

Automedicação, Conhecimento, Crenças e Atitudes sobre Antibioterapia em Patologia Respiratória Aguda na População Pediátrica: Estudo Multicêntrico

Self-Medication, Knowledge, Beliefs and Attitudes about Antibiotic Therapy in Acute Respiratory Pathology in the Pediatric Population: Multicentre Study

Marisa Sousa¹, Mariana Assis Rocha¹, Luís Paulino¹, Telma Ferreira¹, Felícia Volosciuc¹, Rodrigo Raposo dos Santos¹, Rita Rodrigues², Mariana Santos², Mafalda Silva², Sara Cândido², Lúcia Gonçalves³, Teresa Cardoso³, Mariana Couto Domingues⁴, Carolina Restrepo⁴, Cláudia Mourato Silva⁴, Catarina Ferreira⁴, José Rosário⁵, Maria Inês M. Marques⁵, Ana Videira⁶, Raquel Andrade⁶, Ana Raquel Calçada Ferreira⁶, António Hermenegildo⁷, Inês Teixeira⁷, Natalia Kotovska⁸, Ana Matos Coronha¹, Mariana Anete Mira¹, Ana Sofia Pena¹, Virgínia Carreiras¹, Maria Fátima Santos¹, Hugo Bento de Sousa¹

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Marisa Sousa [marisa.l.sousa@ulsetejo.mim-saude.pt]

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2305-4813>

Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo, Unidade de Saúde Familiar Samora Correia, Samora Correia, Portugal

Praceta Padre Camilo, nº 3 - 2135-089 Samora Correia, Portugal

DOI: <https://doi.org/10.29315/gm.982>

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os antibióticos são amplamente utilizados na patologia respiratória pediátrica, apesar da maioria ter etiologia viral. A automedicação em crianças, por parte dos pais, é também comum. Este estudo visou analisar o conhecimento, crenças e atitudes de pais de crianças menores de 12 anos sobre antibioterapia e a prática da automedicação.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo multicêntrico observacional, descritivo e transversal, com inquéritos aplicados a pais em consultas de saúde infantil. Os critérios de inclusão foram idade ≥ 18 anos, compreensão da língua portuguesa e ausência de deficiência cognitiva. Foram excluídos os que não assinaram consentimento

1. Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo, Unidade de Saúde Familiar Samora Correia, Samora Correia, Portugal. 2. Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo, Unidade de Saúde Familiar Gago Coutinho, Alverca do Ribatejo, Portugal. 3. Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo, Unidade de Saúde Familiar Albirka Tejo, Alverca do Ribatejo, Portugal. 4. Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo, Unidade de Saúde Familiar Villa Longa; Vialonga, Portugal. 5. Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo, Unidade de Saúde Familiar Reynaldo dos Santos, Póvoa de Santa Iria, Portugal. 6. Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo, Unidade de Saúde Familiar Lusitano, Arruda dos Vinhos, Portugal. 7. Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo, Unidade de Saúde Familiar Terras de Cira, Vila Franca de Xira, Portugal. 8. Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo, Unidade de Saúde Familiar Vila Presépio, Alenquer, Portugal

Received/Recebido: 2024-10-28. Accepted/Aceite: 2025-06-30. Published online/Publicado online: 2025-09-15. Published/Publicado: 2025-09-30.

© Author(s) (or their employer(s)) and Gazeta Médica 2025. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2025. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial

informado e a quem nunca tinha sido prescrito antibiótico à criança. Análise descritiva e inferência estatística efetuadas para um nível de significância de 0,05.

RESULTADOS: Foram analisados 447 inquiridos. A automedicação foi praticada por 56% dos inquiridos, principalmente por já terem o medicamento em casa (62%) e considerarem o problema de saúde simples ou igual à doença anterior (76%). A informação sobre a medicação foi dada pelo médico ou farmacêutico, com o paracetamol e o ibuprofeno a serem os mais utilizados.

O cumprimento das recomendações para antibióticos foi quase total (~100%). Apenas 3% administraram antibiótico sem prescrição. Indivíduos com maior escolaridade e profissões diferenciadas demonstraram maior conhecimento e atitudes adequadas relativamente à antibioterapia (Kruskal-Wallis, $p < 0,05$).

CONCLUSÃO: A automedicação foi motivada pelo conhecimento prévio e facilidade de acesso a medicamentos, sendo a adesão às recomendações independente dos fatores sociodemográficos. Indivíduos mais diferenciados apresentaram atitudes mais consistentes, destacando a importância de campanhas de educação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Antibacterianos/uso terapêutico; Automedicação; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Educação em Saúde; Infecções Respiratórias/tratamento farmacológico; Pais

ABSTRACT

INTRODUCTION: Antibiotics are widely used in pediatric respiratory conditions, despite most having a viral origin. Parental self-medication of children is also common. This study aimed to analyze the knowledge, beliefs, and attitudes of parents of children under 12 years old regarding antibiotic therapy and the practice of self-medication.

METHODOLOGY: This was a multicenter, observational, descriptive, and cross-sectional study with surveys administered to parents during pediatric health consultations. Inclusion criteria were age ≥ 18 years, understanding of the Portuguese language, and no cognitive impairment. Exclusions included those who did not provide informed consent or whose child had never been prescribed antibiotics. Descriptive and inferential statistical analysis performed at a significance level of 0.05.

RESULTS: A total of 447 surveys were analyzed. Self-medication was reported by 56% of respondents, primarily due to having the medication at home (62%) and considering the illness simple or similar to a previous one (76%). Information about medications was mostly provided by doctors or pharmacists, with paracetamol and ibuprofen being the most commonly used. Compliance with antibiotic recommendations was nearly universal (~100%). Only 3% of respondents administered antibiotics without a prescription. Higher levels of education and professional status were associated with better knowledge and more appropriate attitudes toward antibiotic use (Kruskal-Wallis, $p < 0.05$).

CONCLUSION: Self-medication was driven by prior knowledge and ease of access to medications, with adherence to recommendations being independent of sociodemographic factors. More educated individuals exhibited more consistent attitudes, underscoring the need for effective health education campaigns.

KEYWORDS: Anti-Bacterial Agents/therapeutic use; Child; Health Education; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Parents; Respiratory Tract Infections/drug therapy; Self Medication

INTRODUÇÃO

A resistência aos antimicrobianos (RAM) é um problema de saúde global, com estimativas de que, em 2050, 10 milhões de pessoas poderão morrer anualmente devido a infecções bacterianas sem tratamento eficaz.¹ Para além disso, o Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC) calcula que a resistência antibiótica esteja já a causar a morte a aproximadamente 25 mil pessoas por ano na Europa.²

Diversos fatores contribuem para o uso inadequado

de antibióticos, especialmente na população pediátrica. Entre eles estão a atuação dos médicos, a falta de conhecimento dos pais, e influências da própria sociedade.³⁻⁵ Os antibióticos são comumente prescritos para infecções respiratórias agudas, apesar da maioria ter uma etiologia viral e autolimitada, quer em crianças quer na população em geral, podendo em muitos casos ser evitada a sua prescrição.⁵⁻⁷ Além disso, a interrupção do tratamento antibiótico pelos pais quando observam melhoria dos sintomas, ou a automedicação com base em episódios anteriores, agrava ainda mais o

problema, especialmente em idade pediátrica.⁴ Acresce o facto da posologia pediátrica exigir o ajuste ao peso e idade da criança.

A automedicação, quando praticada de forma inadequada, pode causar efeitos adversos, como o agravamento da doença, modificação da sintomatologia e atraso no diagnóstico. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a "automedicação responsável" como a feita com medicamentos aprovados e utilizados corretamente.⁸ A prática responsável pode beneficiar a saúde, mas é fundamental educar a população para evitar riscos, como interações medicamentosas e intoxicações.⁷⁻¹²

Apesar de serem escassos os estudos nesta área, o consumo de fármacos em idade pediátrica parece ser elevado em Portugal. Belo e colaboradores⁹ mostraram que 64% dos pais já automedicaram os filhos, tendo 24% feito isso no mês anterior. Anteriormente, Maia *et al*¹³ já tinham identificado que 63,5% das crianças e adolescentes incluídas tinham tomado pelo menos um fármaco nos 3 meses anteriores ao estudo. Noutros dois estudos, 61% dos pais utilizavam medicamentos sem prescrição para infeções respiratórias¹⁴ e revelavam um elevado grau de incompreensão das patologias infecciosas comuns da infância e da utilidade dos fármacos.¹⁵

Embora os dados sejam limitados, há uma clara necessidade de mais estudos para entender a prevalência da automedicação no nosso país, em especial com antibióticos. Existem apenas quatro estudos nacionais sobre automedicação com antibióticos. Três debruçaram-se sobre a população adulta, com prevalências de automedicação com antibióticos a variar de 4% a 18,9%.¹⁶⁻¹⁹ O único estudo pediátrico, realizado no Algarve, revelou uma prevalência de 4,4%,¹⁴ não havendo dados com representatividade nacional para a população pediátrica.

Em 2001, a OMS estabeleceu uma estratégia global para conter a RAM, destacando a importância da educação dos pacientes por profissionais de saúde.²⁰ Em pediatria, o sucesso do tratamento está intimamente ligado ao conhecimento e atitudes dos pais, sendo um desafio garantir a adesão correta ao tratamento.^{14,21,22} A compreensão do regime terapêutico pelos pais é essencial. Os médicos desempenham assim um papel crucial na promoção do uso racional de antibióticos, incentivando a adesão ao tratamento e desencorajando a automedicação inadequada. São necessárias campanhas de educação para a saúde para sensibilizar sobre os riscos da automedicação, especialmente com antibióticos, e promover práticas responsáveis. Para

além disso, o uso racional de antibióticos e a adoção de estratégias adequadas de prescrição devem ser uma prioridade, considerando que os antibióticos são um recurso valioso e limitado.²⁰

O presente estudo tem como objetivos principais analisar a prevalência da automedicação com medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) e sem receita (MNSRM) e investigar o conhecimento, crenças e atitudes dos pais de crianças com idade até 12 anos sobre a prescrição de antibióticos para infeções respiratórias, nos Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo (ULS-ET).

Entre os objetivos específicos estão, relacionar a adesão terapêutica com fatores sociodemográficos, identificar as razões que levam à automedicação em infeções respiratórias agudas, e caracterizar as crenças e atitudes dos pais quanto à antibioterapia.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo multicêntrico observacional, descritivo e transversal através da aplicação de inquéritos durante os meses de julho e agosto de 2023 em oito Unidades de Saúde Familiar (USF) da ULS-ET: USF Samora Correia (Samora Correia), USF Gago Coutinho e USF Albirka Tejo (ambas em Alverca do Ribatejo); USF Villa Longa (Vialonga); USF Reynaldo dos Santos (Póvoa de Santa Iria); USF Lusitano (Arruda dos Vinhos); USF Terras de Cira (Vila Franca de Xira) e USF Vila Presépio (Alenquer); sob a coordenação da USF Samora Correia.

A população-alvo foi composta por pais de crianças até aos 12 anos de idade (inclusive), inscritos nas unidades de saúde da ULS-ET, abrangendo cinco concelhos (Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira). A amostra foi calculada para um nível de confiança de 95%, estimando-se um tamanho amostral de 380 participantes, com margem de erro de 5%.

Seguiu-se uma amostragem por conveniência, distribuindo-se os inquéritos (Anexo 1) e consentimentos informados (Anexo 2) no Secretariado Clínico e na Consulta Infantil de Enfermagem, sendo recolhidos posteriormente na Consulta Infantil Médica.

Constituíram critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, compreensão da língua portuguesa, e ausência de défices cognitivos. Excluíram-se os participantes que não soubessem ler ou escrever, ou cujos filhos nunca tivessem tido prescrição de antibióticos.

O inquérito foi dividido em três partes: A) Caracterização Sociodemográfica; B) Estado de Saúde; e C) Esca-

la de Likert (de Discordo Totalmente a Concordo Totalmente) para avaliar conhecimentos, crenças e atitudes sobre antibioterapia. Este inquérito foi previamente semi-validado em dois estudos realizados na região do Algarve,^{14,18,19} com um *alpha* de Cronbach de 0,835, o que demonstra boa consistência interna, dispensando a necessidade de pré-teste.

Os dados foram analisados no SPSS® v29.0. Utilizaram-se ferramentas de estatística descritiva para caracterizar a amostra e testes de inferência estatística (teste *Chi*² e testes Kruskal-Wallis ou Mann-Whitney, de acordo com normalidade no teste de Kolmogorov-Smirnov) para avaliar as associações entre variáveis relativas à automedicação e conhecimentos, crenças e atitudes sobre antibioterapia, com um nível de significância de 0,05. Para a análise dos itens na escala de Likert, as respostas foram transformadas numericamente, de 1 a 5, conforme o grau de concordância com o esperado, sendo 5 a pontuação máxima.

As variáveis analisadas foram as seguintes:

- A. Sociodemográficas: idade, género, estado civil, ciclo de escolaridade, profissão, situação no trabalho, freguesia e concelho de residência, nacionalidade, constituição do agregado familiar, número de filhos com idade inferior a 12 anos, frequência de uma instituição de ensino (ama/creche/jardim-de-infância/escola);
- B. Dados referentes ao sistema de saúde: subsistema ou seguro de saúde adicional para além do Serviço Nacional de Saúde (SNS);
- C. Terapêuticas: administração de MNSRM, razões da administração de MSRM sem indicação/prescrição médica, fonte de informação sobre o medicamento, tempo de administração do último antibiótico, patologia que motivou a toma do antibiótico, fonte de informação sobre o antibiótico, cumprimento das indicações sobre o antibiótico; e
- D. Comportamentais: uso de antibiótico sem receita, quem indicou o antibiótico, facilidade de aquisição.

Tendo em conta a Classificação Portuguesa das Profissões, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE),²³ que compreende 10 Grupos Profissionais (G0 a G9), podemos classificar em “Colarinhos Brancos”, os trabalhadores não manuais/intelectuais, onde se incluem trabalhadores dos grupos G0 ao G4; e em “Colarinhos Azuis”, os trabalhadores manuais, onde estão incluídos trabalhadores dos grupos G5 ao G9). Codificámos assim a variável profissão dos nossos inquiridos segundo esta distribuição do INE.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS Lisboa e Vale do Tejo e, por ser voluntário e anónimo, não foi necessário submeter à Comissão Nacional de Proteção de Dados.

RESULTADOS

Foram aplicados 533 inquéritos, tendo sido excluídos 79 pelas crianças nunca terem feito antibioterapia e 7 por não ter sido entregue o consentimento informado assinado, sendo a amostra final constituída por 447 inquéritos válidos.

Dos 5 concelhos da ULS-ET, o único com falta de representatividade foi o concelho da Azambuja (0,7%) por não existir USF participante nessa região; os restantes concelhos tiveram uma percentagem de resposta de 55,9% para Vila Franca de Xira, 18,9% para Benavente; 10,1% para Arruda dos Vinhos; 8,9% para Alenquer; e ainda 4% dos inquiridos com residência noutro concelho. As diferenças entre as representatividades prendem-se essencialmente com o número de USFs envolvidas por concelho e com a adesão ao estudo. Ainda assim, os concelhos apresentam dados demográficos (parte A do inquérito) e respostas sobre estado de saúde (parte B do inquérito) semelhantes. A análise estatística detalhada por freguesia, por concelho e por USF relativamente às respostas obtidas na parte C do inquérito não mostrou diferenças significativas (teste Kruskal-Wallis, os valores *p* obtidos foram superiores a 0,05), pelo que a análise dos dados apresentada de seguida recaiu sobre a amostra como um todo.

Caracterização Sociodemográfica

A maioria dos inquiridos (86%) é do género feminino, com mediana de idades de 37 anos, casados ou em união de facto (77%), refere ter cumprido ensino superior ou secundário (81% no total), e estar empregado (84%). Relativamente à nacionalidade, 90% dos inquiridos são portugueses, sendo a amostra estrangeira na sua maioria de origem brasileira (Tabela 1A).

A maioria dos inquiridos tem 1 ou 2 filhos com idade igual ou inferior a 12 anos, sendo que 91% frequentam ama/creche/jardim de infância ou escola e o seu agregado familiar é constituído por 3 ou 4 pessoas (Tabela 1B).

Relativamente ao tipo de profissão, 73% da nossa amostra desempenha trabalho intelectual (“Colarinhos Brancos”) (Tabela 1A). Sessenta e cinco por cento (*n* = 289) da amostra usufrui de subsistema ou seguro de saúde para além do SNS (Tabela 2).

Comportamentos e Atitudes sobre Automedicação

A automedicação foi praticada por 56% (n = 247) dos inquiridos, sendo que 39% (n = 174) admitiu a utilização também de MSRM por diversas razões. A maioria dos inquiridos admite tê-la realizado por acesso fácil à medicação, sendo 62% por ter o medicamento em casa; 45% por ter sintomas iguais à doença anterior; e 31% por considerar o problema de saúde simples (Fig. 1A). Na maioria dos casos, a informação sobre a medicação foi dada pelo médico (79%), seguida pelo farmacêutico (36%) (Fig. 1B).

TABELA 1. Caracterização sociodemográfica da amostra relativamente aos (A) pais e (B) crianças

A. Dados sociodemográficos dos pais		B. Dados sociodemográficos das crianças	
	n (%)		n (%)
Idade dos pais (anos)	(n = 445)	Agregado familiar (n°)	(n = 443)
< 35 anos	153 (34%)	1	1 (0,2%)
[35 – 44 anos]	234 (53%)	2	25 (5,6%)
≥ 45 anos	58 (13%)	3	137 (30,9%)
Género	(n = 447)	4	228 (51,5%)
Feminino	383 (86%)	5	42 (9,5%)
Masculino	64 (14%)	6	8 (1,8%)
Habilitações Literárias	(n = 441)	7	2 (0,5%)
1º ciclo	6 (1%)	Filhos ≤ 12 anos (n°)	(n = 444)
2º/3º ciclo	72 (16%)	1	193 (44%)
Secundário	171 (39%)	2	214 (48%)
Superior	192 (44%)	3	31 (7%)
Estado Civil	(n = 446)	4	6 (1%)
Solteiro	86 (19%)	Instituição Infantil	(n = 445)
Casado/União de Facto	341 (77%)	Sim	408 (92%)
Divorciado	19 (4%)	Não	37 (8%)
Situação Laboral	(n = 441)		
Ativo	375 (85%)		
Desempregado	56 (13%)		
Outro	10 (2%)		
Tipo de Profissão	(n = 402)		
Intelectual “Colarinho Branco”	292 (73%)		
Manual - “Colarinho Azul”	110 (27%)		
Nacionalidade	(n = 446)		
Portuguesa	401 (90%)		
Outra	45 (10%)		

A prática de automedicação (tanto MNSRM como MSRM) revelou-se independente das variáveis socio-demográficas em estudo e de ter ou não subsistema/seguro de saúde (teste Chi², p >0,05, Tabela 2).

Dentro dos medicamentos assinalados com ou sem receita médica utilizados, encontram-se maioritariamente (n = 190) os analgésicos/anti-inflamatórios/anti-piréticos, como o paracetamol e ibuprofeno; seguidos de anti-histamínicos (n = 47) e xaropes anti-tússicos/mucolíticos (n = 39) (Tabela 3).

Administração de Antibioterapia em Patologia Respiratória Aguda

Quarenta e três por cento (43%) dos inquiridos administrou antibiótico ao filho há menos de 6 meses, 29% entre 6 meses a 1 ano, e 28% há mais de 1 ano. Na maioria dos casos, a antibioterapia tinha sido prescrita por otite (37,2%), amigdalite (24,4%) ou infeção respiratória (11,7%) (Tabela 4).

Apenas 12 inquiridos (3%) admite ter dado antibiótico sem receita médica ao seu filho; no entanto, 5% admite ser fácil para si fazê-lo. Na maioria das situações, foi o farmacêutico a indicá-lo (54,5%). Administrar antibiótico sem receita médica e admitir ser fácil adquiri-lo relativamente a ter ou não subsistema/seguro de saúde é estatisticamente significativo (teste Chi², p

TABELA 2. Automedicação de acordo com o tipo de medicamento utilizado e facilidade na automedicação com antibiótico em função do sistema de saúde (teste Chi², p = 0,05; diferenças significativas realçadas a negrito)

Outro Subsistema/Seguro de Saúde para além do Serviço Nacional de Saúde				
	Não (n)	Sim (n)	Total (n)	Teste estatístico
Automedicação				
Não (n)	69	128	197	χ ² = 1,724 p = 0,786
Sim (n)	85	159	244	
Total (n)	154	287	441	
Automedicação com Medicação Sujeita a Receita Médica				
Não (n)	90	179	269	χ ² = 0,855 p = 0,652
Sim (n)	64	110	174	
Total (n)	154	289	443	
Automedicação com Antibiótico				
Não (n)	152	279	431	χ ² = 336,299 p < 0,001
Sim (n)	2	10	12	
Total (n)	154	289	443	
Facilidade em realizar Automedicação com Antibiótico				
Não (n)	149	257	406	χ ² = 64,548 p < 0,001
Sim (n)	5	18	23	
Total (n)	154	275	429	

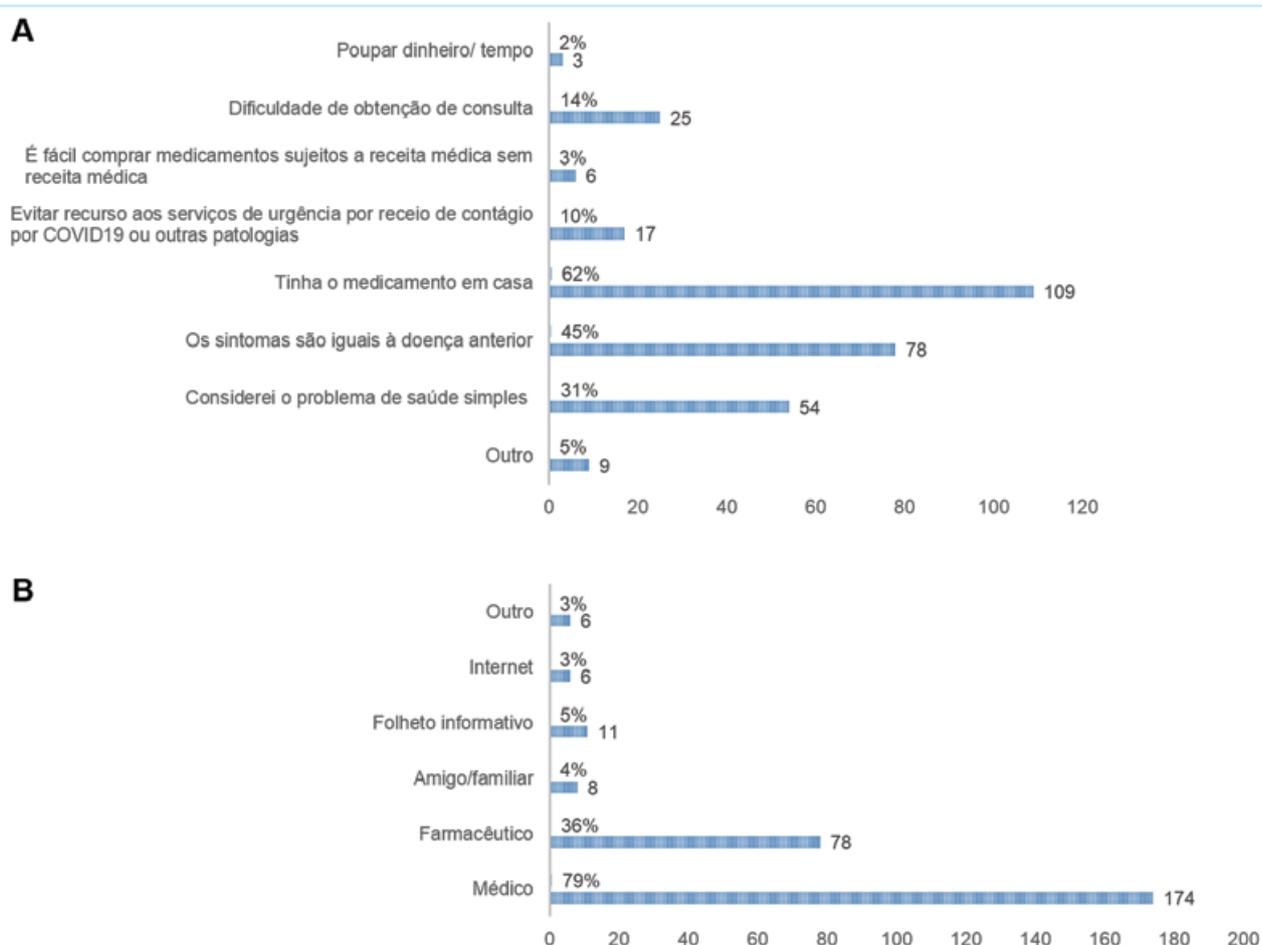


FIGURA 1. (A) Razões para a prática de automedicação com medicação sujeita a receita médica; (B) Prestadores de informações sobre os medicamentos autoadministrados (cada pergunta poderia ter mais de uma opção de resposta)

TABELA 3. Automedicação em patologia respiratória aguda nas crianças: classe de medicamentos e princípios ativos mais frequentemente utilizados (os inquiridos poderiam nomear mais do que um medicamento, sendo agrupados por classe)

Classe de Medicamentos	n (%)	Princípios Ativos mais frequentemente utilizados (n)*
Analgésicos / Anti-inflamatórios / Antipiréticos	190 (62%)	Paracetamol (174); Ibuprofeno (132)
Anti-histamínicos	47 (15%)	Desrolatadina (25), Maleato de dimetindeno (6), Cetirizina (6), Levocetirizina (2)
Anti-tússicos / Mucolíticos	39 (13%)	Bromexina (12), Mel e extractos de ervas (9), Acetilcisteína (4), Extractos de ervas - homeopático (3)
Descongestionantes Nasais	16 (5%)	Cloridrato de pseudoefedrina + triptolidina (5), Cloridrato de fenilefrina (5)
Broncodilatadores	7 (2%)	Salbutamol (5), Fluticasona (3), Brometo de Ipratrópio (1)
Corticóide Nasal	4 (1%)	Fluticasona (4)
Anti-Inflamatório em Pastilhas	4 (1%)	Flurbiprofeno (4)
Outros	4 (1%)	

(*alguns inquiridos reportaram apenas as classes de medicamentos não especificando quais os medicamentos utilizados)

<0,001, Tabela 2), sendo independente para as outras variáveis sociodemográficas em estudo.

Adesão Terapêutica

O cumprimento das recomendações na administração de antibioterapia prescrita atingiu quase 100% (100% para o número de dias e horas de intervalo entre as tomas; e

99% para cuidados a ter durante a toma), com 100% dos inquiridos a revelar que lhe foram dadas as informações sobre o número de dias, as horas e o intervalo de tomas, e com apenas 7% a revelar que não lhe foram dadas indicações sobre os cuidados a ter na toma. Desta forma, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (teste Chi²) entre o

TABELA 4. Classificação das patologias segundo o ICPC-2 para as quais terá sido prescrita antibioterapia às crianças

Classificação da Patologia	n (%)
H71 - Otite média aguda	162 (37,2%)
R76 - Amigdalite (+ Escarlatina (n=6))	106 (24,4%)
R83 - Infecção respiratória	51 (11,7%)
R78 - Bronquite/Bronquiolite	21 (4,8%)
S76 - Infecção na pele	13 (3,0%)
U71 - Infecção urinária	12 (2,8%)
R74 - Nasofaringite	11 (2,5%)
F70 - Conjuntivite	8 (1,8%)
R81 - Pneumonia	7 (1,6%)
R75 - Sinusite	4 (0,9%)
R77 - Laringite/Traqueíte	3 (0,7%)
Outras patologias	37 (8,5%)

cumprimento das indicações sobre antibioterapia e as variáveis sociodemográficas em estudo ($p > 0,05$).

Conhecimentos, crenças e comportamentos sobre antibioterapia

Nas respostas às questões para analisar o conhecimento, crenças e comportamentos dos inquiridos sobre antibioterapia, as questões com pior pontuação pertencem ao grupo dos conhecimentos (questões Q11 e Q15 sobre antibioterapia e o tratamento para infeções víricas e a influência no sistema imunitário), ao passo que as que obtiveram melhor pontuação pertencem ao grupo dos comportamentos (questões Q10 e Q12 sobre automedicação com antibioterapia por percepção de necessidade e conhecimento próprio ou por indicação de amigos, vizinhos ou familiares, Tabela S1 – Anexo 3).

Da análise estatística destas questões relativamente às variáveis sociodemográficas, foram selecionadas 5 questões representativas e habitualmente apresentadas na literatura (Tabela 5). Os dados restantes podem ser consultados na Tabela S2 (Anexo 3). Os indivíduos com maior nível de escolaridade e profissões diferenciadas (“Colarinhos Brancos”) demonstram conhecimentos e atitudes mais consistentes sobre antibioterapia (Kruskal-Wallis, $p < 0,05$). À medida que avançamos no nível de escolaridade, vamos obtendo *scores* mais altos, e o mesmo se passa quando olhamos para os “Colarinhos Brancos” *versus* “Colarinhos Azuis”.

Destaca-se ainda o género feminino com pontuações mais altas na maioria das questões (questões Q1, Q2, Q7, Q8, Q6, Q11, Q13 e Q14, Mann-Whitney, $p < 0,05$), em especial nas pertencentes ao grupo das

crenças. Por outro lado, diferenças entre faixa etária, estado civil e situação laboral são significativas apenas para uma minoria de questões (questões Kruskal-Wallis, $p < 0,05$), também estas a recair sobre o grupo das crenças.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a prevalência de automedicação (sem receita/indicação médica) em idade pediátrica foi de 56%, ligeiramente inferior aos dados encontrados na literatura nacional (64%)^{9,13} e internacional (73%),^{11,12} sendo independente dos fatores sociodemográficos. Porém, o foco do estudo em patologia respiratória aguda e a sua realização durante os meses de Verão poderá ter influenciado estes resultados. As principais razões para a automedicação com MSRMs sem indicação médica foram a percepção dos pais de que o problema de saúde era simples ou semelhante a doenças anteriores, bem como a facilidade de acesso à medicação, o que vai de encontro a outros estudos semelhantes a nível nacional e internacional.^{4,5,11-15} Os medicamentos mais utilizados em automedicação foram analgésicos, anti-inflamatórios e anti-histamínicos, consistentes com os fármacos mais referidos nesses estudos.¹¹⁻¹⁵

Quanto à antibioterapia, o presente estudo revelou uma excelente adesão terapêutica, com quase 100% dos pais a cumprir com as recomendações médicas, o que vai de encontro ao estudo de Dias.¹⁴ Apenas 3% dos pais automedicaram os seus filhos com antibióticos sem prescrição médica, um valor semelhante ao também encontrado nesse estudo (4,4% em pediatria),¹⁴ mas inferior aos dados de automedicação com antibióticos em adultos, que chegam a 18,9% em alguns estudos nacionais.^{16,18,19} A literatura internacional^{4,21,22,24,25} também aponta uma menor prevalência de automedicação com antibióticos em crianças em comparação aos adultos, refletindo maior cautela no uso de antibióticos nessa faixa etária. Curiosamente, no presente estudo, usufruir de outro subsistema/seguro de saúde mostrou estar associado à automedicação com antibiótico e à sua facilidade de aquisição, indo contra ao anteriormente observado por Dias.¹⁴ Pelo acesso mais facilitado à consulta médica, seria expectável uma menor percentagem de automedicação com antibioterapia nos inquiridos com outro subsistema/seguro de saúde, mas observámos o oposto: 10 dos 12 inquiridos que admitiram ter automedicado os filhos com antibiótico usufruíam especificamente de um seguro de saúde. Dados de estudos internacionais mostram que ter subsistema/seguro de saúde não é, por si só, um fator de risco direto para a automedicação com antibióticos

TABELA 5. Conhecimentos, Crenças e Comportamentos sobre Antibioterapia - pontuações obtidas (médias \pm desvio padrão (DP)) de acordo com as variáveis sociodemográficas sob escala de 1 a 5 (5 = pontuação máxima) em 5 questões selecionadas e representativas sobre antibioterapia das 15 questões aplicadas à amostra em estudo (teste Kruskal-Wallis ou Mann-Whitney, $p = 0,05$; diferenças significativas realçadas a negrito)

Questões selecionadas (n)	Faixa Etária média \pm DP valor p	Género média \pm DP valor p	Estado Civil média \pm DP valor p	Situação Laboral média \pm DP valor p	Escolaridade média \pm DP valor p	"Colarinhos" média \pm DP valor p
Q2. Quando o meu filho está constipado e vai a uma consulta, o médico deve receitar antibiótico para que se cure mais rapidamente. (n = 427)	A. <35 anos 3,94 \pm 1,31 B. [35-44 anos] 4,22 \pm 1,19 C. \geq 45 anos 4,12 \pm 1,32 $p = 0,176$	A. Feminino 4,17 \pm 1,24 B. Masculino 3,77 \pm 1,30 $p = 0,006$	A. Casado/U. Facto 4,18 \pm 1,21 B. Divorciado 4,56 \pm 0,89 C. Solteiro 3,81 \pm 1,34 $p = 0,006$	A. Ativo 4,19 \pm 1,20 B. Desempregado 3,49 \pm 1,51 C. Outro 4,60 \pm 0,84 $p = 0,004$	A. 1º ciclo 3,33 \pm 1,97 B. 2º/3º ciclo 3,49 \pm 1,49 C. Secundário 3,90 \pm 1,28 D. Superior 4,59 \pm 0,82 $p < 0,001$	A. Branco 4,42 \pm 0,99 B. Azul 3,54 \pm 1,45 $p < 0,001$
Q8. Sempre que uma criança tem febre deve tomar antibiótico para que a doença não se agrave. (n = 428)	A. <35 anos 4,14 \pm 1,25 B. [35-44 anos] 4,49 \pm 0,97 C. \geq 45 anos 4,19 \pm 1,19 $p = 0,033$	A. Feminino 4,39 \pm 1,09 B. Masculino 3,98 \pm 1,17 $p < 0,001$	A. Casado/U. Facto 4,44 \pm 1,02 B. Divorciado 4,44 \pm 1,21 C. Solteiro 3,95 \pm 1,27 $p = 0,001$	A. Ativo 4,39 \pm 1,05 B. Desempregado 3,85 \pm 1,42 C. Outro 4,80 \pm 0,42 $p = 0,012$	A. 1º ciclo 2,83 \pm 1,17 B. 2º/3º ciclo 3,73 \pm 1,31 C. Secundário 4,20 \pm 1,20 D. Superior 4,73 \pm 0,70 $p < 0,001$	A. Branco 4,61 \pm 0,84 B. Azul 3,74 \pm 1,36 $p < 0,001$
Q9. Posso administrar antibiótico sem receita médica ao meu filho se for aconselhado pelo farmacêutico. (n = 427)	A. <35 anos 4,58 \pm 0,91 B. [35-44 anos] 4,69 \pm 0,79 C. \geq 45 anos 4,40 \pm 1,05 $p = 0,103$	A. Feminino 4,64 \pm 0,84 B. Masculino 4,45 \pm 1,00 $p = 0,065$	A. Casado/U. Facto 4,66 \pm 0,84 B. Divorciado 4,69 \pm 0,61 C. Solteiro 4,43 \pm 1,01 $p = 0,102$	A. Ativo 4,63 \pm 0,87 B. Desempregado 4,45 \pm 0,95 C. Outro 4,80 \pm 0,63 $p = 0,183$	A. 1º ciclo 3,60 \pm 1,52 B. 2º/3º ciclo 4,48 \pm 1,00 C. Secundário 4,54 \pm 0,93 D. Superior 4,75 \pm 0,72 $p = 0,003$	A. Branco 4,70 \pm 0,80 B. Azul 4,47 \pm 0,97 $p = 0,002$
Q11. Os antibióticos servem para tratar infecções por vírus. (n = 425)	A. <35 anos 3,34 \pm 1,57 B. [35-44 anos] 3,71 \pm 1,53 C. \geq 45 anos 3,62 \pm 1,42 $p = 0,143$	A. Feminino 3,66 \pm 1,53 B. Masculino 3,05 \pm 1,53 $p = 0,004$	A. Casado/U. Facto 3,63 \pm 1,55 B. Divorciado 3,88 \pm 1,46 C. Solteiro 3,27 \pm 1,50 $p = 0,148$	A. Ativo 3,68 \pm 1,53 B. Desempregado 2,81 \pm 1,48 C. Outro 3,60 \pm 1,27 $p = 0,001$	A. 1º ciclo 2,50 \pm 2,12 B. 2º/3º ciclo 2,60 \pm 1,46 C. Secundário 3,11 \pm 1,62 D. Superior 4,37 \pm 1,09 $p < 0,001$	A. Branco 3,88 \pm 1,43 B. Azul 3,12 \pm 1,56 $p < 0,001$
Q13. Se o meu filho ficar melhor, posso reduzir a dose ou parar a administração do antibiótico. (n = 428)	A. <35 anos 4,63 \pm 0,92 B. [35-44 anos] 4,76 \pm 0,71 C. \geq 45 anos 4,56 \pm 0,89 $p = 0,168$	A. Feminino 4,73 \pm 0,78 B. Masculino 4,47 \pm 0,98 $p = 0,007$	A. Casado/U. Facto 4,76 \pm 0,67 B. Divorciado 4,75 \pm 0,78 C. Solteiro 4,45 \pm 1,18 $p = 0,031$	A. Ativo 4,73 \pm 0,75 B. Desempregado 4,36 \pm 1,18 C. Outro 5,00 \pm 0,00 $p = 0,021$	A. 1º ciclo 3,83 \pm 1,47 B. 2º/3º ciclo 4,45 \pm 1,17 C. Secundário 4,66 \pm 0,80 D. Superior 4,85 \pm 0,53 $p = 0,002$	A. Branco 4,83 \pm 0,58 B. Azul 4,48 \pm 1,01 $p < 0,001$

em crianças, mas que poderá contribuir indiretamente para a mesma por haver maior recorrência a consultas e eventualmente maior disponibilidade de antibióticos em casa (sobras) e maior confiança no uso “conhecido” de antibióticos, com base em prescrições anteriores e doença semelhante.^{26,27}

Quando praticada de forma responsável, a automedicação pode trazer benefícios como redução dos sintomas, menor recurso aos cuidados de saúde e redução dos custos de tratamento de doenças leves. No entanto, quando inadequada, pode resultar em efeitos adversos, interações medicamentosas, risco de intoxicação e diagnóstico tardio, aumentando os custos de saúde e complicando a abordagem terapêutica. No estudo de Belo *et al.*,⁹ por exemplo, a automedicação inadequada em crianças e adolescentes incluiu o uso de medicamentos sem eficácia comprovada e doses incorretas, levando a casos com potencial toxicidade, embora as reações adversas tenham sido raras (1,4%).

Resultados de estudos semelhantes, realizados internacionalmente^{4,21,22,24,25,28} mas também no nosso país,^{9,14,16-19,29} mostram que alguns fatores sociodemográficos, como a escolaridade e nível socioeconômico, também influenciam os conhecimentos, crenças e atitudes dos pais sobre a terapêutica antibiótica e a prática da automedicação. A educação para a saúde desempenha, portanto, um papel crucial. Lopes *et al.*¹⁶ referiram que utentes com maior escolaridade tinham melhores conhecimentos sobre a utilização de antibióticos. Já nos estudos de Ramalinho *et al.*^{18,19} e Dias,¹⁴ realizados no Algarve, o uso adequado de antibióticos foi mais frequente no género feminino, idade entre 35 e 49 anos, maior grau de escolaridade e profissão intelectual. No presente estudo, também se verificou que indivíduos com profissões intelectuais, maior escolaridade e do género feminino apresentaram conhecimentos e comportamentos mais consistentes sobre antibioterapia, o que está em linha com a literatura.^{14,16,18,19} Embora a amostra incluía uma população rural, a proximidade com Lisboa traz uma maior diversidade profissional. Além disso, as mães foram, na sua maioria, as responsáveis por trazer as crianças às consultas, o que pode introduzir um viés de representatividade. Apesar da amostra se revelar uniforme nas respostas em todos os concelhos estudados, apontamos como outra limitação neste estudo a falta de representatividade do concelho da Azambuja.

De um modo geral, os dados nacionais sobre automedicação e uso de antibióticos em idade pediátrica ainda são escassos, destacando-se a necessidade de mais estudos nesta área. A promoção de campanhas

de educação para a saúde é fundamental para instruir a população sobre a automedicação responsável e o uso adequado de antibióticos. Este estudo poderá contribuir para uma compreensão mais aprofundada da automedicação pediátrica em Portugal e auxiliar na criação de estratégias educativas que promovam o uso racional de medicamentos, especialmente antibióticos, em crianças. No âmbito deste estudo, foram criados dois folhetos informativos sobre antibioterapia e automedicação para campanhas de educação para a saúde na ULS-ET (Anexo 4).

CONCLUSÃO

Este estudo evidencia que a automedicação em idade pediátrica continua a ser uma prática comum em Portugal, embora com prevalência inferior à observada noutros contextos nacionais e internacionais. A escolha pelos MNSRM, como analgésicos, anti-inflamatórios e anti-histamínicos, mostra uma tendência já identificada na literatura, fundamentada na percepção parental de familiaridade com a doença e na facilidade de acesso a medicamentos. Contudo, a automedicação com antibióticos revelou-se excepcionalmente rara, o que reflete uma atitude de maior prudência por parte dos cuidadores em relação a este grupo terapêutico. A quase inexistência de automedicação com antibióticos pode ser explicada, em parte, pelo rigor da legislação portuguesa que impede a venda de antibióticos sem receita médica, bem como pela crescente consciência dos riscos associados ao seu uso indevido. Destaca-se ainda o nível elevado de adesão às orientações médicas no presente estudo.

A relação encontrada entre escolaridade, profissão e conhecimentos/atitudes mais consistentes sobre o uso de antibióticos reforça o papel fundamental da educação para a saúde na prevenção do uso inadequado de medicamentos. Ainda que a automedicação com MNSRM possa ter benefícios pontuais, sublinha-se a importância de reforçar a literacia em saúde para o uso responsável de todos os medicamentos, com especial atenção à antibioterapia, mesmo entre populações com melhor acesso aos cuidados médicos.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer às Equipas de Enfermagem, bem como ao Secretariado Clínico, pertencentes às USFs envolvidas no estudo. A sua participação foi indispensável na recolha de dados.

O protocolo de investigação deste estudo foi inicial-

mente apresentado no 21º Encontro de Internos e Jovens Médicos de Família (da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar) em setembro de 2023 (Ponte de Lima, Portugal). Os resultados preliminares e finais deste estudo foram apresentados previamente no 23º Congresso Nacional de Pediatria da Sociedade Portuguesa de Pediatria em outubro de 2023 (Estoril, Portugal) e no Congresso Update em Medicina 2024 em março de 2024 (Albufeira, Portugal), respetivamente.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO /CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

MS, MAR, ASP, HBS, MFS, MAM, VC, AMC - Conceção e desenho do estudo.

MS, MAR, FV, LP, RRS, TF, RR, MS, MS, SC, LG, TC, MCD, CR, CMS, CBF, JR, MIMM, ASV, RA, ARCF, AH, IT, NK - Colheita, análise e interpretação de dados.

MS - Escrita do manuscrito.

MS, MAR, FV, LP, RRS, TF, RR, MS, MS, SC, LG, TC, MCD, CR, CMS, CBF, JR, MIMM, ASV, RA, ARCF, AH, IT, NK, ASP, HBS, MFS, MAM, VC, AMC - Revisão e aprovação do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada

MS, MAR, ASP, HBS, MFS, MAM, VC, AMC - Conception and design of the study.

MS, MAR, FV, LP, RRS, TF, RR, MS, SC, LG, TC, MCD, CR, CMS, CBF, JR, MIMM, ASV, RA, ARCF, AH, IT, NK - Data collection, analysis and interpretation.

MS - Writing the manuscript.

MS, MAR, FV, LP, RRS, TF, RR, MS, SC, LG, TC, MCD, CR, CMS, CBF, JR, MIMM, ASV, RA, ARCF, AH, IT, NK, ASP, HBS, MFS, MAM, VC, AMC - Review and approval of the manuscript.

All authors approved the final version to be published.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pela Comissão

de Ética responsável e de acordo com a Declaração de Helsínquia revista em 2024 e da Associação Médica Mundial.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCING SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship

CONFIDENTIALITY OF DATA: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

PROTECTION OF HUMAN AND ANIMAL SUBJECTS: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki as revised in 2024).

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer-reviewed.

REFERÊNCIAS

- O'Neill J. Antimicrobial resistance: tackling a crisis for the health and wealth of nations. London: Review on Antimicrobial Resistance. 2014.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2023 - 2021 data. [consultado em março de 2024]. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2023-2021-data>
- Szymczak JE, Klieger SB, Miller M, Fiks AG, Gerber JS. What Parents Think About the Risks and Benefits of Antibiotics for Their Child's Acute Respiratory Tract Infection. *J Pediatric Infect Dis Soc.* 2018;7:303-09. doi: 10.1093/jpids/pix073
- Lucas PJ, Cabral C, Hay AD, Horwood J. A systematic review of parent and clinician views and perceptions that influence prescribing decisions in relation to acute childhood infections in primary care. *Scand J Prim Health Care.* 2015;33:11-20. doi: 10.3109/02813432.2015.1001942
- Alzahrani MS, Maneno MK, Daftary MN, Wingate L, Ettienne EB. Factors Associated with Prescribing Broad-Spectrum Antibiotics for Children with Upper Respiratory Tract Infections in Ambulatory Care Settings [publicação corrigida em: *Clin Med Insights Pediatr.* 2018 Dec 27;12:1179556518800765. doi: 10.1177/1179556518800765]. *Clin Med Insights Pediatr.* 2018;12:1179556518784300. doi: 10.1177/1179556518784300
- Nguyen PTK, Robinson PD, Fitzgerald DA, Marais BJ. The dilemma of improving rational antibiotic use in pediatric community-acquired pneumonia. *Front Pediatr.* 2023;11:1095166. doi: 10.3389/fped.2023.1095166
- Alfayate Miguélez S, Garcia-Marcos L. Rational use of antimicrobials in the treatment of upper airway infections. *J Pediatr.* 2020;96 Suppl 1:111-9. doi: 10.1016/j.jpeds.2019.11.001
- World Health Organization. The Role of the pharmacist in self-care and self-medication: report of the 4th WHO Consul-

- tative Group on the Role of the Pharmacist, The Hague, The Netherlands, World Health Organization; 1998. [consultado em março de 2024]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/65860>
9. Belo N, Maio P, Gomes S. Automedicação em idade pediátrica. *REVNEC*. 2017;26:234-9. doi: 10.25753/BirthGrowth-MJ.v26.i4.10489
 10. Beckhauser GC, De Souza JM, Valgas C, Piovezan AP, Galato D. Utilização de medicamentos na pediatria: A prática de automedicação em crianças por seus responsáveis. *Rev Paul Pediatr*. 2010;28:262-8. doi: 10.1590/S0103-05822010000300002
 11. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014:CD001831. doi: 10.1002/14651858.CD001831.pub5
 12. Slack-Smith LM, Read AW, Stanley FJ. The use of medication in children attending childcare in Western Australia. *J Paediatr Child Health*. 1998;34:183-7. doi: 10.1046/j.1440-1754.1998.00196.
 13. Maia R, Luís C, Moura M, Ribeiro R, Almeida H, Brito, MJ. Uso (ou abuso) de fármacos na idade pediátrica. *Acta Pediatr Port*. 2011;42:144-8.
 14. Dias, TSR. Conhecimento, Comportamento e Atitudes dos Pais perante a Prescrição de Antibióticos nas Infecções Respiratórias [Tese de Dissertação de Mestrado]. Faro: Universidade do Algarve; 2021.
 15. Campos TA, Rebelo J, Águeda S, Rocha C, Lopes A, Ferreira S, et al. Medicamentos em idade pediátrica: informação precisa-se! *Saúde Infantil*. 2013;35:138-42.
 16. Lopes HL, Pereira JB, Carvalho MR. O que sabem os utentes sobre antibióticos: um estudo de investigação em duas Unidades de Saúde Familiar. *Rev Port Med Geral Fam* 2015;31:248-54. doi: 10.32385/rpmgf.v31i4.11552
 17. Ribeiro M, Pinto I, Pedrosa C. Comportamento da população do concelho de Vizela no consumo de antibióticos. *Rev Port Saude Publica*. 2009;27:57-70. doi: 10.32385/rpmgf.v31i4.11552
 18. Ramalhinho I. O uso de Antibióticos no Algarve - Padrão de utilização, conhecimentos, crenças e comportamentos [Tese de Dissertação de Doutoramento]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2013.
 19. Ramalhinho I, Cordeiro C, Cavaco A, Cabrita J. Assessing determinants of self-medication with antibiotics among Portuguese people in the Algarve Region. *Int J Clin Pharm*. 2014;36:1039-47. doi: 10.1007/s11096-014-9992-z
 20. World Health Organization. Global strategy for containment of antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization; 2001. [consultado em março de 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-strategy-for-containment-of-antimicrobial-resistance>
 21. Panagakou SG, Ikos S, Papaevangelou V, Theodoridou KM, Goutziana GP, Theodoridou MN, et al. Antibiotic use for upper respiratory tract infections in children: A cross-sectional survey of knowledge, attitudes, and practices (KAP) of parents in Greece. *BMC Pediatr*. 2011;11:60. doi: 10.1186/1471-2431-11-60
 22. Hernández-Díaz I, Ayala-Meléndez A, González-González E, Rosario-Calderón I, Figueroa-Ríos D, Melin K, et al. Knowledge and beliefs, behaviors, and adherence among Latino parents or legal guardians related to antibiotic use for upper respiratory tract infections in children under 6 years of age. *J Am Pharm Assoc*. 2019;59:506-13. doi: 10.1016/j.japh.2019.03.004
 23. Instituto Nacional de Estatística. Classificação Portuguesa das Profissões: 2010. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2011. [consultado em março de 2024]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/107961853>
 24. Cho HJ, Hong SJ, Park S. Knowledge and beliefs of primary care physicians, pharmacists, and parents on antibiotic use for the pediatric common cold. *Soc Sci Med*. 2004;58:623-9. doi: 10.1016/s0277-9536(03)00231-4
 25. Zyoud SH, Taha AA, Araj KF, Abahri IA, Sawalha AF, Sweileh WM, et al. Parental knowledge, attitudes and practices regarding antibiotic use for acute upper respiratory tract infections in children: a cross-sectional study in Palestine. *BMC Pediatr*. 2015;15:176. doi: 10.1186/s12887-015-0494-5
 26. Lescure D, Paget J, Schellevis F, van Dijk L. Determinants of Self-Medication with Antibiotics in European and Anglo-Saxon Countries: A Systematic Review of the Literature. *Front Public Health*. 2018;6:370. doi: 10.3389/fpubh.2018.00370
 27. Grigoryan L, Burgerhof JG, Degener JE, Deschepper R, Lundborg CS, Monnet DL, et al. Determinants of self-medication with antibiotics in Europe: the impact of beliefs, country wealth and the healthcare system. *J Antimicrob Chemother*. 2008 May;61:1172-9. doi: 10.1093/jac/dkn054.
 28. Friedman JF, Lee GM, Kleinman KP, Finkelstein JA. Acute care and antibiotic seeking for upper respiratory tract infections for children in day care: parental knowledge and day care center policies. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157:369-74. doi: 10.1001/archpedi.157.4.369
 29. Raposo NML. Avaliação da compliance de Antibióticos na população de Castelo Branco. [Tese de Dissertação de Mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2014.



Código alfanumérico (iniciais da USF-nº inquérito): _____
(Exemplo da USF Samora Correia: SC-001)

INQUÉRITO

A. Caracterização Sociodemográfica

1. Idade: _____ anos
2. Género: M F
3. Estado civil: Solteiro Casado/união de facto
 Divorciado Viúvo
4. Ciclo de Escolaridade: Sem escolaridade 1º ciclo 2º e 3º ciclo
 Secundário Superior
5. Profissão: _____
6. Situação no trabalho:
 Ativo Desempregado Outro. Qual? _____
7. Freguesia de residência: _____
8. Nacionalidade: Portuguesa Outra. Qual? _____
9. Quantas pessoas constituem o agregado familiar? _____
10. Quantos filhos tem com idade inferior ou igual a 12 anos?
 1 2 3 4 Mais de 4
11. Frequenta(m) alguma ama/creche/ jardim de infância/ escola? Sim Não

**B. Estado de Saúde**

1. Costuma dar medicamentos sem receita médica ao(s) seu(s) filho(s) em situações de doenças do sistema respiratório? (ex.: tosse, corrimento nasal, dor de garganta, etc.)

Sim Não

Se Sim, que medicamentos costuma utilizar sem indicação médica?

2. Se já administrou algum medicamento sujeito a receita médica sem indicação/prescrição do médico, assinale as razões:

(Pode escolher mais do que uma opção)

- Dificuldade de obtenção de consulta
 Não ter médico assistente
 É fácil comprar medicamentos sujeitos a receita médica sem receita médica
 Poupar dinheiro/tempo
 Tinha o medicamento em casa
 Os sintomas são iguais à doença anterior
 Considerei o problema de saúde simples
 Evitar recurso aos serviços de urgência por receio de contágio por COVID 19 ou outras patologias
 Outro Qual? _____

3. Quem lhe deu informações sobre o medicamento?

- Médico Farmacêutico
 Amigo/familiar Folheto informativo
 Internet Outro. Quem? _____

4. Há quanto tempo administrou o último antibiótico ao seu filho?

Menos de 6 meses De 6 meses a 1 ano Mais de 1 ano Nunca

5. Qual o problema de saúde que levou à administração do antibiótico?

6. Foram-lhe dadas informações sobre o antibiótico?

• Número de dias de toma: Sim Não

• Horas e intervalo das tomas: Sim Não

• Alerta sobre eventuais reações: Sim Não

• Cuidados a ter durante a toma (ex.: Agitar antes de usar, guardar no frigorífico):

Sim Não



Código alfanumérico (iniciais da USF-nºinquérito): _____
(Exemplo da USF Samora Correia: SC-001)

7. Quando administrou o antibiótico cumpriu as indicações que lhe foram dadas sobre:
- Número de dias de toma: Sim Não
 - Horas de intervalo entre tomas: Sim Não
 - Cuidados a ter durante a toma: Sim Não
8. Já alguma vez administrou antibiótico sem receita médica ao seu filho?
 Sim Não
9. Se sim, quem indicou o antibiótico?
 Farmacêutico Amigo/familiar
 Outro. Quem? _____
10. No seu caso é fácil comprar antibiótico sem receita médica para o seu filho?
 Sim Não
11. Para além do Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem acesso a algum Subsistema ou Seguro de Saúde?
 Sim Não

Se Sim, Qual? (ex.: ADSE, Seguro de Saúde, Outro)



C. Indique o grau de concordância relativamente às afirmações seguintes:

Legenda: CT- Concordo Totalmente CP – Concordo Parcialmente
 NCND - Não Concordo Nem Discordo
 DP – Discordo Parcialmente DT – Discordo Totalmente

	CT	CP	NCND	DP	DT
1. Quando se tem dor de garganta deve tomar-se antibiótico para evitar que a doença agrave					
2. Quando o meu filho está constipado e vai a uma consulta, o médico deve receitar antibiótico para que se cure mais rapidamente.					
3. Tomar antibiótico quando não é necessário pode aumentar a resistência da bactéria.					
4. Se não tomar a totalidade do antibiótico a resistência das bactérias pode aumentar.					
5. Os antibióticos podem provocar efeitos adversos graves.					
6. Os antibióticos servem para tratar infecções por bactérias.					
7. A constipação, tosse ou gripe melhoram mais rapidamente com antibiótico.					
8. Sempre que uma criança tem febre deve tomar antibiótico para que a doença não se agrave.					
9. Posso administrar antibiótico sem receita médica ao meu filho se for aconselhado pelo farmacêutico.					
10. Posso administrar antibiótico ao meu filho sem receita médica porque sei qual o antibiótico que o médico vai prescrever.					
11. Os antibióticos servem para tratar infecções por vírus.					
12. Posso administrar antibiótico por indicação de vizinhos, amigos ou familiares					
13. Se o meu filho ficar melhor, posso reduzir a dose ou parar a administração do antibiótico.					
14. Posso dar antibiótico guardado em casa quando os sintomas são semelhantes ao episódio anterior tratado com antibiótico.					
15. O Sistema Imunitário do meu filho será prejudicado se tomar antibiótico.					



Código alfanumérico (iniciais da USF-nºinquérito): _____
(Exemplo da USF Samora Correia: SC-001)

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Gostaríamos de o convidar a participar no estudo intitulado “Administração de Medicação, Conhecimento e Atitudes sobre a Terapêutica Antibiótica em Patologia Respiratória Aguda na População Pediátrica - Estudo Multicêntrico”, **desenvolvido por Médicos Investigadores desta e de outras Unidades de Saúde Familiar (USFs)** (identificados no verso desta folha), através do simples **preenchimento de um Inquérito**.

Explicação do estudo: Com este estudo pretendemos analisar os conhecimentos e atitudes dos pais relativamente à administração de medicamentos aos seus filhos em situações de patologia respiratória aguda, sejam eles **medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM)**, como os antibióticos, ou **medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)** como os antipiréticos, analgésicos, anti-inflamatórios, anti-histamínicos ou mesmo os xaropes para a tosse, por exemplo. Para cumprir este objectivo, será aplicado um Inquérito a uma amostra de pais da população abrangida pelo Agrupamento de Centros de Saúde do Estuário do Tejo (ACeS-ET), com filhos até aos 12 anos de idade, a quem já tenha sido administrado antibiótico pelo menos uma vez.

Condições e financiamento: A sua participação no estudo é **voluntária**, sendo que não há lugar a pagamento pela participação no mesmo. **Pode, a qualquer altura, deixar de fazer parte do estudo. Não existe qualquer prejuízo a nível assistencial/prestação de cuidados de saúde, caso não queira participar no estudo ou queira deixar de fazer parte do mesmo.**

Este Inquérito divide-se em 3 fases (A, B e C) e demora cerca de cinco minutos a responder.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos são confidenciais, de uso exclusivo para este estudo, e os resultados poderão vir a ser partilhados em conferências médico-científicas e/ou publicados em revistas médico-científicas ou noutras publicações/apresentações de carácter médico-científico, sempre garantindo o anonimato dos participantes. O anonimato será garantido utilizando-se códigos alfanuméricos para identificá-lo ao longo do estudo. Os responsáveis pelo tratamento dos e armazenamento dos dados são os Investigadores deste estudo, sendo o Responsável máximo a USF Samora Correia, que coordena a realização deste estudo dentro do ACeS-ET, estando todos os envolvidos obrigados a sigilo profissional. Os dados serão armazenados por 5 anos no Arquivo Clínico da USF, sendo depois destruídos física e informaticamente.

Agradecemos a sua participação no nosso estudo!



A Equipa de Investigação do ACES-ET:

Coordenação- USF Samora Correia – *Investigadores:* Dra. Marisa Sousa; Dra. Mariana Assis Rocha; Dr. Luís Paulino; Dra. Telma Ferreira; Dra. Felícia Volosciuc; Dr. Rodrigo Raposo dos Santos; Dra. Ana Matos Coronha; Dra. Beatriz Morgado da Cunha; Dra. Ana Sofia Pena; Dr. Hugo Bento Sousa; Dra. Maria Fátima Santos; Dra. Mariana Anete Mira; Dra. Virgínia Carreiras

E-mail de contacto: usf.samoracr@arslvt.min-saude.pt

USF Gago Coutinho - *Investigadores:* Dra. Rita Rodrigues; Dra. Mariana Santos; Dra. Mafalda Silva; Dra. Sara Cândido

E-mail de contacto: usf.gagocoutinho@arslvt.min-saude.pt

USF Albirka Tejo - *Investigadores:* Dra. Lúcia Gonçalves; Dra. Teresa Cardoso

E-mail de contacto: usf.albirkateja@arslvt.min-saude.pt

USF Villa Longa - *Investigadores:* Dra. Mariana Couto Domingues; Dra. Carolina Restrepo; Dra. Cláudia Mourato Silva; Dra. Catarina Ferreira

E-mail de contacto: usf.villalonga@arslvt.min-saude.pt

USF Reynaldo dos Santos - *Investigadores:* Dr. José Rosário; Dra. Maria Inês Marques

E-mail de contacto: usf.reynaldodossantos@arslvt.min-saude.pt

USF Lusitano - *Investigadores:* Dra. Ana Videira, Dra. Raquel Andrade; Dra. Raquel Calçada Ferreira

E-mail de contacto: usf.lusitano@arslvt.min-saude.pt

USF Terras de Cira - *Investigadores:* Dr. António Hermenegildo; Dra. Inês Teixeira

E-mail de contacto: usf.terrascira@arslvt.min-saude.pt

USF Vila Presépio - *Investigadores:* Dra. Natalia Kotovska

E-mail de contacto: usf.vilapresepio@arslvt.min-saude.pt

Assinatura do Investigador:.....

Aceito participar neste estudo de forma voluntária e autorizo expressamente o tratamento dos dados pessoais, para efeitos de resposta ao inquérito deste estudo de investigação, bem como para efeitos de comunicação dos resultados de investigação, nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.

Nome:.....

Assinatura:..... **Data:** /..... /.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA OS INVESTIGADORES , OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Tabela Suplementar 1 (S1) – Conhecimentos, Crenças e Comportamentos sobre Antibioterapia - pontuações obtidas (médias \pm desvio padrão (DP)) sob escala de 1 a 5 (5 = pontuação máxima) nas 15 questões aplicadas à amostra em estudo (encontram-se destacadas a vermelho e a verde as questões com piores e melhores pontuações médias, respetivamente).

Dimensão avaliada	Questão (n)	Pontuação mínima	Pontuação máxima	Pontuação média \pm DP
Conhecimentos	Q3. Tomar antibiótico quando não é necessário pode aumentar a resistência da bactéria. (n = 427)	1	5	3,69 \pm 1,368
	Q4. Se não tomar a totalidade do antibiótico a resistência das bactérias pode aumentar. (n = 428)	1	5	4,04 \pm 1,245
	Q5. Os antibióticos podem provocar efeitos adversos graves. (n = 423)	1	5	3,77 \pm 1,160
	Q6. Os antibióticos servem para tratar infeções por bactérias. (n = 425)	1	5	4,43 \pm 1,031
	Q11. Os antibióticos servem para tratar infeções por vírus. (n = 425)	1	5	3,57 \pm 1,539
	Q15. O Sistema Imunitário do meu filho será prejudicado se tomar antibiótico. (n = 428)	1	5	3,01 \pm 1,402
Crenças	Q1. Quando se tem dor de garganta deve tomar-se antibiótico para evitar que a doença agrave. (n = 426)	1	5	3,91 \pm 1,360
	Q2. Quando o meu filho está constipado e vai a uma consulta, o médico deve receitar antibiótico para que se cure mais rapidamente. (n = 427)	1	5	4,11 \pm 1,250
	Q7. A constipação, tosse ou gripe melhoram mais rapidamente com antibiótico. (n = 427)	1	5	3,74 \pm 1,344
	Q8. Sempre que uma criança tem febre deve tomar antibiótico para que a doença não se agrave. (n = 428)	1	5	4,33 \pm 1,107
Comportamentos	Q9. Posso administrar antibiótico sem receita médica ao meu filho se for aconselhado pelo farmacêutico. (n = 427)	1	5	4,61 \pm 0,868
	Q10. Posso administrar antibiótico ao meu filho sem receita médica porque sei qual o antibiótico que o médico vai prescrever. (n = 427)	1	5	4,76 \pm 0,717
	Q12. Posso administrar antibiótico por indicação de vizinhos, amigos ou familiares. (n = 426)	1	5	4,86 \pm 0,563
	Q13. Se o meu filho ficar melhor, posso reduzir a dose ou parar a administração do antibiótico. (n = 428)	1	5	4,69 \pm 0,812
	Q14. Posso dar antibiótico guardado em casa quando os sintomas são semelhantes ao episódio anterior tratado com antibiótico. (n = 428)	1	5	4,66 \pm 0,830

Tabela Suplementar 2 (S2) – Conhecimentos, Crenças e Comportamentos sobre Antibioterapia - pontuações obtidas (médias \pm desvio padrão (DP)) de acordo com as variáveis sociodemográficas sob escala de 1 a 5 (5 = pontuação máxima) nas 10 questões restantes sobre antibioterapia aplicadas à amostra em estudo (teste *Kruskal-Wallis* ou *Mann-Whitney*, $p = 0,05$; diferenças significativas realçadas a negrito)

Restantes Questões (n)	Faixa Etária média \pm DP valor p	Género média \pm DP valor p	Estado Civil média \pm DP valor p	Situação Laboral média \pm DP valor p	Escolaridade média \pm DP valor p	“Colarinhos” média \pm DP valor p
Q1. Quando se tem dor de garganta deve tomar-se antibiótico para evitar que a doença agrave. (n = 426)	A. <35 anos 3,76 \pm 1,48 B. [35-44 anos] 4,03 \pm 1,29 C. \geq 45 anos 3,80 \pm 1,31 $p = 0,203$	A. Feminino 3,98 \pm 1,36 B. Masculino 3,50 \pm 1,32 $p = 0,002$	A. Casado/U. Facto 4,00 \pm 1,34 B. Divorciado 4,07 \pm 1,28 C. Solteiro 3,58 \pm 1,40 $p = 0,019$	A. Ativo 4,01 \pm 1,30 B. Desempregado 3,19 \pm 1,60 C. Outro 4,60 \pm 0,84 $p < 0,001$	A. 1º ciclo 3,17 \pm 1,33 B. 2º/3º ciclo 3,06 \pm 1,42 C. Secundário 3,70 \pm 1,39 D. Superior 4,44 \pm 1,06 $p < 0,001$	A. Branco 4,27 \pm 1,15 B. Azul 3,35 \pm 1,42 $p < 0,001$
Q3. Tomar antibiótico quando não é necessário pode aumentar a resistência da bactéria. (n = 427)	A. <35 anos 3,39 \pm 1,66 B. [35-44 anos] 3,91 \pm 1,57 C. \geq 45 anos 3,61 \pm 1,72 $p = 0,009$	A. Feminino 3,73 \pm 1,62 B. Masculino 3,42 \pm 1,73 $p = 0,163$	A. Casado/U. Facto 3,79 \pm 1,62 B. Divorciado 3,69 \pm 1,74 C. Solteiro 3,34 \pm 1,65 $p = 0,034$	A. Ativo 3,74 \pm 1,61 B. Desempregado 3,32 \pm 1,75 C. Outro 4,10 \pm 1,66 $p = 0,328$	A. 1º ciclo 3,50 \pm 1,52 B. 2º/3º ciclo 3,23 \pm 1,70 C. Secundário 3,50 \pm 1,65 D. Superior 4,03 \pm 1,53 $p = 0,002$	A. Branco 3,89 \pm 1,58 B. Azul 3,29 \pm 1,70 $p = 0,002$
Q4. Se não tomar a totalidade do antibiótico a resistência das bactérias pode aumentar. (n = 428)	A. <35 anos 3,95 \pm 1,19 B. [35-44 anos] 4,12 \pm 1,22 C. \geq 45 anos 4,04 \pm 1,41 $p = 0,112$	A. Feminino 4,03 \pm 1,24 B. Masculino 4,15 \pm 1,27 $p = 0,329$	A. Casado/U. Facto 4,01 \pm 1,27 B. Divorciado 4,19 \pm 1,22 C. Solteiro 4,14 \pm 1,14 $p = 0,703$	A. Ativo 4,06 \pm 1,23 B. Desempregado 4,02 \pm 1,32 C. Outro 3,70 \pm 1,57 $p = 0,933$	A. 1º ciclo 3,83 \pm 1,60 B. 2º/3º ciclo 4,03 \pm 1,15 C. Secundário 3,95 \pm 1,24 D. Superior 4,12 \pm 1,28 $p = 0,316$	A. Branco 4,08 \pm 1,28 B. Azul 3,90 \pm 1,15 $p = 0,050$
Q5. Os antibióticos podem provocar efeitos adversos graves. (n = 423)	A. <35 anos 3,72 \pm 1,03 B. [35-44 anos] 3,76 \pm 1,20 C. \geq 45 anos 3,93 \pm 1,32 $p = 0,255$	A. Feminino 3,81 \pm 1,15 B. Masculino 3,55 \pm 1,20 $p = 0,123$	A. Casado/U. Facto 3,80 \pm 1,17 B. Divorciado 3,87 \pm 1,41 C. Solteiro 3,67 \pm 1,08 $p = 0,470$	A. Ativo 3,78 \pm 1,16 B. Desempregado 3,56 \pm 1,18 C. Outro 4,10 \pm 1,00 $p = 0,118$	A. 1º ciclo 3,00 \pm 2,19 B. 2º/3º ciclo 3,58 \pm 1,02 C. Secundário 3,62 \pm 1,15 D. Superior 3,99 \pm 1,14 $p = 0,003$	A. Branco 3,87 \pm 1,16 B. Azul 3,51 \pm 1,17 $p = 0,012$
Q6. Os antibióticos servem para tratar infeções por bactérias. (n = 425)	A. <35 anos 4,57 \pm 0,81 B. [35-44 anos] 4,41 \pm 1,09 C. \geq 45 anos 4,18 \pm 1,27 $p = 0,268$	A. Feminino 4,48 \pm 1,00 B. Masculino 4,12 \pm 1,12 $p < 0,001$	A. Casado/U. Facto 4,41 \pm 1,09 B. Divorciado 4,31 \pm 1,08 C. Solteiro 4,57 \pm 0,77 $p = 0,525$	A. Ativo 4,45 \pm 1,00 B. Desempregado 4,30 \pm 1,20 C. Outro 4,10 \pm 1,10 $p = 0,217$	A. 1º ciclo 4,67 \pm 0,82 B. 2º/3º ciclo 4,34 \pm 0,98 C. Secundário 4,25 \pm 1,20 D. Superior 4,59 \pm 0,87 $p = 0,006$	A. Branco 4,49 \pm 0,98 B. Azul 4,36 \pm 1,03 $p = 0,257$

Q7. <i>A constipação, tosse ou gripe melhoram mais rapidamente com antibiótico.</i> (n = 427)	A. <35 anos	A. Feminino	A. Casado/U. Facto	A. Ativo	A. 1º ciclo	A. Branco
	3,45 ± 1,41	3,81 ± 1,32	3,79 ± 1,30	3,79 ± 1,33	2,33 ± 1,51	4,00 ± 1,20
	B. [35-44 anos]	B. Masculino	B. Divorciado	B. Desempregado	B. 2º/3º ciclo	B. Azul
	3,95 ± 1,25	3,30 ± 1,44	3,88 ± 1,54	3,32 ± 1,43	3,09 ± 1,44	3,19 ± 1,42
	C. ≥ 45 anos	p = 0,008	C. Solteiro	C. Outro	C. Secundário	p < 0,001
	3,60 ± 1,41		3,52 ± 1,43	4,30 ± 0,82	3,50 ± 1,38	
	p = 0,005		p = 0,229	p = 0,034	D. Superior	
					4,26 ± 1,02	
					p < 0,001	
Q10. <i>Posso administrar antibiótico ao meu filho sem receita médica porque sei qual o antibiótico que o médico vai prescrever.</i> (n = 427)	A. <35 anos	A. Feminino	A. Casado/U. Facto	A. Ativo	A. 1º ciclo	A. Branco
	4,77 ± 0,70	4,79 ± 0,67	4,80 ± 0,68	4,80 ± 0,65	4,33 ± 1,21	4,86 ± 0,55
	B. [35-44 anos]	B. Masculino	B. Divorciado	B. Desempregado	B. 2º/3º ciclo	B. Azul
	4,79 ± 0,70	4,58 ± 0,94	4,88 ± 0,34	4,47 ± 1,10	4,64 ± 0,87	4,61 ± 0,87
	C. ≥ 45 anos	p = 0,054	C. Solteiro	C. Outro	C. Secundário	p < 0,001
	4,63 ± 0,86		4,61 ± 0,90	5,00 ± 0,00	4,69 ± 0,83	
	p = 0,380		p = 0,063	p = 0,020	D. Superior	
					4,89 ± 0,48	
					p = 0,004	
Q12. <i>Posso administrar antibiótico por indicação de vizinhos, amigos ou familiares.</i> (n = 426)	A. <35 anos	A. Feminino	A. Casado/U. Facto	A. Ativo	A. 1º ciclo	A. Branco
	4,89 ± 0,52	4,87 ± 0,55	4,88 ± 0,48	4,87 ± 0,55	3,83 ± 1,84	4,94 ± 0,33
	B. [35-44 anos]	B. Masculino	B. Divorciado	B. Desempregado	B. 2º/3º ciclo	B. Azul
	4,87 ± 0,53	4,81 ± 0,63	4,81 ± 0,75	4,76 ± 0,71	4,76 ± 0,77	4,67 ± 0,89
	C. ≥ 45 anos	p = 0,163	C. Solteiro	C. Outro	C. Secundário	p < 0,001
	4,73 ± 0,77		4,80 ± 0,80	5,00 ± 0,00	4,83 ± 0,60	
	p = 0,403		p = 0,883	p = 0,225	D. Superior	
					4,96 ± 0,27	
					p = 0,002	
Q14. <i>Posso dar antibiótico guardado em casa quando os sintomas são semelhantes ao episódio anterior tratado com antibiótico.</i> (n = 428)	A. <35 anos	A. Feminino	A. Casado/U. Facto	A. Ativo	A. 1º ciclo	A. Branco
	4,61 ± 0,88	4,69 ± 0,80	4,73 ± 0,72	4,68 ± 0,82	4,17 ± 1,33	4,74 ± 0,73
	B. [35-44 anos]	B. Masculino	B. Divorciado	B. Desempregado	B. 2º/3º ciclo	B. Azul
	4,71 ± 0,80	4,47 ± 0,97	4,81 ± 0,54	4,49 ± 0,97	4,51 ± 1,00	4,53 ± 0,95
	C. ≥ 45 anos	p = 0,020	C. Solteiro	C. Outro	C. Secundário	p = 0,037
	4,60 ± 0,84		4,36 ± 1,18	4,80 ± 0,63	4,61 ± 0,89	
	p = 0,487		p = 0,054	p = 0,220	D. Superior	
					4,77 ± 0,67	
					p = 0,145	
Q15. <i>O Sistema Imunitário do meu filho será prejudicado se tomar antibiótico.</i> (n = 428)	A. <35 anos	A. Feminino	A. Casado/U. Facto	A. Ativo	A. 1º ciclo	A. Branco
	3,19 ± 1,32	2,98 ± 1,43	2,91 ± 1,42	2,98 ± 1,40	3,17 ± 2,04	2,84 ± 1,37
	B. [35-44 anos]	B. Masculino	B. Divorciado	B. Desempregado	B. 2º/3º ciclo	B. Azul
	2,98 ± 1,46	3,20 ± 1,21	3,00 ± 1,55	3,28 ± 1,34	3,27 ± 1,44	3,45 ± 1,37
	C. ≥ 45 anos	p = 0,234	C. Solteiro	C. Outro	C. Secundário	p < 0,001
	2,61 ± 1,33		3,37 ± 1,23	2,70 ± 1,34	3,12 ± 1,37	
	p = 0,057		p = 0,023	p = 0,312	D. Superior	
					2,79 ± 1,38	
					p = 0,059	

Crenças e Mitos

Quando se tem dor de garganta deve-se tomar antibiótico para evitar doença grave?	Não
Sempre que uma criança tem febre deve tomar antibiótico?	Não
Tomar antibiótico quando não é necessário aumenta as resistências das bactérias?	Sim
Se o meu filho ficar melhor posso reduzir a dose ou parar o antibiótico?	Não
Posso administrar antibiótico por indicação de familiares, amigos ou do(a) farmacêutico(a)?	Não

Não tome antibióticos por tudo e por nada.



O uso responsável de antibióticos protege-o a si e aos outros.

Procure aconselhamento médico.







Elaborado por:

Grupo de Internos de Medicina Geral e Familiar do ACES Estuário do Tejo



Sabia que...

Há mais de 30 anos que não é criado um novo grupo de antibióticos?

Antibióticos, TUDO O QUE DEVE SABER

O QUE SÃO ANTIBIÓTICOS?

» São medicamentos que impedem o crescimento de bactérias e por isso são usados no tratamento de infeções **BACTERIANAS**.

Não são eficazes contra infeções virais!

(como gripes ou constipações)

» Cerca de 80% das doenças típicas do inverno (amigdalites, bronquiolites, otites, etc...) são de origem viral e de curta duração.

O QUE É A RESISTÊNCIA AOS ANTIBIÓTICOS?

» É quando um antibiótico perde a capacidade de matar ou impedir o crescimento de bactérias.

» Pode estar naturalmente presente ou resultar da má utilização de antibióticos.



O que não me mata, torna-me mais forte!

» As **bactérias resistentes sobrevivem** mesmo com o antibiótico e **continuam a multiplicar-se**, agravando a infeção!

COMO EVITAR AS RESISTÊNCIAS?

Ser avaliado por um médico antes de iniciar o tratamento

Não guardar antibióticos para usar no futuro

Tomar o antibiótico a horas certas e cumprir a duração indicada, mesmo que já se sinta melhor

Não comprar antibióticos sem receita médica

Crenças e Mitos

Posso administrar antibiótico sem receita médica se for aconselhado pelo farmacêutico?	Não
Posso administrar antibiótico sem receita médica porque sei qual o antibiótico que o médico vai prescrever?	Não
Posso administrar antibiótico por indicação de vizinhos, amigos ou familiares?	Não
Posso dar antibiótico guardado em casa quando os sintomas são semelhantes ao episódio anterior tratado com antibiótico?	Não

Automedique-se de forma responsável.



O uso correto dos medicamentos protege-o a si e aos outros.

Procure aconselhamento médico.







Elaborado por:

Grupo de Internos de Medicina Geral e Familiar do ACES Estuário do Tejo



Sabia que...

A automedicação pode ter riscos para a sua saúde?

Automedicação, TUDO O QUE DEVE SABER

O QUE É A AUTOMEDICAÇÃO?

» Uso de medicamentos sem prescrição médica associada no momento.

Pode ser responsável ou irresponsável

» Responsável:

Toma de medicação sintomática (ex: para a febre ou dor), tendo o médico informado previamente sobre quando e como utilizá-la.

» Irresponsável:

Toma de medicação por iniciativa própria ou conselho de outra pessoa, sem nunca ter consultado ou informado o médico sobre esse fármaco.

AUTOMEDICAÇÃO IRRESPONSÁVEL

QUAIS OS RISCOS?

- » Tratamento inadequado, incluindo dose e duração do tratamento errada;
- » Efeito subterapêutico ou tóxico por dose inadequada;
- » Interação medicamentosa com outros fármacos;
- » Resistência microbiológica se uso indiscriminado dos antibióticos;
- » Risco de abuso de medicamentos;
- » Risco de duplicação terapêutica (não saber que está a tomar a mesma substância, mas com um nome comercial diferente).



O QUE FAZER?

Não aceitar medicamentos aconselhados por amigos ou familiares

Saber que os medicamentos de venda livre não são isentos de riscos

Falar com o seu médico antes de tomar um fármaco que não está indicado em receita

Não se automedicar sem uma correta informação do médico