

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DA AUTOMEDICAÇÃO NA GRAVIDEZ EM PROBLEMAS DE SAÚDE AGUDOS

Trabalho submetido por
Sara Gomes Domingos
para a obtenção do grau de **Mestre** em Ciências Farmacêuticas

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DA AUTOMEDICAÇÃO NA GRAVIDEZ EM PROBLEMAS DE SAÚDE AGUDOS

Trabalho submetido por
Sara Domingos
para a obtenção do grau de **Mestre** em Ciências Farmacêuticas

Trabalho orientado por
Professora Doutora Patrícia Cavaco-Silva

e coorientado por
Doutor João Pedro Aguiar

outubro de 2025

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, à minha orientadora, Professora Doutora Patrícia Cavaco-Silva, por toda a ajuda, disponibilidade e orientação ao longo deste projeto.

Ao meu coorientador, Professor Doutor João Pedro Aguiar, pela colaboração, partilha de conhecimento e contributo fundamental para a concretização deste trabalho.

Ao Dr. Fernando Cirurgião, por se ter disponibilizado a partilhar os questionários no consultório, e à Sónia Morais Santos, jornalista e criadora de conteúdos digitais, por ter partilhado o questionário nas suas redes sociais. Sem a vossa ajuda e colaboração, este trabalho não teria sido possível.

Agradeço, de seguida, à minha mãe, Elsa, por ter tornado o meu sonho possível, por nunca ter hesitado em apoiar-me, por acreditar em mim mesmo nos momentos em que eu duvidava e por estar sempre pronta a ajudar-me e a ouvir-me.

Agradeço à minha tia, Andrea, por todas as palavras de motivação e pela ajuda constante ao longo deste percurso, por acreditar em mim e por me incentivar a seguir esta profissão. E ao meu tio, Pedro, pela sua boa disposição contagiante que, mesmo nos momentos mais difíceis, me fazia sorrir.

Agradeço à minha prima e aos meus sobrinhos — Margarida Maria, Maria Raquel e João Miguel — que, mesmo sem terem plena perceção disso, alegraram os meus dias e me ajudaram com a sua alegria e carinho.

Aos meus avós, João Manuel e Teresa, que falam de mim com o coração cheio de orgulho e ternura. São uma fonte de amor, força e inspiração.

Ao meu pai, John, pelo apoio e confiança.

Ao meu irmão e à minha cunhada, João André e Maria João, pelo incentivo ao longo deste caminho.

A todos, o meu sincero obrigada.

Resumo

Introdução: A automedicação é uma prática comum na população em geral e, apesar de ser considerada segura quando realizada de forma responsável, assume particular relevância durante a gravidez. A utilização inadequada de medicamentos pode colocar em risco não só a saúde materna, como também o desenvolvimento fetal.

Objetivos: O principal objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento, as atitudes e as práticas das grávidas relativamente à automedicação em caso de problemas de saúde agudos.

Metodologia: Foi realizado um estudo primário, transversal, descritivo e analítico. Os dados foram recolhidos através de um e -questionário, disponibilizado na plataforma *Google Forms* entre março e setembro de 2025, e divulgado em redes sociais, farmácias comunitárias e num consultório médico. A análise dos dados foi efetuada com recurso ao *IBM SPSS Statistics* (versão 30.0) e ao *Microsoft Excel*.

Resultados: A amostra (n = 200) apresentou uma idade média de $31,2 \pm 4,8$ anos e 62% referiram ter recorrido à automedicação durante a gravidez, sobretudo para tratar cefaleias (48%), constipações (37%) e desconforto gastrointestinal (26%). O paracetamol foi o medicamento mais utilizado (98,90%), seguido dos antiácidos (21,70%). Embora 73% das inquiridas reconhecessem os riscos da automedicação, 41% admitiram recorrer a esta prática.

Conclusão: Apesar de um nível de conhecimento globalmente satisfatório sobre os riscos da automedicação, esta prática continua comum entre as grávidas. Os resultados reforçam a necessidade de promover ações de educação para a saúde e de literacia sobre medicamentos, bem como de fortalecer o papel do farmacêutico comunitário enquanto agente ativo na prevenção e na orientação sobre a utilização segura de medicamentos durante a gravidez, contribuindo, deste modo, para a proteção da saúde materno-fetal.

Palavras-chave: gravidez, automedicação, conhecimento, atitudes, práticas, farmacêutico, segurança do medicamento, saúde materna.

Abstract

Introduction: Self-medication is a common practice among the general population and, although considered safe when done responsibly, it takes on particular relevance during pregnancy. Inappropriate use of medications can endanger not only maternal health but also fetal development.

Objectives: The main objective of this study was to assess the knowledge, attitudes, and practices of pregnant women regarding self-medication in cases of acute health problems.

Methodology: A primary, cross-sectional, descriptive, and analytical study was conducted. Data were collected using an e-questionnaire, made available on the Google Forms platform between March and September 2025, and disseminated on social media, in community pharmacies, and in a doctor's office. Data analysis was performed using IBM SPSS Statistics (version 30.0) and Microsoft Excel.

Results: The sample ($n = 200$) had a mean age of 31.2 ± 4.8 years, and 62% reported having resorted to self-medication during pregnancy, mainly to treat headaches (48%), colds (37%), and gastrointestinal discomfort (26%). Paracetamol was the most commonly used medication (98.90%), followed by antacids (21.70%). Although 73% of respondents recognized the risks of self-medication, 41% admitted to resorting to this practice.

Conclusion: Despite a generally satisfactory level of knowledge about the risks of self-medication, this practice remains common among pregnant women. The results reinforce the need to promote health education and medication literacy initiatives, as well as to strengthen the role of community pharmacists as active agents in prevention and guidance on the safe use of medications during pregnancy, thereby contributing to the protection of maternal and fetal health.

Keywords: pregnancy, self-medication, knowledge, attitudes, practices, pharmacist, drug safety, maternal health.

Índice	
<i>I - Introdução</i>	17
1.1. Conceitos gerais sobre a gravidez e suas alterações	17
1.1.1. Placenta: função e transporte de medicamentos	19
1.1.2. Alterações farmacocinéticas na gravidez	21
1.1.3. Utilização de medicamentos na gravidez	22
1.1.4. Situações clínicas ligeiras comuns na gravidez	24
1.2. Medicamentos e gravidez	25
1.2.1. Fatores e motivações para o uso de medicamentos durante a gravidez	26
1.2.2. O caso da talidomida	29
1.2.3. Exemplos de medicamentos e classificações de risco	29
1.3. Automedicação: conceito e contextualização	30
1.3.1. Medicamentos sujeitos a receita médica e automedicação	32
1.3.2 Riscos da automedicação	33
1.4. Automedicação na gravidez	34
1.4.1. Prevalência da automedicação na gravidez no mundo	35
1.4.2 Passagem placentária e riscos fetais	37
1.4.3. Conhecimento, atitudes e práticas das grávidas relativamente ao uso de medicamentos	37

1.5. A importância do aconselhamento farmacêutico na gravidez	38
1.6. Racional de estudo	40
<i>Capítulo II – Objetivos.....</i>	<i>43</i>
2.1. Objetivos principais.....	43
2.2. Objetivos específicos.....	43
2.3. Questões de investigação	43
2.4. Relação entre as questões de investigação e os objetivos de estudo	44
<i>Capítulo III – Metodologia.....</i>	<i>45</i>
3.1 Desenho e período de estudo.....	45
3.2.1. Cálculo da dimensão amostra.....	45
3.2.2 Critérios de elegibilidade	45
3.2.3 Critérios de exclusão	45
3.3. Recolha de informação	46
3.3.1. Desenvolvimento e validação do e-questionário	46
3.4. Ética e confidencialidade.....	49
3.5. Análise de dados.....	50
<i>Capítulo IV – Resultados.....</i>	<i>53</i>
4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	53
4.1.1. Caracterização da gravidez	55

4.3. Caracterização da medicação e suplementação prescrita realizada durante a gravidez.....	56
4.4. Histórico da automedicação na gravidez.....	57
4.5. Conhecimento sobre automedicação na gravidez.....	59
4.6. Atitudes e práticas de automedicação na gravidez.....	61
4.7. Valorização do papel do farmacêutico no cuidado à grávida.....	62
4.8. Análise da automedicação na gravidez.....	63
4.8.1. Conhecimento de automedicação na gravidez.....	65
4.8.2. Atitudes face à automedicação na gravidez.....	65
4.8.3. Valorização do papel do farmacêutico.....	66
<i>Capítulo V – Discussão de resultados.....</i>	<i>69</i>
5.1. Pontos fortes e limitações do estudo.....	72
5.2. Perspetivas futuras.....	72
<i>Capítulo VI – Conclusão.....</i>	<i>73</i>
<i>Referências bibliográficas.....</i>	<i>75</i>
<i>Anexos.....</i>	<i>85</i>

Índice de tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos trimestres da gravidez por intervalo de semanas.....	17
Tabela 2 - Transporte celular de acordo com a característica do medicamento.....	21
Tabela 3 - Questões de investigação e respectivos objetivos gerais e específicos.....	42
Tabela 4 - Estrutura e objetivos do questionário para grávidas sobre automedicação....	46
Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica da amostra.....	51
Tabela 6 - Acompanhamento pré-natal das grávidas.....	53
Tabela 7 - Suplementos alimentares realizados pelas grávidas.....	54
Tabela 8 - MSRM e MNSRM realizados pelas grávidas.....	54
Tabela 9 – Distribuição dos sintomas e condições clínicas associados à prática de AMG.....	55
Tabela 10 – Classificação do nível de conhecimento sobre AMG.....	59
Tabela 11 – Importância atribuída pelas grávidas ao papel do farmacêutico em diferentes áreas.....	61
Tabela 12 - Associação entre variáveis sociodemográficas e prática de AMG.....	61
Tabela 13 - Associação entre número de gravidezes, trimestre gestacional e uso de classes de medicamentos.....	62
Tabela 14 - Associação entre variáveis e nível de conhecimento.....	63
Tabela 15 - Associação entre variáveis sociodemográficas e atitudes face à AMG.....	66
Tabela 16 - Associação entre variáveis sociodemográficas e valorização do papel do farmacêutico.....	66

Índice de figuras

Figura 1 – Sintomas e sinais mais comuns na gravidez.....	17
Figura 2 - Alterações no organismo durante a gravidez.....	19
Figura 3 – Placenta, constituição e transporte.....	20
Figura 4 - Distribuição geográfica da amostra.....	52
Figura 5 - Distribuição da amostra por trimestre de gravidez.....	53
Figura 6 - Distribuição das classes terapêuticas utilizadas na AMG.....	56
Figura 7 - Qual é o período da gravidez em que o medicamento tem maior probabilidade de provocar riscos na gravidez?.....	57
Figura 8 - Percepção das grávidas quanto à segurança dos MNSRM.....	57
Figura 9 -Percepção dos riscos associados ao uso de medicamentos não seguros na gravidez.....	58
Figura 10 -Percepção dos riscos associados ao uso de medicamentos não seguros na gravidez.....	59

Índice de anexos

Anexo I- Questionário Utilizado no Estudo

Anexo II – Instrumento de divulgação do questionário aplicado em redes sociais, farmácias e consultório médico

Anexo III - Consentimento informado aprovado pela Comissão de Ética da Egas Moniz School of Health and Science

Lista de abreviaturas

AINE – Anti-inflamatório não esteroide

AMG – Automedicação na gravidez

CRIMF -Centro Regional de Informação sobre Medicamentos e Farmacovigilância

EMA – Agência europeia do medicamento

FDA - *US Food and Drug Administration*

HBPM - Heparina de baixo peso molecular

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

MNSRM – Medicamento não sujeito a receita médica

MSRM – Medicamento sujeito a receita médica

NHS - *National Health Service*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PLLR - *Pregnancy and Lactation Labeling Rule*

PNVGBR - Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPOMMF - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

TGA- *Therapeutic Goods Administration*

TSH - Tirotropina

I - Introdução

1.1. Conceitos gerais sobre a gravidez e suas alterações

A gravidez é um período onde ocorre o desenvolvimento do feto no útero materno, sendo a sua duração contabilizada a partir do primeiro dia da última menstruação ou através da primeira ecografia obstétrica até o nascimento do bebê (About Pregnancy, 2024).

A gravidez é dividida em três trimestres, segundo o descrito na **Tabela 1**:

Tabela 1 - Distribuição dos trimestres da gravidez por intervalo de semanas

<i>Trimestre</i>	<i>Semanas</i>
1 ^o	1 ^a à 12 ^a semana
2 ^o	13 ^a à 28 ^a semana
3 ^o	29 ^a à 40 ^a semana

A gravidez idealmente tem uma duração de 40 semanas, sendo que se for inferior a 37 semanas será considerada uma gravidez pré-termo (About Pregnancy, 2024).

Durante estes três trimestres o corpo da mulher enfrenta inúmeras adaptações fisiológicas. (Kazma et al., 2020) Segundo a Direção Geral de Saúde, os sintomas e sinais mais comuns incluem: fadiga, hipersônia, vômitos, hipertrofia mamária, hipersensibilidade mamilar, hiperpigmentação areolar, *linea nigra*, cloasma, obstipação, insuficiência venosa, lombalgia e polaquiúria ("Guia para grávidas", 2025). Na figura 1 encontram-se esquematizados alguns dos sintomas ("Guia para grávidas", 2025).



Figura 1 - Sintomas e sinais mais comuns na gravidez

A nível renal, verifica-se um aumento do fluxo de plasma renal (entre 40,00 e 65,00%), em consequência existe uma diminuição da pressão oncótica glomerular aumentando, assim, a taxa de filtração glomerular (TFG) entre 50,00 e 85,00% (Chandra & Paray, 2024).

No sistema cardiovascular, as primeiras modificações tornam-se evidentes a partir da oitava semana de gravidez. A vasodilatação induzida pela progesterona provoca uma diminuição da resistência vascular periférica. Tal resulta num aumento do débito cardíaco entre 20,00% e 40,00%, consoante a evolução da gravidez. Quanto à frequência cardíaca, esta diminui ligeiramente entre a 12.^a e a 19.^a semana de gravidez, verificando-se um aumento a partir desta última (Chandra & Paray, 2024).

Relativamente ao sistema gastrointestinal, a progesterona atua nas células do músculo liso gastrointestinal, reduzindo a tensão do esfíncter esofágico inferior, o que favorece o aparecimento de pirose, obstipação, náuseas e vômitos. Além disso, há uma diminuição da motilidade e do esvaziamento gastrointestinal que provocam obstipação e distensão abdominal, devido à ação da progesterona e do estrogénio também nas células do músculo liso gastrointestinal (Kazma, Anker, Allegaert, Dallmann, Ahmadzia, 2020). As náuseas e os vômitos afetam 80% das mulheres grávidas, com grande variabilidade em termos de intensidade e persistência. Estes sintomas iniciam-se na 2.^a semana de gravidez, podendo prolongar-se até às 37 semanas, sendo mais comuns até à 28.^a semana (Kazma et al. 2020). Em termos hematológicos, o volume de sangue aumenta 40,00 a 50,00%. Durante a gravidez existe um aumento significativo na produção de folatos (cerca de 10 vezes mais), vitamina B12 (vinte vezes mais) e ferro (entre três a quatro vezes mais). No que diz respeito à coagulação, observa-se um aumento na concentração dos fatores VIII, IX e X. Como consequência, as mulheres grávidas apresentam um risco aumentado de trombose venosa (Chandra & Paray, 2024).

Ocorre também retenção de água e sais minerais, entre eles o sódio, devido ao efeito combinado da atividade mineralocorticoide e vasopressina, aumentando o volume do plasma entre 30,00 e 50,00% (Vricella et al. 2017). O aumento do volume plasmático é essencial para garantir uma perfusão eficaz dos órgãos vitais e para ajudar o organismo a adaptar-se à perda de sangue que ocorre durante o parto. Quando não existe este aumento tem-se detetado eventos como pré-eclâmpsia, restrição de crescimento fetal e parto prematuro (Vricella et al. 2017).

No sistema endócrino, ocorrem diversas alterações em vários órgãos e glândulas, nomeadamente no pâncreas, na glândula pituitária e na tiroide. Isto ocorre por ação da

hormona lactogênio humana (hPL) e da hormona do crescimento, bem como devido ao estrogênio e progesterona, cujas concentrações se alteram durante a gravidez (Kazma et al., 2020). Considera-se que tanto a hormona lactogênio placentária humana como a hormona de crescimento placentário humano desempenhem um papel importante na resistência dos tecidos periféricos à insulina. Por outro lado, estrogênios e progesterona, terão maior ação no aumento da glândula pituitária e na diminuição das gonadotrofinas (Kazma et al. 2020).

Em termos de tecido adiposo, este aumenta durante a gravidez, podendo aumentar entre 12 e 20 kg (Vricella et al. 2017).

A placenta é um órgão temporário formado durante a gravidez, responsável por funções essenciais para a manutenção da saúde e do desenvolvimento fetal, assegurando o fornecimento de oxigênio e nutrientes, e influenciando o estado de saúde da mãe e do feto (Cindrova-Davies & Sferruzzi-Perri, 2022).

As alterações do organismo durante a gravidez estão resumidas na **Figura 2**.

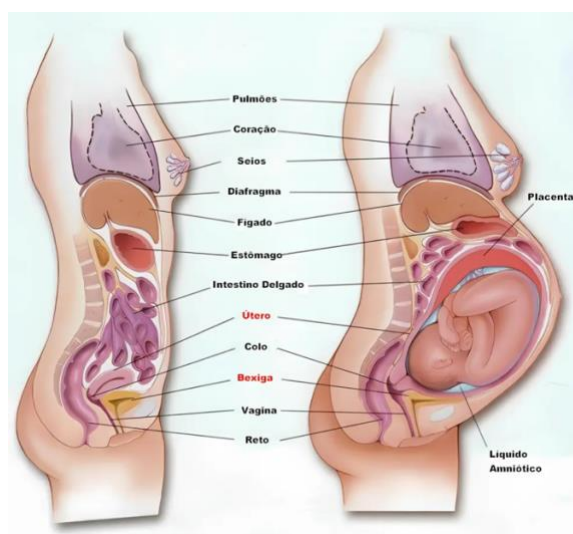


Figura 2 - Alterações no organismo durante a gravidez (retirado de (Correia et al. 2015)

1.1.1. Placenta: função e transporte de medicamentos

A placenta é um órgão que tem um crescimento rápido que sofre diferenciação e maturação; quando o desenvolvimento da placenta não ocorre corretamente é a principal causa de problemas na gravidez como os abortos espontâneos, natimortos e pré-eclampsia (Gabbe et al., 2016; Kazma et al., 2020b; Landon et al., 2025).

A formação da placenta inicia no momento da nidação quando o blastocisto embrionário entra em contacto com o endométrio. Após a nidação existe a diferenciação do trofoblasto, esta pode ocorrer por duas vias, a vilosa e extravilosa. A via vilosa origina os sinciciotrofoblastos que revestem as vilosidades coriônicas, e efetuam a troca fetal-materna. Por outro lado, a via extravilosa é responsável por remodelar as artérias uterinas, favorecendo a sua vasodilatação e correta irrigação sanguínea da placenta (Cindrova-Davies & Sferruzzi-Perri, 2022; Gude et al. 2004).

A placenta tem funções cruciais: é responsável pelo fornecimento de nutrientes, oxigénio, remoção de resíduos, proteção imunológica e produção de hormonas como os estrogénios (Landon et al., 2025). As funções da placenta diferem de acordo com o tempo da gravidez. É o órgão que está encarregue da produção de hormonas para que a gravidez seja normal; após a implantação do embrião no endométrio, a função da placenta passa também a ser a troca de substâncias, que deixa de ser uma difusão paracelular (Mao & Che, 2022).

A transferência placentária de medicamentos pode ocorrer por difusão passiva, difusão facilitada ou transporte ativo, como é demonstrando na **Figura 3** (Hudson et al. 2023).

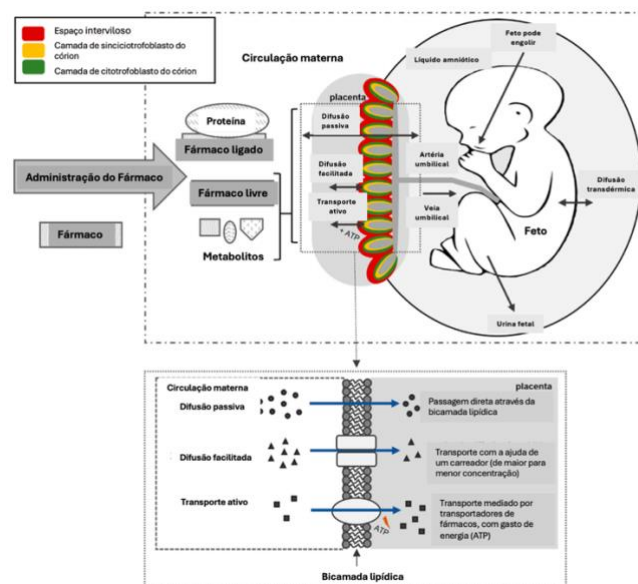


Figura 3 – Placenta, constituição e transporte (retirado de (Hudson et al. 2023))

Medicamentos apolares, lipofílicos e com baixo peso molecular apresentam facilidade a atravessar a placenta. O tipo de transporte do medicamento depende das suas características, por exemplo medicamentos com peso molecular superior a 1000 Daltons não atravessam a barreira placentária, como é o exemplo das heparinas de baixo peso molecular (HBPM) e da insulina. (**Tabela 2**) (Hudson et al., 2023; Kazma et al., 2020).

Tabela 2 – Transporte celular de acordo com a característica do medicamento

	Características de medicamentos	Exemplos de medicamentos
Difusão passiva	Não ionizados, de natureza lipofílica, não ligados a proteínas plasmáticas, peso molecular inferior a 500 Da	-Midazolam -Paracetamol
Difusão facilitada	Estruturalmente semelhantes a compostos endógenos (ex.: glicocorticoides)	- Cefalosporina - Corticosteroides
Transporte ativo	Necessitam de transportadores celulares presentes na placenta	- Noradrenalina - Dopamina
Incapacidade de transporte	Com peso molecular superior a 1000 Da	- Heparina de baixo peso molecular (HBPM) - Insulina

1.1.2. Alterações farmacocinéticas na gravidez

As alterações anatómicas e fisiológicas que ocorrem durante a gravidez também influenciam a farmacocinética do organismo. As alterações dos processos de absorção, distribuição, metabolismo e eliminação dos medicamentos são consideradas alterações farmacocinéticas, que nos permitem compreender como o medicamento é afetado pelo organismo (Hedaya et al. 2024).

As alterações farmacocinéticas observadas durante o período gestacional devem-se às alterações fisiológicas próprias da gestação. Ao nível gastrointestinal, os vômitos podem reduzir a absorção dos medicamentos. O aumento do peso corporal, do volume plasmático e da albuminemia influencia a distribuição de fármacos. Além disso, o aumento do fluxo renal e hepático altera a depuração, afetando a excreção dos medicamentos, que pode ser

aumentada ou diminuída dependendo da substância ativa. Os fármacos também podem atravessar a barreira placentária e acumular-se no líquido amniótico. (Berezowska et al., 2024; Sharma, Reddy, Coppola, 2024; Chandra & Paray, 2024; Kazma et al. 2020).

Os medicamentos são classificados consoante a sua passagem através da barreira placentária, considerando-se:

- Medicamentos do tipo I
 - atravessam a placenta com facilidade quando a concentração do medicamento no feto é superior à concentração no organismo materno;
- Medicamentos do tipo II
 - atravessam a placenta com facilidade quando a concentração do medicamento no feto é inferior à concentração no organismo materno;
- Medicamentos do tipo III
 - não atravessam a placenta de forma eficaz. (Kazma et al. 2020a)

As variações farmacocinéticas modificam a exposição sistémica da grávida aos medicamentos, influenciando a eficácia e segurança (Berezowska et al. 2024).

Durante a gravidez, a atividade das enzimas sofre alterações, como é o exemplo da CYP2C19 que diminui; inversamente a CYP2B6, o CYP2C9 e o CYP3A4/5, tende a aumentar. Resultante disto, as grávidas podem necessitar de ajustes nos regimes terapêuticos, no entanto, ainda não existe informação que oriente essas alterações (Hudson et al. 2023).

1.1.3 Utilização de medicamentos na gravidez

O estudo multinacional conduzido por Lupattelli et al. incluiu 9459 mulheres grávidas de países da Europa Ocidental, do Norte e de Leste, bem como da América do Norte, América do Sul e Austrália. De acordo com os resultados, 81,20% das inqueridas durante a gravidez utilizaram pelo menos um medicamento sendo desconsiderado o uso de vitaminas, suplementos minerais e ferro. A utilização de medicação foi em consequência de doenças agudas ou crónicas, podendo estes serem medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) ou sujeitos a receita médica (MSRM) (Lupattelli et al. 2014). A prevalência da utilização de MNSRM foi de 66,90%. Em 68,40% dos casos as mulheres utilizaram medicamentos devido a doenças agudas e apenas 17,00% para doenças crónicas. Hipotireoidismo, asma, alergias e depressão foram as principais condições associadas ao

uso contínuo de medicamentos, enquanto doenças agudas ou de curta duração mais comuns a exigir tratamento farmacológico incluíram náuseas e infecções urinárias; os MNSRM mais utilizados foram os descongestionantes nasais tópicos (Lupattelli et al. 2014).

A utilização de medicamentos durante a gravidez representa um importante problema de saúde pública, uma vez que tanto a mãe como o feto estão expostos a potenciais efeitos adversos e complicações associadas ao uso de medicamentos. A exclusão sistemática das grávidas dos ensaios clínicos contribuiu para o desconhecimento dos efeitos secundários, dificultando a avaliação adequada da relação benefício/risco nesta população vulnerável (Lupattelli et al. 2014). A *US Food and Drug Administration* (FDA) constatou que 90,00% dos medicamentos aprovados entre 1980 e 2010, não apresentavam estudos suficientes para determinar o seu risco teratogénico. (Lynch et al. 2017) Anteriormente, a FDA classificava os MSRMs em cinco categorias de risco na gravidez: A, B, C, D e X. Contudo, em 2014, esse sistema foi substituído, uma vez que apresentava falhas de clareza, o que poderia dar origem a equívocos (Blattner et al. 2016).

Atualmente, a classificação foi alterada, existindo a *Pregnancy and Lactation Labeling Rule* (PLLR) que foi elaborada tendo em conta três categorias:

- Gravidez abrangendo trabalho de parto e parto: abrange ainda Registo de Exposição à Gravidez, Resumo de Risco, Considerações Clínicas e Dados disponíveis;
- Lactação;
- Potencial reprodutivo feminino e masculino: contém informações sobre testes de gravidez, infertilidade e contraceção (Blattner et al. 2016).

Este sistema fornece aos profissionais de saúde revisões narrativas sobre o medicamento nas três categorias mencionadas e, que incluem informações tais como: dados de risco de ensaios humanos e animais, qualidade dos dados e relação risco/benefício. Com esta medida a FDA pretendeu contribuir para a tomada de decisões informadas mais corretas nesta área (“Content and Format of Labeling” et al. 2014)

Já na Austrália, a *Therapeutic Goods Administration* (TGA) mantém presente uma categorização alfabética dos riscos da utilização de medicamentos na gravidez sendo esta:

- Categoria A: Medicamentos usados por um número elevado de grávidas que não provocaram nenhum tipo de malformações ou efeitos prejudiciais ao feto, diretamente ou indiretamente.
- Categoria B1: Medicamentos usados por um número reduzido de grávidas, que não provocaram malformações ou efeitos prejudiciais ao feto, diretamente ou indiretamente. Estudos em animais não mostraram risco para o feto.
- Categoria B2: Medicamentos usados por um número reduzido de grávidas que não provocaram malformações ou efeitos prejudiciais ao feto, diretamente ou indiretamente. Estudos em animais são inadequados, mas os dados não apresentam risco para o feto.
- Categoria B3: Medicamentos usados por um número reduzido de grávidas que não provocaram malformações ou efeitos prejudiciais ao feto, diretamente ou indiretamente. Estudos em animais apresentam risco para o feto, mas que não são consideráveis em humanos.
- Categoria C: Medicamentos que provocaram ou podem ser suspeitos de provocar efeitos nocivos no feto humano ou no recém-nascido sem causar malformações, podendo estes ser reversíveis.
- Categoria D: Medicamentos que provocaram, são suspeitas de provocar ou pode-se esperar que provoquem, um aumento de malformações fetais humanas, sendo estes irreversíveis, podendo também existir efeitos farmacológicos adversos.
- Categoria E: Medicamentos com grande risco de provocar danos permanentes no feto e que não devem de ser utilizados na gravidez ("Australian categorisation system", 2025).

1.1.4 Situações clínicas ligeiras comuns na gravidez

A Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P (INFARMED) apresenta uma lista de situações passíveis de automedicação, em que o utente no geral pode-se automedicar, entre as quais: patologias do trato respiratório superior, higiene oral, patologias dentárias, desconforto gastrointestinal, dor ligeira, queimaduras solares, problemas dermatológicos simples, cessação tabágica, dismenorreia e contraceção ("Lista de situações passíveis de automedicação", 2025).

Considera-se frequentemente que a gravidez pode tornar as mulheres mais vulneráveis a infeções (Sappenfield, Jamieson, Kourtis, 2013). Durante a gravidez, é comum que as

mulheres enfrentem episódios de infecções, sendo que 63,60% das grávidas referiram ter experienciado pelo menos uma infecção ao longo da gravidez. Um estudo que avaliou infecções durante a gravidez estimou a prevalência de infecção auto-reportada entre 4967 mulheres, ao longo da gravidez, a prevalência de existir uma infecção ativa manteve-se elevada, com valores semelhantes no primeiro (32,00%) e segundo (32,70%) trimestres, e um ligeiro decréscimo no terceiro (26,60%) (Collier, Rasmussen, Feldkamp, Honein, 2009). As infecções respiratórias foram as mais frequentemente referidas, afetando quase metade das inquiridas. Já as infecções de origem não respiratória, relatadas por cerca de 28,30% das participantes, incluíram maioritariamente situações do sistema ginecológico sendo estas: candidose vaginal (4,20%), as infecções sexualmente transmissíveis (3,40%) e a colonização por estreptococos do grupo B (0,90%). As infecções menos comuns foram as gastroenterites (4,20%) e infecções com localização ou sistema afetado não identificado (2,70%). Por fim, observou-se que a frequência de infecções variava consoante algumas características individuais, como a idade, o grau de escolaridade, o grupo étnico e o tabagismo, o que pode indicar a existência de grupos com maior risco de infecções durante a gravidez (Collier et al. 2009).

1.2. Medicamentos e gravidez

De acordo com a Agência Europeia do Medicamento (EMA), cerca de 90,00% das mulheres grávidas ou em período de amamentação necessitam de recorrer a medicação. No entanto, aproximadamente 40,00% relatam dificuldade em identificar quais os medicamentos seguros durante a gravidez e, em média, 71,00% dos medicamentos disponíveis não apresentam informação suficiente sobre a sua utilização neste contexto. Para colmatar estas lacunas, a EMA tem vindo a implementar diversas iniciativas que abrangem várias áreas da investigação do medicamento. No setor pré-clínico, destaca-se o estudo da farmacocinética durante a gravidez e o desenvolvimento de novas metodologias; já na área dos ensaios clínicos, um dos objetivos assumidos é a inclusão de mulheres grávidas e lactantes (“Medicines during pregnancy and breastfeeding”, 2023). Neste sentido, tanto a EMA como a FDA têm manifestado interesse em integrar grávidas nos ensaios clínicos, reconhecendo a lacuna de conhecimento resultante da sua exclusão (Kappel et al., 2023). Contudo, persiste uma discordância na rotulagem dos medicamentos relativamente à segurança, isto porque os dados disponíveis de estudos em humanos e animais continuam a ser limitados, o que fragiliza as escolhas terapêuticas

dirigidas a esta população (Kappel et al., 2023). Num estudo conduzido por Jiao et al. (2024), que analisou 103 medicamentos utilizados durante a gravidez, apenas 22,30% apresentavam recomendações consistentes entre diferentes guias de referência. Para esta análise foram selecionados 103 fármacos com base na literatura relevante e comparadas as recomendações para cada um deles provenientes de diferentes guias de referência. No total, foram identificados 14 guias disponíveis. No entanto, nenhum destes guias avaliava o risco de viés dos estudos originais nem a qualidade da evidência existente. Além disso, 77,70% dos medicamentos selecionados apresentavam recomendações inconsistentes entre diferentes guias e os estudos em humanos e animais citados para um mesmo fármaco variavam de acordo com o guia consultado. Identificaram-se incoerências relevantes: em alguns casos não estava claramente definido se o medicamento era prejudicial, enquanto noutros as informações eram contraditórias, variando entre a contraindicação absoluta, a restrição a determinados períodos gestacionais ou a utilização apenas em situações de doença grave sem alternativas seguras. Estas discrepâncias podem conduzir a erros terapêuticos e a riscos desnecessários, resultando na utilização inadequada de medicamentos nesta população vulnerável (Jiao et al. 2024).

Atualmente, as atividades de farmacovigilância pós-aprovação constituem a principal fonte de informação sobre a utilização de medicamentos durante a gravidez e a lactação, servindo de base para a rotulagem e orientação da prática clínica. Todavia, este processo é demorado, podendo prolongar-se por vários anos, e os dados obtidos permanecem muitas vezes insuficientes, dificultando a toma de decisões fundamentadas por parte de profissionais de saúde prejudicando a saúde da grávida e do feto (Fernandes et al., 2025; Hudson et al., 2023).

1.2.1. Fatores e motivações para o uso de medicamentos durante a gravidez

Segundo Fortinguerra et al. uma mulher apresenta maior número de prescrições médicas durante a gravidez do que no período pré e pós-natal. A mulher antes de engravidar apresentava uma prevalência de 57,10% prescrições médicas, sendo que no período gestacional foi observado um aumento para 73,10% (Fortinguerra et al. 2023). Este aumento está associado à necessidade de controlar condições específicas da gravidez. Os medicamentos anti-hipertensivos, antidiabéticos, hormonas tiroideias e preparações à base de heparina são os que apresentaram maior predominância de prescrições comparado

com as mulheres que não se encontram no período gestacional. Em contrapartida, antiepiléticos e agentes antilipídicos decresceram na indicação em grávidas provavelmente devido a serem medicamentos com possíveis efeitos teratogénicos (Fortinguerra et al. 2023). Relativamente à medicação de acordo com a fase gestacional, detetou-se uma maior prescrição de medicamentos no primeiro trimestre, sendo medicamentos mais utilizados o ácido fólico, progesterona e o sulfato ferroso (Cousins et al., 2023). No 2º trimestre os medicamentos mais utilizados foram antibióticos, amoxicilina, fosfomicina e a azitromicina e também hormonas tiroideias. Já no 3º trimestre existiu um crescimento na utilização de heparinas e antidiabéticos (Fortinguerra et al. 2023).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda uma suplementação de ferro de 30mg a 60mg por dia e 0,4mg de ácido fólico por dia para prevenir anemia, sepsis no puerpério, baixo peso ao nascimento e parto prematuro (“Daily iron and folic acid supplementation during pregnancy”, 2024). O *National Health Service* (NHS) do Reino Unido acrescenta que a suplementação de ácido fólico previne as deficiências no tubo neural e a espinha bífida (“Pregnancy, breastfeeding and fertility while taking folic”, 2025). Já a progesterona é utilizada para redução do risco de aborto espontâneo devido a incorreta nidadação e supressão das contrações uterinas (Dante, Vaccaro, Facchinetti, 2013).

A prescrição de antibióticos durante a gravidez encontra-se, em grande medida, associada à elevada ocorrência de infeções neste período. Collier et al. (2009) documentou que cerca de um terço das grávidas apresentaram infeções ativas ao longo da gravidez, com prevalências equivalentes no primeiro e no segundo trimestres, verificando-se apenas um decréscimo discreto no terceiro trimestre. A elevada prevalência, aliada à diversidade de infeções observadas, constitui um dos principais motivos para a utilização recorrente de terapêutica antimicrobiana no contexto da gravidez (Collier et al., 2009).

Em Portugal, a prevalência da diabetes gestacional tem vindo a aumentar, fenómeno que se relaciona não só com a modificação dos critérios de diagnóstico, mas também com o aumento da idade materna e a elevada taxa de obesidade. Em 2025, a idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho foi de 30 anos. Entre as grávidas diagnosticadas com diabetes gestacional no período de 2017 a 2020, cerca de 35,40% necessitaram de

terapêutica farmacológica, sendo que 28,30% recorreram à metformina e 15,60% à insulina (Almeida & Ruas, 2022).

O uso de hormonas tiroideias durante a gravidez está associado à disfunção tiroideia, considerada a segunda endocrinopatia mais frequente na gravidez. Esta condição ocorre porque, nesse período, as necessidades metabólicas encontram-se alteradas, resultando num aumento do volume da tiroide (10–40%) e da produção hormonal (cerca de 50%) (Centeno et al., 2022).

O hipotiroidismo pode ser classificado como clínico, quando os valores de tirotropina (TSH) estão elevados e a levotiroxina (T4) livre se encontra diminuída, ou como subclínico, quando a T4 livre permanece normal apesar do aumento da TSH. A incidência do hipotiroidismo clínico na gravidez situa-se entre 0,3–0,5%, enquanto o hipotiroidismo subclínico afeta cerca de 0,25–2,5% das grávidas. Em mulheres com diabetes tipo 1, a prevalência é mais elevada, atingindo 5–8% (Centeno et al., 2022).

De acordo com as Normas de Orientação Clínica da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF) o tratamento recomendado é a T4. A maioria das mulheres com diagnóstico prévio de hipotiroidismo necessita de aumentar a dose em 25–30% logo no início da gravidez tendo como objetivo terapêutico manter os valores de TSH entre 0,5–2,5 mU/L (Centeno et al., 2022).

A prescrição das heparinas é realizada devido a existir um risco aumentado da ocorrência de tromboembolismo venoso (TEV) durante o período da gravidez, parto e no pós-parto. O risco da ocorrência de TEV é acrescido pela presença de outras patologias como trombofilias, doença cardiovascular coronária, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, uso de estrogénios, varizes, doença pulmonar obstrutiva crónica, infeções graves e doenças inflamatórias intestinais. Fatores obstétricos como trabalho de parto prolongado, infeção puerperal, hemorragia, necessidade transfusional, morte fetal e parto pré-termo são também fatores de risco para TEV (Lima, Domingues, Amaral, Borges et al., 2023).

De acordo com a Norma da SPOMMF apenas se inicia a profilaxia após uma avaliação individualizada realizada através de um score, isto ocorre para que a profilaxia seja apenas realizada a grávidas que tenham um maior risco de TEV, para uma segurança materna fetal mais consciente. A profilaxia é realizada com as HBPM durante a gravidez e o pós-parto (Lima et al., 2023).

1.2.2. O caso da talidomida

Em 1953, surgiu a talidomida, um medicamento considerado seguro, com toxicidade determinada em estudos efetuados em roedores (Rehman, Arfons, Lazarus, 2011). Inicialmente, começou a ser utilizado como sedativo, sendo também identificado um efeito antiemético, por conseguinte, inúmeros países permitiram a sua comercialização para sintomas de hiperémese gravídica (Rehman et al., 2011). Em 1959, foram reportados os primeiros casos de malformações congénitas na Alemanha, sendo descritas alterações no desenvolvimento dos membros superiores e inferiores. Em dezembro de 1961 o medicamento foi retirado do mercado após o mesmo tipo de efeito secundário ou malformações ter sido detetado na Austrália. No total 15 mil crianças nasceram com malformações, sendo que 6.000 acabaram por falecer (Rehman et al., 2011).

Este acontecimento fez com que, até aos dias de hoje, muitos médicos continuem receosos em prescrever medicamentos a mulheres grávidas (Kennedy & Batagol, 2025). O efeito teratogénico foi observado em fetos de mulheres que se encontravam com 34 e 49 dias de gravidez, devido à passagem de substâncias presentes no sangue materno para a circulação fetal através da placenta (Kennedy & Batagol, 2025).

1.2.3. Exemplos de medicamentos e classificações de risco

O estudo de Trønnes et al. (2017) baseou-se num inquérito multinacional, *web-based*, realizado em 15 países europeus entre outubro de 2011 e fevereiro de 2012. A informação relativa às características maternas, doenças e utilização de medicamentos durante a gravidez foi recolhida através de um questionário eletrónico, podendo participar grávidas e puérperas com filhos com menos de 1 ano de idade, foram identificados 38,00% de medicamentos que apresentam potenciais riscos quando utilizados na gravidez e 28,30% das mulheres da amostra reportaram ter utilizado medicamentos com potencial risco, incluindo ibuprofeno, metoclopramida e codeína. (Trønnes et al., 2017).

O risco associado à utilização do ibuprofeno depende do trimestre da gravidez em que a grávida se encontra. De acordo com o antigo sistema de classificação da FDA, os anti-inflamatórios não esteroides (AINE) quando utilizados no primeiro trimestre de gravidez são da categoria B, o que significa que não foram apresentados riscos nos estudos de reprodução efetuados em animais ou em humanos.

Ainda assim, existem dados que sugerem que a exposição a AINE durante o primeiro trimestre pode estar associada a um aumento do risco de aborto espontâneo e de determinadas malformações congénitas (D'Ambrosio et al., 2023).

Quando a exposição ocorre no terceiro trimestre estes já têm a classificação de categoria D do antigo sistema de classificação da FDA, o que significa que há evidência de risco para o feto em humanos. Estes riscos estão associados a problemas cardíacos e no líquido amniótico, sendo respetivamente o fecho prematuro do ducto arterial e oligoidrâmnio – produção diminuída de líquido amniótico (D'Ambrosio et al., 2023).

Já o risco relacionado com a utilização da metoclopramida na gravidez também é classificado como B, no primeiro trimestre, já a codeína é classificada como categoria C, o que refere que o medicamento apenas pode ser utilizado se os benefícios superarem os riscos para o feto ("Prescribing Information Resources", 2025). O risco associado ao uso da codeína na gravidez é devido à sua utilização nos últimos meses da gravidez provocarem sintomas de abstinência no feto sendo estes: irritabilidade, choro excessivo, tremores, hiperreflexia, convulsões, febre, vômitos, diarreia e má alimentação ("Prescribing Information Resources", 2025; "Pregnancy, breastfeeding and fertility while taking codeine", 2023).

De acordo com o sistema de classificação atualmente utilizado pela TGA, o ibuprofeno é classificado como categoria C, enquanto a codeína e a metoclopramida pertencem à categoria A ("Australian categorisation system for prescribing medicines in pregnancy", 2025).

No caso do ibuprofeno, além dos efeitos já referidos, destaca-se o risco de comprometimento da função renal fetal, inibição da agregação plaquetária e atraso no início do trabalho de parto e do parto propriamente dito. Relativamente à codeína, salienta-se a possibilidade de síndrome de abstinência neonatal, especialmente quando utilizada em doses elevadas e por períodos prolongados ("Australian categorisation system for prescribing medicines in pregnancy", 2025).

1.3. Automedicação: Conceito e contextualização

A automedicação está incluída nos cuidados pessoais, sendo estes definidos como os cuidados que os indivíduos fazem para eles mesmos, na intenção de criar e sustentar a saúde antecipando e gerindo a patologia. Nos cuidados pessoais também encontramos outros conceitos como higiene, nutrição, estilo de vida, fatores ambientais e fatores socioeconómicos ("The role of the pharmacist in self-care and self-medication", 1998).

A OMS, em 1998, definiu a automedicação como “seleção e utilização de medicamentos por indivíduos para tratar doenças ou sintomas autorreconhecidos.” (“The role of the pharmacist in self-care and self-medication”, 1998).

A automedicação é uma prática cuja prevalência no mundo varia entre 11,20% e 93,70%, sendo que, na Europa, a prevalência é de 34,30%. (Baracaldo-Santamaría et al., 2022; Yeamans, Gil-de-Miguel, Hernández-Barrera, Carrasco-Garrido, 2024)

A prevalência da automedicação em Portugal tem variado ao longo dos anos. A Cátedra BPI Fundação “la Caixa” em Economia da Saúde realizou, em 2019, um estudo que avaliou fatores associados à automedicação em Portugal, os dados mostraram que 24,00% dos inquiridos recorriam à automedicação em consequência dos longos períodos de espera para obtenção de consulta médica. (Barros & Santos, 2023). Em 2021, a prevalência de automedicação foi de 65,00%, sendo que 76,10% dos inquiridos justificaram essa prática com base na experiência prévia de problemas semelhantes. No ano seguinte, registou-se uma redução significativa para 43,30%, sendo que metade dos inquiridos referiu que se automedicou por já ter os medicamentos em casa (Barros & Santos, 2023). Em 2023, a automedicação em Portugal atingiu o valor mais elevado da última década, com uma prevalência de 75,60%. Destes, 49,60% indicaram que recorreram à automedicação devido a problemas de saúde recorrentes (Barros & Santos, 2023). A influência dos meios de comunicação na automedicação foi registada apenas até 2020 (Barros & Santos, 2023).

A OMS define a automedicação responsável como a prática pela qual os indivíduos tratam doenças e afeções com medicamentos aprovados, disponíveis sem receita médica, e cuja segurança e eficácia estão comprovadas, desde que utilizados conforme as instruções. Esta prática pressupõe, como requisitos fundamentais, que os medicamentos empregados tenham demonstrado qualidade, segurança e eficácia, e que sejam utilizados em situações clínicas de fácil reconhecimento pelo próprio indivíduo, ou em casos previamente diagnosticados, nomeadamente em patologias crónicas ou persistentes. Adicionalmente, a automedicação responsável implica a utilização de medicamentos especificamente indicados para a sintomatologia apresentada, respeitando rigorosamente as doses e dosagens recomendadas (“The role of the pharmacist in self-care and self-medication”, 1998).

Complementarmente, segundo a Ordem dos Farmacêuticos, a automedicação pode ser classificada em duas categorias: responsável e irresponsável. A automedicação responsável corresponde à utilização MNSRM no tratamento de sintomas ligeiros e

autolimitados, desde que com base em informação fidedigna e, preferencialmente, com o apoio de um profissional de saúde, como o farmacêutico. Em contrapartida, considera-se automedicação irresponsável o uso de medicamentos por iniciativa própria, sem o devido aconselhamento ou supervisão de um profissional de saúde qualificado, prática que pode originar erros terapêuticos significativos e representar um risco direto para a saúde do indivíduo ("Automedicação", 2023).

Assim, é possível identificar algumas diferenças nas definições de automedicação responsável apresentadas em relação: ao tipo de patologia crónica ou aguda; à gravidade da sintomatologia e na utilização de medicamentos restritamente desenvolvidos para o tipo de sintomatologia, não incluindo a indicação *off-label* ("The role of the pharmacist in self-care and self-medication", 1998).

De acordo com um estudo realizado na população espanhola, tratou-se de um estudo observacional descritivo transversal foram obtidas 727 respostas válidas, os resultados mostraram que os indivíduos sem formação académica superior apresentavam uma maior tendência para consumir analgésicos, enquanto os indivíduos com formação profissional utilizavam com maior frequência medicamentos para a gripe e anti-histamínicos (Sánchez-Sánchez et al. 2021).

1.3.1. Medicamentos sujeitos a receita médica e automedicação

De acordo com o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, artigo 114º, os MSRM preenchem uma das seguintes condições: "a) Possam constituir um risco para a saúde do doente, direta ou indiretamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica; b) Possam constituir um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam; c) Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar; d) Destinem-se a ser administrados por via parentérica." (Estatuto do Medicamento, 2006).

De acordo com o estudo de Novak et al. (2016), realizou-se uma exploração do uso indevido de MSRM e de MNSRM (Novak et al. 2016). Observou-se que os MSRM estavam a ser utilizados em casos de automedicação. Os países com maior frequência desta prática foram o Reino Unido, Espanha e Suécia (Novak et al. 2016). Para a aquisição destes medicamentos, os métodos mais comuns incluíram solicitar receitas médicas a

amigos ou familiares, obter medicamentos de outra pessoa sem o seu conhecimento e adquirir medicamentos pela internet. As classes de medicamentos mais utilizadas foram os opioides, sedativos e estimulantes, sendo as prevalências de uso no ano anterior de 5,80% para sedativos, 5,00% para opioides e 7,00% para estimulantes (Novak et al. 2016). Num estudo conduzido por Cousins et al. (2023), na Irlanda, obteve resultados semelhantes, destacando que opioides, benzodiazepinas e estimulantes estão entre os medicamentos prescritos com maior potencial de uso indevido acrescentando ainda as *Z-drugs*, uma categoria que inclui os hipnóticos não benzodiazepínicos (Cousins et al., 2023).

De forma semelhante, Nkouonlack et al. (2023), um estudo realizado em estudantes do ensino secundário nos Camarões, confirmou a elevada prevalência do uso indevido de MSRM. Os principais fatores associados a este comportamento foram: a idade jovem, antecedentes de problemas de saúde mental e facilidade de acesso aos medicamentos. Os autores salientam ainda que a utilização destes medicamentos para fins recreativos constitui um problema emergente de saúde pública. O tramadol foi o medicamento mais frequentemente consumido, sendo as razões mais recorrentes para a sua utilização: trabalhar durante mais tempo; serem mais corajosos e a curiosidade (Nkouonlack et al., 2023).

Ainda assim, é importante reconhecer que medicamentos como opioides, benzodiazepinas, e psicoestimulantes têm um papel terapêutico relevante e não devem ser evitados quando existe uma necessidade clínica justificada (Cousins et al., 2023). O que se torna essencial é garantir que a sua prescrição seja feita de forma criteriosa e segura, assegurando o equilíbrio entre o benefício individual do doente e a proteção da saúde pública (Cousins et al., 2023).

1.3.2 Riscos da automedicação

A automedicação envolve múltiplos riscos, entre os quais se destacam: doses, posologia e duração incorretas, que podem levar a toxicidade ou uma ação ineficaz; interações medicamentosas; indução de resistência antimicrobiana; duplicação da medicação; falha em reconhecer ou relatar efeitos adversos, risco de dependência e ocultação de sinais de doenças graves ("Automedicação", 2023). Outros riscos apresentados são: o autodiagnóstico errado, utilização incorreta do medicamento, o atraso do tratamento

adequado para a patologia sendo que o medicamento utilizado para a automedicação pode mascarar os sintomas da patologia (Hughes et al., 2001).

Uma das principais questões inerentes à automedicação é a sua utilização inapropriada provocando efeito adversos. A vasta disponibilidade de medicamentos agrava ainda mais a problemática. Diversos indivíduos recorrem ao autodiagnóstico seguido de automedicação, o que pode resultar em consequências negativas. O conhecimento reduzido sobre doenças e sintomas pode agravar a situação (Abid et al., 2017).

Em 2019, a toxicidade do paracetamol tornou-se a principal causa de falência hepática aguda nos Estados Unidos (Rubin et al., 2017). Além disso, o dextrometorfano, um antitússico, quando administrado em doses superiores às recomendadas, pode induzir efeitos equitativo aos da cetamina (Antoniou & Juurlink, 2014).

Num estudo executado em França no ano de 2007 a incidência de hospitalizações devido a efeitos adversos medicamentosos era de 3,60% sendo que em 2018 aumentou para 8,5%. As reações adversas mais frequentes incluíram hemorragias (8,80%), alterações no sistema hematológico (6,50%), insuficiência renal aguda (6,30%) e desequilíbrios de fluidos e eletrólitos (Laroche et al., 2023). Das hospitalizações analisadas, 16,10% poderiam ter sido evitadas, uma vez que ocorreram exclusivamente por uso inadequado do medicamento: devido ao uso inadequado da dose ou da duração do tratamento (27,90%), ao não cumprimento das advertências (23,20%), à negligência quanto às precauções recomendadas (18,60%) e à automedicação incorreta ou uso inapropriado dos medicamentos pelos pacientes (11,60%) (Laroche et al., 2023).

A prática da automedicação é frequentemente influenciada pela facilidade de acesso à informação, sobretudo pela internet. De acordo com Raja et al. 2024 50,60% da amostra do estudo realizou um autodiagnóstico, sendo que a internet foi a fonte mais recorrida para tal, a automedicação foi efetuada por 61,90% da amostra sendo os medicamentos mais utilizados os que os indivíduos já tinham adquiridos e que tinham em casa (Raja et al., 2024).

1.4. Automedicação na gravidez

O período gestacional provoca diversas alterações no organismo da mulher, as quais podem levar à necessidade de utilização de medicamentos sem acompanhamento de um profissional de saúde, podendo existir discrepâncias na dosagem ou posologia indicada, na duração do tratamento e ainda a possíveis interações (Bouquoufi et al., 2024).

Verificou-se que cerca de um terço das mulheres grávidas recorre a MNSRM, no entanto a utilização de medicamentos durante a gravidez está relacionada com pelo menos 10% de problemas ao nascimento e 10,00% dos casos de malformações congénitas (Niriayo et al., 2021; Thiruchelvam et al., 2025). A evidência científica disponível continua limitada, o que enfatiza a exigência de maior vigilância (Thiruchelvam et al., 2025). Além disso, os perfis de segurança e eficácia dos medicamentos podem variar ao longo dos diferentes trimestres, o que constitui um desafio adicional para garantir a sua utilização apropriada durante toda a gravidez (Thiruchelvam et al., 2025).

Num estudo realizado na Etiópia, identificaram como motivos para realizar automedicação a facilidade de acesso aos medicamentos, o facto de se tratar de uma doença aguda ligeira e a economia de tempo. As participantes referiram que adquiriam a medicação em farmácias ou que utilizavam medicamentos que tinham em casa ou que lhes tinham sido fornecidos por familiares, vizinhos ou amigos. (Niriayo et al., 2021).

Já estudo realizado na Nigéria, as razões indicadas pelas participantes para recorrerem à automedicação foram as seguintes: situação de urgência, elevado custo dos cuidados de saúde, distância até à unidade de saúde e ausência de medicamentos nas mesmas (Edet et al., 2023).

Relativamente à sintomatologia e doenças que levaram à automedicação entre as grávidas, os sintomas incluíram algia corporal, cefaleias, pirexia, constipações ou gripes, astenia, com menor frequência, hemorragia vaginal (Edet et al., 2023).

1.4.1. Prevalência da automedicação na gravidez no mundo

De acordo com Bouqoufi et al. (2024), a prevalência global de automedicação durante a gravidez é de 44,50%. Na Europa, observam-se valores expressivos, com 41,50% em França e 59,60% em Itália, refletindo a relevância deste comportamento em diferentes contextos culturais e de saúde (Bouqoufi et al., 2024).

Na França, os medicamentos mais utilizados foram os medicamentos para cefaleias, odinofagia, dores abdominais e para a doença do refluxo gastroesofágico (Bouqoufi et al., 2024). Num estudo realizado por Cabut et al (2017), na França, detetaram que 90,00% das inqueridas afirmam que a utilização de medicamentos sem aconselhamento médico não é seguro. As fontes de aquisição de medicamentos mais utilizada foram farmácias, seguida de medicamentos que tinham em casa de familiares e prescrições antigas de medicamento (Bouqoufi et al., 2024; Cabut et al., 2017). Já na Itália, os medicamentos

mais comuns foram o paracetamol e o hidróxido de alumínio (Bouqoufi et al., 2024). Segundo o estudo de Navaro et al. (2018), 81,10% das inqueridas tinham conhecimento sobre os riscos da automedicação, afirmando que a utilização de medicação durante a gravidez afeta também o feto (Navaro, Vezzosi, Santagati, Angelillo, 2018). Os problemas de saúde que disputaram a necessidade do uso de medicação foram problemas obstétricos. Das inqueridas que não efetuaram automedicação, a razão mais prevalente para esta decisão foi a preferência de aguardar por um aconselhamento médico (Navaro et al., 2018).

Na América Latina, o Brasil tem uma prevalência de 36,00% de AMG, sendo o paracetamol o medicamento mais utilizado, seguido pelo metamizol de magnésio (Bouqoufi et al., 2024). De acordo com o estudo da Silva Brum et al. (2011), realizado também no Brasil, 43,00% das inqueridas confirmam ter sido avisadas sobre os possíveis problemas do uso de medicamentos durante a gravidez; mesmo com este conhecimento, 50% da amostra efetuou automedicação (Brum, Pereira, Felicetti, Silveira, 2011).

No continente africano, a Nigéria apresenta uma prevalência de 40,40%, com os medicamentos mais utilizados sendo o paracetamol e a amoxicilina (Bouqoufi et al., 2024). Na Tanzânia os medicamentos mais utilizados para a automedicação foram os antimaláricos, já na Etiópia foram os medicamentos para os enjoos matinais. No estudo realizado por Niriayo, na Etiópia também foi identificado que a prática de automedicação teve maior prevalência no primeiro trimestre da gravidez (Niriayo et al., 2021).

No continente asiático, na Indonésia, foi observada uma prevalência de 11,70%, com os medicamentos mais usados sendo antieméticos, antigripais, além de antipiréticos, embora os autores não tenham especificado os princípios ativos (Bouqoufi et al., 2024).

Um estudo transversal conduzido entre julho e setembro de 2018 em cinco unidades de cuidados de saúde em Malang, Indonésia, envolvendo 333 participantes do sexo feminino verificou que as mulheres com maior conhecimento sobre medicamentos sujeitos a receita médica e de venda livre (MNSRM) praticavam mais automedicação do que as mulheres com menor conhecimento (Atmadani, Nkoka, Yunita, Chen, Hua, 2020).. As participantes com maior nível de escolaridade demonstraram maior conhecimento acerca dos riscos da automedicação durante a gravidez, enquanto as participantes com menor nível de escolaridade apresentaram maior conhecimento sobre os medicamentos de venda livre. (Atmadani, Nkoka, Yunita, Chen, Hua, 2020).

1.4.2 Passagem placentária e riscos fetais

Existe a possibilidade através do transporte difusão passiva, difusão facilitada e transporte ativo o medicamento tem a capacidade de ultrapassar a placenta, alcançado a circulação sanguínea fetal (Kennedy & Batagol, 2025). Para que isto aconteça, o medicamento atravessa o espaço interviloso placentário, passa pela camada de sincitiotrofoblastos e pelo tecido conjuntivo, até atingir o endotélio capilar fetal (Hudson et al., 2023).

Para além disto, a mãe e o feto apresentam diferenças farmacodinâmicas provocando a possibilidade de o medicamento poder acumular-se nos tecidos fetais (Hudson et al., 2023).

Em medicamentos com eliminação pela via renal este permanece no líquido amniótico. No caso das bases fracas, permanecem na placenta devido à ionização do pH sanguíneo ser menor no feto do que o da mãe, impedindo o regresso do mesmo para a circulação materna (Hudson et al., 2023).

1.4.3. Conhecimento, atitudes e práticas das grávidas relativamente ao uso de medicamentos

Num estudo realizado na Itália, verificou-se que a maioria das inquiridas demonstrou conhecimento sobre a importância do uso seguro de medicamentos durante a gravidez. Observou-se que 74,70% das participantes compreendiam a necessidade de discutir com o médico a utilização de medicamentos para o tratamento de condições crônicas. Além disso, 81,10% sabiam que alguns medicamentos podem prejudicar o feto, podendo causar restrição do crescimento intrauterino, malformações congénitas ou até morte fetal (Navaro, et al. 2018).

Por outro lado apenas 41,90%, das grávidas reconheceram que determinados medicamentos também podem ser prejudiciais à saúde materna. A maioria, 83,10%, destacou os riscos do uso de medicamentos sem prescrição médica, reforçando a importância da orientação profissional de saúde (Navaro et al. 2018).

No que diz respeito às atitudes, constatou-se que a idade materna foi um fator determinante: mulheres com idade superior a 28 anos revelaram uma postura mais

positiva relativamente ao uso seguro de medicamentos durante a gravidez. Quanto às práticas, verificou-se que as grávidas com idades entre 23 e 27 anos, com maior nível educacional e pertencentes à área da saúde, demonstraram maior adesão a comportamentos racionais no uso de medicamentos (Navaro et al. 2018).

Num estudo realizado em ambiente hospitalar na Índia, verificou-se que a maioria das grávidas apresentava um bom nível de conhecimento relativamente ao uso de medicamentos durante a gravidez. Cerca de 87,00% das inquiridas demonstraram possuir noções básicas sobre a medicação. Relativamente ao conhecimento acerca de potenciais efeitos adversos, 58,30% referiram estar conscientes dos mesmos. Quanto ao período gestacional em que os medicamentos podem ser mais prejudiciais, 60,00% da amostra revelou ter conhecimento (Goruntla et al., 1984).

Relativamente a atitudes, 48,00% da amostra afirmou que durante a gravidez deve-se suspender a medicação; quanto à consulta a médicos ou farmacêuticos, 91,00% das grávidas reconheceram a importância de informar sobre a gravidez antes de utilizar qualquer medicamento. De maneira geral, 91,33% das participantes revelaram uma atitude positiva em relação ao uso seguro de medicamentos (Goruntla et al., 1984).

Mesmo diante de um nível satisfatório de conhecimento e atitudes em sua maioria positivas, verificou-se que a maior parte das inquiridas (62,00%) mantinha comportamentos inadequados no uso de medicamentos durante a gravidez. Além disso, constatou-se que os melhores níveis de conhecimento estavam relacionados a: idade superior a 28 anos; escolaridade secundária ou pré-universitária; residência em áreas urbanas; vínculo profissional com a área da saúde (Goruntla et al., 1984)

1.5. A importância do aconselhamento farmacêutico na gravidez

As fontes mais utilizadas pelas utentes grávidas quando necessitam de informação sobre a terapêutica são seu médico (66,70%), a internet (35,30%) e um farmacêutico (21,30%) (J. Kazma et al., 2022). Como o farmacêutico é muitas vezes o profissional de saúde a quem as mulheres recorrem para pedir informação, é de elevada relevância que sejam adotados procedimentos eficazes de transmissão de conhecimento e aplicá-los na prática, com o objetivo de melhorar a saúde materno-infantil (Samuel & Einarson, 2011).

Desta forma, os farmacêuticos exercem uma função essencial na promoção da segurança do uso de medicamentos nas grávidas, dado a fácil acessibilidade ao farmacêutico comunitário. A adoção de uma abordagem centrada no paciente tem se tornado cada vez

mais valorizada no cuidado pré-natal. A comunicação eficaz entre as grávidas e obstetras é essencial para a promoção da saúde materna, sobretudo em relação ao uso de medicamentos (Samuel & Einarson, 2011).

As grávidas reconhecem o papel do farmacêutico relativamente ao uso seguro do medicamento durante a gravidez, no entanto, estudos indicam que muitos farmacêuticos se sentem pouco preparados para orientar as mulheres grávidas sobre o uso seguro de medicamentos, apresentando pouca confiança para efetuar o aconselhamento. Um estudo que avaliou o papel do farmacêutico comunitário na gestão do medicamento na gravidez, revelou que 90% dos farmacêuticos (n=163) encaminharam diretamente as utentes grávidas para o médico quando questionados sobre o uso de medicamentos na gravidez, sem fornecer qualquer tipo de informação; e apenas 14% recorreram à literatura científica para disponibilizar uma resposta fundamentada em evidência (Samuel & Einarson et al., 2011). Adicionalmente, foi relatado que os farmacêuticos, na maioria dos casos, não recolheram informação suficiente sobre o historial médico e obstétrico da mulher antes de sugerirem MNSRM, e raramente explicaram a razão da escolha do tratamento ou da dose recomendada. Finalmente concluiu-se que muitos profissionais forneceram conselhos farmacológicos sem base científica e recomendaram medicamentos cuja utilização na gravidez não está sustentada por evidência (J. Kazma et al., 2022; Samuel & Einarson, 2011).

Desde 1995, a Noruega implementou o Centro Regional de Informação sobre Medicamentos e Farmacovigilância (CRIMF), constituído por médicos e farmacêuticos, que fornece informações aos profissionais de saúde. Perceberam que cerca de 15 a 20% das dúvidas que recebiam diziam respeito à segurança dos medicamentos durante a gravidez e a amamentação. Com isto, decidiram criar um *web site* chamado *SafeMotherMedicine*. O principal objetivo é fornecer informações corretas, atualizadas e baseadas em evidências de modo a promover o empoderamento das mulheres para que estas possam tomar decisões informadas sobre a utilização do medicamento (Heitmann & Schjøtt, 2020).

No *web site* é possível enviar uma questão que será respondida por um membro do CRIMF no prazo de dois dias. Inclui também uma secção com fichas técnicas que fornecem informações sobre o uso de medicamentos para algumas queixas comuns durante a gravidez e a amamentação como: mialgias, alergias, pirose, obstipação, náuseas, hemorróidas e congestão nasal (Heitmann & Schjøtt, 2020).

Num estudo realizado na Austrália sobre o papel dos farmacêuticos comunitários na dispensa de medicação à mulher grávida, foram identificadas duas principais preocupações em relação à rotulagem narrativa: ambiguidade na interpretação e comunicação de riscos. Na prática clínica, os participantes referiram que confiavam principalmente no *Australian Medicines Handbook* (Heitmann & Schjøtt, 2020).

No entanto, vários estudos apontam para inconsistências entre as categorias de risco na gravidez e o resumo de características do medicamento, o que gera insegurança. Muitos farmacêuticos referiram hesitar em recomendar medicamentos sem uma categoria de gravidez definida ou com dados humanos limitados, transferindo a responsabilidade para outros profissionais, a fim de evitar riscos legais (Heitmann & Schjøtt, 2020).

Os farmacêuticos mostraram maior envolvimento no tratamento de condições agudas relacionadas com a gravidez, como náuseas e azia, geralmente com medicamentos de venda livre, ao passo que as doenças crônicas são vistas como estando bem orientadas pelos médicos. Também desempenham um papel importante ao tranquilizarem as pacientes, ao reforçarem as orientações médicas e ao auxiliarem na escolha de vitaminas/suplementos, o que é semelhante ao que é relatado noutros países (Heitmann & Schjøtt, 2020).

Os farmacêuticos comunitários podem assumir um papel importante, graças à formação especializada em farmacoterapia e cuidados farmacêuticos. Evidências de pesquisas anteriores indicam que grávidas reconhecem esses profissionais como fontes confiáveis de informação em saúde, o que reforça o potencial dos farmacêuticos comunitários no aconselhamento sobre o uso seguro de medicamentos durante a gravidez (Kazma et al., 2022).

1.6. Racional de estudo

A automedicação é comum na população a nível mundial. Esta prática é influenciada pela percepção de que alguns medicamentos são seguros devido à fácil acessibilidade ou uso prévio.

A utilização de medicamentos, tanto prescritos como em casos de automedicação, é um tema relevante, uma vez que durante a gravidez, a utilização de medicamentos pode ter um impacto relevante na saúde da grávida e no desenvolvimento do feto.

Acontecimentos históricos, como o da talidomida, demonstram a importância da cautela na utilização de medicamentos na gravidez. A limitação da participação de grávidas em

ensaios clínico, devido a questões éticas, cria uma lacuna no conhecimento sobre os riscos e benefícios do uso de medicamentos nesta população.

Neste momento, não existem em Portugal estudos sobre esta temática. A ausência de evidência científica não permite aferir a prevalência da automedicação nas mulheres grávidas portuguesas.

Assim, esta investigação justifica-se por ser um tema inovador no contexto nacional, podendo proporcionar novos dados importantes para compreender a realidade atual desta prática.

Capítulo II – Objetivos

2.1. Objetivos principais

Este trabalho teve como principais objetivos:

- a) Avaliar o conhecimento das grávidas relativamente aos riscos da automedicação para a mãe e o feto.
- b) Investigar as atitudes das grávidas relativamente ao uso de medicamentos sem prescrição médica durante a gravidez.
- c) Analisar as práticas de automedicação adotadas pelas grávidas em resposta a problemas de saúde agudos.

2.2. Objetivos específicos

Os objetivos específicos deste estudo foram:

- a) Identificar o grau de conhecimento das grávidas sobre os riscos da automedicação durante a gravidez.
- b) Explorar as perceções das grávidas sobre a segurança da automedicação em situações de problemas de saúde agudos.
- c) Identificar os tipos de MNSRM ou produtos de saúde mais utilizados pelas grávidas sem prescrição médica.

2.3. Questões de Investigação

As principais questões que motivaram a realização deste estudo foram:

- a) Qual é o nível de conhecimento das grávidas sobre os riscos associados à automedicação em problemas de saúde agudos durante a gravidez?
- b) Quais são as atitudes das grávidas em relação ao uso de MNSRM durante a gravidez?
- c) Quais são as práticas de automedicação adotadas por grávidas em resposta a problemas de saúde agudos, e que fatores influenciam essas práticas?

2.4. Relação entre as questões de investigação e os objetivos de estudo

Tabela 3 - Questões de investigação e respetivos objetivos gerais e específicos

Questões para investigação	Objetivos gerais	Objetivos específicos
Qual é o nível de conhecimento das grávidas sobre os riscos associados à automedicação em problemas de saúde agudos durante a gravidez?	Avaliar o conhecimento das grávidas relativamente aos riscos da automedicação para a mãe e o feto	Identificar o grau de conhecimento das grávidas sobre os riscos da AMG.
Quais as atitudes das grávidas em relação ao uso de medicamentos sem prescrição médica durante a gravidez?	Investigar as atitudes das grávidas relativamente ao uso de medicamentos sem prescrição médica durante a gravidez.	Explorar as perceções das grávidas sobre a segurança da automedicação em situações de problemas de saúde agudos.
Quais as práticas de automedicação adotadas por grávidas em resposta a problemas de saúde agudos, e que fatores influenciam essas práticas?	Analisar as práticas de automedicação adotadas pelas grávidas em resposta a problemas de saúde agudos.	Identificar os tipos de medicamentos ou produtos de saúde mais utilizados pelas grávidas sem prescrição médica.

Capítulo III – Metodologia

3.1 Desenho e período de estudo

Foi realizado um estudo primário transversal, onde foi possível identificar o conhecimento, atitudes e práticas das grávidas relativamente à automedicação. Para tal, utilizou-se um questionário *online* (e-questionário) na plataforma *Google Forms*, tendo sido aplicado entre Março e Setembro de 2025.

A população em estudo foram mulheres grávidas residentes em Portugal, com mais de 18 anos, que dominem a língua portuguesa, conseguindo compreender e comunicar neste idioma.

Devido à ausência de dados sobre o número de grávidas por ano, foi utilizado o número de partos realizados, em 2023, que foi de 85 764, conforme indicado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Este valor foi considerado como a população teórica para o estudo.

3.2.1. Cálculo da dimensão amostra

A fim de calcular a dimensão amostral foi considerada uma população teórica de 85 764, uma frequência esperada de 50%, um grau de confiança de 95% e margem de erro de 5%, sendo necessário obter uma amostra de 364 grávidas (Cunha Paulo et al. 2024).

3.2.2 Critérios de elegibilidade

Os critérios de elegibilidade requeridos para participação no estudo foram: mulheres grávidas com idade superior ou igual a 18 anos, que dominem a língua portuguesa. Apenas serão considerados questionários que apresentem a confirmação do consentimento informado, caso contrário, os dados não serão considerados.

3.2.3 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram os seguintes, ser mulher: não grávida, com idade inferior a 18 anos, que não domine a língua portuguesa e que não resida em Portugal.

3.3. Recolha de informação

Para garantir uma maior diversidade sociogeográfica, foi optado por divulgar o questionário através de redes sociais como *WhatsApp*, *Facebook* e *Instagram*. Esta estratégia permitiu captar participantes geograficamente distribuídas, não restringindo o estudo a uma região específica do país.

Adicionalmente, o questionário foi aplicado em farmácias comunitárias. Para tal, as farmácias foram contactadas via email, onde foram apresentados os objetivos do estudo e a população alvo, em anexo encontrava-se o questionário em formato PDF e a imagem de divulgação com o *QR code* para que fosse possível ter acesso online do mesmo.

As duas farmácias comunitárias incluídas na recolha de dados são localizadas em Lisboa e Vale do Tejo. Foram selecionadas devido à existência de uma ligação profissional prévia com a investigadora: uma por ter acolhido um estágio curricular, e a outra por corresponder ao local de exercício profissional no momento da investigação. Esta proximidade permitiu uma maior facilidade na implementação do questionário, dado o conhecimento prévio do funcionamento das farmácias, a relação de confiança com as equipas e a predisposição para colaborar com o estudo. Estes fatores foram considerados relevantes para garantir a viabilidade e eficácia do processo de recolha de dados em contexto de atendimento farmacêutico.

Devido à baixa adesão ao e-questionário foi necessário iniciar um plano de contingência, tendo sido aplicado o questionário durante as consultas pré-natais no consultório do Dr. Fernando Cirurgião, médico especialista em Ginecologia e Obstetrícia.

3.3.1. Desenvolvimento e validação do e-questionário

A elaboração do questionário foi realizada a partir de uma adaptação do questionário aplicado no estudo conduzido por Goruntla et al., que incluía oito secções:

1. Objetivos do questionário e consentimento informado;
2. Acesso ao questionário
3. Caracterização demográfica;
4. Caracterização da gravidez e gravidezes prévias
5. Histórico de automedicação durante a gravidez;
6. Conhecimento da automedicação;
- 7.. Atitudes e práticas de automedicação;

8. Percepção sobre o papel do farmacêutico na automedicação;

Na tabela 4, apresenta-se a estrutura do questionário, seus objetivos e os principais dados recolhidos em cada secção.

Tabela 4 - Estrutura e objetivos do questionário para grávidas sobre automedicação

Secção	Objetivo	Dados recolhidos
1. Consentimento informado	Garantir participação voluntária e esclarecida	Consentimento informado da participante
2. Acesso ao questionário	Identificar o meio de acesso ao inquérito	Redes sociais, consultório médico, ou farmácia comunitária
3. Caracterização Sociodemográfica	Caracterizar a população inquerida	Idade, escolaridade, região, estatuto socioeconómico, profissão.
4. Caracterização da Gravidez	Identificar o estado atual da gravidez	Período gestacional, acompanhamento médico, medicação ou suplementação
5. Prática de Automedicação	Avaliar prática de automedicação	Frequência, motivo e medicamentos utilizados
6. Conhecimento sobre Riscos	Avaliar consciência dos riscos da automedicação	Impactos para mãe e feto
7. Uso de Medicamentos	Compreender práticas e atitudes no uso de medicamento	Segurança dos MNSRM, comunicação com médico, papel do farmacêutico.
8. Papel do Farmacêutico	Avaliar perceção sobre o farmacêutico na automedicação	Aconselhamento, referenciação médica, educação em saúde

A avaliação do histórico de automedicação durante a gravidez foi realizada através de uma pergunta sobre se a inquirida esteve doente durante a gravidez. Foi pedido que indicasse se recorreu à automedicação; para as que respondessem afirmativamente, foi solicitado que descrevessem as três principais situações que as levaram a automedicar-se, bem como o número de vezes em que o fizeram. Em seguida, foi apresentada uma questão com várias opções, permitindo à inquirida selecionar os grupos farmacológicos a que recorreu; as opções apresentavam exemplos de medicamentos e imagens destes, para facilitar a identificação e o conhecimento dos mesmos. No que diz respeito ao conhecimento sobre automedicação, foram fornecidas respostas de "sim" ou "não", além de uma pergunta onde a inquirida poderia selecionar múltiplas opções sobre se o medicamento afeta apenas a mãe, o feto ou ambos. Em relação às atitudes e práticas, as respostas foram igualmente em formato de "sim" ou "não". Por fim, na avaliação da perceção sobre o papel do farmacêutico, as respostas foram analisadas em três categorias: se considera o papel do farmacêutico importante, se não sabe a sua importância, e se considera que o papel do farmacêutico não é importante.

Antes do início da divulgação do questionário, foi realizada uma validação de face e conteúdo com um grupo de 6 grávidas, que avaliaram a adequação e pertinência das questões, tendo-se incluído todas as suas sugestões e melhorado o questionário inicial. O questionário final foi colocado no *Google Forms*, sendo que a estimativa de preenchimento do mesmo não ultrapassava os 5 minutos. Para determinar a duração média do preenchimento do questionário, foi solicitado a quatro mulheres, com idades e habilitações profissionais diferentes, que o preenchessem e que informassem o tempo necessário para a sua conclusão.

3.4. Ética e confidencialidade

Este estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Egas Moniz School of Health and Science. De forma a salvaguardar a confidencialidade dos dados dos profissionais de farmácia, apenas a investigadora responsável pelo estudo e seus orientadores tiveram acesso aos dados. Aquando do preenchimento do questionário, sem a aprovação do consentimento informado, o mesmo foi automaticamente finalizado sem que existisse a possibilidade de responder a nenhuma questão, e excluído do estudo. O

tratamento de dados foi realizado de forma agregada, sendo a confidencialidade dos dados das inqueridas assegurada.

3.5. Análise de dados

A análise de dados foi realizada a partir dos questionários preenchidos, sendo o questionário a unidade de análise. As variáveis recolhidas foram classificadas em três tipos principais:

- Nominais: categorias sem ordem intrínseca, como automedicação (sim/não), setor de saúde (Público/Privado/Ambos), profissão na área da saúde (sim/não), região do país e grupos de medicamentos utilizados.
- Ordinais: categorias com hierarquia, como idade (faixas etárias), nível de escolaridade, classe económica, trimestre da gravidez, número de gravidezes, nível de conhecimento (de negativo a excelente) e classificação de atitudes (de prejudicial a excelente).

As variáveis quantitativas, de tipo discreto ou contínuo, não foram exploradas no presente estudo, uma vez que os principais indicadores assumiram forma categórica ou ordinal.

Os dados foram inicialmente analisados através de estatística descritiva. Para as variáveis numéricas ou ordinais, utilizaram-se medidas de tendência central e dispersão (média, mediana e desvio-padrão). Para as variáveis nominais e categóricas, recorreu-se à análise de frequências absolutas e relativas.

Na fase inferencial, tendo em conta a natureza das variáveis, foram aplicados testes não paramétricos. Para avaliar associações entre variáveis categóricas, utilizou-se o teste do Qui-quadrado de Independência (χ^2) e, sempre que as condições de aplicação não estavam asseguradas, o Teste Exato de Fisher. Quando envolviam variáveis ordinais, aplicou-se a correlação de Spearman para explorar tendências de associação, bem como o teste de tendência linear (tendência linear de Mantel-Haenszel,) quando apropriado.

A análise estatística foi efetuada com recurso aos *softwares* IBM SPSS *Statistics 30.0* e ao *Microsoft Excel*, para apoio na organização dos dados.

Tendo em vista a natureza dos dados recolhidos e o objetivo do estudo, foi necessário criar e categorizar determinadas variáveis, de modo a permitir uma análise estatística mais estruturada.

A variável faixa etária foi segmentada em quatro categorias representativas das diferentes fases da vida adulta: jovens/adolescentes (18–24 anos), jovens adultos (25–34 anos), adultos (35–44 anos) e adultos de meia-idade (45–64 anos).

O número de filhos foi considerado com base apenas nas gravidezes que resultaram em filhos, assegurando a coerência dos dados.

Para avaliar o nível foi criada uma escala ordinal de classificação de acordo com o número de respostas corretas:

- 0 questões corretas – nulo;
- 1 questão correta – negativo;
- 2 questões corretas – razoável;
- 3 questões corretas – bom;
- 4 questões corretas – excelente.

Com o objetivo de avaliar as atitudes e práticas de AMG, foi elaborada uma escala com base nas respostas às questões correspondentes:

- 1/3 respostas corretas – atitudes e práticas prejudiciais;
- 2/3 respostas corretas – atitudes e práticas razoáveis;
- 3/3 respostas corretas – atitudes e práticas excelentes.

Por fim, foi criada uma variável para avaliar a valorização do papel do farmacêutico na AMG, a partir da combinação das respostas obtidas:

- 0/4 respostas corretas – ausência de valorização;
- 1/4 respostas corretas – valorização reduzida;
- 2/4 respostas corretas – valorização parcial;
- 3/4 respostas corretas – valorização significativa;
- 4/4 respostas corretas – valorização total.

Capítulo IV – Resultados**4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra**

No final do estudo, obteve-se um total de 206 respostas, tendo-se considerado 6 questionários não válidos visto não respeitarem os critérios de inclusão, correspondendo, assim, a 55,21% (200/364) da amostra teórica calculada no Capítulo III - Metodologia. Das 200 participantes, a maioria encontrava-se na faixa etária de jovem adulto (48,50%, n=97), seguido dos adultos (46,00%, n=92) (Tabela 5).

Tabela 5- Caracterização sociodemográfica da amostra

Características sociodemográficas	N=200
Idade, média ± DP	34,5 ± 5,47
Faixa etária, n (%)	
Jovens/Adolescentes	3 (1,50)
Jovens adultos	97 (48,50)
Adultos	92 (46,00)
Adultos de meia-idade	8 (4,00)
Região, n (%)	
Lisboa e Vale do Tejo	126 (63,00)
Norte	37 (18,50)
Centro	14 (7,00)
Alentejo	13 (6,50)
Sul	7 (3,50)
Região autónoma da Madeira/Açores	3 (1,50)
Rendimentos n (%)	
Sem rendimentos	5 (2,50)
Classe baixa	40 (20,00)
Classe média	138 (69,00)
Classe alta	17 (8,50)
Nível de educação n (%)	
Licenciatura/Mestrado Integrado	108 (54,00)
Mestrado 2º Ciclo	46 (23,00)
Ensino Secundário	32 (16,00)
Ensino Básico	4 (2,00)
Pós-Graduação	4 (2,00)
Doutoramento	3 (1,50)
Ensino Técnico-Profissional	3 (1,50)
Profissional de saúde	
Profissional de saúde	71 (35,50)
Não é profissional de saúde	129 (64,50)
Nº de filhos n (%)	
0	94 (47,00)
1	76 (38,00)
2	24 (12,00)
3	5 (2,50)
5	1 (0,50)

A maioria das participantes são da região de Lisboa e Vale do Tejo (63,00%, n= 126), seguida da região Norte (18,50%, n= 37), região centro (7,00%, n =14), Alentejo (6,50%, n= 13), Sul (3,50%, n=7) e Região Autónoma da Madeira e dos Açores (1,50%, n=3) (Figura 4 e Tabela 5).

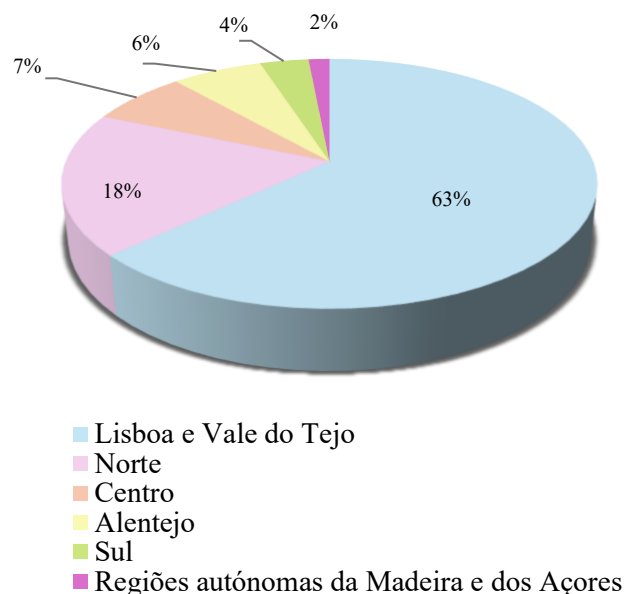


Figura 4 - Distribuição geográfica da amostra

A variável número de filhos apresentou média de 0,72 (DP = 0,81), mediana de 1, mínimo de 0 e máximo de 4, com intervalo interquartilico de 1. A normalidade foi testada pelo Kolmogorov-Smirnov (n = 200), tendo-se verificado ausência de normalidade ($p < 0,001$). As participantes foram questionadas sobre quantos filhos possuíam e, com base nas respostas, considerou-se o número de gravidezes que resultaram em filhos (Tabela 5). Relativamente ao estatuto socioeconómico: 69% (n=138) pertencem à classe média, 20,00% (n=40) à classe baixa e 8,50% (n=17) à classe alta e 2,50% (n=5) referiu não ter rendimentos (Tabela 5).

No que diz respeito ao grau de escolaridade, a maioria possui licenciatura ou mestrado integrado (54,00%, n=108). Quanto à área profissional, 64,50% (n=129) das participantes não são profissionais de saúde (Tabela 5).

4.1.1. . Caracterização da gravidez

Quanto à distribuição da amostra pelos trimestres gestacionais, 60% das participantes encontravam-se no 3º trimestre, no 2º trimestre e 30% no 1º trimestre 10%.

Os resultados encontram-se detalhados na **Figura 5**.

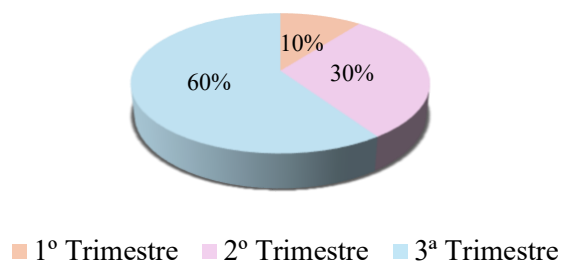


Figura 5 - Distribuição da amostra por trimestre de gravidez

No que se refere ao acompanhamento pré-natal, 55,00% (n=110) das participantes relataram estar a ser seguidas simultaneamente no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e no setor privado, 25,00% (n=50) exclusivamente no SNS e 20% (n=40) apenas no setor privado. Relativamente à realização dos exames recomendados até à semana de gravidez em que se encontravam aquando da recolha dos dados, 98,50% das grávidas afirmaram ter realizado todas as ecografias previstas, enquanto 98,00% indicaram ter efetuado todas as análises clínicas recomendadas. Os resultados encontram-se detalhados na **Tabela 6**.

Tabela 6- Acompanhamento pré-natal das grávidas

Acompanhamento pré-natal n(%)	n=200
SNS	50 (25,00)
Privado	40 (20,00)
Ambos	110 (55,00)

4.3. Caracterização da medicação e suplementação prescrita realizada durante a gravidez

Quanto à prescrição de medicação ou suplementação, 95,50% das inquiridas referiram estar a fazer algum tipo de terapêutica farmacológica ou suplementação nutricional. Os suplementos alimentares alguns foram agrupados por indicação para facilitar a análise. Foram identificados, ao todo, 32 medicamentos ou suplementos alimentares, sendo 65,60% (n=21) medicamentos e 34,30% (n=11) suplementos. A maioria das participantes relatou realizar terapia farmacológica de ferro (50,00%; n=100), seguido de ácido fólico (27,50%; n=55), ácido acetilsalicílico (13,00%; n=26) e progesterona (4,00%; n=8). Além disso, 52,00% (n=104) da amostra fazem uso de multivitamínicos específicos para a gravidez, distribuídos entre cinco marcas diferentes. As inquiridas também referiram efetuar multivitamínicos não específicos (7,50%; n=15). Os resultados encontram-se detalhados na **Tabela 7** e na **Tabela 8**.

Tabela 7- Suplementos alimentares realizados pelas grávidas

<i>Terapêutica realizada</i>	<i>n (%)</i>
Multivitamínicos específicos para a gravidez	104 (52,00)
Magnésio	26 (13,00)
Multivitamínicos não específicos	15 (7,50)
Suplementos antieméticos	8 (4,00)
Ácido-Docosa-Hexaenóico	7 (3,50)
Bioflavonoides	4 (2,00)
Ansiolíticos naturais	1 (1,50)

Tabela 8- MSRM e MNSRM realizados pelas grávidas

<i>Terapêutica realizada</i>	<i>n (%)</i>
<i>Ferro</i>	100 (50,00)
<i>Ácido fólico</i>	55 (27,50)
<i>Iodo</i>	28 (14,00)
<i>Ácido acetilsalicílico</i>	26 (13,00)
<i>Progesterona</i>	8 (4,00)
<i>Colecalciferol</i>	8 (4,00)
<i>Levotiroxina</i>	8 (4,00)
<i>Heparina</i>	7 (3,50)

<i>Cobalamina</i>	3 (1,50)
<i>Cloridrato de tiamina</i>	2 (1,00)
<i>Cianocobalamina</i>	
<i>Piridoxina</i>	
<i>Esomeprazol</i>	2 (1,00)
<i>Metformina</i>	2 (1,00)
<i>Plaquinol</i>	1 (1,50)
<i>Doxilamina</i>	1 (1,50)
<i>Piridoxina</i>	
<i>Probióticos</i>	1 (1,50)
<i>Colina</i>	1 (1,50)
<i>Fluoxetina</i>	1 (1,50)
<i>Metildopa</i>	1 (1,50)
<i>Potássio</i>	1 (1,50)

4.4.Histórico da automedicação na gravidez

Das inquiridas, 46,00% (n=92) referiram praticar AMG, enquanto 54,00% (n=108) afirmaram não recorrer a essa prática.

No total foram referidos 26 sintomas ou condições clínicas que desencadearam a necessidade de recorrer à automedicação. O principal fator que levou as inquiridas a recorrer à automedicação foram as cefaleias, registando-se 53 casos (26,50%), seguido de pirose, com 8 casos (4,00%) Os resultados encontram-se detalhados na **Tabela 9**.

Tabela 9 – Distribuição dos sintomas e condições clínicas associados à prática de AMG

<i>Sintomas e condições clínicas</i>	<i>n (%)</i>
<i>Cefaleias</i>	53 (26,50)
<i>Pirose</i>	8 (4,00)
<i>Lombalgia</i>	7 (3,50)
<i>Enxaqueca</i>	7 (3,50)
<i>Gripe</i>	7 (3,50)
<i>Mialgia</i>	7 (3,50)
<i>Odontalgia</i>	6 (3,00)
<i>Náuseas</i>	5 (2,50)

<i>Pirexia</i>	3 (1,50)
<i>Constipação</i>	3 (1,50)
<i>Obstipação</i>	3 (1,50)
<i>Alergias não especificadas</i>	2 (1,00)
<i>Cólicas</i>	2 (1,00)
<i>Infeção do trato urinário</i>	1 (0,50)
<i>Doença do Refluxo gastroesofágico</i>	1 (0,50)
<i>Rinite alérgica</i>	1 (0,50)
<i>Odinofagia</i>	1 (0,50)
<i>Infeção por SARS-CoV-2</i>	1 (0,50)
<i>Flatulência</i>	1 (0,50)
<i>Insónia</i>	1 (0,50)
<i>Dores pélvicas</i>	1 (0,50)
<i>Dermatite atópica</i>	1 (0,50)
<i>Gengivite</i>	1 (0,50)
<i>Hemorroidas</i>	1 (0,50)
<i>Urticária</i>	1 (0,50)
<i>Congestão nasal</i>	1 (0,50)

A classe terapêutica mais frequentemente utilizada foi a dos antipiréticos e analgésicos, nomeadamente, referida por 98,90% das inquiridas que praticaram automedicação. Em segundo lugar, destacam-se os antiácidos, utilizados por 21,70% das participantes. Tanto as classes dos AINE como a dos laxantes por 3,20% e a dos antiflatulentos e os antitússicos/mucolíticos/expetorantes foram mencionadas por 2,10% da amostra **Figura 6**.

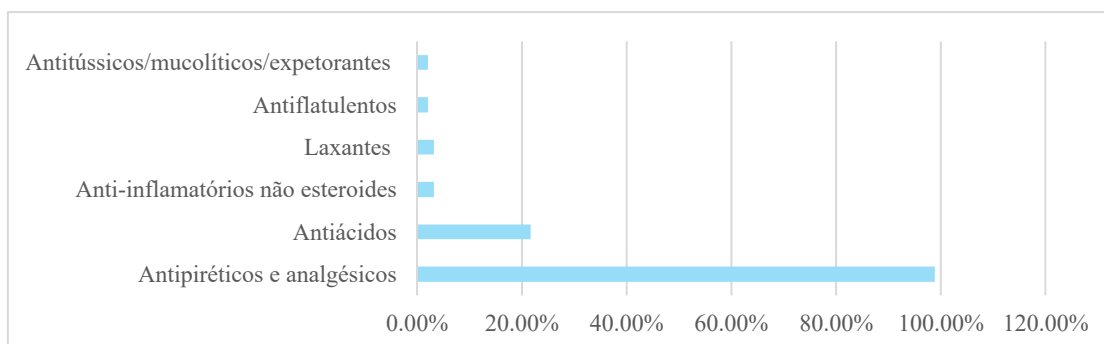


Figura 6 - Distribuição das classes terapêuticas utilizadas na AMG

4.5. Conhecimento sobre automedicação na gravidez

Quando questionadas sobre se “Existe um período durante a gravidez em que o medicamento tem maior probabilidade de provocar riscos para a gravidez?” 93,50% das participantes responderam afirmativamente. Entre as que responderam afirmativamente, foi colocada a sub-questão “Qual é o período da gravidez em que o medicamento tem maior probabilidade de provocar riscos na gravidez?”. A maioria das grávidas (89,00%) identificou o primeiro trimestre como o de maior vulnerabilidade, 3,00% referiram o segundo trimestre e apenas 1,00% apontou o terceiro trimestre. Os resultados encontram-se representados na **Figura 7**.

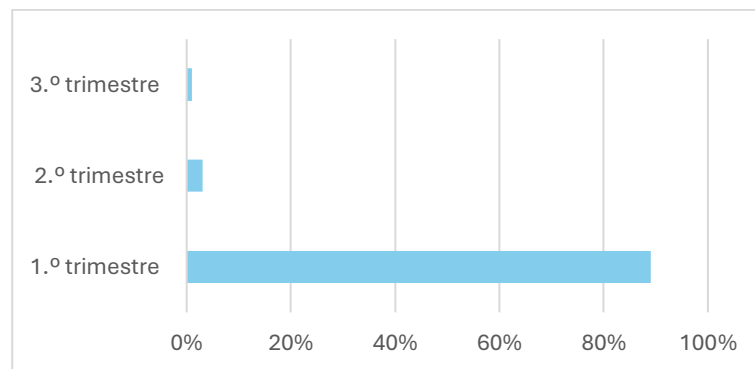


Figura 7 - Qual é o período da gravidez em que o medicamento tem maior probabilidade de provocar riscos na gravidez?

Relativamente à segurança dos MNSRM durante a gravidez quando questionadas se “Todos os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM – de venda livre) são seguros durante a gravidez?” 3,00% da amostra considera que todos os MNSRM são seguros. Os resultados encontram-se representados na **Figura 8**.

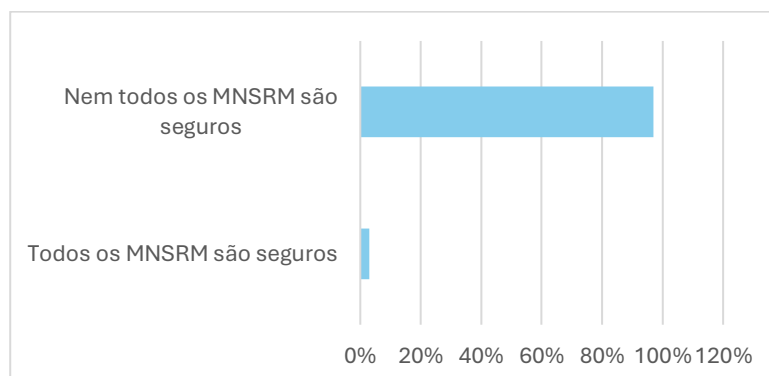


Figura 8- Percepção das grávidas quanto à segurança dos MNSRM

Quanto aos possíveis efeitos adversos da utilização de medicamentos não seguros durante a gravidez, quando questionadas sobre se “Durante a gravidez os medicamentos não seguros podem afetar: a mãe, o feto ou ambos?” 93,00% das participantes reconheceu que tais medicamentos podem afetar tanto a mãe como o feto, enquanto 7,00% consideraram que os efeitos incidem exclusivamente sobre o feto, estes resultados encontram-se representados na **Figura 9**.

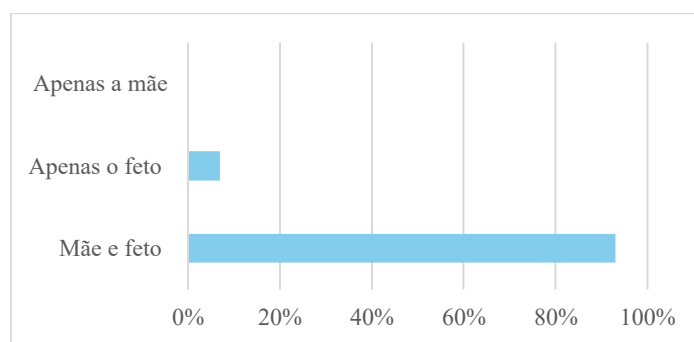


Figura 9 -Percepção dos riscos associados ao uso de medicamentos não seguros na gravidez

Por fim, relativamente à questão “É necessário consultar o seu médico ou farmacêutico para assegurar que qualquer medicamento é seguro utilizar durante a gravidez, mesmo que seja um MNSRM?”, 98,50% das participantes responderam afirmativamente, demonstrando elevada consciência sobre a necessidade de orientação profissional na utilização de medicamentos durante a gravidez.

Observa-se que a grande maioria dos participantes apresentou conhecimento excelente (81,00%; $n = 162$), 12,50% ($n = 25$) foram classificados com bom conhecimento, e 5,00% ($n = 10$) com conhecimento razoável. Apenas 1,50% ($n = 3$) apresentaram níveis negativos e conhecimento e nulo (0,5%; $n = 1$).

A medida de tendência central predominante, moda, corresponde à categoria “conhecimento excelente”. O resultado evidencia que as participantes, em sua maioria, possuem um elevado nível de conhecimento, com 93,50% classificados entre conhecimento razoável e excelente. A **Tabela 10** apresenta a distribuição dos resultados.

Tabela 10 – Classificação do nível de conhecimento sobre AMG

Conhecimento	n (%)
Conhecimento,	
Nulo	1 (0,50)
Negativo	3 (1,50)
Razoável	10 (5,00)
Bom	25 (12,50)
Excelente	162 (81,00)
Total	200 (100)

4.6.. Atitudes e práticas de automedicação na gravidez

Relativamente à questão “É importante falar com o médico ou farmacêutico sobre a utilização de medicamentos durante a gravidez, antes de os tomar?”, 100% das participantes afirmaram que era fundamental consultar o médico ou o farmacêutico.

Quanto à questão “É obrigatório não tomar qualquer tipo de medicamentos durante a gravidez?”, 86,50% das participantes responderam que não é obrigatório não tomar nenhum medicamento.

Sobre o momento da aquisição de medicamentos, quando questionadas sobre se “Durante a aquisição de medicamentos pergunta ao farmacêutico sobre a segurança do uso dos medicamentos durante a gravidez?” 86,00% das grávidas afirmaram que costumam questionar o farmacêutico sobre a sua segurança durante a gravidez, enquanto 14,00% admitiram não o fazer.

Apenas 2,50 % ($n=5$) grávidas foram incluídas na categoria de atitudes e práticas prejudiciais, 21,50 % ($n=43$) foram classificadas na categoria razoável e a maioria, 76,00% ($n=152$) participantes, obteve a classificação de atitudes e práticas excelentes; estes resultados encontram-se representados na **Figura 10**.

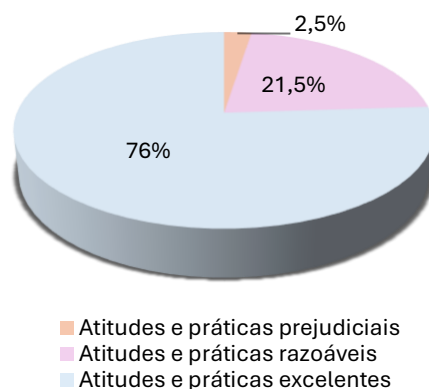


Figura 10 -Percepção dos riscos associados ao uso de medicamentos não seguros na gravidez

4.7. Valorização do papel do farmacêutico no cuidado à grávida

A importância atribuída ao papel do farmacêutico foi inicialmente avaliada de forma individual, em três áreas consideradas essenciais da sua intervenção. Para operacionalizar esta avaliação, foram incluídas no questionário três situações-problema, cada uma com opções de resposta numa escala ordinal (1 – O papel do farmacêutico não é importante; 2 – Não sei se o papel do farmacêutico é importante; 3 – O papel do farmacêutico é importante) sendo estas:

- Aconselhamento de medicamentos – “A Maria está com dor de cabeça e não sabe quais são os medicamentos seguros para tomar.”
- Necessidade de referenciação médica – “A Maria está com febre baixa, dor de garganta, dificuldade em engolir e não sabe se necessita de ir ao médico.”
- Educação em saúde – “A Maria foi diagnosticada com pré-diabetes gestacional e está com dúvidas sobre a alimentação que deve seguir durante a gravidez.”

Os resultados referentes à importância atribuída pelas grávidas ao papel do farmacêutico em cada uma destas dimensões encontram-se apresentados **Tabela 11**.

Tabela 11– Importância atribuída pelas grávidas ao papel do farmacêutico em diferentes áreas

Situação avaliada	Importante n (%)	Não sabe n (%)	Não importante n (%)
Aconselhamento de medicamentos	187 (93,50)	7 (3,50)	6 (3,00)
Referenciação para o médico	177 (88,50)	11 (5,50)	12 (6,00)
Educação em saúde	119 (59,50)	43 (23,00)	35 (17,50)

A distribuição das frequências mostrou que 58,00% das grávidas valorizou o papel do farmacêutico, 29,50% da amostra valorizou significativamente a profissão. Existiu uma valorização parcial por parte de 10,00% das inqueridas. Sendo que apenas 2,50% da amostra demonstrou ausência de valorização dos farmacêuticos. A categoria modal correspondeu a “Valorização total”, o que evidencia a predominância dessa percepção na amostra.

4.8. Análise da automedicação na gravidez

Relativamente à prática da AMG, nem a faixa etária ($p = 0,92$), nem a classe econômica ($p = 0,41$), revelaram associação, sugerindo que estas variáveis não influenciaram o comportamento das grávidas.

O local de acompanhamento clínico (SNS, setor privado ou ambos) também não se associou de forma significativa à prática de automedicação ($p = 0,39$), nem a escolaridade ($p = 0,96$). Os resultados encontram-se na **Tabela 12**

Tabela 12 - Associação entre variáveis sociodemográficas e prática de AMG

<i>Variável</i>	<i>P-value</i>
<i>Faixa etária</i>	0,92
<i>Classe econômica</i>	0,41
<i>Escolaridade</i>	0,96
<i>Local acompanhamento</i>	0,39

No que respeita ao número de filhos, os resultados mostraram-se particularmente relevantes: embora o teste Qui-quadrado de Pearson não tenha atingido significância ($p = 0,09$), a análise de tendência linear revelou associação estatisticamente significativa (tendência linear de Mantel-Haenszel, $p = 0,03$), confirmada pela correlação de Spearman ($p = 0,02$). Estes resultados sugerem que a prática de automedicação tende a diminuir à medida que aumenta a paridade, ou seja, a AMG parece ser inversamente proporcional ao número de gravidezes.

Quando analisada a relação entre o número de gravidezes e o uso de medicamentos específicos, não se observou associação no caso dos analgésicos/Antipiréticos (Qui-quadrado de Pearson, $p = 0,29$), embora se tenha registado uma tendência limítrofe (tendência linear de Mantel-Haenszel, $p = 0,06$), apontando para uma possível variação da prática com a paridade. Já no caso do uso de antiácidos, apesar do teste Qui-quadrado de Pearson, não ter sido significativo ($p = 0,22$), a análise de tendência revelou significância estatística (tendência linear de Mantel-Haenszel $p = 0,02$), sugerindo que a utilização destes medicamentos varia em função do número de gravidezes.

Por fim, não houve uma associação significativa entre o trimestre de gravidez em que a grávida se encontrava, com o uso de analgésicos/analésicos (Qui-quadrado de Pearson $p = 0,98$), nem com o uso de antiácidos (Qui-quadrado de Pearson $p = 0,99$). Os resultados encontram-se na **Tabela 13**.

Tabela 13 - Associação entre número de gravidezes, trimestre gestacional e uso de classes de medicamentos

<i>Variável</i>	<i>p-value</i>
<i>Nº de filhos vs Analgésicos/ Antipiréticos</i>	0,29
<i>Nº de filhos vs Analgésicos/ Antipiréticos (Tendência)</i>	0,06
<i>Nº de filhos vs. Antiácidos (Tendência)</i>	0,02
<i>Trimestre vs Analgésicos/ Antipiréticos</i>	0,98
<i>Trimestre vs. Antiácidos</i>	0,99

4.8.1. *Conhecimento de automedicação na gravidez*

No que respeita ao nível de conhecimento, a análise não revelou associações estatisticamente significativas com: classe económica (Qui-quadrado de Pearson $p = 0,84$), escolaridade (tendência linear de Mantel-Haenszel $p = 0,67$), número de filhos (tendência linear de Mantel-Haenszel $p = 0,47$), profissão na área da saúde (Qui-quadrado de Pearson $p = 0,36$), prática de AMG (Qui-quadrado de Pearson $p = 0,58$) e trimestre gestacional (tendência linear de Mantel-Haenszel $p = 0,13$). Os resultados encontram-se na **Tabela 14**.

Tabela 14 - Associação entre variáveis e nível de conhecimento

<i>Variável</i>	<i>P-value</i>
<i>Classe económica</i>	0,84
<i>Escolaridade</i>	0,67
<i>Nº de filhos</i>	0,47
<i>Profissão de saúde</i>	0,36
<i>Prática de automedicação</i>	0,58
<i>Trimestre gestacional</i>	0,90

4.8.2. *Atitudes face à automedicação na gravidez*

No que respeita às atitudes das grávidas face à AMG, recorreu-se ao teste do Qui-quadrado de Pearson, não foram observadas nenhuma associações estatisticamente significativas como se pode ver na **Tabela 15**. Estes resultados sugerem que as atitudes das participantes em relação à AMG se mantêm relativamente estáveis, independentemente das características sociodemográficas avaliadas. Os resultados encontram-se na **Tabela 15**.

Tabela 15 - Associação entre variáveis sociodemográficas e atitudes face à AMG

<i>Variável</i>	<i>P-value</i>
<i>Classe económica</i>	0,81
<i>Nº de filhos</i>	0,58
<i>Local acompanhamento</i>	0,28
<i>Prática de automedicação</i>	0,79

4.8.3. Valorização do papel do farmacêutico

Relativamente à percepção da importância do farmacêutico, verificou-se uma associação estatisticamente significativa com a profissão na área da saúde (Qui-quadrado de Pearson $p = 0,002$), sendo esta mais valorizada por profissionais de saúde (73,20%) em comparação com não profissionais (49,60%).

Pelo contrário, não foram encontradas associações significativas com o tipo de serviço de saúde utilizado (Qui-quadrado de Pearson $p = 0,08$), ainda que se tenha observado uma ligeira tendência para maior valorização entre as participantes acompanhadas exclusivamente pelo SNS (62,00%).

Também não se observaram associações significativas com o trimestre da gravidez (Qui-quadrado de Pearson $p = 0,48$), embora em todos os períodos a maioria das participantes tenha considerado o papel do farmacêutico importante, com maior incerteza no segundo trimestre (35,00%).

Do mesmo modo, não foram identificadas associações significativas com o número de filhos (Qui-quadrado de Pearson $p = 0,73$), ainda que se tenha registado maior incerteza entre mulheres na terceira gravidez (37,50%). Adicionalmente, não se observaram associações significativas com a escolaridade (Qui-quadrado de Pearson $p = 0,68$) nem com a idade (Qui-quadrado de Pearson $p = 0,72$), sugerindo que estas variáveis não influenciaram de forma relevante a percepção da importância do farmacêutico. Os resultados encontram-se na **Tabela 16**.

Tabela 16 - Associação entre variáveis sociodemográficas e valorização do papel do farmacêutico

<i>Variável</i>	<i>P-value</i>
<i>Profissional de saúde</i>	0,002
<i>Local acompanhamento</i>	0,08
<i>Trimestre gestacional</i>	0,48
<i>Nº de filhos</i>	0,73
<i>Escolaridade</i>	0,68
<i>Idade</i>	0,71

Capítulo V – Discussão de resultados

A prevalência de AMG entre as participantes deste estudo foi de 46,00%, um valor considerável, embora semelhante à prevalência mundial (44,50%) e também de países como o Brasil (36,00%), Nigéria (40,40%) e a Ásia no geral (33,17%). Contudo, encontra-se abaixo da prevalência reportada na Europa (65,8%), Austrália (77,42%) e Itália (59,60%) (Bouqoufi et al., 2024). A automedicação ocorre devido a diversos fatores. Destacam-se variáveis sociodemográficas como: o gênero, nível de escolaridade, facilidade de acesso ao medicamento e as fragilidades no controlo da prescrição médica. A estes acrescentam-se ainda a confiança gerada por recorrer a medicamentos que fez no passado e a falta de tempo para recorrer aos cuidados de saúde (Cotobal-Calvo et al., 2025).

As principais queixas que motivaram a automedicação foram as cefaleias, seguidas da pirose. Segundo Negro et al. (2017), as cefaleias são frequentes durante a gravidez, sobretudo no primeiro trimestre, período em que ocorrem diversas flutuações hormonais, o que pode explicar a sua maior prevalência (Negro et al., 2017). Já a pirose é frequente na gravidez devido a existir a redução da tensão do esfíncter esofágico inferior, sobretudo nos últimos meses. (Kazma et al. 2020)

No que diz respeito aos medicamentos e suplementos utilizados pelas grávidas e prescritos pelo médico, os mais frequentes foram os multivitamínicos específicos para gravidez (52,00%). A suplementação de ferro (50,00%) e o ácido fólico (27,50%) também foram bastante utilizados pelas grávidas o que está de acordo com o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR), que refere a importância da suplementação com estes micronutrientes para uma gravidez saudável (Conceição Almeida, 2015). A elevada taxa de utilização destes suplementos também está de acordo com as recomendações da OMS e do NHS, que os consideram essenciais para prevenir complicações como anemia e malformações fetais. “*Pregnancy, breastfeeding and fertility while taking codeine*”, 2025; Peña-Rosas et al., 2015)

As classes terapêuticas mais utilizadas em AMG para situações agudas foram os antipiréticos e analgésicos (98,90%); estes dados estão alinhados com o estudo de Bouqoufi et al. (2024), que refere que, tanto em Itália, no Brasil como na Nigéria, o

paracetamol é o medicamento mais escolhido pelas grávidas em situações de automedicação.(Bouqoufi et al., 2024a)

Observa-se que o nível de conhecimento da AMG das participantes foi globalmente elevado, com mais de 80,00% a alcançar a categoria de conhecimento excelente, sugerindo uma consciência significativa acerca do tema em estudo, ao contrário de um estudo recente conduzido por Jovanović e Vulić (2025), que observou ainda persistirem barreiras no conhecimento sobre a automedicação e o uso seguro de medicamentos durante a gravidez. (Jovanović & Vulić, 2025)

Acerca da vulnerabilidade fetal aos medicamentos de acordo com o período gestacional, 89% identificaram corretamente o primeiro trimestre como o período de maior vulnerabilidade fetal, enquanto apenas 3,50% afirmaram não existir um momento de maior risco. Diversamente, no estudo de Trønnes et al. (2017), 28,22% identificaram o segundo trimestre como o período de maior vulnerabilidade fetal, número muito superior ao nosso (Trønnes et al., 2017). Esta discrepância pode ser explicada por diferenças culturais e educacionais, em particular pela forma como a informação sobre riscos fetais é transmitida, enfatizada e compreendida nos serviços de saúde de cada país.

Neste estudo, 93,00% das participantes reconheceram que os medicamentos podem afetar tanto a mãe como o feto, enquanto 7,00% acreditavam que os efeitos recaem exclusivamente sobre o feto, resultados semelhantes ao estudo de Navaro et al. (2018), que identificou alguma falta de conhecimento sobre os riscos para a grávida. Noutro estudo, 81,10% das participantes identificaram perigo para o feto, mas apenas 41,90% tinham consciência de que também havia riscos para a mãe (Trønnes et al., 2017).

A percepção positiva do papel do farmacêutico foi clara neste estudo: 93,50% das grávidas valorizam o aconselhamento farmacêutico no entanto apenas 59,50% reconheceram a importância do farmacêutico na educação para a saúde, o que poderá indicar uma percepção mais limitada do seu papel para além do contexto da dispensa de medicamentos. Além disso, 86,00% das participantes afirmaram questionar os farmacêuticos sobre a segurança dos medicamentos, o que é relativamente positivo, mas que ainda deixa margem para melhorar a proatividade dos profissionais em informar e sensibilizar.

Neste estudo não foi possível associar as variáveis sociodemográficas como, idade, escolaridade, classe económica e local de acompanhamento, à prática de automedicação,

nível de conhecimento ou atitudes, sugerindo que o comportamento é transversal aos diferentes perfis. Num estudo recente foi possível verificar que grávidas com nível de escolaridade mais elevado recorriam com menos frequência à automedicação (Alhazmi et al., 2025); já no estudo de Navaro et al, identificou-se que mulheres mais velhas e com mais do que um filho eram mais prováveis de se automedicar (Navaro et al., 2018). Estas discrepâncias podem ser explicadas pelas diferenças culturais, contextuais e nos sistemas de saúde, que condicionam tanto o acesso à informação, como aos medicamentos. No caso de Portugal, os dados do presente estudo evidenciam um elevado cumprimento do PNVGBR o que poderá explicar a menor influência de fatores como escolaridade ou rendimento, em contraste com outras populações. De facto, verificou-se que 98,50% das inquiridas realizaram todas as ecografias previstas e 98,00% efetuaram todas as análises clínicas recomendadas, confirmando uma forte adesão às orientações de seguimento pré-natal. Também poderá estar relacionado com a valorização do aconselhamento prestado por profissionais de saúde, uma vez que 100% das participantes reconheceram a importância de consultar um profissional de saúde antes de utilizar medicamentos.

Apesar do elevado conhecimento demonstrado pela maioria das participantes, este não se traduziu, contudo, numa redução da prática de automedicação. Tal pode ser explicado pelo facto do conhecimento, por si só, não garantir mudança de comportamento, uma vez que muitas grávidas, apesar de reconhecerem os riscos associados, tendem a subestimá-los na prática. Foi observada uma ligeira redução do conhecimento da AMG nos últimos trimestres da gravidez. Acresce que 89,00% das inquiridas afirmaram que o primeiro trimestre é o período que apresenta maiores riscos para o desenvolvimento fetal. Após esta fase, muitas consideram que os riscos diminuem, o que pode contribuir para uma perceção de maior segurança na utilização de medicamentos durante os trimestres subsequentes da gravidez. Neste sentido, importa referir que, segundo modelos de comportamento em saúde, como o *Health Belief Model*, a adoção de práticas saudáveis não depende exclusivamente do conhecimento, mas também da perceção de risco, da gravidade atribuída à situação e da influência do contexto social (Rosenstock etl al., 1974).

5.1. Pontos fortes e limitações do estudo

Pontos fortes

Destaca-se o facto de constituir um dos poucos trabalhos realizados em Portugal sobre conhecimento, atitudes e práticas de automedicação durante a gravidez, fornecendo evidência de interesse tanto para a saúde pública como para a prática clínica. A análise integrada de conhecimento, atitudes e práticas possibilitou uma avaliação abrangente do fenómeno.

Limitações do estudo

Entre as limitações identificadas, destaca-se a escassez de literatura nacional e europeia sobre o tema.

Outra limitação do estudo é o uso de uma amostra de conveniência, composta maioritariamente por participantes de um consultório privado e por muitas profissionais da área da saúde, o que introduz um viés relevante e compromete a possibilidade de generalizar os resultados.

5.2. Perspetivas futuras

Os resultados deste estudo evidenciam a relevância de aprofundar a investigação sobre a automedicação na gravidez, de forma a compreender não apenas a prevalência, mas também os determinantes culturais, comportamentais e contextuais que a influenciam. Estudos futuros deverão privilegiar amostras probabilísticas e representativas da população nacional, permitindo maior generalização dos resultados e identificação de subgrupos em maior risco.

Do ponto de vista prático, torna-se fundamental desenvolver e avaliar intervenções educativas multidisciplinares, na área da saúde pública. O farmacêutico comunitário é um profissional essencial para assegurar que um melhor conhecimento do medicamento se traduz efetivamente em comportamentos mais seguros.

Capítulo VI – Conclusão

O presente estudo permitiu avaliar o conhecimento, as atitudes e as práticas de automedicação durante a gravidez em mulheres residentes em Portugal; verificou-se uma prevalência de 46,00%, valor próximo da média mundial. As queixas mais frequentemente associadas à automedicação foram as cefaleias e a pirose, sintomas comuns da gravidez e amplamente descritos em diferentes contextos, o que confirma a sua relevância global e ajuda a explicar o recurso frequente a medicamentos por parte das grávidas.

Verificou-se que a maioria das participantes apresentou um nível de conhecimento elevado sobre os riscos associados ao uso de medicamentos, com 81,00% classificadas como tendo conhecimento excelente. Além disso, todas as grávidas reconheceram a importância de consultar profissionais de saúde antes de recorrer a qualquer medicamento. Ainda assim, este conhecimento não se traduziu em menor prática de automedicação.

No que respeita ao acompanhamento profissional, a maioria das participantes (58,00%) considerou o papel do farmacêutico importante, embora uma proporção relevante (29,50%) tenha revelado incerteza quanto à sua importância e 12,50% o tenha classificado como pouco ou nada relevante. Assim, apesar de predominar uma percepção positiva, os resultados apontam para a necessidade de reforçar a intervenção educativa do farmacêutico junto das grávidas, de modo a reduzir o desconhecimento observado, e aumentar o papel essencial dos farmacêuticos.

Em suma, este estudo evidencia que existe uma boa base de conhecimento entre as grávidas portuguesas em aspetos fundamentais relacionados com a utilização de medicamentos durante a gravidez. Estas mostraram reconhecer que existe um período em que os medicamentos apresentam maior probabilidade de provocar riscos, identificando corretamente o primeiro trimestre como o mais vulnerável para o desenvolvimento fetal. Revelaram ainda consciência de que os MNSRM não são necessariamente seguros, de que os medicamentos podem afetar tanto a mãe como o feto e, por fim, unanimemente, reconheceram a importância de consultar o médico ou farmacêutico antes de utilizar qualquer medicamento, mesmo que seja de venda livre. No entanto, isso não impede que a automedicação seja uma prática comum. Estes resultados reforçam a necessidade de estratégias educativas contínuas e multidisciplinares, com maior envolvimento dos farmacêuticos e outros profissionais de saúde, de forma a reduzir os riscos associados à utilização indevida de medicamentos durante a gravidez.

Referências bibliográficas

1. About Pregnancy | NICHD - Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. (n.d.). Retrieved September 29, 2025, from [https://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancy]
2. Alhazmi, A. M., Elmuttalut, M. A., Elmahdi, F. M., Mahrous, J. M., Alahmadi, S. M., Abutowaimah, S. E., ... Alhazmi, A. M. (2025). Assessment of self-medication awareness during pregnancy among Saudi women in Madinah: A cross-sectional study. *Cureus*. [https://doi.org/10.7759/cureus.82078]
3. Antoniou, T., & Juurlink, D. N. (2014). Five things to know about dextromethorphan abuse. *CMAJ*, 186 (16), E631–E632. [https://doi.org/10.1503/cmaj.131676]
4. Baracaldo-Santamaría, D., Trujillo-Moreno, M. J., Pérez-Acosta, A. M., Feliciano-Alfonso, J. E., Calderon-Ospina, C. A., & Soler, F. (2022). Definition of self-medication: A scoping review. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 13. [https://doi.org/10.1177/20420986221127501]
5. Barros, P., & Santos. (2023). *Acesso a cuidados de saúde, 2023*. NOVA SBE. [https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Social%20Equity%20Initiative/2024/RELATORIO_ACESSO_CUIDADOS_SAUDE_dez_2024.pdf]
6. Berezowska, M., Sharma, P., Pilla Reddy, V., Coppola, P. (2024). Physiologically based pharmacokinetic modelling of drugs in pregnancy: A mini-review on availability and limitations. *Fundamental and Clinical Pharmacology*, 38 (3), 402–409. [https://doi.org/10.1111/fcp.12967]
7. Blattner, C. M., Danesh, M., Safae, M., ... Murase, J. E. (2016). Understanding the new FDA pregnancy and lactation labeling rules. *International Journal of Women's Dermatology*, 2 (1), 5–12. [https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2015.12.005]

8. Bouqoufi, A., Laila, L., Boujraf, S., Hadj, F. A. El, Razine, R., ... Khabbal, Y. (2024a). Prevalence and associated factors of self-medication in worldwide pregnant women: Systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24 (1), 1–15. [https://doi.org/10.1186/s12889-023-17195-1]
9. Cabut, S., Marie, C., Vendittelli, F., & Sauvart-Rochat, M. P. (2017). Intended and actual use of self-medication and alternative products during pregnancy by French women. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 46 (2), 167–173. [https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2016.10.005]
10. Centeno, M., Carvalho, M. R., Monteiro, M. J., Massa, A. C., Belo, S., Namora, G., ... Pereira, M. L. (2022). *Normas de orientações clínicas SPOMMF doença tiroideia na gravidez*. SPOMMF. [https://www.spommf.pt/wpcontent/uploads/2022/01/Norma_Doença-Tiroideia-na-Gravidez.pdf]
11. Chandra, M., & Paray, A. A. (2024). Natural physiological changes during pregnancy. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 97 (1), 85–92. [https://doi.org/10.59249/JTIV4138]
12. Cindrova-Davies, T., & Sferruzzi-Perri, A. N. (2022). Human placental development and function. *Seminars in Cell & Developmental Biology*, 131, 66–77. [https://doi.org/10.1016/j.semcdb.2022.03.039]
13. Collier, S. A., Rasmussen, S. A., Feldkamp, M. L., & Honein, M. A. (2009). Prevalence of self-reported infection during pregnancy among control mothers in the National Birth Defects Prevention Study. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*, 85(3), 193–201. [https://doi.org/10.1002/bdra.20540]
14. Correia, S., Rodrigues, T., & Barros, H. (2015). Assessing the effect on outcomes of public or private provision of prenatal care in Portugal. *Maternal and Child Health Journal*, 19 (7), 1574–1583. [https://doi.org/10.1007/s10995-015-1667-4]

15. Cotobal-Calvo, E. M., Mata-Pérez, C., Bocchino, A., Gilart, E., Gutiérrez-Baena, B., & Palazón-Fernández, J. L. (2025). Self-medication practice and associated factors among health professionals in Spain. *Nursing Reports*, 15 (2), 53–62.
[<https://doi.org/10.3390/nursrep15020053>]
16. Cousins, G., Durand, L., O’Kane, A., Tierney, J., Maguire, R., Stokes, S., ... Keenan, E. (2023). Prescription drugs with potential for misuse: Protocol for a multi-indicator analysis of supply, detection and the associated health burden in Ireland between 2010 and 2020. *BMJ Open*, 13 (3), e069665. [<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069665>]
17. Cunha, P. (2024, January 12). Nasceram mais bebês em Portugal em 2023. Foi ultrapassada a barreira dos 80 mil nascimentos num ano. *Observador*.
[<https://observador.pt/2024/01/12/portugal-registou-aumento-de-nascimentos-em-2023-revela-instituto-nacional-de-saude-dr-ricardo-jorge/>]
18. da Silva Brum, L. F., Pereira, P., Felicetti, L. L., & da Silveira, R. D. (2011). Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2435–2442.
[<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500012>]
19. D’Ambrosio, V., Vena, F., Scopelliti, A., D’Aniello, D., Savastano, G., Brunelli, R., ... Giancotti, A. (2023). Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs in pregnancy and oligohydramnios: A review. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 36(2), 1–10. [<https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2253956>]
20. Dante, G., Vaccaro, V., & Facchinetti, F. (2013). Use of progestagens during early pregnancy. *Facts, Views & Vision in ObGyn*, 5(1), 66–72.
[<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3987350/>]
21. Decreto-Lei n.º 176/2006, Diário da República n.º 167/2006, Série I de 2006-08-30, 6250–6282. [<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/176-2006-540387>]
22. Edet, C. K., Wegbom, A. I., Samuel, K. G., Sapira-Ordu, L., Jaja, I. D., Ene-Peter, J., ... Fagbamigbe, A. F. (2023). Prevalence and factors influencing self-medication among

- pregnant women attending antenatal clinics in urban tertiary hospitals in Nigeria. *BioMed*, 3(1), 166–176. [<https://doi.org/10.3390/biomed3010014>]
23. EMA. (2023, February 13). Medicines during pregnancy and breastfeeding. European Medicines Agency. [<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/research-development/medicines-during-pregnancy-breastfeeding>]
24. FDA. (2014). Content and format of labeling for human prescription drug and biological products: Requirements for pregnancy and lactation labeling. Federal Register. [<https://www.federalregister.gov/documents/2014/12/04/2014-28241/content-and-format-of-labeling-for-human-prescription-drug-and-biological-products-requirements-for>]
25. FDA. (2025). Highlights of prescribing information.
26. Fernandes, M. F. S., Alexe, A., Apará, O., Force, L., Taeter, C., Weber, M., ... Würtele, J. M. (2025). Post-approval activities providing data on the safety of medication use during pregnancy and lactation: A TransCelerate perspective. *Therapeutic Innovation and Regulatory Science*, 59 (3), 527–541. [<https://doi.org/10.1007/s43441-025-00764-4>]
27. Fortinguerra, F., Belleudi, V., Poggi, F. R., Perna, S., Bortolus, R., Donati, S., ... Serra, E. (2023). Monitoring medicine prescriptions before, during and after pregnancy in Italy. *PLoS ONE*, 18 (6), e0287111. [<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287111>]
28. Gabbe, Niebyl, Simpson, Landon, Galan, Jauniaux, ... Grobman. (2016). *Obstetrics: Normal and problem pregnancies* (7th ed.). Elsevier.
29. Goruntla, N., Ganzi, N., Otturu, M., Sai, V., Sree, M., Mood, L., ... Bukke, N. (1984). Knowledge, attitude, and practice toward medication use during pregnancy: A hospital-based cross-sectional survey. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. [<https://doi.org/10.1007/s13224-024-01984-8>]

30. Gude, N. M., Roberts, C. T., Kalionis, B., & King, R. G. (2004). Growth and function of the normal human placenta. *Thrombosis Research*, 114(5–6), 397–407. [https://doi.org/10.1016/j.thromres.2004.06.038]
31. Heitmann, K., & Schjøtt, J. (2020). SafeMotherMedicine: Aiming to increase women’s empowerment in use of medications during pregnancy and breastfeeding. *Maternal and Child Health Journal*, 24(5), 531–540. [https://doi.org/10.1007/s10995-020-02903-9]
32. Hudson, R. E., Metz, T. D., Ward, R. M., McKnite, A. M., Enioutina, E. Y., Sherwin, C. M., ... Job, K. M. (2023). Drug exposure during pregnancy: Current understanding and approaches to measure maternal-fetal drug exposure. *Frontiers in Pharmacology*, 1, 1111601. [https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1111601]
33. Hughes, C. M., McElnay, J. C., & Fleming, G. F. (2001). Benefits and risks of self-medication. *Drug Safety*, 24(14), 1027–1037. [https://doi.org/10.2165/00002018-200124140-00002]
34. INFARMED. (2025). Lista de situações passíveis de automedicação. [https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Lista_de_situacoes.pdf/5b4d00e7-1496-4a9c-841f-0c53d7464adb]
35. Jamil M. Kazma, Van Den Anker, J., Allegaert, K., Dallmann, A., & Ahmadzia, H. K. (2020). Anatomical and physiological alterations of pregnancy. *Journal of Pharmacokinetics and Pharmacodynamics*, 47(4), 271–285. [https://doi.org/10.1007/s10928-020-09677-1]
36. Jiao, X. F., Qiu, P., Song, Z., Peng, X., Li, H., Zeng, L., & Zhang, L. (2024). Reference guides for the safe use of drugs during pregnancy: A systematic review and comparative analysis. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 80(11), 1625–1657. [https://doi.org/10.1007/s00228-024-03736-z]
37. Jovanović, Ž., & Vulić, P. (2025). Self-medication and knowledge of pregnant women about the use of medication during pregnancy in the cities of Rijeka and Zadar, Croatia. *Frontiers in Pharmacology*, 16, 1536050. [https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1536050]

38. Kappel, D., Sahin, L., Yao, L., Thor, S., & Kweder, S. (2023). A comparison of FDA and EMA pregnancy and lactation labeling. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 113 (6), 1251–1257. [<https://doi.org/10.1002/cpt.2843>]
39. Kazma, J., Araji, T., Khilnani, A., Van Den Anker, J., & Ahmadzia, H. K. (2022). Knowledge, attitude, and beliefs of medication use in pregnancy in an urban tertiary care center. *Journal of Clinical Pharmacology*, 62 (S1), S30–S35. [<https://doi.org/10.1002/jcph.2116>]
40. Kennedy, D., & Batagol, R. (2025). Drug safety in pregnancy. *Australian Prescriber*, 48 (1), 5–9. [<https://doi.org/10.18773/austprescr.2025.008>]
41. Landon, Galan, Jauniaux, Driscoll, Berghella, Grobman, ... Gyamfi-Bannerman. (2025). *Obstetrics: Normal and problem pregnancies* (9th ed.). Elsevier.
42. Laroche, M. L., Gautier, S., Polard, E., Rabier, M. B., Chouchana, L., Lebrun-Vignes, B., ... Jonville-Bera, A. P. (2023). Incidence and preventability of hospital admissions for adverse drug reactions in France: A prospective observational study (IATROSTAT). *British Journal of Clinical Pharmacology*, 89 (1), 390–400. [<https://doi.org/10.1111/bcp.15510>]
43. Lima Jorge, Domingues, A., Amaral, A., & Borges, A. (2023). Prevenção do tromboembolismo venoso na gravidez, parto e pós-parto: Norma de orientação clínica.
44. Lupattelli, A., Spigset, O., Twigg, M. J., Zagorodnikova, K., Mårdby, A. C., Moretti, M. E., ... Lupattelli, A. (2014). Medication use in pregnancy: A cross-sectional, multinational web-based study. *BMJ Open*, 4, e004365. [<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004365>]
45. Lynch, M. M., Amoozegar, J. B., McClure, E. M., Squiers, L. B., Broussard, C. S., Lind, J. N., ... Biermann, J. (2017). Improving safe use of medications during pregnancy: The roles of patients, physicians, and pharmacists. *Qualitative Health Research*, 27 (13), 2071–2080. [<https://doi.org/10.1177/1049732317732027>]

46. M. Céu Almeida, & L. Ruas. (2022). Registo nacional de diabetes gestacional: Um caminho de 18 anos. *Revista Portuguesa de Diabetes*.
[http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2022/06/RPD_Junho_2022_Artigo_Original_54-62.pdf]
47. Mao, Q., & Chen, X. (2022). An update on placental drug transport and its relevance to fetal drug exposure. *Medical Review*, 2022 (0025), 1–15. [<https://doi.org/10.1515/mr-2022-0025>]
48. Mohsen A. Hedaya. (2024). *Basic pharmacokinetics* (3rd ed.). Taylor & Francis Group.
49. Navaro, M., Vezzosi, L., Santagati, G., & Angelillo, I. F. (2018). Knowledge, attitudes, and practice regarding medication use in pregnant women in Southern Italy. *PLoS ONE*, 13 (6), e0198618. [<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198618>]
50. Negro, A., Delaruelle, Z., Ivanova, T. A., Khan, S., Ornello, R., ... Mitsikostas, D. D. (2017). Headache and pregnancy: A systematic review. *The Journal of Headache and Pain*, 18 (1), 106. [<https://doi.org/10.1186/s10194-017-0816-0>]
51. NHS. (2023, October 30). Pregnancy, breastfeeding and fertility while taking codeine. NHS. [<https://www.nhs.uk/medicines/codeine/pregnancy-breastfeeding-and-fertility-while-taking-codeine/>]
52. NHS. (2025). Pregnancy, breastfeeding and fertility while taking folic acid. NHS. [<https://www.nhs.uk/medicines/folic-acid/pregnancy-breastfeeding-and-fertility-while-taking-folic-acid/>]
53. Niriayo, Y. L., Mohammed, K., Asgedom, S. W., Demoz, G. T., Wahdey, S., & Gidey, K. (2021). Self-medication practice and contributing factors among pregnant women. *PLoS ONE*, 16 (5), e0251725. [<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251725>]
54. Nkouonlack, C., Shifu, I. N., Atchou, J. G. B., Eyoum, C., Dinayen, D. Y., Nsagha, D. S., & Njamnshi, A. K. (2023). Prevalence and associated factors of non-medical use of

- prescription drugs among adolescents in secondary schools in Buea, Cameroon: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 23 (1), 1–9. [<https://doi.org/10.1186/s12888-023-05120-0>]
55. Novak, S. P., Håkansson, A., Martinez-Raga, J., Reimer, J., Krotki, K., & Varughese, S. (2016). Nonmedical use of prescription drugs in the European Union. *BMC Psychiatry*, 16 (1), 1–12. [<https://doi.org/10.1186/s12888-016-0909-3>]
56. Ordem dos Farmacêuticos. (2023, August 22). *Automedicação - Artigos*. [<https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/artigos/automedicacao/>]
57. Peña-Rosas, J. P., De-Regil, L. M., Garcia-Casal, M. N., & Dowswell, T. (2015). Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015 (7), CD004736. [<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004736.pub5>]
58. Raja, A., Amin, S. Bin, Azeem, B., Raja, S., Aftab, Y., Rafi, M., ... Sharma, V. (2024). Self-diagnosis and self-medication based on internet search among non-medical university students of Karachi. *Annals of Medicine and Surgery*, 86, 6507. [<https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000002605>]
59. Rehman, W., Arfons, L. M., & Lazarus, H. M. (2011). The rise, fall and subsequent triumph of thalidomide: Lessons learned in drug development. *Therapeutic Advances in Hematology*, 2 (5), 291–308. [<https://doi.org/10.1177/2040620711413165>]
60. Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education & Behavior*, 2(4), 328–335. [<https://doi.org/10.1177/109019817400200403>]
61. Rubin, J. B., Hameed, B., Gottfried, M., Lee, W. M., Sarkar, M., & Francisco, S. (2017). Acetaminophen-induced acute liver failure is more common and more severe in women. [<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.11.042>]
62. Samuel, N., & Einarson, A. (2011). Medication management during pregnancy: Role of the pharmacist. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 33(6), 882–885. [<https://doi.org/10.1007/s11096-011-9560-8>]

63. Sánchez-Sánchez, E., Fernández-Cerezo, F. L., Díaz-Jimenez, J., Rosety-Rodriguez, M., Díaz, A. J., Ordonez, F. J., ... Rosety, I. (2021). Consumption of over-the-counter drugs: Prevalence and type of drugs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (11), 5530. [<https://doi.org/10.3390/ijerph18115530>]
64. Sappenfield, E., Jamieson, D. J., & Kourtis, A. P. (2013). Pregnancy and susceptibility to infectious diseases. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 2013, 752852. [<https://doi.org/10.1155/2013/752852>]
65. 4. SNS24. (2025, May 15). Guia para grávidas. [<https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/prevencao-e-cuidados-de-saude/guia-para-gravidas>]
66. Syeda, H. A. (2017). Self-medication: Pros and cons. *Bahria University Medical & Dental College Journal*, (2), 132–132.
67. TGA. (2025, March 28). Australian categorisation system for prescribing medicines in pregnancy. Therapeutic Goods Administration. [<https://www.tga.gov.au/products/medicines/find-information-about-medicine/prescribing-medicines-pregnancy-database/australian-categorisation-system-prescribing-medicines-pregnancy>]
68. Thiruchelvam, K., Uwajima, E., Selan, S. M. G., James, S. E., Lai, Y. X., Lee, E. L., & Kow, C. S. (2025). Prevalence of over-the-counter medication use in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Discover Public Health*, 22 (1), 1–20. [<https://doi.org/10.1186/s12982-025-00656-w>]
69. Trønnes, J. N., Lupattelli, A., & Nordeng, H. (2017). Safety profile of medication used during pregnancy: Results of a multinational European study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 26 (7), 802–810. [<https://doi.org/10.1002/pds.4213>]
70. Vricella, L. K. (2017). Emerging understanding and measurement of plasma volume expansion in pregnancy. *American Journal of Clinical Nutrition*, 106, 1620–1625. [<https://doi.org/10.3945/ajcn>]

71. . WHO. (1998). The role of the pharmacist in self-care and self-medication: 4th WHO consultative group.
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/65860/WHO_DAP_98.13.pdf]

72. WHO. (2024, July). Daily iron and folic acid supplementation during pregnancy. World Health Organization. [<https://www.who.int/tools/elena/interventions/daily-iron-pregnancy>]

73. Yeamans, S., Gil-de-Miguel, Á., Hernández-Barrera, V., & Carrasco-Garrido, P. (2024). Self-medication among general population in the European Union: Prevalence and associated factors. *European Journal of Epidemiology*, 39 (9), 977–990.
[<https://doi.org/10.1007/s10654-024-01153-1>]

Anexos

Anexo I- Questionário utilizado no estudo

Acesso ao questionário

1. Por qual dos seguintes meios obteve acesso a este questionário?

- Redes sociais (Instagram, Facebook, WhatsApp)
- Farmácia comunitária
- Consulta em consultório médico
- Consulta hospitalar
- Outra:

Caracterização demográfica

2. Indique a sua idade (em anos):

3. Indique o nível de educação mais elevado de que é detentora

- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Licenciatura/Mestrado Integrado
- Mestrado 2º Ciclo
- Doutoramento
- Outra:

4. Indique, por favor, em que região geográfica reside:

- Norte
- Centro
- Lisboa e vale do tejo
- Alentejo
- Sul
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores
- Outra:

5. Indique, por favor, o número de filhos que tem:

6. Indique, por favor, o seu estatuto socioeconómico:

- Classe Baixa - Rendimento mensal inferior a 1200,75 euros
- Classe Média - Rendimento mensal entre 1200,75 euros e 3 202 euros Classe
- Alta - Rendimento mensal superior a 3.280 euros
- Sem rendimento
- Outra:

7. É profissional de saúde?

- Sim
- Não

Caracterização da gravidez e gravidezes prévias

8. Qual o número de semanas de gravidez? *Por exemplo, 38+6*
9. É acompanhada no Serviço Nacional de Saúde ou no Setor Privado
- Setor Privado
 - Serviço Nacional de saúde
 - Ambos
10. Realizou todas as ecografias previstas até ao número de semanas em que se encontra?
- Sim
 - Não
11. Realizou todas as análises previstas até ao número de semanas em que se encontra?
- Sim
 - Não
12. Encontra-se a fazer algum tipo de medicação/suplementação nesta gravidez?
- Sim
 - Não - *Avançar para a pergunta 14*
13. *Se respondeu sim, por favor, indique qual(ais):*
14. Utiliza alguma aplicação no telemóvel de apoio ao seguimento da gravidez?
- Sim
 - Não - *Avançar para a pergunta 16*
15. *Se respondeu que sim, por favor, indique qual:*

Histórico de automedicação durante a gestação

16. Teve alguma doença aguda durante a gravidez? (*Exemplo: Gripe, constipação, alergias, etc Marcar apenas uma oval.*)
- Sim
 - Não *Avançar para a pergunta 20*
17. *Se respondeu sim, por favor, indique qual(ais):*
18. Durante a gravidez, realizou automedicação? *Ex: A Maria está grávida e acordou com uma enxaqueca, como tinha paracetamol em casa tomou para ver se melhora.*
- Sim
 - Não *Avançar para a pergunta*
19. *Se sim, por favor, indique as três principais situações em que o fez*

20. Aproximadamente quantas vezes realizou automedicação durante a gravidez?
Indique em numeração

21. Quando realizou automedicação, recorreu a:

- Antipirético e analgésico-
Medicamentos para a febre e
dores (ex: Paracetamol)



- Anti-inflamatórios-
Medicamentos para dores e
inflamação (ex: Ibuprofeno,
Naproxeno, Diclofenac)



- Antibióticos (ex: Amoxicilina,
Azitromicina, Fosfomicina)



- Laxantes (ex: Bisacodilo)



- Antiflatulentos (ex: Simeticone,
Dimeticone)



- Antitússicos/Mucolíticos/Expetor
ante s- Medicamentos para a
tosse seca ou produtiva (ex:
Levodropropizina, Bromexina,
Acetilcisteína)



- Antiácidos (ex: Alginato de
sódio, Bicarbonato de sódio)



- Ansiolíticos Clássicos (ex:
Benzodiazepinas)



- Ansiolíticos Naturais (ex: Valeriana)



Conhecimento sobre automedicação

22. Existe um período durante a gravidez em que o medicamento tem maior probabilidade de provocar riscos para a gestação?
- Sim
- Não *Avançar para a pergunta 26*
23. Se colocou sim na resposta anterior, qual é o período da gravidez em que o medicamento tem maior probabilidade de provocar riscos na gestação?
- 1.º Trimestre
- 2.º Trimestre
- 3.º Trimestre

Conhecimento sobre automedicação

24. Todos os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) (de venda livre) são seguros durante a gravidez?
- Sim
- Não
25. Durante a gravidez os medicamentos **não seguros** podem afetar: Apenas o feto
- Apenas a grávida
- Tanto a grávida como o feto
26. É necessário consultar o seu médico ou farmacêutico para assegurar que qualquer medicamento é seguro utilizar durante a gravidez, mesmo que seja um MNSRM (venda livre)?
- Sim
- Não

Atitudes e práticas de automedicação

27. É importante falar com o médico ou farmacêutico sobre a utilização de medicamentos durante a gravidez, antes de os tomar?
- Sim
- Não
28. É obrigatório não tomar qualquer tipo de medicamentos durante a gravidez?

- Sim
 Não
29. Durante a aquisição de medicamentos pergunta ao farmacêutico sobre a segurança do uso dos medicamentos durante a gravidez?
- Sim
 Não

Percepção sobre o papel do farmacêutico na automedicação

Indique o que pensa sobre a importância do papel do farmacêutico na Farmácia, no atendimento a grávidas, classificando cada afirmação.

30. Aconselhamento de medicamentos (ex: *A Maria está com dor de cabeça e não sabe quais são os medicamentos seguros para tomar*).
- 1 – O papel do farmacêutico não é importante
2 – Não sei se o papel do farmacêutico não é importante
3 – O papel do farmacêutico é importante
30. Necessidade ou não de referenciação para o médico (ex: *A Maria está com febre baixa, do de garganta, dificuldade em engolir e não sabe se necessita de ir ao médico*).
- 1 – O papel do farmacêutico não é importante
2 – Não sei se o papel do farmacêutico não é importante
3 – O papel do farmacêutico é importante
31. Educação em saúde (ex: *A Maria foi diagnosticada com pré-diabetes gestacional e está com dúvidas sobre a alimentação que deve seguir durante a gravidez*).
- 1 – O papel do farmacêutico não é importante
2 – Não sei se o papel do farmacêutico não é importante
3 – O papel do farmacêutico é importante

Muitas felicidades e muito obrigada pela sua colaboração

Anexo II - Instrumento de divulgação do questionário aplicado em redes sociais, farmácias e consultório médico



SABIA QUE A AUTOMEDICAÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ PODE APRESENTAR RISCOS?

Estou a realizar um estudo sobre "**Conhecimento, atitudes e práticas da automedicação na gravidez, em problemas de saúde agudos.**"

Se está grávida e gostava de participar

- Responda a um questionário anónimo
- Duração estimada: 5 minutos

A sua participação contribuirá para o avanço do conhecimento nesta área da saúde.
Muito Obrigada!



Anexo III- Consentimento informado aprovado pela Comissão de Ética da Egas Moniz School of Health and Science



Consentimento Informado

Código | IMP-EM-PE-17_03

Monte de Caparica, 15 de novembro de 2024

Exmo. (a) Sr. (a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas na Unidade Curricular de Dissertação de Mestrado do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Professora Doutora Patrícia Cavaco-Silva e o Doutor João Pedro Teixeira Aguiar, solicita-se autorização para a participação no estudo “Conhecimento, atitudes e práticas da automedicação na gravidez em problemas de saúde agudos” a Mulher grávidas com mais de 18 anos com o objetivo de analisar o conhecimento das grávidas sobre os riscos da automedicação, tanto para a mãe como para o feto e identificar os sintomas e patologias agudas que levam à automedicação durante a gravidez, relacionando estes com os medicamentos utilizados, que consiste na seguinte participação: preenchimento de um questionário.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios tais como aumento do conhecimento o conhecimento, atitudes e práticas da automedicação na gravidez em problemas de saúde agudos, ao progresso do conhecimento.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)