38,272	6	6,379	4,389	,000
	Residual	234,007	161	1,453		
	Total	272,280	167			

As variáveis que se revelaram com valor preditivo significativo sobre a automedicação foram a motivação autónoma ($\beta = 0,433$, $t(165) = 4,694$, $p = 0,000$) e a motivação controlada ($\beta = -0,376$, $t(165) = -3,640$, $p = 0,000$). Assim, quanto mais elevado é o valor da motivação autónoma maior é a tendência para a automedicação e quanto mais alto é o valor da motivação controlada menor é a tendência para a automedicação.

Quadro 11 - Coeficientes

Modelo	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	2,943	0,839		3,508	0,001
Confiança	-0,091	0,123	-0,055	-0,735	0,464
Atitudes MNSRM	0,189	0,227	0,065	0,836	0,404
Auto-eficácia	-0,247	0,153	-0,124	-1,611	0,109
Motiv. Autónoma	0,648	0,138	0,433	4,694	0,000
Motiv. Controlada	-0,703	0,193	-0,376	-3,640	0,000
Não motivação	0,112	0,139	0,067	0,805	0,422

Capítulo V

Conclusões

A perspectiva histórica do medicamento e o crescimento da automedicação mostram o quanto é importante acompanhar esta realidade. Muitos estudos já foram realizados nesta área, mas poucos relevaram a temática e o modelo apresentado neste trabalho.

Ao longo desta investigação procurou-se conhecer melhor as características de factores predisponentes que influenciam a automedicação, nomeadamente a confiança no farmacêutico, as atitudes que têm perante os MNSRM, a auto-eficácia e a auto-regulação. Para o efeito, realizou-se, em primeiro lugar, uma introdução ao tema em análise, e definimos o problema que originou esta investigação, construindo um modelo conceptual. De seguida, foram definidos os objectivos e colocadas as hipóteses. Realizou-se a recolha de dados, caracterizou-se a amostra e efectuaram-se diversos procedimentos estatísticos, o que nos permitiu inferir conclusões sobre o modelo conceptual aplicado.

Nesta amostra, 45% afirma recorrer com alguma frequência (38,7%) ou muito frequentemente (6,5%) à automedicação. A maior parte dos inquiridos (91,7%) recorreu à automedicação pelo menos nos últimos 6 meses.

Das diversas escalas utilizadas para avaliarmos o modelo conceptual, o primeiro procedimento estatístico foi analisar a consistência interna dos instrumentos utilizados. Os valores encontrados permitem-nos garantir uma boa consistência interna nos inquéritos utilizados, sendo um máximo 0,900 (excelente) para a escala de auto-eficácia, 0,889 para a escala confiança no farmacêutico, 0,871 para a motivação controlada, 0,857 para a motivação autónoma. Concluimos, assim, que os itens que compõem estas escalas possuem capacidade de gerar resultados consistentes. No que se refere à escala de atitudes face aos MNSRM e à escala da não motivação, apesar de apresentarem valores mais fracos no que refere à consistência interna, foram também utilizados para os procedimentos estatísticos. A existência de consistência interna é uma condição necessária mas não suficiente para garantir a validade adequada de um instrumento (*Hill e Hill, 2005*).

De seguida, somente para a escala de auto-regulação, procedeu-se à análise factorial exploratória, e foi-nos possível verificar, tal como a configuração obtida pelos autores, a existência de três dimensões (motivação autónoma, motivação controlada e não motivação), e os itens que integram cada dimensão desta escala são semelhantes ao referido pelo estudo de onde foi retirado.

Para testarmos as hipóteses do nosso modelo conceptual, utilizou-se dois procedimentos estatísticos, o coeficiente de correlação de *Pearson* e o modelo de Regressão Linear.

É com base nestes procedimentos estatísticos que vamos concluir sobre o modelo conceptual da análise da automedicação e seus intervenientes, o que foi o propósito desta investigação.

Quanto à hipótese 1, tentou-se demonstrar que uma maior confiança da parte dos utentes em relação ao seu farmacêutico faz com que haja uma diminuição da frequência para se automedicar. Existe uma relação negativa entre a confiança no farmacêutico e uma maior frequência de automedicação.

Na observação dos resultados, existe uma correlação negativa, valor preditivo não significativo ($p = 0,464$), entre a confiança no farmacêutico e a frequência de automedicação. Através do modelo de regressão linear, o valor preditivo a que se chegou foi de: $\beta = -0,055$ $t(165) = -0,735$, $r = -0,108$.

Concluimos, assim, que não existe nenhuma relação entre o facto de haver maior ou menor confiança no farmacêutico, e a automedicação. Apesar de ser o profissional de saúde mais acessível e próximo para a prestação personalizada de informação sobre os medicamentos, a maioria dos cidadãos ainda vê o médico com figura central na prestação de cuidados de saúde.

De acordo com a hipótese 2 existe uma relação positiva entre a atitude face ao MNSRM e a maior frequência de automedicação.

O coeficiente de correlação entre as atitudes face ao MNSRM e a frequência de automedicação é positivo, muito fraco e não significativo ($p = 0,404$). O valor preditivo é $\beta = 0,065$ $t(165) = 0,836$, $r = 0,022$.

Podemos dizer que o facto de as pessoas avaliarem mais ou menos favoravelmente os MNSRM não vai interferir com a sua intenção de se automedicarem. Deduz-se, deste estudo, que uma política governamental de favorecimento aos medicamentos não sujeitos a receita médica face aos sujeitos a receita médica, pouco irá interferir no aumento ou diminuição da automedicação.

Em relação à hipótese 3 existe uma relação positiva entre a auto-eficácia e a maior frequência de automedicação.

O coeficiente de correlação entre a auto-eficácia e a frequência de automedicação é negativo, muito fraco e não significativo ($p = 0,109$). O valor preditivo é $\beta = -0,124$ $t(165) = -1,611$ $r = -0,040$.

No pressuposto deste trabalho consideramos que as pessoas que se sentem auto-eficazes, têm mais capacidade para adoptar certos comportamentos de saúde, mais especificamente na automedicação. Podemos concluir, deste trabalho, que a auto-eficácia não é relevante para um aumento ou diminuição da medicação por iniciativa própria.

Para a hipótese 4a, existe uma relação positiva entre a auto-regulação (motivação autónoma) e uma maior frequência de automedicação.

O coeficiente de correlação entre a auto-regulação (motivação autónoma) e a frequência de automedicação é positivo e muito significativo ($p = 0,000$). O valor preditivo é $\beta = 0,433$ $t(165) = 14,694$ $r = 0,216$. Quanto mais elevado é o valor da motivação autónoma maior é a tendência para a automedicação.

Para a hipótese 4b, existe uma relação negativa entre a auto-regulação (motivação controlada) e a maior frequência de automedicação.

O coeficiente de correlação entre a auto-regulação (motivação controlada) e a frequência de automedicação é negativo e muito significativo ($p = 0,000$). O valor preditivo é $\beta = -0,376$ $t(165) = -3,640$ $r = -0,097$. Quanto mais alto é o valor da motivação controlada menor é a tendência para a automedicação.

Em suma e olhando para estes resultados podemos concluir deste trabalho que a automedicação se resume a processos de auto-regulação. Assim sendo, podemos concluir, face aos dados recolhidos, que indivíduos mais autónomos são os que se sentem mais competentes na adopção de comportamentos de saúde, recorram mais vezes à automedicação, dispensando a opinião de pessoas mais qualificadas, sendo que os indivíduos menos autónomos ou seja menos auto determinadas recorram menos vezes à automedicação

Na hipótese 4c, existe uma relação de efeito negativo entre a auto-regulação (não motivação) e a maior frequência de automedicação.

O coeficiente de correlação entre a auto-regulação (não motivação) e a frequência de automedicação é negativo, muito fraco e não significativo ($p = 0,422$). O valor preditivo é $\beta = 0,067$ $t(165) = 0,805$ $r = -0,040$.

Limitações do estudo

O presente estudo não está isento de limitações, pelo que, se descreve, sumariamente, algumas das por nós encontradas. Inicialmente, tal como foi referido no método, pretendia-se a recolha de uma amostra por várias farmácias na área de Lisboa. Contudo, por motivos de diversas naturezas, tal não foi possível. A amostra obtida foi recolhida pela *internet*, mas conseguiu-se chegar a conclusões similares às de outros estudos feitos noutros países. Os resultados, como decorrente do referido trabalho, não são, por isso, generalizáveis para a realidade portuguesa, mas são um contributo, ainda que modesto, para o aumento do conhecimento na área vertida neste estudo.

Contribuições e recomendações para o futuro

A partir das reflexões realizadas, fruto da revisão teórica e do estudo empírico deste trabalho, originaram-se várias linhas de investigação que podem constituir futuros campos de actuação. Acredita-se que os resultados obtidos são de extremo interesse para a compreensão e melhoria deste fenómeno em crescendo que é a automedicação, pelo que, e digo-o como recomendação futura, os inquéritos deveriam ser distribuídos por diversas regiões de Portugal e estabelecer conclusões e, eventualmente relações com as características de cada uma. Espera-se que a realização desta dissertação tenha possibilitado aumentar o conhecimento deste fenómeno que é a automedicação e constitua um alerta ao sector da saúde e aos utentes, da responsabilidade inerente à automedicação.

Bibliografia

Albarrán, K. e Zapata, L. (2008), Analysis and quantification of self-medication patterns of customers in community pharmacies in southern Chile, *Pharm World Sci* 30: 863 – 868.

Aumentar a responsabilidade na automedicação/ ANF (2005) In: *Farmácia portuguesa* (155) Jan/Fev .

Association of the European Self-Medication Industry (2004) , *The Economic and public health value of self-medication*, 31 – 33.

Bandura, A (1977). Self-efficacy; Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A (1997). Sel-efficacy: The exercise of control. *New York*: Freeman.

Bandura, A(2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions of Psychological Science*, 9, 75-78.

Bellinghan C. (2005), How pharmacists can support self-care, *Pharm J* 22: 274.

Chang, F. e Trivedi, P. (2003), Economics of self-medication: theory e evidence, *Health Economics* 12: 721 – 739.

Deci,E.L., & Ryan, R.M. (1985).Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. *New York* Plenum.

Deci,E.L., & Ryan, R.M. (2002). Handbook of Self-Determination Research Rochester: The University of Rochester Press.

Duarte, A., Nunes e L.Martins (2007), Responsabilidade social no sector das farmácias em Portugal, 44.

Fortin, M (1999), O Processo de Investigação da concepção à realização. Loures, Lusociência: 253.

GIL, A., (1999), Métodos e técnicas de pesquisa social, 5ª Edição, Editora Atlas S. A., São Paulo.

Hair, J.F., W.C. Black, B.J. Babin, R.E. Anderson, R.L. Tatham (2005), *Multivariate data analysis*. New Jersey, Ill.: Upper Saddle River.

Hill, M.M. e A. Hill (2005), *Investigação por questionário*. Lisboa, Ill.: Edições Sílabo.

INFARMED 2009. Estatuto do Medicamento. Disponível em URL: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/035-E_DL_176_2006_VF.pdf (acedido em 21 / 02 / 2010), 7-8.

Kamat, V. e Nichter, M. (1998), Pharmacies, Self-Medication and Pharmaceutical Marketing in Bombay, India, *Soc. Sci. Med.* 47(6): 779 – 794.

Krishnan, H. e Schaefer, M. (2000), Evaluation of impact of pharmacist's advice giving on the outcomes of self-medication in patients suffering from dyspepsia, *Pharm World Sci*, 2000; 22(3): 102 – 108.

Levesque, C.S., Williams, G.C., Elliot, D., Pickering, M.A., Bodenhamer, B., Finley, P.J., (2006) Validating the theoretical structure of the Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors, *Health Education Research*.

Lopes, N (2001), *Automedicação: Algumas Reflexões Sociológicas*, 11.

Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2005). A teoria social cognitiva. rev Em M. Conner & P. Norman (Eds.), *prever o comportamento de saúde* (2 ed., pp. 127-169). Buckingham, na Inglaterra: *Open University Press.*, 145-161.

Matos, M. (2005), *Automedicação*, <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0048.pdf>

Melo, M., Madureira, B., Ferreira, A., Mendes, Z., Miranda, A., Martins, A. (2006), Prevalence of self-medication in rural áreas of Portugal, *Pharm World Sci*, 28: 19 – 25

MINISTÉRIO DA SAÚDE, D R 154 SÉRIE II, Despacho nº. 17 690/2007. Automedicação.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, D R 29 SÉRIE II, Despacho nº. 2245/2003. Automedicação.

OMS. Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication. Geneva; 2000.

Pereira, D. (2009), Frequência da automedicação em farmácias comunitárias, <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1102/3/monografia.pdf>

Pestana, M.H. e J.N. Gageiro (2008), Análise de dados para ciências sociais . a complementaridade do SPSS. Lisboa, Edições Sílabo.

PGEU & AESGP, Aumentar a responsabilidade na automedicação/ ANF (2005) In: *Farmácia Portuguesa* (155) Jan/Fev, 38-39.

QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L., (1998), Manual de investigação em ciências sociais, tradução de João Marques, Maria Amália Mendes e Maria Carvalho, 2ª Edição, Gradiva publicações Lda.

Roberts, G. (2001). Understanding the dynamics of motivation in physical activity: The influence of achievement goals on motivational processes. In G. Roberts (Ed.), *Advances in Motivation in Sport and Exercise* (pp. 1-50). *Champaign-Illinois: Human Kinetics*.

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

Scholz, U., Dona, B, Sud, S, Schwarzer, R, (2002). Is General Self-Efficacy a Universal Construct? , *European Journal of Psychological Assessment*, Vol. 18, Issue 3,pp 242-251.

Schwarzer, R.(Ed.).(1992). Self-efficacy: Thought control of action. Washington, DC: Hemisphere.

Schwarzer,R., Mueller,J., & Greenglass, E. (1999). Assessment of perceived general self-efficacy on the Internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress and Coping*, 12 .

Soares, M. A. (1995), *Medicamentos Não Prescritos*, Lisboa, ANF , 27.

Taylor, K. e Harding, G. (1989), The community pharmacist: over qualified dispenser or health professional? , *Journal of the Royal College of Generla Practitioners* 39: 209 – 210.

Vallerand, R., & Losier, G. (1999). An Integrative Analysis of Intrinsic and Extrinsic Motivation in Sport. *Journal of Applied Social Psychology*, 11, 142-169.

Vallerand, R., & Ratelle, C. (2002). Intrinsic and Exterinsic Motivation: A Hierarchical Model. In E. Deci & R. Ryan (Eds.), *Handbook of Self-Determination Research* (pp. 37-63). Rochester, New York: The University of Rochester Press.

Vallerand, R. (2001). A Hierarchical Model of Intrinsic and Extrinsic Motivation in Sport and Exercise. In G. Roberts (Ed.), *Advances in Motivation in Sport and Exercise* (pp. 263-319). Champaign, Illinois: Human Kinetics.

Vallerand, R. (2007). A Hierarchical Model of Intrinsic and Extrinsic Motivation for Sportand Physical Activity. In M. Hagger & N. Chatzisarantis (Eds.), *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport* (pp. 255-279). Champaign, Illinois:Human Kinetics.

Watson, M., Skelton, J., Bond, C., Croft, P., Wiskin, C., Grimshaw, M. e Mollison, J., (2004), Simulated patients in the community pharmacy setting, *Pharma World Sci* 26: 32 – 37.

Wazaify, M., Shields, E.,Hughes, C., McElnay, J. (2005), Societal perspective on the over-the-counter (OTC) medicines. *Family Practice*, 22: 170 – 176.

Wertheimer, A. e Serradell, J. (2008), A discussion paper on self-care and its implications for pharmacists, *Pharm World Sci* 30: 309 – 315.

Williams, G.C., McGregor, H.A., Zeldman, A., Freedman, Z.R., & Deci, E.L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology, 23*, 58-66.

Wood, R. & Bandura, A. (1989). Social cognitive theory of organizational management. *Academy of Management Review, 14* (3), 361-384.

Anexos

Auto-medicação – Uso de medicamentos por parte do utente para tratar doenças ou sintomas por si reconhecidos, sem indicação de um profissional de saúde (**médicos, médicos dentistas, odontologistas, farmacêuticos**).

Todos os questionários serão tratados de **forma anónima**.

1003

Anexo I – Questionário de pré-teste

- 1-Idade: ___ anos 2- Sexo: M F 3-Nível educacional: 4ª classe básico secundário superior
- 4-Sabe ler e escrever: Sim Não 5-Tem acesso à internet em casa: Sim Não 6-Profissão : _____
- 7-Estatuto face ao trabalho: activo desempregado reformado doméstica 8-Distrito: _____

9-Com que frequência recorre à auto-medicação? Nunca Raramente Alguma Frequência Muito Frequente

10-Nos últimos 6 meses quantas vezes recorreu à auto-medicação?

Nunca 1 a 3 vezes 4 a 6 vezes 7 a 10 vezes 11 ou mais vezes

11-Qual destas afirmações descreve melhor o seu uso, em média, de medicamentos por iniciativa própria (auto-medicação).

1 × por semana ou + 1 × por quinzena 1 × por mês 1 × por a cada 3 meses com menos frequência nunca

Farmacêutico

12 - Considerando que vai recorrer a esta farmácia para se auto-medicar. Pensando no farmacêutico(a) que o vai atender, em que medida concorda ou discorda com estas afirmações?

	Discordo Totalmente	Discordo	N/ Concordo N/ Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1 Fazem-me sentir como se eu fosse o único cliente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Se falar ao farmacêutico sobre os meus problemas de saúde, sinto que vai compreender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Os profissionais desta farmácia têm a competência necessária para me aconselhar sobre o que fazer para melhorar o meu estado de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Sei que posso contar com o meu farmacêutico se precisar dele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Sinto que posso confiar nos conselhos do farmacêutico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Sinto-me à vontade para falar com o farmacêutico sobre os meus problemas de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)

13 - Em que medida concorda ou discorda com as seguintes afirmações, sobre medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)?

	Discordo Totalmente	Discordo	N/ Concordo N/ Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1 Mais medicamentos de prescrição médica obrigatória devem passar a ser de venda livre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Eu procuro MNSRM ao primeiro sinal de doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Eu tomo MNSRM apenas se a doença é muito grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 MNSRM são totalmente seguros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 MNSRM podem ter efeitos secundários graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 O efeito do uso incorrecto de MNSRM pode ser tão grave como o dos sujeitos a receita médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 MNSRM podem mascarar problemas graves de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Alguns MNSRM interferem com o processo natural de cura do organismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Com o uso continuado de MNSRM perdem a sua eficácia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Alguns MNSRM podem causar dependência ou adição se forem tomados por um período longo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auto-eficácia

14 - Em que medida concorda ou discorda com as seguintes afirmações, sobre auto-eficácia, sua crença de que é capaz de desempenhar uma tarefa de determinada maneira para atingir certos objectivos?

		Não é Verdade	Pouco Verdade	Moderadamente Verdade	Totalmente Verdade
1	Eu consigo sempre resolver problemas difíceis, se me esforçar o suficiente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Se alguém se opuser a mim, eu consigo sempre arranjar forma de conseguir o que eu quero.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Eu tenho a certeza que consigo alcançar os meus objectivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Eu acredito que consigo lidar eficazmente com situações inesperadas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Considerando as minhas características, consigo lidar com situações imprevistas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Eu consigo resolver a maioria dos problemas se fizer o esforço necessário.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Eu consigo manter a calma quando encaro dificuldades porque confio nas minhas capacidades para lidar com problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Quando sou confrontado com um problema consigo encontrar múltiplas soluções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Se estou com problemas consigo encontrar uma boa solução.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Eu consigo resolver qualquer problema que eu tenha.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auto-regulação

15 - As seguintes questões são relativas às razões porque você se auto-medica. Diferentes pessoas têm diferentes razões para o fazerem e quero saber qual a verdade cada umas das seguintes razões é. Todas as 15 respostas são para a mesma questão.

	<i>Razões porque eu me automedico.</i>	Discordo Totalmente					Concordo Totalmente	
		1	2	3	4	5	6	7
1	Porque sinto que quero tomar responsabilidade sobre a minha saúde.	<input type="radio"/>						
2	Porque não quero que os outros pensem que não sei cuidar da minha saúde.	<input type="radio"/>						
3	Porque pessoalmente acredito que é o melhor para a minha saúde.	<input type="radio"/>						
4	Porque a minha família e amigos ficariam aborrecidos comigo se eu não tomasse conta da minha saúde.	<input type="radio"/>						
5	Na realidade eu não penso sobre isso.	<input type="radio"/>						
6	Porque eu pensei cuidadosamente sobre a automedicação e acredito que é uma atitude importante para a minha vida.	<input type="radio"/>						
7	Porque tenho vergonha que os outros achem que não me interessam pela minha saúde.	<input type="radio"/>						
8	Porque a auto-medicação é uma escolha importante que eu quero mesmo fazer.	<input type="radio"/>						
9	Porque eu sinto pressão dos outros para me automedicar nos problemas de saúde pouco graves.	<input type="radio"/>						
10	Não penso no assunto porque é mais fácil tomar o que os outros me mandam.	<input type="radio"/>						
11	Porque é consistente com o meu estilo de vida.	<input type="radio"/>						
12	Porque é importante ser o mais saudável possível.	<input type="radio"/>						
13	Porque quero que os outros vejam que sou capaz de tomar conta da minha saúde.	<input type="radio"/>						
14	Na realidade não sei porquê.	<input type="radio"/>						

Quanto tempo demora a chegar a esta farmácia, vindo da sua casa ou trabalho (local de onde vem mais vezes)? _____

Minutos e ao seu centro de saúde ou hospital mais próximo _____ Minutos

Nos últimos 6 meses, quantas vezes foi ao médico?

Nunca 1 a 3 vezes 4 a 6 vezes 7 a 10 vezes 11 ou mais vezes

Nos últimos 6 meses, quantas vezes veio a esta farmácia?

Nunca 1 a 3 vezes 4 a 6 vezes 7 a 10 vezes 11 ou mais vezes

Última vez que foi ao médico?

Menos de 1 semana entre 1 a 4 semanas entre 1 a 6 meses mais de 6 meses

Tempo que espera por uma consulta médica?

Mesmo dia entre 1 a 2 semanas entre 2 a 4 semanas mais de um mês

Tempo que espera por uma receita médica?

Mesmo dia entre 1 a 2 semanas entre 2 a 4 semanas mais de um mês

Tem médico de família? Sim Não

Tem seguro de saúde? Sim Não

Sofre de doença crónica? Sim Não

Sofre de doença psíquica? Sim Não

Faz terapêutica continuada? Sim Não

Qual o profissional de saúde que recorre quando tem um problema ligeiro de saúde?

Médico Farmacêutico Própria iniciativa/amigos

Profissão?

Médico Farmacêutico Ligada à área de saúde Outra

Mora com alguém ligada à área da saúde? Sim Não

Costuma assinar alguma revista da área da saúde? Sim Não

Costuma assistir a colóquios, formações, acções, reuniões em que o tema passa pela saúde? Sim Não

Tem algum membro da família ligada à área saúde? Sim Não

☺Obrigado pela atenção☺

Farmácia: _____

Auto-medicação – Uso de medicamentos por parte do utente para tratar doenças ou sintomas por si reconhecidos, sem indicação de um profissional de saúde (**médicos, médicos dentistas, odontologistas, farmacêuticos**).

Todos os questionários serão tratados de **forma anónima**.

Anexo II – Questionário final

1-Idade: ____ anos 2- Sexo: M F 3-Tem acesso à internet em casa: Sim Não

4-Nível educacional: - 4ª classe 4ª classe básico secundário superior 5- Profissão _____

6-Estatuto face ao trabalho: activo desempregado reformado doméstica 7-Distrito: _____

8-Com que frequência recorre à auto-medicação? Nunca Raramente Alguma Frequência Muito Frequente

9-Nos últimos 6 meses quantas vezes recorreu à auto-medicação?

Nunca 1 a 3 vezes 4 a 6 vezes 7 a 10 vezes 11 ou mais vezes

10-Com que frequência recorre à toma de medicamentos por iniciativa própria (auto-medicação).

1 × por semana ou + 1 × por quinzena 1 × por mês 1 × por cada 3 meses com menos frequência nunca

Farmacêutico

11 - Considerando que vai recorrer a esta farmácia para se automedicar. Pensando no farmacêutico(a) que o vai atender, em que medida concorda ou discorda com estas afirmações?

escolha apenas 1 opção		Discordo Totalmente	Discordo	N/ Concorde N/ Discordo	Concorde	Concorde Totalmente
		1	2	3	4	5
1	Faz-me sentir como se eu fosse o único cliente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Se falar ao farmacêutico sobre os meus problemas de saúde, sinto que vai compreender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Os profissionais desta farmácia têm a competência necessária para me aconselhar sobre o que fazer para melhorar o meu estado de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Sei que posso contar com o meu farmacêutico se precisar dele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Sinto que posso confiar nos conselhos do farmacêutico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Sinto-me à vontade para falar com o farmacêutico sobre os meus problemas de saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)

12 - Em que medida concorda ou discorda com as seguintes afirmações, sobre medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)?

escolha apenas 1 opção		Discordo Totalmente	Discordo	N/ Concorde N/ Discordo	Concorde	Concorde Totalmente
		1	2	3	4	5
1	Mais medicamentos de prescrição médica obrigatória devem passar a ser de venda livre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Eu procuro MNSRM ao primeiro sinal de doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Eu tomo MNSRM apenas se a doença é muito grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	MNSRM são totalmente seguros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	MNSRM podem ter efeitos secundários graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	O efeito do uso incorrecto de MNSRM pode ser tão grave como o dos sujeitos a receita médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	MNSRM podem mascarar problemas graves de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Alguns MNSRM interferem com o processo natural de cura do organismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Com o uso continuado de MNSRM, eles perdem a sua eficácia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Alguns MNSRM podem causar dependência ou habituação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autoeficácia

13 – Em que medida concorda ou discorda com as seguintes afirmações.

	escolha apenas 1 opção	Não é Verdade		Moderadamente Verdade	Totalmente Verdade	
		1	2	3		4
1	Eu consigo sempre resolver problemas difíceis, se me esforçar o suficiente.	0	0	0	0	0
2	Se alguém se opuser a mim, eu consigo sempre arranjar forma de conseguir o que eu quero.	0	0	0	0	0
3	Eu tenho a certeza que consigo alcançar os meus objectivos.	0	0	0	0	0
4	Eu acredito que consigo lidar eficazmente com situações inesperadas.	0	0	0	0	0
5	Considerando as minhas características, consigo lidar com situações imprevistas.	0	0	0	0	0
6	Eu consigo resolver a maioria dos problemas se fizer o esforço necessário.	0	0	0	0	0
7	Eu consigo manter a calma quando encaro dificuldades porque confio nas minhas capacidades para lidar com problemas.	0	0	0	0	0
8	Quando sou confrontado com um problema consigo encontrar múltiplas soluções.	0	0	0	0	0
9	Se estou com problemas consigo encontrar uma boa solução.	0	0	0	0	0
10	Eu consigo resolver qualquer problema que eu tenha.	0	0	0	0	0

Autoregulação

14 – As seguintes questões são relativas às razões porque você se automedica. Diferentes pessoas têm diferentes razões para o fazerem e quero saber qual verdadeira é cada umas das seguintes razões.

	escolha apenas 1 opção <i>- Razões porque eu me automedico -</i>	Discordo Totalmente	Discordo	N/ Discordo N/ Concorde	Concorde	Concorde Totalmente
		1	2	3	4	5
1	Porque sinto que quero tomar responsabilidade sobre a minha saúde.	0	0	0	0	0
2	Porque não quero que os outros pensem que não sei cuidar da minha saúde.	0	0	0	0	0
3	Porque pessoalmente acredito que é o melhor para a minha saúde.	0	0	0	0	0
4	Porque a minha família e amigos ficariam aborrecidos comigo se eu não tomasse conta da minha saúde.	0	0	0	0	0
5	Na realidade eu não penso sobre isso.	0	0	0	0	0
6	Porque eu pensei cuidadosamente sobre a automedicação e acredito que é uma atitude importante para a minha vida.	0	0	0	0	0
7	Porque tenho vergonha que os outros achem que não me interessam pela minha saúde.	0	0	0	0	0
8	Porque a auto-medicação é uma escolha importante que eu quero mesmo fazer.	0	0	0	0	0
9	Porque eu sinto pressão dos outros para me automedicar nos problemas de saúde pouco graves.	0	0	0	0	0
10	Não penso no assunto porque é mais fácil tomar o que os outros me mandam.	0	0	0	0	0
11	Porque é consistente com o meu estilo de vida.	0	0	0	0	0
12	Porque é importante ser o mais saudável possível.	0	0	0	0	0
13	Porque quero que os outros vejam que sou capaz de tomar conta da minha saúde.	0	0	0	0	0
14	Na realidade não sei porquê.	0	0	0	0	0

15- Quanto tempo demora a chegar a esta farmácia, vindo da sua casa ou trabalho (local de onde vem mais vezes)?

_____ Minutos

16- Quanto tempo demora a chegar ao seu centro de saúde ou hospital mais próximo, vindo da sua casa ou trabalho (local de onde vem mais vezes)? _____ Minutos

17- Nos últimos 6 meses, quantas vezes foi ao médico?

Nenhuma 1 a 3 vezes 4 a 6 vezes 7 a 10 vezes 11 ou mais vezes

18- Nos últimos 6 meses, quantas vezes veio a esta farmácia?

Nenhuma 1 a 3 vezes 4 a 6 vezes 7 a 10 vezes 11 ou mais vezes

19- Última vez que foi ao médico?

Há menos de 1 semana 1 a 4 semanas 1 a 6 meses Há mais de 6 meses

20- Tempo que espera por uma consulta médica?

Mesmo dia menos de 1 semana 1 a 2 semanas 2 a 4 semanas mais de um mês

21- Tempo que espera por uma receita médica?

Mesmo dia menos de 1 semana 1 a 2 semanas 2 a 4 semanas mais de um mês

22- Tem médico de família? Sim Não

23- Tem seguro de saúde? Sim Não

24- Sofre de doença crónica? Sim Não

25- Sofre de doença psiquiátrica? Sim Não

26- Faz terapêutica continuada? Sim Não

27- Qual o profissional de saúde a quem recorre quando tem um problema ligeiro de saúde?

Médico Farmacêutico Amigos Própria iniciativa

28- Profissão?

Médico Farmacêutico Ligada à área de saúde Outra

29- Mora com alguém ligado à área da saúde? Sim Não

30- Costuma assinar alguma revista da área da saúde? Sim Não

31- Costuma assistir a colóquios, formações, acções, reuniões em que o tema passa pela saúde? Sim Não

32- Tem algum membro da família ligada à área saúde? Sim Não

☺ Obrigado pela atenção ☺

Anexo III - Distribuição das percentagens (%) e frequência de respostas para cada item da pergunta “ Considerando que vai recorrer à farmácia para se automedicar, pensando no farmacêutico que o vai atender, em que medida concorda e discorda com estas afirmações? “ (escala da confiança no farmacêutico).

		Discordo Totalmente	Discordo	NC/ND	Concordo	Concordo totalmente	Total
Faz-me sentir como se eu fosse o único cliente.	Freq	16	40	74	29	9	168
	%	9,5	23,8	44,0	17,3	5,4	100,0
Se falar ao farmacêutico sobre os meus problemas de saúde, sinto que vai compreender.	Freq	7	22	45	83	11	168
	%	4,2	13,1	26,8	49,4	6,5	100,0
Os profissionais desta farmácia têm competência para me aconselhar sobre o que fazer para melhorar o meu estado de saúde.	Freq	8	23	35	88	14	168
	%	4,8	13,7	20,8	52,4	8,3	100,0
Sei que posso contar com o meu farmacêutico se precisar dele.	Freq	4	18	49	79	18	168
	%	2,4	10,7	29,2	47,0	10,7	100,0
Sinto que posso confiar nos conselhos do farmacêutico.	Freq	7	14	41	90	16	168
	%	4,2	8,3	24,4	53,6	9,5	100,0
Sinto-me à vontade para falar com o farmacêutico sobre os meus problemas de saúde.	Freq	13	27	49	64	15	168
	%	7,7	16,1	29,2	38,1	8,9	100,0

Anexo IV - Distribuição das percentagens (%) e frequência de respostas para cada item da pergunta “ Em que medida concorda ou discorda com as seguintes afirmações, sobre medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)?” (escala de atitude face aos MNSRM).

		Discordo Totalmente	Discordo	NC/ND	Concordo	Concordo totalmente	Total
Mais medicamentos de prescrição médica obrigatória devem passar a ser de venda livre	Freq.	31	63	33	38	3	168
	%	18,5	37,5	19,6	22,6	1,8	100,0
Eu procuro MNSRM ao primeiro sinal de doença	Freq.	46	72	23	24	3	168
	%	27,4	42,9	13,7	14,3	1,8	100,0
Eu tomo MNSRM apenas se a doença é muito grave	Freq.	55	66	27	16	4	168
	%	32,7	39,3	16,1	9,5	2,4	100,0
MNSRM são totalmente seguros	Freq.	35	56	41	30	6	168
	%	20,8	33,3	24,4	17,9	3,6	100,0
MNSRM podem ter efeitos secundários graves	Freq.	3	19	37	69	40	168
	%	1,8	11,3	22,0	41,1	23,8	100,0
O efeito do uso incorrecto de MNSRM pode ser tão grave como o dos sujeitos a receita médica	Freq.	3	20	14	74	57	168
	%	1,8	11,9	8,3	44,0	33,9	100,0
MNSRM podem mascarar problemas graves de saúde	Freq.	1	11	25	88	43	168
	%	,6	6,5	14,9	52,4	25,6	100,0
Alguns MNSRM interferem com o processo natural de cura do organismo	Freq.	3	17	55	74	19	168
	%	1,8	10,1	32,7	44,0	11,3	100,0
Com o uso continuado de MNSRM, eles perdem a sua eficácia	Freq.	13	36	50	53	16	168
	%	7,7	21,4	29,8	31,5	9,5	100,0
Alguns MNSRM podem causar dependência ou habituação se forem tomados por um período longo	Freq.	9	23	45	69	22	168
	%	5,4	13,7	26,8	41,1	13,1	100,0

Anexo V - Distribuição das percentagens (%) e frequência de respostas para cada item das perguntas sobre auto-eficácia.

		Não é verdade		Moderada mente verdade		Totalmente verdade	Total
		1	2	3	4	5	
Eu consigo sempre resolver problemas difíceis, se me esforçar o suficiente.	Freq.	18	18	63	15	54	168
	%	10,7	10,7	37,5	8,9	32,1	100,0
Se alguém se opuser a mim, eu consigo, sempre, arranjar forma de conseguir o que quero	Freq.	18	45	80	0	25	168
	%	10,7	26,8	47,6	0	14,9	100,0
Eu tenho a certeza que consigo alcançar os meus objectivos.	Freq.	8	12	68	8	72	168
	%	4,8	7,1	40,5	4,8	42,9	100,0
Eu acredito que consigo lidar eficazmente com situações inesperadas.	Freq.	10	15	66	8	69	168
	%	6,0	8,9	39,3	4,8	41,1	100,0
Considerando as minhas características, consigo lidar com situações imprevistas.	Freq.	2	13	57	15	81	168
	%	1,2	7,7	33,9	8,9	48,2	100,0
Eu consigo resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário.	Freq.	4	12	54	20	78	168
	%	2,4	7,1	32,1	11,9	46,4	100,0
Eu consigo manter a calma quando encaro dificuldades porque confio nas minhas capacidades para lidar com problemas.	Freq.	4	14	62	19	69	168
	%	2,4	8,3	36,9	11,3	41,1	100,0
Quando sou confrontado com um problema consigo encontrar múltiplas soluções.	Freq.	2	13	84	10	59	168
	%	1,2	7,7	50,0	6,0	35,1	100,0
Se estou com problemas consigo encontrar uma boa solução.	Freq.	4	12	76	8	68	168
	%	2,4	7,1	45,2	4,8	40,5	100,0
Eu consigo resolver qualquer problema que tenha.	Freq.	15	50	71	3	29	168
	%	8,9	29,8	42,3	1,8	17,3	100,0

Anexo VI - Distribuição das percentagens (%) e frequência de respostas para cada item das perguntas sobre auto-regulação.

		Discordo Totalmente	Discordo	NC/ND	Concordo	Concordo totalmente	Total
Porque sinto que quero tomar	Freq.	41	50	38	33	6	168
responsabilidade sobre a minha saúde.	%	24,4	29,8	22,6	19,6	3,6	100,0
Porque não quero que os outros pensem que	Freq.	69	72	22	4	1	168
não sei cuidar da minha saúde.	%	41,1	42,9	13,1	2,4	0,6	100,0
Porque pessoalmente acredito que é o melhor	Freq.	27	51	38	46	6	168
para a minha saúde.	%	16,1	30,4	22,6	27,4	3,6	100,0
Porque a minha família e amigos ficariam	Freq.	66	60	31	10	1	168
aborrecidos comigo se eu não tomasse conta	%	39,3	35,7	18,5	6,0	0,6	100,0
da minha saúde.							
Na realidade eu não penso sobre isso.	Freq.	19	36	49	46	18	168
	%	11,3	21,4	29,2	27,4	10,7	100,0
Porque eu pensei cuidadosamente sobre a	Freq.	37	58	41	30	2	168
automedicação e acredito que é uma atitude	%	22,0	34,5	24,4	17,9	1,2	100,0
importante para a minha vida.							
Porque tenho vergonha que os outros achem	Freq.	87	60	19	1	1	168
que não me interessa pela minha saúde.	%	51,8	35,7	11,3	0,6	0,6	100,0
Porque a automedicação é uma escolha	Freq.	53	60	39	15	1	168
importante que eu quero mesmo fazer.	%	31,5	35,7	23,2	8,9	0,6	100,0
Porque eu sinto pressão dos outros para me	Freq.	84	64	16	3	1	168
automedicar nos problemas de saúde pouco	%	50,0	38,1	9,5	1,8	0,6	100,0
graves.							
Não penso no assunto porque é mais fácil	Freq.	77	62	23	5	1	168
tomar o que os outros me mandam.	%	45,8	36,9	13,7	3,0	0,6	100,0
Porque é consistente com o meu estilo de	Freq.	47	49	31	37	4	168
vida.	%	28,0	29,2	18,5	22,0	2,4	100,0
Porque é importante ser o mais saudável	Freq.	28	37	48	45	10	168
possível.	%	16,7	22,0	28,6	26,8	6,0	100,0
Porque quero que os outros vejam que sou	Freq.	82	53	23	9	1	168
capaz de tomar conta da minha saúde.	%	48,8	31,5	13,7	5,4	0,6	100,0
Na realidade não sei porquê.	Freq.	68	42	42	12	4	168
	%	40,5	25,0	25,0	7,1	2,4	100,0

Anexo VII – Resultados variáveis

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	72	42,9	42,9	42,9
	Feminino	96	57,1	57,1	100,0
	Total	168	100,0	100,0	

Internet

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	159	94,6	94,6	94,6
	Não	9	5,4	5,4	100,0
	Total	168	100,0	100,0	

Habilitações

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4ª classe	4	2,4	2,4	2,4
	Básico	2	1,2	1,2	3,6
	secundário	25	14,9	14,9	18,5
	Superior	137	81,5	81,5	100,0
	Total	168	100,0	100,0	

Estado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Activo	154	91,7	91,7	91,7
	Desempregado	3	1,8	1,8	93,5
	Retornado	10	6,0	6,0	99,4
	Doméstica	1	,6	,6	100,0
	Total	168	100,0	100,0	

Anexo VIII – Resultados da análise factorial exploratória

Teste Kaiser-Meyer-Olkin e Teste Bartlett's

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,875
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1169,551
	df	91
	Sig.	,000

Communalities		
	Initial	Extraction
Q14_1	1,000	,531
Q14_2	1,000	,666
Q14_3	1,000	,599
Q14_4	1,000	,592
Q14_5	1,000	,764
Q14_6	1,000	,673
Q14_7	1,000	,786
Q14_8	1,000	,687
Q14_9	1,000	,701
Q14_10	1,000	,654
Q14_11	1,000	,623
Q14_12	1,000	,516
Q14_13	1,000	,639
Q14_14	1,000	,583

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotação Varimax

Total Variance Explained					
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings	
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance
1	5,833	41,662	41,662	5,833	41,662
2	2,053	14,662	56,323	2,053	14,662
3	1,127	8,051	64,374	1,127	8,051
4	,890	6,357	70,732		
5	,673	4,808	75,539		
6	,669	4,779	80,318		
7	,514	3,673	83,991		
8	,483	3,450	87,441		
9	,397	2,838	90,279		
10	,363	2,591	92,870		
11	,312	2,229	95,099		
12	,254	1,814	96,914		
13	,221	1,576	98,490		
14	,211	1,510	100,000		

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained				
Component	Extraction Sums of Squared Loadings	Rotation Sums of Squared Loadings		
		Cumulative %	Total	% of Variance
1	41,662	4,012	28,655	28,655
2	56,323	3,712	26,511	55,166
3	64,374	1,289	9,209	64,374
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix

	Component		
	1	2	3
Q14_1	,628	-,366	,059
Q14_2	,728	,153	-,335
Q14_3	,577	-,485	,172
Q14_4	,708	,063	-,295
Q14_5	,103	,326	,804
Q14_6	,652	-,498	-,006
Q14_7	,819	,320	-,112
Q14_8	,774	-,283	,089
Q14_9	,732	,405	-,042
Q14_10	,576	,556	,116
Q14_11	,665	-,310	,290
Q14_12	,564	-,416	,160
Q14_13	,733	,229	-,222
Q14_14	,454	,570	,229

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 3 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
Q14_1	,224	,692	-,044
Q14_2	,732	,302	-,198
Q14_3	,080	,770	,009
Q14_4	,650	,361	-,198
Q14_5	,023	,038	,873
Q14_6	,182	,785	-,154
Q14_7	,830	,301	,078
Q14_8	,372	,740	,026
Q14_9	,795	,200	,169
Q14_10	,722	,028	,362
Q14_11	,213	,735	,192
Q14_12	,115	,709	,025
Q14_13	,746	,280	-,064
Q14_14	,606	-,037	,463

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3
1	,736	,673	,069
2	,602	-,698	,388
3	-,310	,244	,919

Extraction Method: Principal Component

Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser

Normalization.

Anexo IX - Resultados do teste de hipóteses

		AM_iniciativa	Confiança
AM_iniciativa	Pearson Correlation	1	-,108
	Sig. (2-tailed)		,165
	N	168	168
Confiança	Pearson Correlation	-,108	1
	Sig. (2-tailed)	,165	
	N	168	168

		AM_iniciativa	Atitudes
AM_iniciativa	Pearson Correlation	1	,022
	Sig. (2-tailed)		,782
	N	168	168
Atitudes	Pearson Correlation	,022	1
	Sig. (2-tailed)	,782	
	N	168	168

		AM_iniciativa	Auto_eficacia
AM_iniciativa	Pearson Correlation	1	-,040
	Sig. (2-tailed)		,604
	N	168	168
Auto_eficacia	Pearson Correlation	-,040	1
	Sig. (2-tailed)	,604	
	N	168	168

		AM_iniciativa	Mot_Autonom a
AM_iniciativa	Pearson Correlation	1	,216**
	Sig. (2-tailed)		,005
	N	168	168
Mot_Autonom a	Pearson Correlation	,216**	1
	Sig. (2-tailed)	,005	
	N	168	168

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

		AM_iniciativa	Mot_Controllada
AM_iniciativa	Pearson Correlation	1	-,097
	Sig. (2-tailed)		,213
	N	168	168
Mot_Controllada	Pearson Correlation	-,097	1
	Sig. (2-tailed)	,213	
	N	168	168

		AM_iniciativa	Nao_motivacao
AM_iniciativa	Pearson Correlation	1	-,021
	Sig. (2-tailed)		,783
	N	168	168
Nao_motivacao	Pearson Correlation	-,021	1
	Sig. (2-tailed)	,783	
	N	168	168

Anexo X – Resultados da regressão linear

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Nao_motivacao, Auto_eficacia, Confiança, Mot_Autonoma, Atitudes, Mot_Controlada ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: AM_iniciativa

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,375 ^a	,141	,109	1,206	1,974

a. Predictors: (Constant), Nao_motivacao, Auto_eficacia, Confiança, Mot_Autonoma, Atitudes, Mot_Controlada

b. Dependent Variable: AM_iniciativa

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	38,272	6	6,379	4,389	,000 ^a
	Residual	234,007	161	1,453		
	Total	272,280	167			

a. Predictors: (Constant), Nao_motivacao, Auto_eficacia, Confiança, Mot_Autonoma, Atitudes, Mot_Controlada

b. Dependent Variable: AM_iniciativa

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,943	,839		3,508	,001
	Confiança	-,091	,123	-,055	-,735	,464
	Atitudes	,189	,227	,065	,836	,404
	Auto_eficacia	-,247	,153	-,124	-1,611	,109
	Mot_Autonoma	,648	,138	,433	4,694	,000
	Mot_Controlada	-,703	,193	-,376	-3,640	,000
	Nao_motivacao	,112	,139	,067	,805	,422

a. Dependent Variable: AM_iniciativa

Coefficients^a

Model		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
1	(Constant)		
	Confiança	,937	1,067
	Atitudes	,875	1,143
	Auto_eficacia	,904	1,106
	Mot_Autonomia	,629	1,591
	Mot_Controlada	,500	2,001
	Nao_motivacao	,767	1,304

a. Dependent Variable: AM_iniciativa

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
				(Constant)	Confiança	Atitudes	Auto_eficacia
1	1	6,679	1,000	,00	,00	,00	,00
	2	,122	7,411	,01	,05	,01	,04
	3	,087	8,766	,00	,00	,00	,01
	4	,051	11,445	,00	,41	,00	,05
	5	,031	14,720	,01	,42	,05	,17
	6	,022	17,476	,06	,05	,31	,68
	7	,009	27,896	,93	,07	,63	,06

a. Dependent Variable: AM_iniciativa

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimension	Variance Proportions		
		Mot_Autonomia	Mot_Controlada	Nao_motivacao
1	1	,00	,00	,00
	2	,07	,23	,04
	3	,29	,00	,52
	4	,18	,29	,19
	5	,44	,40	,19
	6	,01	,03	,04
	7	,01	,05	,02

a. Dependent Variable: AM_iniciativa

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2,15	4,18	3,07	,479	168
Std. Predicted Value	-1,902	2,318	,000	1,000	168
Standard Error of Predicted Value	,114	,561	,237	,066	168
Adjusted Predicted Value	2,06	4,17	3,07	,487	168
Residual	-2,097	2,846	,000	1,184	168
Std. Residual	-1,739	2,360	,000	,982	168
Stud. Residual	-1,783	2,384	-,002	1,005	168
Deleted Residual	-2,405	2,936	-,004	1,241	168
Stud. Deleted Residual	-1,796	2,420	,000	1,010	168
Mahal. Distance	,494	35,226	5,964	4,323	168
Cook's Distance	,000	,123	,007	,014	168
Centered Leverage Value	,003	,211	,036	,026	168

a. Dependent Variable: AM_iniciativa