



**CONHECIMENTO, COMPORTAMENTO E ATITUDES DOS PAIS PERANTE A
PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS NAS INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS**

Telma Sofia Rosa Dias

**Dissertação para obtenção do grau de Mestre
em Ciências Farmacêuticas**

Trabalho elaborado sob a orientação da
Prof. Doutora Isabel Maria Pires Sebastião Ramalhinho

Faro

2021

**CONHECIMENTO, COMPORTAMENTO E ATITUDES DOS PAIS PERANTE A
PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS NAS INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS**

Telma Sofia Rosa Dias

**Dissertação para obtenção do grau de Mestre
em Ciências Farmacêuticas**

Trabalho elaborado sob a orientação da
Prof. Doutora Isabel Maria Pires Sebastião Ramalinho

Faro

2021

**CONHECIMENTO, COMPORTAMENTO E ATITUDES DOS PAIS PERANTE A
PRESCRIÇÃO DE ANTIBIÓTICOS NAS INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS**

DECLARAÇÃO DE AUTORIA DE TRABALHO

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

(Telma Dias)

Copyright by

Telma Sofia Rosa Dias

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

À minha filha Carolina,

AGRADECIMENTOS

Esta Dissertação é o culminar de uma longa jornada permeada por incalculáveis desafios, tristezas, alegrias, vitórias e muitas incertezas pelo caminho, que apesar de ser individual, reúne contributos de várias pessoas, cujo apoio, energia e força foram indispensáveis à sua conclusão.

Em primeiro lugar quero aqui deixar o meu agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Isabel Ramalinho, pela oportunidade, compreensão e constante apoio. A sua irrepreensível capacidade de trabalho, a sua orientação próxima e constante disponibilidade motivaram-me a ir mais longe, a desafiar-me, a, pura e simplesmente, chegar aqui.

Agradeço a todo o corpo docente de Ciências Farmacêuticas pelos conhecimentos que partilharam ao longo dos últimos anos, pela compreensão, disponibilidade e atenção que sempre me dedicaram. Convosco aprendi novas e melhores formas de trabalhar.

Quero também agradecer a todos os que se disponibilizaram a participar nesta investigação, pois sem eles decerto não estaria a redigir tão sentidos agradecimentos; agradecimento que estendo a todos quantos colaboraram na divulgação da mesma, em especial, às coordenadoras das entidades “Creche Sítio do Bebê” e Santa Casa da Misericórdia de São Brás de Alportel, que autorizaram a partilha junto dos pais.

Estou grata à Dr^a. Isabel Dias Neves, diretora técnica da Farmácia Dias Neves, tanto pelo seu apoio neste projeto académico como pelo imprescindível apoio no dia-a-dia. Agradeço-lhe a atenção na atribuição dos horários e a constante disponibilidade e compreensão. Obrigada pela oportunidade de me deixar crescer tanto a nível pessoal como profissional. Ser-lhe-ei eternamente grata.

A todos os colaboradores da Farmácia Dias Neves, que colaboraram na minha aprendizagem, um grande e sincero Obrigada.

À minha irmã Cátia e ao Tiago agradeço a preciosa ajuda e constante disponibilidade. Convosco este trabalho ficou melhor.

Aos meus pais, sogros e padrinhos o meu agradecimento por terem sido o porto seguro da minha filha, quando precisei de concentração e serenidade. Com a vossa total colaboração consegui aproveitar ao máximo todos os, poucos, momentos que tive para estudar.

E por último, os mais importantes. O maior agradecimento vai para o Bruno e para a Carolina, que sempre estiveram presentes, sempre acreditaram em mim e me incentivaram a continuar a batalhar para alcançar os meus sonhos. Sem o vosso interminável amor, a vossa fé nas minhas capacidades, as vossas palavras de conforto e de incentivo, as vossas, nossas, vidas condicionadas em função deste meu objetivo pessoal, jamais estaria a voltar esta página do grande livro da vida.

RESUMO

A resistência bacteriana aos antibióticos é na atualidade um dos problemas de saúde pública mais importantes a nível mundial, apresentando consequências clínicas e económicas preocupantes que resultam do seu uso inadequado.

As patologias do trato respiratório contribuem para o uso excessivo de antibióticos uma vez que, apesar da sua etiologia viral, é frequente a sua prescrição em crianças. A falta de conhecimentos dos pais sobre a terapêutica antibacteriana, gera comportamentos e atitudes inadequadas perante os médicos assistentes, afetam a adesão à terapêutica e promovem a automedicação, o que é prejudicial para a criança e contribui para o insucesso terapêutico.

Neste sentido, o desenvolvimento deste trabalho teve como objetivo analisar o conhecimento, comportamento e atitudes de pais de crianças com menos de 12 anos de idade, residentes no Algarve, relativamente à prescrição de antibióticos para o tratamento de infeções respiratórias dos seus filhos.

A recolha de informação foi obtida através do preenchimento de um inquérito online, distribuído por envio de e-mail a instituições e por partilha nas redes sociais.

Salientando os principais resultados, é de referir que a adesão à terapêutica se revelou bastante positiva com valores acima dos 90 %, verificando-se que os cuidados a ter durante a administração foram as recomendações mais difíceis de cumprir.

A automedicação foi praticada maioritariamente com MNSRM (61,8 %), seguida dos MSRM (46,4 %) na qual, apenas 4,4 % dos inquiridos assumiram a utilização de antibióticos. Os resultados apontam também para a influência do subsistema de saúde na prática da automedicação. Alguns fatores sociodemográficos influenciaram os resultados relativos ao conhecimento, crenças e atitudes dos pais, tendo sido os indivíduos com maior nível de escolaridade e profissões qualificadas ($p < 0,05$) os que revelaram melhores atitudes e conhecimentos mais consistentes sobre a terapêutica antibiótica.

Apesar das limitações do nosso estudo, estes resultados demonstram a necessidade da promoção do uso racional de antibióticos e podem ser úteis ao contribuírem para o desenvolvimento de futuras intervenções e campanhas de informação junto dos pais, farmacêuticos e profissionais de pediatria na população do Algarve.

Palavras-chave: consumo de antibióticos, pediatria, conhecimentos, crenças, atitudes, comportamentos, automedicação, adesão à terapêutica.

ABSTRACT

Bacterial resistance to antibiotics is currently one of the most important public health problems worldwide, posing worrying clinical and economic consequences that result from its inappropriate use.

Respiratory tract pathologies contribute to the overuse of antibiotics since, despite their viral etiology, they are often prescribed in children. Parents' lack of knowledge on antibacterial therapy results in inappropriate behaviours and attitudes towards physicians, affect adherence to therapy and promote self-medication, which is harmful to the child and contributes to the therapeutic failure.

In this regard, the development of this work aimed to analyse the knowledge, behaviour and attitudes of parents whose children are under 12 years old, residing in the Algarve, regarding the prescription of antibiotics for the treatment of their children's respiratory infections.

The data collection was obtained on the data received from an online survey sent out to institutions and shared on social networks.

Highlighting the main results, it should be noted that the adherence to therapy proved to be quite positive, with values above 90%, in its three components, verifying that the precautions to be taken during administration were the most difficult recommendations to comply with.

Self-medication was mostly practiced with PMNSMP (61,8 %), followed by PMSMP (46,4 %), in which only 4,4 % of respondents assumed the use of antibiotics. The results also point out to the influence of the health subsystem in the practice of self-medication. Some sociodemographic factors influenced the results related to the parents' knowledge, beliefs and attitudes, showing that individuals with a higher level of education and qualified professions ($p < 0,05$) had better attitudes and a more consistent knowledge on antibiotic therapy.

Despite the limitations of our study, the findings show the necessity to promote the rational use of antibiotics and they can be useful to further development of future interventions and information campaigns targeting parents, pharmacists and pediatric professionals in the population of the Algarve.

INDÍCE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1. Os antibióticos e a sua evolução	3
2.2. O uso irracional de antibióticos.....	4
2.3. A criança e a terapêutica farmacológica em pediatria.....	5
2.4. As infeções respiratórias em crianças e o uso de antibióticos.....	7
2.5. Automedicação pediátrica em infeções respiratórias	9
2.6. A adesão à terapêutica pediátrica	9
3. OBJECTIVOS DO TRABALHO.....	13
3.1. Objetivo Geral	13
3.2. Objetivos Específicos	13
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	14
4.1. Tipo de Estudo	14
4.2. População Alvo	14
4.3. Variáveis.....	14
4.4. Amostragem	15
4.5. Desenvolvimento do Inquérito	15
4.6. Recolha de Dados.....	15
4.7. Análise de Dados.....	16
5. RESULTADOS	17
5.1. Caracterização sociodemográfica	17
5.2. Adesão à terapêutica antibiótica em crianças menores de 12 Anos.....	21
5.2.1. Adesão à terapêutica antibiótica e os fatores condicionantes.....	23
5.3. Automedicação pediátrica em infeções respiratórias.....	26
5.4. Conhecimento, crenças e atitudes dos pais relativamente ao uso de antibióticos em crianças.	30

6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	42
6.1. Adesão à terapêutica em crianças	45
6.2. Automedicação pediátrica em infecções respiratórias.....	48
6.3. Conhecimento, crenças e atitudes dos pais relativamente ao uso de antibióticos em crianças	51
7. CONCLUSÃO.....	57
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
9. ANEXOS	68
Anexo I:	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1: Microbiologia das infecções respiratórias	8
Figura 2.2: Modelo de adesão de LEY	10
Figura 2.3: Esquematização dos determinantes da adesão em pediatria	11
Figura 5.1: Distribuição da amostra de acordo com o género e grupo etário.....	17
Figura 5.2: Distribuição da amostra de acordo com o ciclo de escolaridade e grupo profissional	18
Figura 5.3: Distribuição da amostra por concelho de residência.....	19
Figura 5.4: Distribuição da amostra em função do sistema de saúde.....	20
Figura 5.5: Problemas de saúde responsáveis pelo tratamento antibacteriano de acordo com a classificação ICPC-2.....	21
Figura 5.6: Adesão às recomendações recebidas.....	22
Figura 5.7: Adesão à terapêutica antibiótica	22
Figura 5.8: Fármacos utilizados em automedicação pelos pais em situações de infecções respiratórias	27
Figura 5.9: Razões que levaram à automedicação com MSRM.....	28

INDICE DE TABELAS

Tabela 5.1: Distribuição da amostra de acordo com o agregado familiar e frequência de instituição de ensino	20
Tabela 5.2: Adesão à terapêutica quanto ao número de dias de administração em função das características sociodemográficas	23
Tabela 5.3: Adesão à terapêutica quanto ao intervalo entre as administrações em função das características sociodemográficas	25
Tabela 5.4: Adesão à terapêutica quanto aos cuidados a ter durante a administração em função das características sociodemográficas	26
Tabela 5.5: Automedicação quanto ao tipo de medicamento utilizado em função do sistema de saúde	29
Tabela 5.6: Questões aplicadas sobre conhecimento, crenças e atitudes dos pais quanto ao uso de antibióticos	30
Tabela 5.7: Questões selecionados sobre conhecimento crenças e atitudes dos pais sobre antibióticos	31
Tabela 5.8: Conhecimento relativo à questão 2 – “Quando o meu filho está constipado e vai a uma consulta, o médico deve receitar antibiótico para que se cure mais rapidamente.” em função das características sociodemográficas	33
Tabela 5.9: Conhecimento relativo à questão 8 – “Sempre que uma criança tem febre deve tomar antibiótico para que a doença não agrave.” em função das características sociodemográficas	35
Tabela 5.10: Conhecimento relativo à questão 11 – “Os antibióticos servem para tratar infeções por vírus.” em função das características sociodemográficas	36
Tabela 5.11: Conhecimento relativo à questão 15 – “O Sistema Imunitário do meu filho será prejudicado se tomar antibiótico.” em função das características sociodemográficas	37
Tabela 5.12: Conhecimento relativo à questão 13 – “Se o meu filho ficar melhor posso reduzir a dose ou parar a administração do antibiótico” em função das características sociodemográficas	39
Tabela 5.13: Correlações entre a questão 13 – “Se o meu filho ficar melhor, posso reduzir a dose ou parar a administração do antibiótico.” e a adesão à terapêutica	40
Tabela 5.14: Correlações entre a questão 15 – “O Sistema Imunitário do meu filho será prejudicado se tomar antibiótico.” e a adesão à terapêutica	40

ABREVIATURAS

ADSE - Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado

CDC - Convenção sobre os Direitos da Criança

CP - Concordo Parcialmente

CT - Concordo Totalmente

DP - Discordo Parcialmente

DT- Discordo Totalmente

ECDC - Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças

EMA - Agência Europeia do Medicamento

EUA - Estados Unidos da América

Ex - exemplo

F - Teste Exato de Fisher

FDA - *Food and Drug Administration*

G - Grupo Profissional

ICPC-2 - *International Classification of Primary Care*

INE - Instituto Nacional de Estatística

KAP – *Knowledge, attitudes and practices*

MNSRM - Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MSRM - Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

NCND - Não Concordo Nem Discordo

OMS - Organização Mundial de Saúde

p - Fator de correlação de Pearson

PMNSMP – *Pharmacy Medicines Not Subject to Medical Prescription*

PMSMP – *Pharmacy Medicines Subject to Medical Prescription*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UE - União Europeia

χ^2 - Qui-Quadrado de Pearson

1. INTRODUÇÃO

Os antibióticos são fármacos etiotrópicos de origem natural ou sintética, com capacidade de inibir o crescimento ou causar a morte de bactérias, sem influenciar qualquer atividade biológica dos organismos superiores que os recebem (1,2).

A resistência bacteriana aos antibióticos é na atualidade um dos problemas de saúde pública mais importantes a nível mundial, apresentando consequências clínicas e económicas preocupantes que resultam do seu uso inadequado (3).

Ao nível Europeu, Portugal é um país com elevado consumo de antibióticos e, apesar de nos últimos anos o consumo destes fármacos ter sofrido uma diminuição, a resistência microbiana tem crescido acentuadamente (3).

As infeções respiratórias são comuns em crianças, sobretudo em idade pré-escolar, sendo frequentes infeções respiratórias altas e/ou baixas, de origem viral e/ou bacteriana, tais como: rinfaringite, adenoidite, otite média aguda, amigdalite, sinusite, bronquite e pneumonia (4).

Na maioria dos países, os antibióticos são um dos fármacos mais prescritos em crianças para o tratamento destes problemas respiratórios. Tendo em conta que muitas infeções são de origem viral, o uso inadequado de antibióticos no tratamento destas infeções pode acarretar riscos para a criança bem como para a comunidade. Este é descrito como um dos fatores que têm contribuído para o aumento da resistência bacteriana (5).

Apesar da prescrição de antibióticos ter vindo a diminuir nos últimos 20 anos, na prática pediátrica ainda é comum a sua prescrição para evitar complicações associadas às infeções do trato respiratório superior. Médicos pediatras revelam ser pressionados pelos pais das crianças para uma desnecessária prescrição de antibióticos, de modo a fomentar uma recuperação mais rápida da criança, permitindo agilizar o célere retorno da família às suas rotinas diárias (6–10).

Esta situação, à semelhança de outros comportamentos em saúde, é justificada por vários fatores, sendo o conhecimento, o comportamento e as atitudes relativamente ao uso de antibióticos determinantes para a prática de automedicação e adesão terapêutica a estes medicamentos (11).

Neste sentido, o desenvolvimento deste trabalho teve como objetivo analisar o conhecimento, o comportamento e as atitudes dos pais, relativamente ao tratamento de infeções respiratórias dos seus filhos perante a prescrição de antibióticos.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Os antibióticos e a sua evolução

Todos os organismos vivos estão sujeitos a infecção. Entre eles, sem exceção, incluem-se os seres humanos que são suscetíveis a doenças causadas por vírus, bactérias, protozoários, fungos, entre outros (12).

No início do Século XX, Ehrlich descreveu a quimioterapia, como o desenvolvimento e utilização de substâncias químicas sintéticas para destruir agentes infecciosos. Nos últimos anos, a definição do termo foi ampliada para incluir os antibióticos - substâncias produzidas naturalmente por microrganismos, ou de forma sintética, que destroem ou inibem o crescimento de outros microrganismos e que são inócuos para o hospedeiro (12).

Em rigor, o termo antibiótico não deveria ser aplicado aos antibacterianos de síntese. Contudo, a maioria dos antibióticos hoje são obtidos pela modificação química da molécula de um antibiótico produzido por um microrganismo (por semissíntese a partir de um núcleo fundamental de origem natural, ou por síntese completa). Na prática, a distinção entre antibacteriano e antibiótico revela ser pouco importante (1).

A “Revolução dos Antibióticos” começou em 1940 com a descoberta da penicilina, um dos maiores avanços terapêuticos de toda a história da medicina. Desde aí, o desenvolvimento destes fármacos tem sido constante (12).

Infelizmente, com o sucesso no desenvolvimento dos antibióticos, os microrganismos invasores têm vindo a desenvolver, em paralelo, estratégias de contra-ataque contra os efeitos destas substâncias, resultando no surgimento de mecanismos de resistência ao seu efeito terapêutico (12).

A resistência bacteriana impõe sérias restrições às opções disponíveis para o tratamento clínico de muitas infeções bacterianas. Até há pouco tempo a inativação dos medicamentos antimicrobianos por enzimas produzidas pelas bactérias, era o único mecanismo bioquímico de resistência bem definido, no entanto, nos últimos anos descobriram-se processos de resistência completamente diferentes (1).

A resistência aos antibióticos nas bactérias pode propagar-se de várias formas: pela transferência de bactérias entre pessoas; pela transferência dos genes que conferem resistência entre as bactérias (geralmente nos plasmídeos); ou, pela transferência de genes de resistência entre os elementos genéticos no interior da bactéria, nos transposões.

A compreensão dos mecanismos de resistência aos antibióticos é, portanto, crucial para o uso clínico adequado dos medicamentos existentes e para o desenvolvimento de novos fármacos antibacterianos (12).

2.2. O uso irracional de antibióticos

A utilização, tão racional quanto possível, de antibióticos deve ser uma preocupação fundamental dos serviços de saúde, tendo em conta que a resistência bacteriana aos antibióticos, disponíveis para uso clínico, revelou-se atualmente um problema de saúde mundial (13).

As consequências da resistência aos antibióticos são difíceis de enumerar, porém estima-se que em 2050 seja a causa de morte de cerca de 10 milhões de pessoas, o que acarretará significativos prejuízos socioeconómicos (14). O Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças (ECDC) calcula que a resistência antibiótica cause a morte de cerca de 25 mil pessoas por ano na Europa, o que gera um custo anual de cerca de 1,5 biliões de euros (15).

A utilização de antibióticos no tratamento clínico gera uma pressão seletiva que aumenta a prevalência de estirpes bacterianas resistentes, sendo portanto necessário a adoção de estratégias que promovam um uso racional de antibióticos, tendo estes um estatuto de recurso precioso (16).

Vários são os fatores que condicionam a administração de antibióticos em seres humanos e promovem o seu uso inadequado. Os mais importantes incluem fatores relacionados com os médicos, doente, pais/cuidadores e até a própria sociedade (17).

O uso inadequado de antibióticos não se refere somente ao seu uso em situações desnecessárias mas, também, quando necessário, ao uso de antibióticos de largo espectro, em vez da utilização de um antibiótico mais adequado à patologia e com um espectro de ação mais estreito (com doses e períodos de tratamentos incorretos) (17).

O uso de doses subterapêuticas, que acontece no caso da utilização de antibióticos com o prazo de validade expirado, ou resultante de uma prescrição incorreta por parte do médico, são também fatores responsáveis pelo aumento de resistências (16,17). A duração prolongada do tratamento pode gerar uma falsa segurança ao médico, contudo a literatura tem descrito que um tratamento de curta duração melhora a adesão e diminui os efeitos adversos e a resistência bacteriana (18).

Entre as causas associadas à prática médica deve-se destacar as incertezas que estes profissionais podem sentir (medos, falta de conhecimento e erros de diagnóstico); a comunicação inadequada; a desvalorização da doença em relação aos sentimentos dos pais, no caso da pediatria; ou a exigência dos doentes, pais ou responsáveis legais (19–21).

O facto de alguns doentes interromperem o tratamento antibiótico quando sentem melhoras clínicas, por um lado, e se automedicarem com antibiótico quando, por outro lado, surge um quadro clínico semelhante, gera problemas significativos principalmente quando esta situação decorre em idades pediátricas e os pais adotam esta atitude (22).

Os antibióticos são os agentes terapêuticos mais usados nos cuidados primários, quer em crianças quer na população em geral, quando se trata de infeções do trato respiratório superior. Apesar de na sua maioria serem de etiologia viral, e em muitos casos autolimitadas, a prescrição antibiótica nestas situações é uma realidade que poderia ser evitada (23).

Em 2001, a estratégia global da OMS para a contenção da resistência antimicrobiana, destacou a necessidade de desenvolvimento de diretrizes e algoritmos de tratamento para promover o uso apropriado de antimicrobianos, bem como, a importância da supervisão e apoio às práticas clínicas, especialmente estratégias de diagnóstico e tratamento. Além disso, destacou que os profissionais de saúde têm um papel importante a desempenhar na educação dos doentes sobre a importância da adesão ao tratamento (24).

De acordo com a literatura, o grande responsável pela propagação de genes de resistência e, conseqüentemente de microrganismos resistentes, é sem dúvida o próprio Homem; seja pela atitude inconsequente ou pela falta de informação. Só assim se pode justificar o aumento do uso irracional de antimicrobianos, apesar de todas as publicações, campanhas e informações acerca desta problemática (25).

2.3. A criança e a terapêutica farmacológica em pediatria

Nos termos do Direito Internacional, a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) define criança no seu artigo primeiro como “todo o ser humano menor de 18 anos”. No entanto, esta definição pode variar em função do contexto regulamentar. Segundo a legislação da União Europeia (UE), que rege os direitos de livre circulação da UE, criança

define-se como “os descendentes diretos com menos de 21 anos de idade ou que estejam a cargo”, adotando essencialmente uma noção biológica e económica por oposição a uma noção baseada na menoridade (26).

No âmbito da farmacologia, a Agência Europeia do Medicamento (EMA) refere que qualquer classificação da população pediátrica não deixa de ser arbitrária, tendo em conta que nem todas as crianças apresentam o mesmo ritmo de desenvolvimento. Todavia, esta classificação é necessária, na medida em que proporciona uma base de orientação em qualquer estudo que envolva crianças (27).

Segundo a Agência Federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, *Food and Drug Administration* (FDA), a classificação da população pediátrica divide-se atualmente em Recém-Nascidos Prematuros, Recém-Nascidos a Termo (0 a 1 mês), Bebés (1 mês aos 2 anos), Crianças (2 aos 12 anos) e Adolescentes (12 aos 21 anos) (28).

A idade dos 12 anos é um marco de transição que finda a classificação de “criança” e inicia a fase de “adolescente”. A partir desta idade, a criança que se encontrava na dependência direta de cuidados essenciais proporcionados pelos pais, na sua maioria, ou por um responsável, que vão desde a higiene e nutrição até à administração de medicamentos, adquire maior independência e tem capacidade de se responsabilizar pela sua saúde e medicação (27,29).

As crianças não são “adultos em pequena escala”, mas um grupo diferenciado e heterogéneo de doentes, com necessidades específicas a nível farmacológico (30).

A imaturidade do doente pediátrico e o estado de desenvolvimento do corpo e dos órgãos influenciam a farmacocinética, a farmacodinâmica (31,32), assim como, alterações das habilidades motoras e cognitivas que interferem na administração de medicamentos (33). Consequentemente, as crianças apresentam diferentes necessidades em relação aos adultos em termos de dose, forma farmacêutica e habilidade para administração de medicamentos (32–34).

Na prática clínica, a prescrição racional de medicamentos deve considerar a aplicação da dose eficaz com o mínimo de efeitos adversos, o que se traduz numa maior segurança. Para alcançar a exatidão da dose adequada, reduzir erros de medicação, aumentar a adesão ao tratamento e melhorar os resultados terapêuticos em pediatria, é necessário a disponibilidade de medicamentos em formas farmacêuticas e formulações adequadas às necessidades das crianças (31).

Inevitavelmente muitos dos fármacos licenciados para adultos são frequentemente utilizados em pediatria sem dados suficientes de segurança, dosagem e farmacocinética. Felizmente, têm vindo a ser disponibilizados fundos comunitários e/ou estatais para o incentivo de ensaios clínicos pediátricos e para o desenvolvimento de medicamentos atendendo às especificidades pediátricas (31,35).

Conforme referido anteriormente, as crianças têm necessidades específicas ao nível farmacológico, pelo que um medicamento adequado a estas deve apresentar sabor agradável; propiciar a libertação variável da dose com base no peso e altura; ser fácil de deglutir; demonstrar segurança associada aos excipientes; e possuir um dispositivo adequado para medida da dose compatível com a faixa etária pediátrica a que se destina (36).

2.4. As infeções respiratórias em crianças e o uso de antibióticos

As doenças respiratórias são reconhecidas em todo o mundo como uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todas as idades, particularmente em crianças (4,37–40).

Denomina-se por doenças respiratórias infantis/pediátricas o conjunto de doenças de etiologia e gravidade diversas que comprometem uma ou mais porções do trato respiratório da criança (41).

As doenças respiratórias consideradas agudas podem ser denominadas de acordo com a ocorrência de um processo inflamatório infeccioso (ex.: constipação comum, pneumonias entre outros), ou não infeccioso (ex.: rinite), por influência de elementos patogénicos, fatores alérgicos ou traumas. Podem ser classificadas em infeções altas ou baixas, diferenciando-se pelo grau em que o trato respiratório é afetado. As doenças respiratórias altas têm, em geral, um curso benigno e são autolimitadas (ex.: rinofaringite, adenoidite, otite, amigdalite, sinusite), enquanto as doenças respiratórias baixas, tendem a decorrer por períodos maiores de tempo e, se não tratadas, podem colocar em risco a vida da criança (ex.: bronquite, pneumonia) (4,39).

No que se refere à sintomatologia, as doenças respiratórias na criança incluem tosse, febre, rinorreia, odinofagia, otalgia, cianose, entre outros sintomas, e têm uma duração média que varia entre 7 e 14 dias. Alguns deste sintomas representam o agravamento do processo inflamatório, causado pela acumulação de secreções, tanto no

trato respiratório inferior como no superior, dependendo da região atingida pelo agente etiológico, que contribuem para a obstrução das vias aéreas nas crianças (4,39).

Embora os problemas respiratórios acima possam afetar crianças até aos 12 anos de idade, verifica-se uma maior incidência nos primeiros 5 anos de vida. À medida que a criança cresce, o seu Sistema Imunitário adquire maior capacitação e maturação o que, pelo facto de certas estruturas anatómicas sofrerem diferenciação e se tornarem mais eficientes, permite uma maior resistência às infeções respiratórias traduzindo-se numa menor frequência de episódios (4).

Os estabelecimentos de educação pré-escolar, pela presença cada vez maior na vida das crianças, são um importante fator de risco. Diversos estudos demonstram que as crianças que frequentam estas instituições apresentam uma alta frequência de infeções respiratórias devido ao contacto diário com outras crianças (42).

Tal como mostra a Figura 2.1, as infeções respiratórias podem ser de etiologia viral ou bacteriana e, apesar de na maioria dos casos (60 %), serem de origem viral (43), a prescrição de antibióticos para o tratamento da infeção respiratória é muito comum, quer em países desenvolvidos quer em países em vias de desenvolvimento (4,5).



Figura 2.1: Microbiologia das infeções respiratórias; adaptado de Robalo (2012)

Entre os vários fatores que promovem o uso abusivo de antibióticos destacam-se: a dificuldade em diferenciar qual a etiologia correta da infeção, a crença do uso profilático de antibiótico para prevenção de complicações e, em muitos casos, a pressão familiar pela sua prescrição (4–10,22).

2.5. Automedicação pediátrica em infeções respiratórias

Segundo a OMS, a automedicação é definida como a seleção e o uso de medicamentos por pessoas, sem prescrição médica, para tratar sintomas ou doenças autodiagnosticadas (29,44–46). Esta prática pode resultar, entre outros comportamentos, da aquisição de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), da partilha de medicamentos entre elementos da família ou do círculo social, da reutilização de medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) de tratamentos anteriores ou pela utilização de prescrições antigas (44).

A OMS define o conceito de automedicação responsável como aquela em que os indivíduos utilizam medicamentos aprovados e disponíveis sem prescrição médica, sendo seguros e eficazes quando usados como indicado (47). Desta forma, na dose certa, concentração e tempo de tratamento adequados, a automedicação será adequada para o problema de saúde do doente (48).

Todavia, a prática inadequada da automedicação pode causar danos para a saúde do doente, como o aparecimento de efeitos indesejáveis, agravamento de doenças e dissimulação de sintomas, atrasando ou dificultando o diagnóstico, com conseqüente acréscimo de custos de saúde, interações medicamentosas, erros nas doses e intoxicações (44,49).

Este facto torna-se particularmente relevante quando os doentes são crianças. Aos riscos gerais de automedicação acresce o facto da posologia pediátrica exigir frequentemente o ajuste ao peso e idade da criança e, sendo habitualmente administrada pelos pais, muitos deles não sabem determinar e administrar a dose correta do medicamento ao seu filho (50,51).

Entre as patologias/sintomas que motivam os pais a administrar MNSRM aos seus filhos, em busca do alívio dos sintomas, estão a febre, a dor, a inflamação da garganta, constipação, e sintomas relacionados com infeções respiratórias como é o caso da rinorreia e da tosse. Por este motivo, os antipiréticos e analgésicos são os fármacos mais consumidos em automedicação em pediatria (44,46,52).

2.6. A adesão à terapêutica pediátrica

A adesão à terapêutica é definida pela OMS como o grau ou a extensão em que o comportamento de um doente (tomar medicamentos, seguir dietas e/ou alterar estilos de

vida) corresponde às instruções veiculadas pelo profissional de saúde (53). Isto é, traduz-se no grau de comportamento do doente em relação às indicações dadas por um profissional de saúde e ao tratamento prescrito. Com efeito, embora os doentes sejam habitualmente classificados pelos prestadores de cuidados de saúde como cumpridores ou não cumpridores, na prática, o seu comportamento efetivo acaba por se situar algures entre as duas classificações (54).

Ao longo dos anos, têm sido desenvolvidos vários modelos para definir “adesão”. Segundo Ley (1981, 1989) é possível prever a adesão através da combinação da satisfação do doente em relação à consulta médica, com a compreensão da informação dada e a capacidade de recordar essa informação, como se ilustra na Figura 2.2 (55).

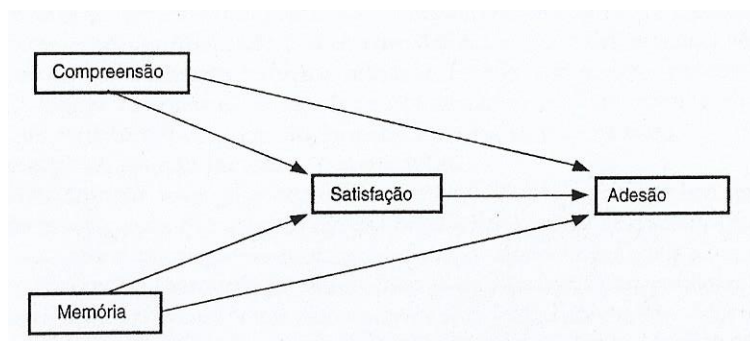


Figura 2.2: Modelo de adesão de LEY, adaptado de Ogden (1999)

Segundo o autor, uma das formas de melhorar a adesão está ligada ao aperfeiçoamento do conteúdo da comunicação oral, sendo importante explicar aspetos como o efeito da primazia (os doentes têm tendência a recordar aquilo que lhes é dito em primeiro lugar), explicar a importância da adesão, simplificar as informações, usar a repetição, ser claro e seguir a consulta com entrevistas adicionais (55).

O nível de adesão à terapêutica depende de um conjunto considerável de fatores que interagem entre si e que afetam o doente, contribuindo para uma menor adesão às recomendações sobre o tratamento da sua doença. Estes fatores podem ser agrupados em três grandes dimensões: os fatores sociodemográficos e económicos; os fatores relativos à doença e ao regime terapêutico prescrito; e os fatores ligados à relação do paciente com os profissionais e serviços de saúde (54).

Em pediatria a adesão ao tratamento está condicionada pelo conhecimento, comportamento e atitudes dos pais/cuidadores de crianças e constitui um grande desafio. Neste caso, cabe aos profissionais de saúde compreender bem o processo de adesão,

considerando-o como parte integrante do tratamento. A adesão não pode ser considerada como um processo simples que se inicia com a prescrição do profissional e termina com a aceitação do doente e/ou dos seu(s) cuidador(es) à prescrição feita pois, os fatores que influenciam esse processo, tornam a adesão difícil de ser medida apenas por métodos objetivos (56).

A problemática da adesão pediátrica começa quando as recomendações médicas nem sempre são devidamente seguidas não só pelo doente, mas também pela sua família. A adesão à terapêutica em pediatria inclui não só a criança, mas igualmente os seus pais, os quais serão, pelo menos na criança mais pequena, os principais responsáveis pelo tratamento. A este aspeto acresce ainda o facto de, na maioria dos casos, as recomendações do tratamento em pediatria envolverem questões relacionadas com atitudes e educação e não apenas o cumprimento da prescrição medicamentosa (57).

Como representado na Figura 2.3, a adesão é percebida como resultado da interação entre os determinantes da doença (relativos à doença e ao tratamento) e os determinantes psicossociais ou determinantes do doente (relativos ao doente e aos que com ele partilham o tempo e processo da doença) (57).

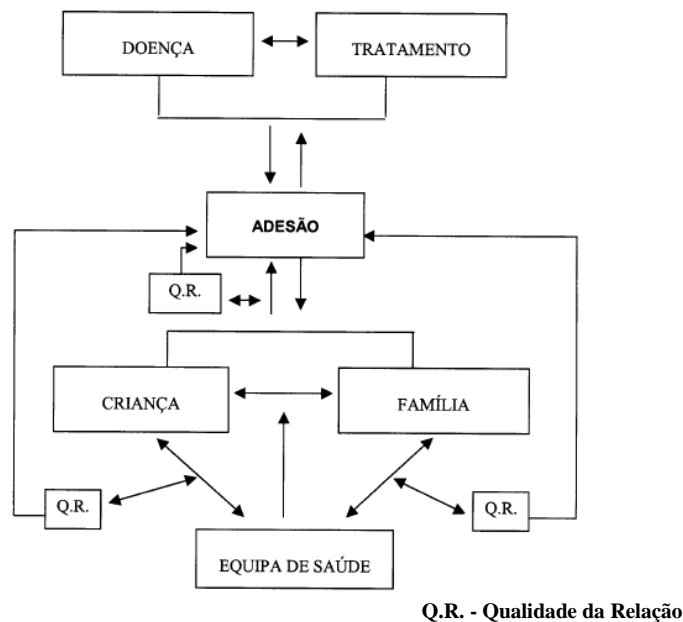


Figura 2.3: Esquemática dos determinantes da adesão em pediatria; adaptado de Santos, M C (2005)

Neste sentido, a adesão é um processo dinâmico e os determinantes não funcionam de forma isolada, mas influenciam-se entre si continuamente. Todos os determinantes

comunicam entre si e, quer a doença, tratamento, criança, familiares e profissionais de saúde transformam-se e modificam-se ao longo do tempo (57).

As intervenções que facilitam e promovem a adesão passam pela compreensão destes determinantes, com especial atenção aos profissionais de saúde nos aspetos físicos e fisiológicos da doença, e na forma como estes aspetos e o tratamento são percebidos pela criança e pelos pais (57).

A não adesão é, portanto, um desvio do doente às instruções do profissional de saúde e ocorre quando a terapêutica não se inicia ou inicia-se tardiamente, é implementado um regime subterapêutico ou ocorre a interrupção precoce do tratamento (58,59). A não adesão ocorre frequentemente em doenças crónicas, contudo tem-se revelado pouco frequente no tratamento de doenças agudas e de curta duração, como é o caso de doenças infecciosas do trato respiratório, que apresentam sintomas desagradáveis e incómodos, tais como tosse, febre, dores e mal-estar que naturalmente motivam a adesão à terapêutica (11,59).

A não adesão é particularmente importante na prática clínica devido às consequências que provocam, nomeadamente: o agravamento do estado de saúde do doente com necessidade de consultas complementares, o aumento da terapêutica, visitas hospitalares adicionais e o incremento dos custos financeiros e sociais (11).

Neste sentido, o controlo e aumento da adesão terapêutica são benéficos para os sistemas de saúde, pelo que as intervenções destinadas a melhorar a adesão terapêutica constituem uma contribuição importante para a melhoria da saúde da população (54).

Assim, torna-se fundamental estudar o conhecimento, o comportamento e as atitudes dos pais perante a prescrição de antibióticos, nomeadamente no que se refere à adesão à terapêutica, à frequência da automedicação e aos fatores que motivam os pais a praticá-la na presença de uma infeção respiratória, bem como os medicamentos mais utilizados.

3. OBJECTIVOS DO TRABALHO

3.1. Objetivo Geral

Estudar o conhecimento, comportamento e atitudes dos pais/responsáveis legais de crianças até aos 12 anos de idade, relativamente à prescrição de antibióticos para tratamento de infeções respiratórias, na população da região do Algarve.

3.2. Objetivos Específicos

Para atingir o objetivo geral pretende-se:

- Estudar a adesão à terapêutica e relacionar com os fatores sociodemográficos;
- Identificar os fatores que condicionam as atitudes dos pais perante uma infeção respiratória e que conduzem à automedicação pediátrica;
- Caracterizar o conhecimento, crenças e atitudes dos pais quanto ao uso de antibióticos em crianças e relacionar com os fatores sociodemográficos e com a adesão à terapêutica.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Tipo de Estudo

Estudo tipo observacional, descritivo e transversal.

4.2. População Alvo

A população alvo do estudo foi a população adulta, pais/responsáveis legais de crianças até 12 anos de idade, residentes no Algarve, cujos filhos tivessem sido medicados pelo menos uma vez com antibiótico.

Foram critérios de inclusão, idade superior a 18 anos, compreensão da língua portuguesa, e não apresentar deficiências mentais ou cognitivas. Foi critério de exclusão ser profissional de saúde, não saber ler nem escrever, e não ter acesso à internet.

4.3. Variáveis

As variáveis de estudo foram:

- 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).
- Terapêuticas: Administração de MNSRM, razões da administração de MSRSM sem indicação 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.
- Comportamentais: administração de antibiótico sem receita médica, quem indicou o antibiótico, facilidade de aquisição sem prescrição médica.
- Referentes ao sistema de saúde: Sistema de saúde adicional para além do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

4.4. Amostragem

Para a elaboração deste estudo, obteve-se uma amostra de 425 indivíduos, permanecendo, após aplicação dos critérios de exclusão, uma amostra efetiva de 390 indivíduos.

4.5. Desenvolvimento do Inquérito

Para atingir o objetivo proposto foi desenvolvido um inquérito (Anexo I) que permitiu efetuar a caracterização sociodemográfica dos participantes, determinar a frequência e os fatores que motivaram a automedicação em crianças com doenças do trato respiratório, avaliar o grau de adesão à terapêutica antibiótica administrada anteriormente e qual o predomínio da automedicação antimicrobiana em crianças.

Foi também elaborado um conjunto de questões (15 itens) que visaram avaliar o conhecimento, crenças e atitudes dos pais quanto ao uso de antibióticos nos seus filhos, através da seleção de apenas um item de resposta, sendo as opções: CT - Concordo Totalmente, CP - Concordo Parcialmente, NCND - Não Concordo Nem Discordo, DP - Discordo Parcialmente e DT- Discordo Totalmente.

Estas questões foram adaptadas à realidade pediátrica com base em vários estudos semelhantes (8,11,60–67).

Para efeitos quantitativos, foi atribuído um valor numérico de 1 até 5 para cada opção de resposta, sendo o valor 1 para Concordo Totalmente até 5 para Discordo Totalmente. Relativamente às questões de resposta inversa, procedemos à inversão da quantificação das opções de resposta, onde atribuímos o valor 1 para Discordo Totalmente até 5 para Concordo Totalmente.

A fiabilidade da escala (constituída pelos 15 itens) foi calculada, através do Alfa de *Cronbach* (α), tendo-se obtido um valor de $\alpha = 0,835$, o que revelou uma boa consistência interna.

4.6. Recolha de Dados

O inquérito foi partilhado nas redes sociais, através da plataforma Google Formulários, direcionando um convite aos pais de crianças com menos de 12 anos

residentes no Algarve e que tivessem administrado pelo menos uma vez antibiótico aos seus filhos.

Para além das redes sociais, o inquérito foi também enviado via e-mail a duas entidades privadas de São Brás de Alportel, a Creche Sítio do Bebê e à Santa Casa da Misericórdia, apelando à colaboração das educadoras de infância para a partilha junto dos pais dos respetivos educandos.

Os dados foram recolhidos num período de 15 dias, do dia 23 de outubro ao dia 6 de novembro de 2020, após um período de pré teste de 3 dias. Foram excluídos 35 inquéritos por terem sido preenchidos por profissionais de saúde.

4.7. Análise de Dados

A análise estatística de dados foi efetuada mediante a utilização do software estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 26. Relativamente às variáveis quantitativas foram determinadas as medidas de tendência central, de dispersão e de forma (média, mediana e desvio padrão) e, para as variáveis qualitativas foram determinadas as frequências relativas e absolutas. Foram efetuadas várias análises bivariadas com utilização do Teste de Qui-Quadrado de *Pearson* (χ^2), ou o Teste Exato de *Fisher* (F) quando um dos três pressupostos do Teste de Qui-Quadrado não se verificou, considerando-se diferenças estatisticamente significativas para $p < 0,05$ em todas as análises inferenciais.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização sociodemográfica

A amostra em estudo era constituída por 390 indivíduos dos quais 325 (83,3 %) do género feminino e 65 (16,7 %) do género masculino.

A idade dos participantes variou entre os 20 e os 54 anos, com uma média de 37,7 \pm 5,61 anos e uma mediana de 38 anos, estando a grande maioria (144 indivíduos) compreendida entre os 35-39 anos (36,9 %).

Analisando a Figura 5.1, que ilustra a distribuição da amostra, verifica-se que grande parte dos participantes (81,6 %) estão incluídos nos grupos etários entre os 30 e 44 anos, o que era esperado, por se tratarem de pais de crianças até aos 12 anos de idade.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes eram casados ou viviam em união de facto (79 %), enquanto 5,9 % eram divorciados, 14,6 % eram solteiros e 0,5 % eram viúvos.

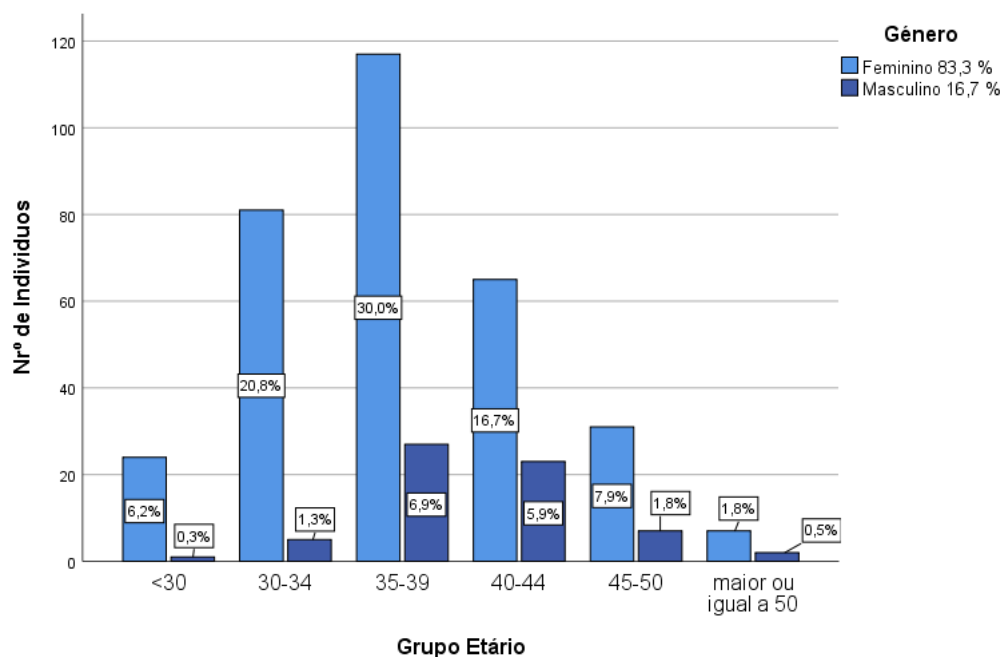


Figura 5.1: Distribuição da amostra de acordo com o género e grupo etário

Na Figura 5.2 podemos observar a distribuição da amostra segundo o grupo profissional e o respetivo ciclo de escolaridade. Esta classificação está de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões do Instituto Nacional de Estatística (INE) (68).

Dos 390 inquiridos apenas 375 identificaram a sua profissão, sendo que 15 elementos não responderam.

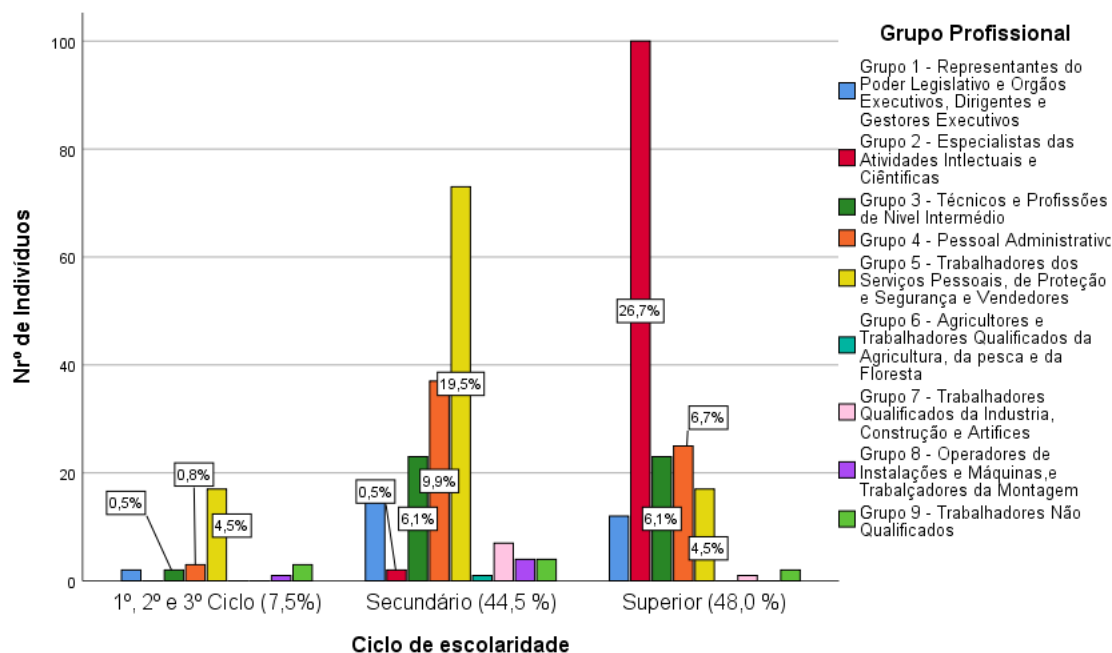


Figura 5.2: Distribuição da amostra de acordo com o ciclo de escolaridade e grupo profissional

De acordo com a figura verificou-se que 44,5 % dos inquiridos possuía nível de escolaridade secundário, 48,0 % nível de escolaridade superior e apenas uma quantidade residual (7,5 %), apresentava nível de escolaridade básico (1º, 2º e 3º ciclo). Observa-se ainda que, dos indivíduos com nível de escolaridade superior, 26,7 % inseriam-se no Grupo Profissional 2 (G2) – Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas, assumindo este grupo profissional destacada evidência. Podemos observar também que os grupos profissionais G3 – Técnicos e Profissões de Nível Intermédio, G4 – Pessoal Administrativo e G5 - Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores, apresentam grande relevância independentemente do ciclo de escolaridade, englobando a maioria dos inquiridos (58,7 %).

A título profissional, tal como referido em Ramalinho (2013) (11), é possível ainda classificar as profissões de acordo com o tipo de trabalho que desempenham, manual ou não manual. Tendo em conta a classificação do INE, referida anteriormente, podemos classificar em “Colarinhos Azuis”, os trabalhadores manuais, dos grupos G5 ao G9 – (Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, construção e artífices; Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; Operadores de instalações

e máquinas e trabalhadores de montagem; Trabalhadores não qualificados), e em “Colarinhos Brancos”, os trabalhadores não manuais, dos grupos G0 ao G4 (Forças Armadas; Representantes do poder legislativo, diretores e gestores executivos; Especialistas de atividades intelectuais; Técnicos e Profissões de nível Intermédio; Pessoal Administrativo).

Segundo esta divisão, verificou-se que dos inquiridos, 245 indivíduos (65,3 %) desempenhavam profissões qualificadas (Colarinhos Brancos) e 130 indivíduos (34,7 %) desempenhavam profissões não qualificadas (Colarinhos Azuis).

A Figura 5.3 ilustra a distribuição da nossa amostra segundo o concelho de residência. Verifica-se que a maioria dos participantes, 284 indivíduos, eram residentes no concelho de São Brás de Alportel, com uma representação de 72,8 % da amostra. Seguiram-se os concelhos de Faro, Loulé, Olhão e Tavira com alguma evidência, no entanto, muito aquém do concelho de São Brás de Alportel.

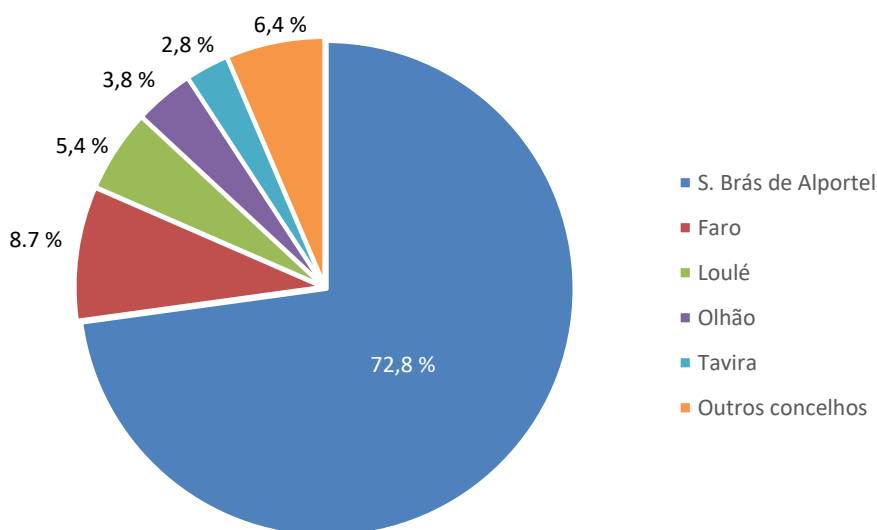


Figura 5.3: Distribuição da amostra por concelho de residência

Relativamente à nacionalidade dos participantes, 382 indivíduos (97,9 %) tinham nacionalidade portuguesa e apenas 8 indivíduos (2,1 %) tinham nacionalidade estrangeira.

Quanto à composição do agregado familiar e de acordo com a Tabela 5.1, observa-se que a maioria dos participantes apresentavam agregados familiares compostos por 3-

4 pessoas (80,3 %) e apenas uma quantidade reduzida apresentavam entre 1-2 pessoas (10,8 %) ou mais de 4 pessoas (9,0 %).

É de referir ainda que 90,0 % dos participantes mencionaram que os seus filhos frequentavam instituições de ensino e apenas 10,0 % ficavam com eles em casa ou a cargo de algum familiar.

Tabela 5.1: Distribuição da amostra de acordo com o agregado familiar e frequência de instituição de ensino

Frequência de instituição de ensino	Agregado Familiar			Total
	1-2 pessoas	3-4 pessoas	Mais de 4 pessoas	
Não	7 17,9%	28 71,8 %	4 10,3 %	39 (10,0 %)
Sim	35 10,0%	285 81,2 %	31 8,8 %	351 (90,0 %)
Total	42 10,8%	313 80,3 %	35 9,0 %	390 100,0 %

A Figura 5.4 ilustra a distribuição da amostra em função do sistema de saúde. Verificou-se que do total da amostra, 114 indivíduos (29,2 %) tinham apenas acesso ao SNS, 190 indivíduos (48,7 %) tinham acesso a seguro de saúde para além do SNS e 86 indivíduos (22,1 %) tinham acesso a outros subsistemas de saúde. É de referir ainda que 11 indivíduos (2,82 %) para além do SNS acumulavam seguro de saúde e outro subsistema de saúde.

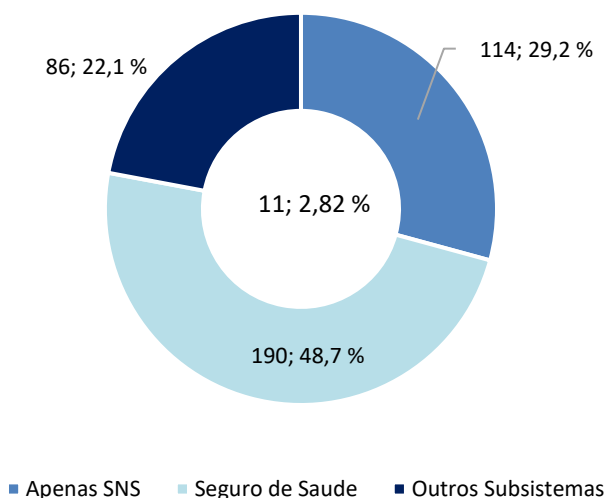


Figura 5.4: Distribuição da amostra em função do sistema de saúde

5.2. Adesão à terapêutica antibiótica em crianças menores de 12 Anos

Para podermos estudar a adesão à terapêutica em crianças, foi necessário questionar os pais sobre o tempo decorrido desde a última administração de antibiótico e qual a patologia responsável.

Observou-se que 215 indivíduos (55,1 %) administraram o último antibiótico há mais de 1 ano, 94 indivíduos (24,1 %) entre 6 meses a 1 ano e, 81 indivíduos (20,8 %) há menos de 6 meses.

As patologias que ocasionaram o tratamento com administração de antibiótico, foram classificadas de acordo com a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2) (69). De acordo com a Figura 5.5, observou-se que a otite foi a causa mais frequente, presente em 28,7 % dos casos, seguiu-se a amigdalite em 23,6 % dos casos, a gripe/constipação (13,1 %) e por fim as patologias associadas ao trato respiratório inferior como a bronquite/bronquiolite (7,7 %) e a pneumonia (3,9 %).

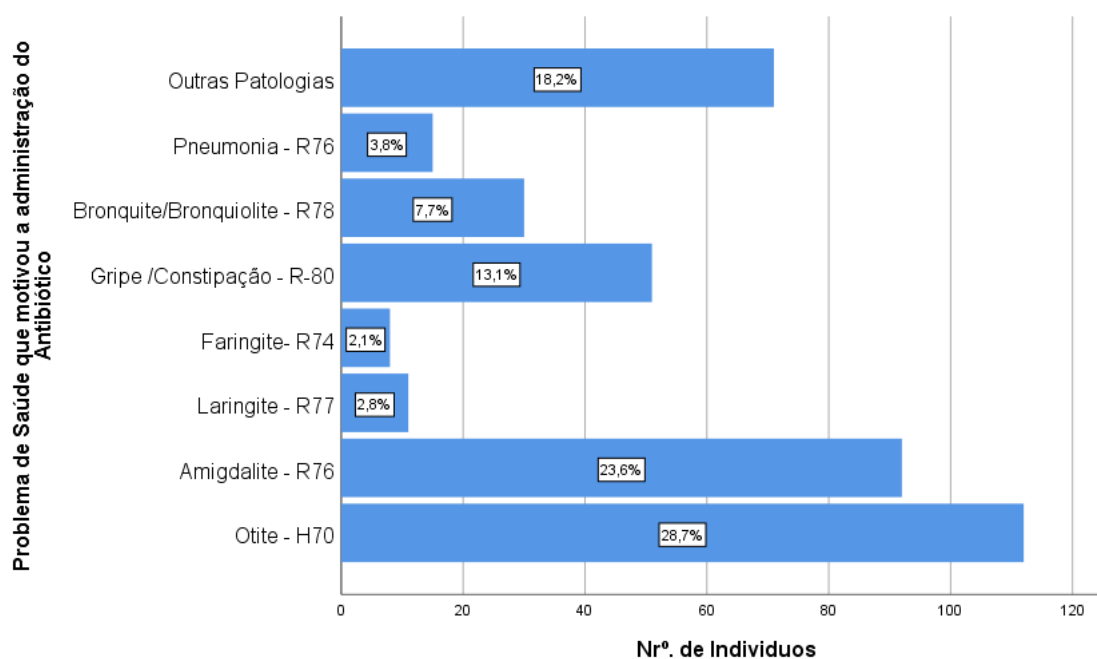


Figura 5.5: Problemas de saúde responsáveis pelo tratamento antibacteriano de acordo com a classificação ICPC-2

Para avaliar a adesão à terapêutica foi também necessário questionar os participantes se aderiram às recomendações dadas sobre a administração do antibiótico nomeadamente, o cumprimento dos dias de toma, as horas de intervalo entre as tomas e os cuidados a ter durante a toma do medicamento.

A Figura 5.6 ilustra a adesão às recomendações dadas e revela que mais de 90 % da população aderiu a qualquer uma delas. Do total da amostra, 97,2 % cumpriu as horas de intervalo entre as tomas e 95,4 % cumpriu o número de dias de toma. Relativamente aos cuidados a ter durante a toma do antibiótico, como por exemplo, agitar antes de usar ou guardar no frigorífico, revelaram ser recomendações mais difíceis de cumprir pois, a adesão foi ligeiramente menor relativamente às anteriores (93,6 %).

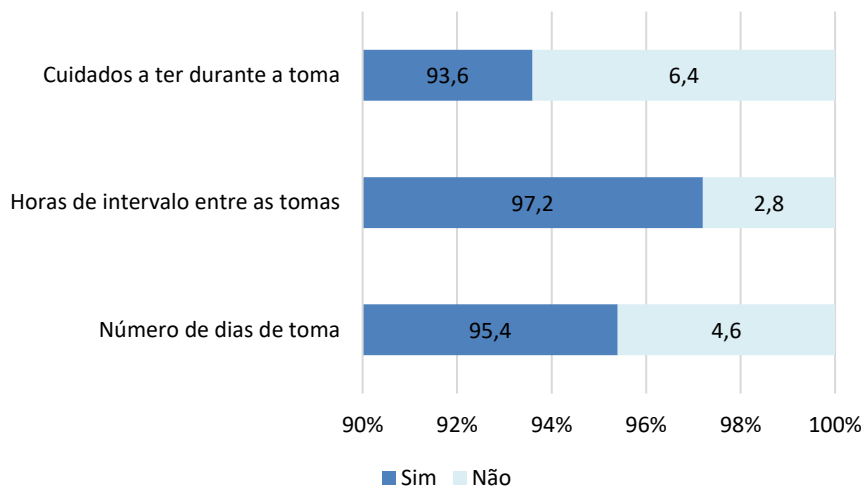


Figura 5.6: Adesão às recomendações recebidas

Procedeu-se à classificação da adesão à terapêutica quanto ao cumprimento das recomendações dadas. A adesão a todas as recomendações prestadas classificou-se como “Adere à Terapêutica” e, a não adesão a pelo menos uma recomendação classificou-se como “Não Adere à Terapêutica.” Tal como ilustra a Figura 5.7, observou-se que a maioria dos indivíduos adere totalmente à terapêutica (89,7 %), enquanto que apenas 10,3 % não adere à terapêutica instituída.

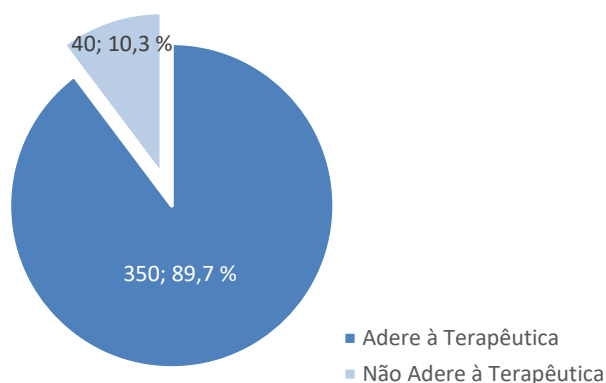


Figura 5.7: Adesão à terapêutica antibiótica

5.2.1. Adesão à terapêutica antibiótica e os fatores condicionantes

Nas Tabelas 5.2, 5.3 e 5.4 apresenta-se a distribuição da adesão à terapêutica quanto à duração do tratamento, ao intervalo entre as tomas e os cuidados a ter durante a administração do antibiótico, em função das características sociodemográficas.

Tabela 5.2: Adesão à terapêutica quanto ao número de dias de administração em função das características sociodemográficas

Variável Sociodemográfica	Aderentes N (%)	Não Aderentes N (%)	Total N (%)	Significância Estatística
Género				Teste exato de Fisher p = 1,000
Feminino	310 (96,6)	11 (3,4)	321 (100)	
Masculino	62 (96,9)	2 (3,1)	64 (100)	
Grupo Etário				Teste exato de Fisher = 0,324 p = 0,918
< 35 anos	107 (97,3)	3 (2,7)	110 (100)	
35-44 anos	220 (96,1)	9 (3,9)	229 (100)	
≥ 45 Anos	45 (97,8)	1 (2,2)	46 (100)	
Estado Civil				Teste exato de Fisher p = 1,000
Casado/União de facto	293 (96,4)	11 (3,6)	304 (100)	
Solteiro/Viúvo/Divorciado	79 (97,5)	2 (2,5)	81 (100)	
Ciclo de Escolaridade				$\chi^2 (1) = 0,001$ p = 1,000
Superior	173 (96,6)	6 (3,4)	179 (100)	
Não Superior	199 (96,6)	7 (3,4)	206 (100)	
Tipo de Profissão				Teste exato de Fisher p = 0,356
Colarinhos Brancos	235 (97,5)	6 (2,5)	241 (100)	
Colarinhos Azuis	123 (95,3)	6 (4,7)	129 (100)	
Situação no Trabalho				Teste exato de Fisher p = 1,000
Ativo	316 (96,6)	11 (3,4)	327 (100)	
Não Ativo	56 (96,6)	2 (3,4)	58 (100)	
Concelho de Residência				Teste exato de Fisher p = 0,198
S. Brás de Alportel	271 (95,8)	12 (4,2)	283 (100)	
Outro	101 (99,0)	1 (1,0)	102 (100)	
Agregado Familiar				Teste exato de Fisher p = 1,000
1-2 pessoas	41 (97,6)	1 (2,4)	42 (100)	
≥ 3 pessoas	331 (96,5)	12 (3,5)	343 (100)	
Frequência de Instituição de Ensino				Teste exato de Fisher p = 0,347
Sim	338 (96,8)	11 (3,2)	349 (100)	
Não	34 (94,4)	2 (5,6)	36 (100)	

De acordo com a Tabela 5.2, verificou-se que a maioria da população ($\geq 94,4\%$), são aderentes ao tratamento e cumprem o número de dias de administração do antibiótico, independentemente do género, idade, estado civil, ciclo de escolaridade, tipo de profissão, situação no trabalho, concelho de residência e número de elementos que constitui o agregado familiar.

Relativamente à análise da adesão à terapêutica, quanto ao número de dias de administração do antibiótico, em função das variáveis sociodemográficas, não se encontraram associações estatisticamente significativas.

Na Tabela 5.3 podemos observar a adesão à terapêutica, quanto às horas de intervalo entre administração do antibiótico, em função das variáveis sociodemográficas. Verificou-se também uma adesão igual ou superior a 94,4 %, tal como no caso anterior, mas nesta análise encontramos uma associação com significado estatístico entre a adesão e o ciclo de escolaridade com um $p = 0,032$. Salienta-se que a adesão foi de 100 % nos inquiridos com ciclo de escolaridade superior.

Constatou-se ainda uma adesão total para indivíduos em situação não ativa, no que se refere ao trabalho, no entanto, neste caso não se encontrou uma associação estatisticamente significativa.

Relativamente aos cuidados a ter durante a administração do antibiótico (Tabela 5.4) observou-se um grau de adesão igual ou superior a 91,9 %. Verificou-se que os indivíduos mais cuidadosos foram os do género feminino; com idade inferior a 35 anos; casados/união de facto; residentes fora do concelho de São Brás de Alportel e aqueles cujos filhos frequentavam instituições de ensino. Contudo não se verificaram associações estatisticamente significativas entre as variáveis.

Tabela 5.3: Adesão à terapêutica quanto ao intervalo entre as administrações em função das características sociodemográficas

Variável Sociodemográfica	Aderentes N (%)	Não Aderentes N (%)	Total N (%)	Significância Estatística
Género				Teste exato de Fisher p = 1,000
Feminino	317 (98,4)	5 (1,6)	322 (100)	
Masculino	62 (98,4)	1 (1,6)	63 (100)	
Grupo Etário				Teste exato de Fisher = 2,674 p = 0,249
< 35 anos	109 (99,1)	1 (0,9)	110 (100)	
35-44 anos	227 (98,7)	3 (1,3)	230 (100)	
≥ 45 Anos	43 (95,6)	2 (4,4)	45 (100)	
Estado Civil				Teste exato de Fisher p = 0,612
Casado/União de facto	299 (98,7)	4 (1,3)	303 (100)	
Solteiro/Viúvo/Divorciado	80 (97,6)	2 (2,4)	82 (100)	
Ciclo de Escolaridade				Teste exato de Fisher p = 0,032
Superior	179 (100)	0 (0)	179 (100)	
Não Superior	200 (97,1)	6 (2,9)	206 (100)	
Tipo de Profissão				Teste exato de Fisher p = 1,000
Colarinhos Brancos	238 (98,3)	4 (1,7)	242 (100)	
Colarinhos Azuis	126 (98,4)	2 (1,6)	128 (100)	
Situação no Trabalho				Teste exato de Fisher p = 0,596
Ativo	320 (98,2)	6 (1,8)	326 (100)	
Não Ativo	59 (100)	0 (0)	59 (100)	
Concelho de Residência				Teste exato de Fisher p = 1,000
S. Brás de Alportel	277 (98,2)	5 (1,8)	282 (100)	
Outro	102 (99,0)	1 (1,0)	103 (100)	
Agregado Familiar				Teste exato de Fisher p = 0,126
1-2 pessoas	39 (95,1)	2 (4,9)	41 (100)	
≥ 3 pessoas	340 (98,8)	4 (1,2)	344 (100)	
Frequência de Instituição de Ensino				Teste exato de Fisher p = 0,100
Sim	345 (98,9)	4 (1,1)	349 (100)	
Não	34 (94,4)	2 (5,6)	36 (100)	

Tabela 5.4: Adesão à terapêutica quanto aos cuidados a ter durante a administração em função das características sociodemográficas

Variável Sociodemográfica	Aderentes N (%)	Não Aderentes N (%)	Total N (%)	Significância Estatística
Género				Teste exato de Fisher p = 0,085
Feminino	308 (97,8)	7 (2,2)	315 (100)	
Masculino	57 (93,4)	4 (6,6)	61 (100)	
Grupo Etário				Teste exato de Fisher = 0,687 p = 0,814
< 35 anos	108 (98,2)	2 (1,8)	110 (100)	
35-44 anos	215 (96,4)	8 (3,6)	223 (100)	
≥ 45 Anos	42 (97,7)	1 (2,3)	43 (100)	
Estado Civil				Teste exato de Fisher p = 0,257
Casado/União de facto	289 (97,6)	7 (2,4)	296 (100)	
Solteiro/Viúvo/Divorciado	76 (95,0)	4 (5,0)	80 (100)	
Ciclo de Escolaridade				$\chi^2_{(1)} = 0,448$ p = 0,556
Superior	170 (97,7)	4 (2,3)	174 (100)	
Não Superior	195 (96,5)	7 (3,5)	202 (100)	
Tipo de Profissão				Teste exato de Fisher p = 0,523
Colarinhos Brancos	230 (97,5)	6 (2,5)	236 (100)	
Colarinhos Azuis	120 (96,6)	5 (4,0)	125 (100)	
Situação no Trabalho				Teste exato de Fisher p = 1,000
Ativo	307 (96,8)	10 (3,2)	317 (100)	
Não Ativo	58 (98,3)	1 (1,7)	59 (100)	
Concelho de Residência				Teste exato de Fisher p = 0,734
S. Brás de Alportel	266 (96,7)	9 (3,3)	275 (100)	
Outro	99 (98,0)	2 (2,0)	101 (100)	
Agregado Familiar				Teste exato de Fisher p = 0,107
1-2 pessoas	38 (92,7)	3 (7,3)	41 (100)	
≥ 3 pessoas	327 (97,6)	8 (2,4)	335 (100)	
Frequência de Instituição de Ensino				Teste exato de Fisher p = 0,083
Sim	331 (97,6)	8 (2,4)	339 (100)	
Não	34 (91,9)	3 (8,1)	37 (100)	

5.3. Automedicação pediátrica em infeções respiratórias

Atualmente a automedicação é uma prática relativamente frequente e, por isso, um dos objetivos deste estudo, foi saber quais os fatores que condicionam a automedicação pediátrica na presença de infeções respiratórias.

Dos pais inquiridos, 61,0 % afirmaram ser habitual automedicarem o seu filho com MNSRM quando apresentam infeções do trato respiratório enquanto, 39,0 % referiu não praticar automedicação, preferindo a consulta médica.

De acordo com a Figura 5.8, dos pais que afirmaram recorrer à automedicação habitualmente com os seus filhos, 61,8 % referiram medicar com Analgésicos/Antipiréticos/Anti-Inflamatórios. Os medicamentos para a tosse são a classe a seguir mais utilizada em automedicação (46,6 %). Seguiram-se os Descongestionantes Nasais (15,6 %), os Anti-Histamínicos (13,5 %), os medicamentos Homeopáticos (7,6 %) e por fim os de ação local, como é o caso das Pastilhas para a Garganta (3,8 %).

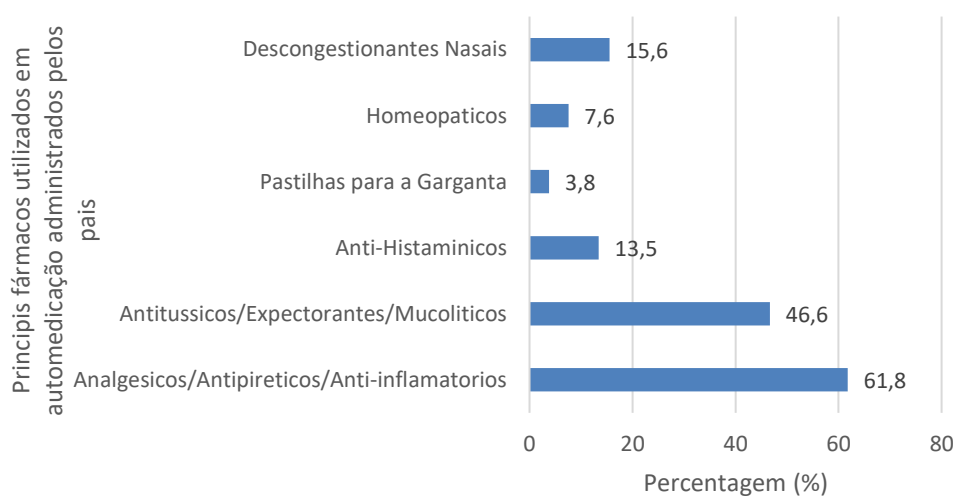


Figura 5.8: Fármacos utilizados em automedicação pelos pais em situações de infeções respiratórias

Questionou-se também se os pais já tinham recorrido à automedicação usando MSRSM e quais as razões que os levaram a esse comportamento. Dos 390 indivíduos, 181 (46,4 %) assumiram que já o teriam praticado e várias foram as razões que identificámos. A Figura 5.9 ilustra as razões que justificaram a automedicação com MSRSM e quais foram as mais frequentes.

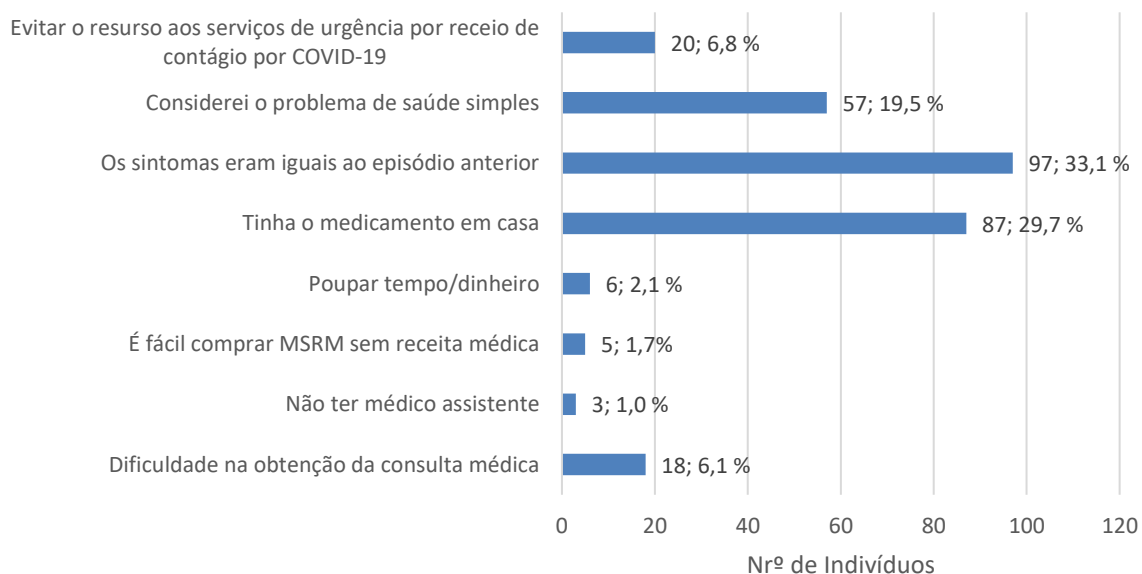


Figura 5.9: Razões que levaram à automedicação com MSRMs

Observou-se que as razões mais frequentes que levaram os pais a automedicarem os filhos com MSRMs foram: os sintomas serem iguais ao episódio anterior (33,1%) e possuírem em casa a medicação que restou desse tratamento (29,7 %).

O facto de se tratar de um problema de saúde simples, foi também um argumento que 57 indivíduos (19,5 %) usaram para justificar a prática de automedicação. A dificuldade de obtenção de consulta médica e a pandemia COVID-19 que atravessamos atualmente, foram também argumentos válidos para a automedicação, no entanto, em menor incidência.

No que se refere à automedicação com antibióticos, apenas 17 indivíduos (4,4 %), afirmaram ter administrado antibiótico sem receita médica. Destes indivíduos, 9 referiram que o antibiótico foi indicado pelo médico, 4 pelo farmacêutico e 4 por amigos ou familiares.

Outro fator que pode condicionar a automedicação é o acesso a outros sistemas de saúde e conseqüentemente o custo associado à consulta médica e à aquisição de medicamentos.

Na Tabela 5.5 apresenta-se a distribuição dos inquiridos que praticaram automedicação, quanto ao tipo de medicação utilizada, em função do sistema de saúde.

Tabela 5.5: Automedicação quanto ao tipo de medicamento utilizado em função do sistema de saúde

Automedicação	Outro Sistema de Saúde para Além do SNS			Significância Estatística
	Sim N (%)	Não N (%)	Total N (%)	
MNSRM				$\chi^2_{(1)} = 4,772$ p = 0,031
Sim N (%)	178 (74,8) (64,5)	60 (25,2) (52,6)	238 (100) (61,0)	
Não N (%)	98 (64,5) (35,5)	54 (35,5) (47,4)	152 (100) (39,0)	
Total N (%)	276 (70,8) (100)	114 (29,2) (100)	390 (100) (100)	
MSRM				$\chi^2_{(1)} = 4,120$ p = 0,045
Sim N (%)	119 (65,7) (43,1)	62 (34,3) (54,4)	181 (100) (46,4)	
Não N (%)	157 (75,1) (56,9)	52 (24,9) (45,6)	209 (100) (53,6)	
Total N (%)	276 (70,8) (100)	114 (29,2) (100)	390 (100) (100)	
Antibiótico				Teste exato de Fisher p = 0,282
Sim N (%)	10 (58,8) (3,6)	7 (41,2) (6,9)	17 (100) (4,4)	
Não N (%)	266 (71,3) (96,4)	107 (28,7) (93,9)	373 (100) (95,6)	
Total N (%)	276 (70,8) (100)	114 (29,2) (100)	390 (100) (100)	

De acordo com os resultados verificou-se que a automedicação com MNSRM foi praticada, majoritariamente (74,8 %), por indivíduos que possuam outro sistema de saúde para além do SNS. Esta associação apresenta significado estatístico.

Quando se estudou a associação entre as variáveis, “automedicação com MSRM” e o “acesso a outro sistema de saúde”, verificou-se que a automedicação foi mais frequente entre os inquiridos que tinham acesso a outro sistema de saúde (65,7%). As diferenças são estatisticamente significativas.

No caso da automedicação com antibióticos, apenas 4,4 % admitiram já o terem praticado, no entanto não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quando se estudou a associação com a variável "Ter acesso a outros Sistemas de Saúde".

5.4. Conhecimento, crenças e atitudes dos pais relativamente ao uso de antibióticos em crianças.

Na Tabela 5.6 apresenta-se o conjunto de questões que visaram avaliar o conhecimento, crenças e atitudes dos pais, quanto ao tratamento com antibióticos nos seus filhos, e a respetiva distribuição de respostas obtidas em valor absoluto e relativo, média e desvio padrão.

Tabela 5.6: Questões aplicadas sobre conhecimento, crenças e atitudes dos pais quanto ao uso de antibióticos

Itens	CT N (%)	CP N (%)	NC ND N (%)	DP N (%)	DT N (%)	Total N (%)	Média	Desvio Padrão
1. Quando se tem dor de garganta deve tomar-se antibiótico para evitar que a doença agrave.	12 (3,1)	53 (13,6)	59 (15,1)	56 (14,4)	210 (53,8)	390 (100)	4,02	1,230
2. Quando o meu filho está constipado e vai a uma consulta, o médico deve receitar antibiótico para que se cure mais rapidamente.	8 (2,1)	37 (9,5)	47 (12,1)	47 (12,1)	251 (64,4)	390 (100)	4,27	1,121
3. Tomar antibiótico quando não é necessário pode aumentar a resistência da bactéria.	218 (55,9)	55 (14,1)	39 (10,0)	19 (4,9)	59 (15,1)	390 (100)	3,91	1,487
4. Se não tomar o total do antibiótico a resistência das bactérias pode aumentar.	178 (45,6)	79 (20,3)	73 (18,7)	25 (6,4)	35 (9,0)	390 (100)	3,87	1,302
5. Os antibióticos podem provocar efeitos adversos graves	148 (37,9)	120 (30,8)	73 (18,7)	35 (9,0)	14 (3,6)	390 (100)	3,91	1,115
6. Os antibióticos servem para tratar infeções por bactérias.	231 (59,2)	77 (19,7)	50 (12,8)	17 (4,4)	15 (3,8)	390 (100)	4,26	1,084
7. A constipação, tosse ou gripe melhoram mais rapidamente com antibiótico.	23 (5,9)	49 (12,6)	71 (18,2)	61 (15,6)	186 (47,7)	390 (100)	3,87	1,296
8. Sempre que uma criança tem febre deve tomar antibiótico para que a doença não agrave.	17 (4,4)	28 (7,2)	29 (7,4)	53 (13,6)	263 (67,4)	390 (100)	4,33	1,151
9. Posso administrar antibiótico sem receita médica ao meu filho se for aconselhado pelo farmacêutico	10 (2,6)	33 (8,5)	33 (8,5)	50 (12,8)	264 (67,7)	390 (100)	4,35	1,102
10. Posso administrar antibiótico ao meu filho sem receita médica porque sei qual o antibiótico que o médico vai prescrever.	7 (1,8)	31 (7,9)	22 (5,6)	32 (8,2)	298 (76,4)	390 (100)	4,49	1,029
11. Os antibióticos servem para tratar infeções por vírus	57 (14,6)	40 (10,3)	75 (19,2)	35 (9,0)	183 (46,9)	390 (100)	3,63	1,503
12. Posso administrar antibiótico por indicação de vizinhos, amigos ou familiares.	10 (2,6)	23 (5,9)	18 (4,6)	19 (4,9)	320 (82,1)	390 (100)	4,58	1,000
13. Se o meu filho ficar melhor, posso reduzir a dose ou parar a administração do antibiótico	11 (2,8)	26 (6,7)	23 (5,9)	23 (5,9)	307 (78,7)	390 (100)	4,51	1,053
14. Posso dar antibiótico guardado em casa quando os sintomas são semelhantes ao episódio anterior tratado com antibiótico.	11 (2,8)	26 (6,7)	23 (5,9)	30 (7,7)	300 (76,9)	390 (100)	4,49	1,053
15. O Sistema Imunitário do meu filho será prejudicado se tomar antibiótico.	100 (25,6)	98 (25,1)	99 (25,4)	42 (10,8)	51 (13,1)	390 (100)	2,61	1,325

Analisando as respostas às questões colocadas aos inquiridos, verificou-se que de um modo geral, as questões que exploram crenças e atitudes apresentaram um valor médio mais elevado, superior a 4,00, enquanto que as questões referentes ao conhecimento revelaram valores médios inferiores.

É de salientar as respostas a algumas questões particularmente importantes (Tabela 5.7), umas devido à frequência que são referidas na literatura (8,11,60–67), e outras pelo seu conteúdo pertinente, no que se refere ao facto de estarmos a estudar os conhecimentos e comportamentos dos pais perante o tratamento de crianças com antibióticos.

Tabela 5.7: Questões selecionados sobre conhecimento crenças e atitudes dos pais sobre antibióticos

Itens	Concordo Totalmente ou Parcialmente N (%)	Não Concordo Nem Discordo N (%)	Discordo Totalmente ou Parcialmente N (%)	Total N (%)	Média
2. Quando o meu filho está constipado e vai a uma consulta, o médico deve receitar antibiótico para que se cure mais rapidamente.	45 (11,5)	47 (12,1)	298 (76,4)	390 (100)	4,27
8. Sempre que uma criança tem febre deve tomar antibiótico para que a doença não agrave.	45 (11,5)	29 (7,4)	316 (81,0)	390 (100)	4,33
11. Os antibióticos servem para tratar infeções por vírus.	97 (24,9)	75 (19,2)	218 (55,9)	390 (100)	3,63
13. Se o meu filho ficar melhor, posso reduzir a dose ou parar a administração do antibiótico.	37 (9,5)	23 (5,9)	330 (84,6)	390 (100)	4,51
15. O Sistema Imunitário do meu filho será prejudicado se tomar antibiótico.	198 (50,8)	99 (25,4)	93 (23,8)	390 (100)	2,61

A questão 2 “Quando o meu filho está constipado e vai a uma consulta, o médico deve receitar antibiótico para que se cure mais rapidamente.” e a questão 8 “Sempre que uma criança tem febre deve tomar antibiótico para que a doença não agrave.” estão relacionadas com as crenças e atitudes dos pais. Verificou-se que a maioria dos inquiridos discordava total ou parcialmente (76,4 % e 81,0 %) destas afirmações, sendo que 12,1 % e 7,4 % não tinha opinião e apenas 11,5 % acreditava na veracidade destas afirmações. Os valores médios foram de 4,27 e 4,33 respetivamente.

A questão 13 “Se o meu filho ficar melhor, posso reduzir a dose ou parar a administração do antibiótico.” está relacionada não só com crenças e atitudes, mas também com a adesão ao tratamento. Observou-se que 84,6 % dos inquiridos discordava

total ou parcialmente desta afirmação, e apenas 9,5 % afirmava que a toma do antibiótico pode ser suspensa ou mesmo reduzida a sua dose, caso a criança revele melhoras dos sintomas. O valor médio obtido foi de 4,51.

A questão 11 “Os antibióticos servem para tratar infecções por vírus.” e a questão 15 “O Sistema Imunitário do meu filho será prejudicado se tomar antibiótico.” avaliam o conhecimento dos participantes sobre antibióticos. Constatou-se que, cerca de metade dos inquiridos, 55,9 % discordava total ou parcialmente que os antibióticos tratam infecções por vírus, 19,2 % não tinha opinião e 24,9 % concordava total ou parcialmente que esta afirmação é verdadeira.

Quanto à questão 15 “O Sistema Imunitário do meu filho será prejudicado se tomar antibiótico.”, contrariamente às questões anteriores, aproximadamente metade dos participantes (50,7 %) revelou desconhecer que a toma de antibióticos não prejudica o Sistema Imunitário, 25,4 % não teve opinião e apenas 23,9 % revelou ter conhecimento sobre este tema. Os valores médios obtidos foram os mais baixos de todas as questões, 3,63 e 2,61 respetivamente.

O último objetivo específico deste trabalho, para além de caracterizar o conhecimento, crenças e atitudes dos pais de crianças, foi relacionar estas variáveis com as variáveis sociodemográficas e com a adesão à terapêutica antibiótica.

Nas Tabelas 5.8, 5.9, 5.10, 5.11 e 5.12 apresentam-se os resultados de acordo com as crenças, atitudes e conhecimentos dos inquiridos e as respetivas significâncias estatísticas (Teste Qui-Quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher), relativas às cinco questões selecionadas (Tabela 5.7), em função das características sociodemográficas.

A Tabela 5.8, apresenta as respostas relativas à questão 2 “Quando o meu filho está constipado e vai a uma consulta, o médico deve receitar antibiótico para que se cure mais rapidamente” em função das características sociodemográficas.

Tabela 5.8: Conhecimento relativo à questão 2 – “Quando o meu filho está constipado e vai a uma consulta, o médico deve receitar antibiótico para que se cure mais rapidamente.” em função das características sociodemográficas

Variável Sociodemográfica	Concordo Total ou Parcialmente N (%)	Não Concordo Nem Discordo N (%)	Discordo Total ou Parcialmente N (%)	Total N (%)	Significância Estatística
Género					$\chi^2_{(2)} = 6,040$ $p = 0,047$
Feminino	34 (10,5)	35 (6,8)	256 (82,5)	325 (100)	
Masculino	11 (16,6)	12 (18,5)	42 (64,6)	65 (100)	
Grupo Etário					$\chi^2_{(4)} = 15,464$ $p = 0,004$
< 35 anos	16 (14,4)	16 (14,4)	79 (71,2)	111 (100)	
35-44 anos	17 (7,3)	28 (12,1)	187 (80,6)	232 (100)	
≥ 45 Anos	12 (25,5)	6 (6,4)	32 (68,1)	47 (100)	
Estado Civil					$\chi^2_{(2)} = 5,403$ $p = 0,066$
Casado/União de facto	33 (10,7)	32 (10,4)	243 (79,8)	308 (100)	
Solteiro/Viúvo/Divorciado	12 (14,6)	15 (18,3)	55 (67,1)	82 (100)	
Ciclo de Escolaridade					$\chi^2_{(2)} = 19,521$ $p = 0,000$
Superior	12 (6,7)	12 (6,7)	156 (86,7)	180 (100)	
Não Superior	33 (15,7)	35 (16,7)	142 (67,6)	210 (100)	
Tipo de Profissão					$\chi^2_{(2)} = 21,363$ $p = 0,000$
Colarinhos Brancos	17 (6,9)	23 (9,4)	205 (83,7)	245 (100)	
Colarinhos Azuis	26 (20,0)	22 (16,9)	82 (63,1)	130 (100)	
Situação no Trabalho					$\chi^2_{(2)} = 1,834$ $p = 0,421$
Ativo	35 (10,6)	40 (12,1)	255 (77,3)	330 (100)	
Não Ativo	10 (16,7)	7 (11,7)	43 (71,7)	60 (100)	
Concelho de Residência					$\chi^2_{(2)} = 6,561$ $p = 0,037$
S. Brás de Alportel	39 (13,7)	37 (13,0)	208 (73,2)	284 (100)	
Outro	6 (5,7)	10 (9,4)	90 (84,9)	106 (100)	
Agregado Familiar					F = 2,387 $p = 0,304$
1-2 pessoas	5 (11,9)	8 (19,0)	29 (69,0)	42 (100)	
≥ 3 pessoas	40 (11,5)	39 (11,2)	269 (77,3)	348 (100)	
Frequência de Instituição de Ensino					F = 5,637 $p = 0,054$
Sim	37 (10,5)	40 (11,4)	274 (78,1)	351 (100)	
Não	8 (20,5)	7 (17,9)	24 (61,5)	39 (100)	

Verificou-se que foram os elementos do género masculino; os com idade igual ou superior a 45 anos; os provenientes de agregados menores; com profissões não qualificadas; residentes no concelho de São Brás de Alportel e os que cujos filhos não frequentavam instituições de ensino que creem erradamente nesta afirmação. Por sua vez, os inquiridos do género feminino; entre os 35 e os 44 anos; casados/união de facto; com

nível de escolaridade superior; no ativo; com profissões qualificadas; que residiam fora do concelho de S. Brás de Alportel; e aqueles cujos filhos frequentavam instituições de ensino, que discordavam em maioria e de forma correta desta afirmação.

A associação entre a afirmação “Quando o meu filho está constipado e vai a uma consulta, o médico deve receitar antibiótico para que se cure mais rapidamente.” e as variáveis, “género”, “grupo etário”, “ciclo de escolaridade”, “profissão” e “concelho de residência” é estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Na Tabela 5.9 apresentam-se as respostas relativas à questão 8 “Sempre que uma criança tem febre deve tomar antibiótico para que a doença não agrave.” de acordo com as respetivas características sociodemográficas.

Os inquiridos do género masculino; com idade igual ou superior a 45 anos; com profissões não qualificadas; residentes no concelho de São Brás de Alportel; e aqueles cujos filhos não frequentavam instituições de ensino; provenientes de agregados familiares de maior dimensão foram os que assumiram com maior frequência concordar com esta afirmação. Os inquiridos do género feminino; entre os 35 e os 44 anos; com nível de escolaridade superior; no ativo; com profissões qualificadas; residentes fora do concelho de S. Brás de Alportel; e aqueles cujos filhos frequentavam instituições de ensino, discordaram com maior frequência no que concerne à mesma afirmação.

De acordo com estes resultados, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) na associação entre as variáveis “Sempre que uma criança tem febre deve tomar antibiótico para que a doença não agrave.” e “ciclo de escolaridade”, “profissão” e “frequência da criança numa instituição de ensino”.

Tabela 5.9: Conhecimento relativo à questão 8 – “Sempre que uma criança tem febre deve tomar antibiótico para que a doença não agrave.” em função das características sociodemográficas

Variável Sociodemográfica	Concordo Total ou Parcialmente N (%)	Não Concordo Nem Discordo N (%)	Discordo Total ou Parcialmente N (%)	Total N (%)	Significância Estatística
Género					F = 2,949 p = 0,218
Feminino	35 (10,8)	22 (6,8)	268 (82,5)	325 (100)	
Masculino	10 (15,4)	7 (10,8)	48 (73,8)	65 (100)	
Grupo Etário					F = 8,873 p = 0,058
< 35 anos	14 (12,6)	6 (5,4)	91(82,0)	111 (100)	
35-44 anos	20 (8,6)	19 (8,2)	193 (83,2)	232 (100)	
≥ 45 Anos	11 (23,4)	4 (8,5)	32 (68,1)	47 (100)	
Estado Civil					$\chi^2_{(2)} = 0,999$ p = 0,633
Casado/União de facto	35 (11,4)	25 (8,1)	248 (80,5)	308 (100)	
Solteiro/Viúvo/Divorciado	10 (12,2)	4 (4,9)	68 (82,9)	82 (100)	
Ciclo de Escolaridade					$\chi^2_{(2)} = 8,349$ p = 0,015
Superior	14 (7,8)	9 (5,0)	157 (87,2)	180 (100)	
Não Superior	31 (14,8)	20 (9,5)	159 (75,7)	210 (100)	
Tipo de Profissão					$\chi^2_{(2)} = 14,399$ p = 0,001
Colarinhos Brancos	19 (7,8)	12 (4,9)	214 (87,3)	245 (100)	
Colarinhos Azuis	24 (18,5)	13 (10,0)	93 (71,5)	130 (100)	
Situação no Trabalho					F = 4,381 p = 0,109
Ativo	34 (10,3)	23 (7,0)	273 (82,7)	330 (100)	
Não Ativo	11 (18,3)	6 (10,0)	43 (71,7)	60 (100)	
Concelho de Residência					$\chi^2_{(2)} = 0,849$ p = 0,662
S. Brás de Alportel	35 (12,3)	22 (7,71)	227 (79,9)	284 (100)	
Outro	10 (9,4)	7 (6,6)	89 (84,0)	106 (100)	
Agregado Familiar					F = 3,507 p = 0,170
1-2 pessoas	3 (7,1)	6 (14,3)	33 (78,6)	42 (100)	
≥ 3 pessoas	42 (12,1)	23 (6,6)	283 (81,3)	348 (100)	
Frequência de Instituição de Ensino					F = 7,991 p = 0,013
Sim	37 (10,5)	23 (6,6)	291 (82,9)	351 (100)	
Não	8 (20,5)	6 (15,4)	25 (64,1)	39 (100)	

Na Tabela 5.10 encontram-se ilustradas as respostas relativas à questão 11 “Os antibióticos servem para tratar infeções por vírus.” de acordo com as respetivas características sociodemográficas.

Tabela 5.10: Conhecimento relativo à questão 11 – “Os antibióticos servem para tratar infeções por vírus.” em função das características sociodemográficas

Variável Sociodemográfica	Concordo Total ou Parcialmente N (%)	Não Concordo Nem Discordo N (%)	Discordo Total ou Parcialmente N (%)	Total N (%)	Significância Estatística
Género					$\chi^2_{(2)} = 1,003$ $p = 0,609$
Feminino	84 (25,8)	62 (19,1)	179 (55,1)	325 (100)	
Masculino	13 (20,0)	13 (20,0)	39 (60,0)	65 (100)	
Grupo Etário					$\chi^2_{(4)} = 6,270$ $p = 0,181$
< 35 anos	34 (30,6)	21 (18,9)	56 (50,5)	111 (100)	
35-44 anos	48 (20,7)	44 (19,0)	140 (60,3)	232 (100)	
≥ 45 Anos	15 (31,9)	10 (21,3)	22 (46,8)	47 (100)	
Estado Civil					$\chi^2_{(2)} = 3,363$ $p = 0,192$
Casado/União de facto	71 (23,1)	58 (18,8)	179 (58,1)	308 (100)	
Solteiro/Viúvo/Divorciado	26 (31,7)	17 (20,7)	39 (47,6)	82 (100)	
Ciclo de Escolaridade					$\chi^2_{(2)} = 33,866$ $p = 0,000$
Superior	30 (16,7)	21 (11,7)	129 (71,7)	180 (100)	
Não Superior	67 (31,9)	54 (25,7)	89 (42,4)	210 (100)	
Tipo de Profissão					$\chi^2_{(2)} = 19,023$ $p = 0,000$
Colarinhos Brancos	51 (20,8)	35 (14,3)	159 (64,9)	245 (100)	
Colarinhos Azuis	43 (33,1)	33 (25,4)	54 (41,5)	130 (100)	
Situação no Trabalho					$\chi^2_{(2)} = 4,791$ $p = 0,090$
Ativo	79 (23,9)	59 (17,9)	192 (58,2)	330 (100)	
Não Ativo	18 (30)	16 (26,7)	26 (43,3)	60 (100)	
Concelho de Residência					$\chi^2_{(2)} = 5,976$ $p = 0,052$
S. Brás de Alportel	79 (27,8)	56 (19,7)	149 (52,5)	284 (100)	
Outro	18 (17,0)	19 (17,9)	69 (65,1)	106 (100)	
Agregado Familiar					$\chi^2_{(2)} = 5,430$ $p = 0,066$
1-2 pessoas	16 (38,1)	9 (21,4)	17 (40,5)	42 (100)	
≥ 3 pessoas	81 (23,3)	66 (19,0)	201 (57,8)	348 (100)	
Frequência de Instituição de Ensino					$\chi^2_{(2)} = 5,549$ $p = 0,065$
Sim	89 (25,4)	62 (17,7)	200 (57,0)	351 (100)	
Não	8 (20,5)	13 (33,3)	18 (46,2)	39 (100)	

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que, em valor relativo, foram os elementos do género masculino; entre os 35 e os 44 anos; casados/união de facto; com nível superior de escolaridade; no ativo com profissões qualificadas; residentes fora do concelho de São Brás de Alportel; com agregados familiares maiores; e aqueles cujos filhos frequentavam instituições de ensino que revelaram ter maior conhecimento sobre a questão.

De acordo com estes resultados, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) na associação entre a variável “Os antibióticos servem para tratar infeções por vírus.” e as variáveis, “ciclo de escolaridade” e “tipo de profissão exercida”.

Na Tabela 5.11 encontram-se as respostas relativas à questão 15 “O Sistema Imunitário do meu filho será prejudicado se tomar antibiótico” de acordo com as respetivas características sociodemográficas.

Tabela 5.11: Conhecimento relativo à questão 15 – “O Sistema Imunitário do meu filho será prejudicado se tomar antibiótico.” em função das características sociodemográficas

Variável Sociodemográfica	Concordo Total ou Parcialmente N (%)	Não Concordo Nem Discordo N (%)	Discordo Total ou Parcialmente N (%)	Total N (%)	Significância Estatística
Género					$\chi^2_{(2)} = 6,178$ $p = 0,042$
Feminino	174 (53,5)	79 (24,3)	72 (22,2)	325 (100)	
Masculino	24 (36,9)	20 (30,8)	21 (32,3)	65 (100)	
Grupo Etário					$\chi^2_{(4)} = 3,187$ $p = 0,531$
< 35 anos	52 (46,8)	35 (31,5)	24 (21,6)	111 (100)	
35-44 anos	121 (52,2)	54 (23,3)	57 (24,6)	232 (100)	
≥ 45 Anos	25 (53,2)	10 (21,3)	12 (25,5)	47 (100)	
Estado Civil					$\chi^2_{(2)} = 0,179$ $p = 0,933$
Casado/União de facto	158 (51,3)	77 (25,0)	73 (23,7)	308 (100)	
Solteiro/Viúvo/Divorciado	40 (48,8)	22 (26,8)	20 (24,4)	82 (100)	
Ciclo de Escolaridade					$\chi^2_{(2)} = 1,384$ $p = 0,507$
Superior	95 (52,8)	47 (26,1)	38 (21,1)	180 (100)	
Não Superior	103 (49,0)	52 (24,8)	55 (26,2)	210 (100)	
Tipo de Profissão					$\chi^2_{(2)} = 2,293$ $p = 0,321$
Colarinhos Brancos	126 (51,4)	66 (26,9)	53 (21,6)	245 (100)	
Colarinhos Azuis	63 (48,5)	30 (23,1)	37 (28,5)	130 (100)	
Situação no Trabalho					$\chi^2_{(2)} = 2,440$ $p = 0,310$
Ativo	170 (51,5)	86 (26,1)	74 (22,4)	330 (100)	
Não Ativo	28 (46,7)	13 (21,7)	19 (31,7)	60 (100)	
Concelho de Residência					$\chi^2_{(2)} = 0,312$ $p = 0,869$
S. Brás de Alportel	146 (51,4)	70 (24,6)	68 (23,9)	284 (100)	
Outro	52 (49,1)	29 (27,4)	25 (23,6)	106 (100)	
Agregado Familiar					$\chi^2_{(2)} = 1,264$ $p = 0,550$
1-2 pessoas	18 (42,9)	13 (31,0)	11 (26,2)	42 (100)	
≥ 3 pessoas	180 (51,7)	86 (24,7)	82 (23,6)	348 (100)	
Frequência de Instituição de Ensino					$\chi^2_{(2)} = 0,152$ $p = 0,951$
Sim	178 (50,7)	90 (25,6)	83 (23,6)	351 (100)	
Não	20 (51,3)	9 (23,1)	10 (25,6)	39 (100)	

Contrariamente a todas as outras questões, mais de 51,3 % dos indivíduos concordava total ou parcialmente de forma errada com a afirmação, o que originou o valor médio mais baixo de todos, 2,61, revelando menor conhecimento por parte dos inquiridos sobre o tema abordado. Em valor relativo, foram os indivíduos do género masculino; com idade superior a 45 anos; com escolaridade não superior; e profissões não qualificadas; com agregados familiares mais pequenos; e aqueles cujos filhos não frequentam instituições de ensino, que demonstram ter algum conhecimento sobre o tema abordado.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) na associação entre a variável “O Sistema Imunitário do meu filho será prejudicado se tomar antibiótico.” e a variável “género”.

Na Tabela 5.12 apresentam-se as respostas relativas à questão 13 “Se o meu filho ficar melhor posso reduzir a dose ou parar a administração do antibiótico.” de acordo com as respetivas características sociodemográficas.

Constatou-se que a maioria dos inquiridos ($\geq 85,1$ %) discordavam corretamente de forma total ou parcial desta afirmação. Foram os indivíduos do género feminino; entre os 35 e 44 anos; casados/união de facto; com nível de escolaridade Superior; com profissões qualificadas; residentes fora do concelho de São Brás de Alportel; e aqueles cujos filhos frequentavam instituições de ensino, que revelaram não crerem nesta afirmação e muito provavelmente cumpriram a terapêutica até ao final.

De acordo com estes resultados, existe associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a variável “Se o meu filho ficar melhor posso reduzir a dose ou parar a administração do antibiótico.” e as variáveis, “grupo etário”, “ciclo de escolaridade”, “tipo de profissão”, “situação no trabalho” e “frequência da criança numa instituição de ensino”.

Tabela 5.12: Conhecimento relativo à questão 13 – “Se o meu filho ficar melhor posso reduzir a dose ou parar a administração do antibiótico” em função das características sociodemográficas

Variável Sociodemográfica	Concordo Total ou Parcialmente N (%)	Não Concordo Nem Discordo N (%)	Discordo Total ou Parcialmente N (%)	Total N (%)	Significância Estatística
Género					F = 5,526 p = 0,060
Feminino	28 (8,6)	16 (4,9)	281 (86,5)	325 (100)	
Masculino	9 (13,8)	7 (10,8)	49 (75,4)	65 (100)	
Grupo Etário					F = 14,450 p = 0,004
< 35 anos	12 (10,8)	4 (3,6)	95 (85,6)	111 (100)	
35-44 anos	14 (6,0)	15 (6,5)	203 (87,5)	232 (100)	
≥ 45 Anos	11 (23,4)	4 (8,5)	32 (68,1)	47 (100)	
Estado Civil					F = 0,587 p = 0,756
Casado/União de facto	29 (9,4)	17 (5,5)	262 (85,1)	308 (100)	
Solteiro/Viúvo/Divorciado	8 (9,8)	6 (7,3)	68 (82,9)	82 (100)	
Ciclo de Escolaridade					$\chi^2_{(2)} = 17,383$ p = 0,000
Superior	9 (5,0)	4 (2,2)	167 (92,8)	180 (100)	
Não Superior	28 (13,3)	19 (9,0)	163 (77,6)	210 (100)	
Tipo de Profissão					$\chi^2_{(2)} = 16,029$ p = 0,000
Colarinhos Brancos	13 (5,3)	11 (4,5)	221 (90,2)	245 (100)	
Colarinhos Azuis	22 (16,9)	10 (7,7)	98 (75,4)	130 (100)	
Situação no Trabalho					F = 8,387 p = 0,013
Ativo	25 (7,6)	19 (5,8)	286 (86,7)	330 (100)	
Não Ativo	12 (20,0)	4 (6,7)	44 (73,3)	60 (100)	
Concelho de Residência					$\chi^2_{(2)} = 0,192$ p = 0,917
S. Brás de Alportel	28 (9,9)	17 (6,0)	239 (84,2)	284 (100)	
Outro	9 (8,5)	6 (5,7)	91 (85,8)	106 (100)	
Agregado Familiar					F = 2,149 p = 0,322
1-2 pessoas	2 (4,8)	4 (9,5)	36 (85,7)	42 (100)	
≥ 3 pessoas	35 (10,1)	19 (5,5)	294 (84,5)	348 (100)	
Frequência de Instituição de Ensino					F = 12,517 p = 0,001
Sim	28 (8,0)	18 (5,1)	305 (86,9)	351 (100)	
Não	9 (23,1)	5 (12,8)	25 (64,1)	39 (100)	

Ainda de acordo com o último objetivo do trabalho, estudou-se a associação entre a variável “adesão à terapêutica”, nas suas três componentes com as respostas às questões 13 e 15, que pensamos estar relacionadas com o grau de adesão.

Nas Tabelas 5.13 e 5.14 apresentam-se os resultados e as respetivas significâncias estatísticas encontradas.

Tabela 5.13: Correlações entre a questão 13 – “Se o meu filho ficar melhor, posso reduzir a dose ou parar a administração do antibiótico.” e a adesão à terapêutica

Variáveis de Adesão	Concordo Total ou Parcialmente N (%)	Não Concordo Nem Discordo N (%)	Discordo Total ou Parcialmente N (%)	Total N (%)	Significância Estatística
Cumpriu o nº de dias de toma					F = 6,175 p = 0,038
Sim	35 (9,4)	18 (4,8)	319 (85,8)	372 (100)	
Não	0 (0,0)	3 (23,1)	10 (76,9)	13 (100)	
Cumpriu as horas de intervalo entre as tomas					F = 13,080 p = 0,001
Sim	35 (9,2)	18 (4,7)	326 (86,0)	379 (100)	
Não	1 (16,7)	3 (50,0)	2 (33,3)	6 (100)	
Cumpriu os cuidados durante a toma					F = 3,676 p = 0,136
Sim	35 (9,0)	18 (4,9)	314 (86,0)	365 (100)	
Não	1 (9,1)	2 (18,2)	8 (72,7)	11 (100)	

Os resultados demonstraram que, em qualquer uma das componentes, a adesão foi maior entre aqueles que assumiram discordar com a afirmação, verificando-se uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a variável “Se o meu filho ficar melhor posso reduzir a dose ou parar a administração do antibiótico.” e as componentes da variável “adesão à terapêutica”, “Cumpriu o nº de dias de toma” e “Cumpriu as horas de intervalo entre as tomas”.

Tabela 5.14: Correlações entre a questão 15 – “O Sistema Imunitário do meu filho será prejudicado se tomar antibiótico.” e a adesão à terapêutica

Variáveis de Adesão	Concordo Total ou Parcialmente N (%)	Não Concordo Nem Discordo N (%)	Discordo Total ou Parcialmente N (%)	Total N (%)	Significância Estatística
Cumpriu o nº de dias de tomas					F = 0,415 p = 0,931
Sim	190 (51,1)	92 (24,7)	90 (24,2)	372 (100)	
Não	6 (46,2)	4 (30,8)	3 (23,1)	13 (100)	
Cumpriu as horas de intervalo entre as tomas					F = 2,113 p = 0,374
Sim	194 (51,2)	96 (25,3)	89 (23,5)	379 (100)	
Não	2 (33,3)	1(16,7)	3 (50,0)	6 (100)	
Cumpriu os cuidados durante a toma					F = 4,758 P = 0,097
Sim	189 (51,8)	87 (23,8)	89 (24,4)	365 (100)	
Não	3 (27,3)	6 (54,5)	2 (18,2)	11 (100)	

Relativamente à última questão “O Sistema Imunitário do meu filho será prejudicado se tomar antibiótico”, a adesão, nas suas três componentes, é maior entre aqueles que mais frequentemente assumem concordar com a afirmação. Contudo, não se verificaram associações estatisticamente significativas.

6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O presente trabalho teve como objetivo estudar o conhecimento, comportamento e atitudes dos pais de crianças até 12 anos de idade, perante a prescrição de antibiótico para o tratamento de infecções do trato respiratório, na população do Algarve.

Os conhecimentos, crenças e atitudes bem como as características sociodemográficas podem ser fatores responsáveis pelos níveis de adesão à terapêutica antibiótica bem como a automedicação na criança. Assim sendo, estudou-se a adesão à terapêutica, nas suas três componentes, quanto às características sociodemográficas dos inquiridos, tendo-se identificado alguns fatores que podem condicionar a atitude dos pais, perante uma infecção respiratória, e levarem à automedicação na criança.

Para a recolha de dados foi desenvolvido um inquérito, de fácil aplicação, com base em estudos semelhantes (8,11,60–67) sobre conhecimentos e comportamentos dos pais perante a prescrição de antibióticos. O método utilizado permitiu efetuar a caracterização sociodemográfica da nossa amostra, determinar os fatores que podem condicionar a automedicação pediátrica, analisar a adesão parental à terapêutica perante a prescrição de antibióticos e, por fim, avaliar os conhecimentos, crenças e atitudes dos pais quanto ao tratamento antibiótico nos seus filhos.

O inquérito foi distribuído via online (e-mail, partilha nas redes sociais) o que facilitou a sua distribuição e acessibilidade, e possibilitou em apenas 15 dias, obter um número considerável de participantes provenientes de várias zonas do Algarve. Permitiu ainda o anonimato e confidencialidade dos dados registados, facilidade de resposta em qualquer momento pela submissão informática, e impediu a ocorrência de erros de informação provocados pela pressão e influência dos entrevistadores. Contudo, apesar das suas vantagens, este método pode originar resultados menos precisos e rigorosos que outros métodos, uma vez que, cada sujeito inquirido pode interpretar o significado de cada item de maneira diferente, bem como são desconhecidas as circunstâncias nas quais foram respondidos, o que poderá ter influenciado a qualidade das respostas (70).

Como limitações do método utilizado, é de referir o facto da distribuição dos inquéritos ter sido efetuada via internet, não nos permitindo calcular a taxa de resposta, tendo condicionado o acesso a toda a população, pois nem todos dominam a tecnologia informática, têm acesso à internet e dispõem de redes sociais. Este método também não permitiu que os analfabetos colaborassem no estudo e impediu auxílio aos inquiridos em

caso de dúvidas e esclarecimentos necessários durante o seu preenchimento. Esta limitação poderá ter provocado um viés na informação recolhida (70).

Foram submetidos 425 inquéritos, 35 dos quais foram eliminados do estudo por se tratarem de respostas provenientes de profissionais de saúde, sendo este um critério de exclusão devido aos seus conhecimentos profissionais, o que poderia influenciar os nossos resultados.

Dos inquiridos, a maioria era do género feminino, o que era espectável pois são frequentemente as mães que se responsabilizam pelos cuidados médicos dos seus filhos. Estudos semelhantes realizados tanto em países europeus como asiáticos encontraram resultados semelhantes (8,9,72–76,10,11,61–65,71).

A idade da maioria dos participantes (81,6 %) encontrava-se compreendida entre os 30 e os 44 anos, o que era esperado, pois, tratava-se de uma amostra de indivíduos em idade fértil com filhos até aos 12 anos. Relativamente ao estado civil, 79,0 % era casado ou vivia em união de facto, sendo aproximadamente uma quinta parte (21 %) solteira, viúva ou divorciada.

No que se refere ao grau de escolaridade, 48,0 % dos inquiridos apresentavam nível superior, 44,5 % nível secundário e apenas 7,5 % possuía nível básico de escolaridade. Sendo nos dias de hoje a formação cada vez mais acessível e valorizada, devido à implementação da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro de 1986), que garantiu a formação geral comum a todos os portugueses, era esperado que a maioria da nossa amostra apresentasse maior literacia aos dias de hoje, tal como se verificou (77). Estudos realizados em países como Porto Rico, Austrália, Líbano e Arábia Saudita revelaram nível de formação semelhante (60,61,63,72).

No que concerne à profissão, a maioria dos inquiridos (65,3 %) apresentavam profissões qualificadas, e 34,7 % profissões não qualificadas, o que era esperado tendo em conta o grau de escolaridade dos participantes. Estudos portugueses desenvolvidos no Algarve obtiveram valores concordantes (11,76).

Em relação à representatividade da população, a maioria dos participantes, 284 indivíduos (72,8%) eram residentes no concelho de São Brás de Alportel, seguindo-se os restantes concelhos do Algarve com menor representatividade (27,2 %). Esta discrepância encontrada referente ao concelho de residência, verificou-se pelo facto de não ter sido assegurada a representatividade relativa a cada variável em estudo. Esta poderá ter sido também uma limitação do método devido provavelmente ao tempo de recolha da amostra

e ao método de distribuição utilizado, o que condiciona a generalização dos resultados (70,78).

Para melhor caracterizar a nossa amostra foi também questionado aos participantes a dimensão do respetivo agregado familiar e se os seus filhos eram frequentadores de alguma instituição de ensino. Verificou-se que 80,3 % dos inquiridos eram provenientes de um agregado familiar constituído entre 3 a 4 pessoas, valores estes em concordância com o estado civil dos inquiridos, casados/união de facto (79,0 %). A grande maioria dos inquiridos (90,0 %) referiram que os seus filhos frequentavam instituições de ensino, o que era expectável, tratando-se de uma amostra referente a uma faixa etária ativa profissionalmente. Um estudo desenvolvido em Israel demonstrou valores aproximados, referindo que 81,5 % das crianças, filhas dos inquiridos, frequentavam instituições de ensino (71).

Por fim, foi questionado se os inquiridos dispunham de algum sistema de saúde para além do SNS. Dos 390 indivíduos, 114 indivíduos (29,2 %) referiram beneficiar apenas do SNS, enquanto 190 indivíduos (48,7 %) eram beneficiários de seguro de saúde, e 86 indivíduos (22,1 %) eram assistidos por outros subsistemas de saúde. Verificou-se ainda que uma quantidade residual, 11 indivíduos (2,82 %) beneficiavam conjuntamente do SNS, seguro de saúde e outros subsistemas. O usufruto de outros sistemas de saúde permite ao utente o acesso a consultas médicas, bem como a aquisição de medicamentos na farmácia comunitária, com melhores condições económicas. Por conseguinte, esta variável poderá de forma indireta estar relacionada com a ida a uma consulta médica e induzir à automedicação em caso de dificuldades económicas (9,45,63,79).

Comparando os nossos resultados com os de Ramalinho (2013) que avaliou o uso de antibióticos no Algarve, em que apenas uma quantidade residual dos inquiridos dispunha de seguro de saúde, o nosso estudo revelou exatamente o contrário. Esta discordância pode estar relacionada com o facto de o nosso estudo incidir sobre uma população mais jovem, atualmente com melhores condições socioeconómicas, que possibilitam a aquisição de um seguro de saúde (80). Tendo em conta que os participantes são pais de crianças até 12 anos, idade esta em que as consultas médicas na infância são mais frequentes, e pela dificuldade de acesso ao SNS, torna-se então vantajoso ser beneficiário de um seguro de saúde (81,82).

6.1. Adesão à terapêutica em crianças

A instituição de um regime terapêutico é um processo dinâmico e muitas vezes difícil de cumprir, especialmente quando os doentes são crianças pois a mesma está condicionada não só pela idade do doente, mas também pelo conhecimento, comportamento e atitudes dos pais, os principais responsáveis pelo tratamento (57).

A adesão a este regime é muitas vezes condicionada por uma série de fatores, quer da doença, do tratamento, da criança, dos familiares e dos profissionais de saúde, e portanto, a mesma não se pode caracterizar por um simples número, como é o caso da percentagem de doses tomadas relativamente às doses prescritas num intervalo de tempo, ou o número de dias de tratamento em que o doente tomou as doses prescritas, ou ainda, a média dos intervalos de tempo entre as administrações (83). Contudo, a informação referente a qualquer um destes parâmetros é importante para avaliarmos a adesão à terapêutica (59).

Antes de mais, foi do nosso interesse identificar quais as patologias que promoveram o tratamento antibacteriano e qual a sua incidência. Constatou-se que a otite foi a causa mais frequente (28,7 %), seguida da amigdalite (23,6 %), gripe/constipação (13,1%) observando-se por fim, as patologias associadas ao trato respiratório inferior como é o caso da bronquite/bronquiolite (7,7 %) e pneumonia (3,9 %). Um estudo desenvolvido em Portugal por Ribeiro *et al.* (2013) demonstrou resultados concordantes, onde a otite também foi a principal causa de tratamento antibiótico na urgência pediátrica, seguido da amigdalite e das infeções do trato respiratório superior e inferior (84).

Para estudar então a adesão à terapêutica, foi necessário perguntar aos participantes sobre o tempo decorrido desde a última administração de antibiótico e se cumpriram todos os cuidados necessários durante a sua administração. Foram aceites respostas independentemente do tempo decorrido desde a última administração, para não limitar o número de participantes e impedir o estudo da adesão à terapêutica (11).

Relativamente ao tempo decorrido desde a última administração, observou-se que 20,8 % dos inquiridos administrou antibiótico há menos de 6 meses, 24,1 % administrou entre 6 meses a 1 ano, e 55,1 % há mais de 1 ano. Dado esta evidência, é de salientar a possibilidade da ocorrência de um viés de memória, referente aos indivíduos que administraram o último antibiótico há mais de um ano, o que poderá ter influenciado os nossos resultados.

No que se refere à adesão às recomendações dadas sobre a administração do antibiótico (dias de administração, horas de intervalo entre as tomas e cuidados específicos a ter na administração) verificou-se que mais de 90 % da população aderiu a qualquer uma das recomendações, sendo que 97,2 % referiu ter cumprido as horas de intervalo entre as tomas e 95,4 % cumpriu os dias de tratamento. No que se refere aos cuidados específicos a ter durante a administração do antibiótico, esta recomendação foi ligeiramente mais difícil de cumprir pois revelou uma adesão ligeiramente menor de 93,6 %. Os nossos resultados estão concordantes em parte com os de Ramalinho (2016) (76) pois em ambos os estudos, os inquiridos revelaram menor adesão relativamente aos cuidados específicos a ter durante a toma no entanto, no que se refere ao número de dias de administração, Ramalinho (2016) referiu ter melhor adesão a esta recomendação enquanto, o nosso estudo demonstrou uma melhor adesão relativamente às horas de intervalo entre as tomas (76).

De acordo com a adesão às recomendações específicas, classificou-se ainda a adesão à terapêutica quanto à sua globalidade. A adesão a todas as recomendações classificou-se como “Adere à Terapêutica” e o não cumprimento de apenas uma recomendação, classificou-se como “Não Adere à terapêutica”. Observou-se que 89,7 % dos inquiridos adere à terapêutica, revelando um resultado bastante satisfatório, pois ao tratar-se de uma terapêutica instituída em crianças, demonstra uma preocupação e cuidado dos pais para com a saúde dos filhos (74,80).

Ao nível internacional os estudos consultados demonstraram valores de adesão inferiores aos encontrados no nosso trabalho. Um estudo grego demonstrou que apesar da melhoria dos sintomas da patologia, 78,7 % dos pais não descontinuaram o tratamento antibiótico (80). Nos EUA, em Boston, Palmer *et al.*(1997) referiram que 78 % dos inquiridos afirmaram ter cumprido o tempo necessário do tratamento (85), e Collett *et al.* (1999), na Virgínia, conseguiram demonstrar que os adultos, pais de crianças pequenas, apresentam melhores níveis de adesão quando a terapêutica se destina aos seus filhos (74).

Mais recentemente, na Palestina (9), Jordânia (62) ou na Arábia Saudita (72), respetivamente 76,6 %, 89,8 % e 98 % dos inquiridos referiram seguir rigorosamente as recomendações dos pediatras dos seus filhos e, na Europa, em Espanha, 65,7% dos inquiridos não cumpriram o tratamento adequadamente (86).

Mais a Oriente, estudos chineses (87) demonstraram que os pais que receberam melhores orientações médicas, e com maior frequência, tiveram melhor adesão à terapêutica. Esta evidência sugere que uma comunicação ineficaz entre pais e médicos pode influenciar a adesão à terapêutica e até mesmo levar à prescrição desnecessária de antibióticos (55,87).

Relativamente à influência das variáveis sociodemográfica relativamente à adesão à terapêutica, quanto ao número de dias de administração, não se verificou qualquer diferença estatisticamente significativa. Contrariamente ao nosso estudo, Ramalinho *et al.* (2016) (76) encontraram associações com significado estatístico entre a variável “adesão à terapêutica”, quanto ao número de dias de administração, e o estado civil.

No que se refere à variável “adesão à terapêutica” quanto às horas de intervalo entre as administrações, verificámos associações estatisticamente significativas ($p = 0,032$) com a variável “ciclo de escolaridade”. Indivíduos com nível de escolaridade superior foram totalmente cumpridores das horas de administração do medicamento.

Entretanto, o mesmo não se verificou no estudo de Ramalinho *et al.* (2016) uma vez que, embora tenham identificado diferenças estatisticamente significativas entre a variável “adesão à terapêutica”, quanto às horas de intervalo, com as variáveis “grupo etário”, “género” e “estado civil”, não o encontraram quanto à variável “nível de escolaridade” (76).

Mais recentemente, em 2019, Isaúl *et al.*, em Porto Rico, verificaram também uma associação estatisticamente significativa entre a “adesão à terapêutica” e a “escolaridade”, referindo que o baixo nível de escolaridade induz uma baixa adesão à terapêutica (60)

Quanto aos cuidados específicos a ter durante a administração, como é o caso de “guardar no frigorífico”, ou “agitar antes de usar”, observou-se que os inquiridos do género feminino; com idade inferior a 35 anos; casados/união de facto; residentes fora do concelho de São Brás de Alportel; e aqueles cujos filhos frequentavam instituições de ensino foram os mais cuidadosos quanto a esta recomendação. No entanto, e em concordância com Ramalinho *et al.* (2016), não se verificaram associações estatisticamente significativas quanto às respetivas características sociodemográficas (76).

Contrariamente ao nosso estudo, em que não encontramos qualquer relação estatística entre as variáveis “adesão à terapêutica” e a “frequência da criança numa instituição de ensino”, em Espanha, Silvestre B *et al.* (2001) demonstrou que crianças que

frequentavam instituições de ensino apresentaram melhores níveis de adesão à terapêutica (88).

6.2. Automedicação pediátrica em infeções respiratórias

A automedicação pediátrica consiste na administração de medicação à criança ou adolescente pelos seus cuidadores, sem observação médica prévia (44,47).

Vários são os motivos que levam frequentemente alguns pais a automedicarem as suas crianças, estando muitas vezes relacionados com a busca de alívio de sintomas como gripe/constipação, febre e dor (29,52,89,90).

Os fatores socioeconómicos são também um dos motivos que podem induzir os pais a automedicarem os seus filhos sem orientação profissional. O facto de muitas famílias não disporem de recursos para a consulta ou para a aquisição da medicação, promove a automedicação por conhecimento próprio, o que pode acarretar danos para a saúde da criança. Estudos realizados na Arábia Saudita (73) e na Palestina (9) demonstraram que a falta de condições económicas foi a razão que levou cerca de 25 % dos pais a automedicarem as suas crianças com antibióticos.

Naturalmente, o atraso do diagnóstico e administração do tratamento adequado, as reações adversas ou alérgicas e as intoxicações, são exemplos das consequências que a automedicação pode causar, proporcionando, em última instância, o internamento hospitalar (45). Contudo, a automedicação pode ser considerada muito vantajosa e benéfica para o doente quando praticada de forma racional e segura. Esta para além de promover um maior compromisso e responsabilidade na saúde do indivíduo ou da criança, permite ainda atenuar o congestionamento que muitas vezes se verifica nos Centros de Saúde e nos Serviços de Urgência hospitalar (29,91).

Devido à sua prática comum em vários países na atualidade (89,90,92–94), incluindo Portugal, um dos objetivos do nosso estudo foi determinar qual a frequência da automedicação no Algarve, quais os fatores que motivaram os pais a praticá-la nos seus filhos na presença de uma infeção respiratória, e quais os medicamentos mais utilizados.

Dos pais inquiridos, 61 % afirmaram ser habitual automedicarem os seus filhos quando os mesmos apresentam infeções do trato respiratório, preferindo os restantes inquiridos a consulta médica antes da administração de qualquer tratamento. Os resultados estão de acordo com outro estudo realizado em Portugal, em 2017, onde 64 %

dos inquiridos indicou já ter automedicado os seus filhos, sendo os MNSRM os principais fármacos utilizados (44). Estudos semelhantes realizados no Brasil apresentaram também frequência elevada na prática de automedicação com valores superiores (48,52).

Quanto aos medicamentos utilizados em automedicação, 61,8 % dos inquiridos referiram utilizar com frequência analgésicos/antipiréticos/anti-inflamatórios, seguindo-se os medicamentos para a tosse em 46,6 % dos casos. Os descongestionantes nasais foram também referidos em 15,6 % dos casos, seguindo-se os medicamentos homeopáticos (7,6 %) e, por fim, as pastilhas para a garganta (3,8 %).

Em concordância com estudos realizados dentro e fora de Portugal, os nossos resultados demonstraram também que os analgésicos/antipiréticos e os medicamentos com ação no trato respiratório (ex.: xaropes para a tosse e descongestionantes nasais) foram os fármacos mais utilizados em automedicação em crianças (5,29,44–46,52,89,95).

Os antibióticos são também referidos frequentemente como uma das classes de MSRM mais utilizada em crianças, inclusive em automedicação (5,46,48,52,79,89,95,96). Dado o prejuízo que esta atitude pode causar na saúde infantil e na comunidade, foi do nosso interesse determinar a sua frequência de utilização e quais as razões assumidas pelos pais que justificaram essa atitude.

Dos inquiridos que automedicaram os seus filhos, 46,4 % referiram que já o praticaram com MSRM sem indicação médica, e apenas 17 indivíduos (4,4 %) assumiram já o terem feito com antibióticos. De acordo com estes resultados é de salientar o valor reduzido referente à automedicação com antibióticos. Apesar de estudos referirem ser uma das classes de medicamentos mais utilizados em automedicação pediátrica, o mesmo não se verificou no nosso estudo. Contudo, esta percentagem reduzida foi também observada noutros estudos (29,44,45,48), o que poderá revelar alguma resistência por parte dos pais em assumir esta prática com antibacterianos, talvez por saberem que é um comportamento incorreto e conhecerem as consequências que daí podem advir na saúde da criança, ou talvez por medo de represálias por parte da sociedade, traduzindo-se provavelmente em valores muito abaixo do real. Nestes resultados está evidente o fator da desejabilidade social, que representa a tendência ou desejo que os indivíduos têm para responder às questões de maneira socialmente desejável em questionários de autoavaliação, onde se pode considerar ser uma variável contaminante dos resultados (78).

As razões mais frequentemente indicadas pelos pais para justificarem a automedicação foram: “os sintomas serem iguais ao episódio anterior” (33,1 %), “tinha o medicamento em casa” (29,7 %) e “considerarei o problema simples” (19,5 %). Devido à pandemia que atravessamos atualmente, a razão “evitar o recurso aos serviços de urgência por receio de contágio por COVID-19” e “dificuldade na obtenção de consulta médica” foram também justificações observadas em 6,8 % e 6,1 % dos casos respectivamente. As razões relacionadas com a economia de tempo e dinheiro, ausência de médico assistente e a facilidade de adquirir MSRM nas farmácias comunitárias, foram também justificações referidas, porém com baixa relevância. Estudos semelhantes referiram justificações para a prática de automedicação, análogas às encontradas no nosso trabalho (29,44,45,48).

Em países como a Espanha (97), Grécia (98), Lituânia (99), Malta (100) ou Polónia (101) foram desenvolvidos estudos que demonstraram que a automedicação com antibióticos pode estar relacionada com a não adesão à terapêutica instituída pelo médico devido a efeitos secundários decorrentes da terapêutica, ou por melhoria dos sintomas nos primeiros 5 dias de tratamento. Estes fatores promovem conseqüentemente o armazenamento de sobras de antibióticos em casa e são um dos motivos que incentivam a prática de automedicação num episódio posterior (87,102).

O sistema de saúde é também um fator determinante que pode condicionar a prática de automedicação devido aos custos, acessibilidade e qualidade das consultas médicas (103–105). Lucas *et al.* (2015) referem que a prática de automedicação pode ser mais frequente em famílias com melhores condições socioeconómicas, decorrendo do elevado nível de escolaridade dessas famílias, o que proporciona maior conhecimento e maior autonomia em abordar as necessidades dos seus filhos (79). Além disso, melhores condições económicas podem potencializar o acesso aos medicamentos, o que possibilita o consumo dos mesmos em automedicação (79).

Neste sentido, foi do nosso interesse investigar se o sistema de saúde dos inquiridos influenciava de alguma forma a prática de automedicação. De acordo com os nossos resultados, verificou-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis “Acesso a outro subsistema de saúde” e a prática de automedicação com MNSRM ($p=0,031$) e com MSRM ($p=0,045$). Relativamente à prática de automedicação com antibióticos, não se verificaram associações estatisticamente significativas, muito provavelmente devido à baixa representatividade da amostra.

Curiosamente observou-se que a prática de automedicação com MNSRM é mais frequente nos indivíduos que têm acesso a outros subsistemas de saúde para além do SNS (74,8 %). No entanto, no que se refere à automedicação com MSRM, dos indivíduos que dispõem de outro subsistema de saúde, a maioria prefere não automedicação os seus filhos (56,9 %), ao passo que, os indivíduos não abrangidos por subsistemas, são os que maioritariamente praticam automedicação com MSRM (54,4 %). Estes resultados estão de acordo com as evidências acima referidas sobre as condições socioeconómicas e a prática de automedicação.

É oportuno, referir que, a automedicação deve e pode ser praticada de forma consciente e racional, selecionando-se uma alternativa terapêutica que não necessita de prescrição médica, com o auxílio e orientação de um farmacêutico, no caso de um problema de saúde autolimitado. Só assim será promovida uma automedicação adequada ao problema de saúde do doente, na dose, concentração e tempo de tratamento adequado (47,48).

6.3. Conhecimento, crenças e atitudes dos pais relativamente ao uso de antibióticos em crianças

O conhecimento, os comportamentos de automedicação e de adesão à terapêutica e as atitudes dos pais têm-se revelado um dos principais fatores que podem influenciar a adesão à terapêutica e conseqüentemente a eficácia do tratamento antibiótico (60). Assim sendo, foi nosso objetivo avaliar o conhecimento, crenças e atitudes dos pais relativamente ao uso de antibióticos na população do Algarve.

Com este trabalho iniciou-se também o processo de validação de uma escala que permitirá avaliar, de forma mais objetiva, as atitudes desta população específica quanto ao uso dos antibióticos. Determinou-se a fiabilidade da escala, que revelou apresentar boa consistência interna ($\alpha = 0,835$). De futuro, com o recurso a técnicas estatísticas adequadas, será possível perceber qual o conjunto de afirmações mais pertinentes para a construção de um instrumento de recolha de dados válido e fácil de aplicar.

A avaliação dos conhecimentos, crenças e atitudes consistiu na aplicação de um conjunto de 15 questões elaboradas, com base num estudo aprofundado de vários trabalhos realizados em diferentes países, tendo em conta os nossos objetivos (8,11,60–67).

De acordo com a média obtida para cada questão, de modo geral, verificou-se que as questões referentes às crenças e atitudes revelaram valores mais elevados acima de 4,00 pontos, o que traduz melhores comportamentos enquanto que, as questões referentes ao domínio dos conhecimentos revelaram valores inferiores abaixo do ideal.

Como referido anteriormente, seleccionámos a resposta a cinco afirmações do conjunto de quinze devido à pertinência do seu conteúdo, ou pela frequência que são habitualmente referidas na literatura.

As primeiras questões seleccionadas foram as questões número 2 “Quando o meu filho está constipado e vai a uma consulta, o médico deve receitar antibiótico para que se cure mais rapidamente.”, e número 8 “Sempre que uma criança tem febre deve tomar antibiótico para que a doença não agrave.”. Ambas as questões estão relacionadas com crenças e atitudes dos pais e, a maioria dos inquiridos (76,4 % e 81,0 %), discordou total ou parcialmente destas afirmações, sendo as respetivas médias de 4,27 e 4,33 pontos. Verificou-se ainda que apenas 11,5 % dos inquiridos crê erradamente na veracidade das mesmas o que se revelou ser bastante positivo.

Estas afirmações transmitem duas das principais crenças que levam muitos pais a pressionar os médicos para a prescrição de antibióticos. Ao crerem que a recuperação da infeção do trato respiratório se torna mais rápida com a terapêutica antibiótica, permitirá o regresso mais célere da criança à instituição de ensino e naturalmente o dos pais/cuidadores ao respetivo local de trabalho. O stress que os pais transmitem ao médico quando a criança adocece, devido a fatores como a instabilidade do local de trabalho, a falta de tempo livre para cuidar de uma criança em convalescença, as dificuldades económicas para pagamento de outra alternativa de cuidado da criança quando não lhe é permitido frequentar a instituição habitual de ensino, podem levar a um maior envolvimento dos pais na tomada de decisão do médico para a prescrição de antibiótico, estando em causa a sua verdadeira necessidade (62,64,74,106–108).

Estudos realizados em países como a Arábia Saudita (73), Grécia (10), Chipre (64), ou China (87) demonstraram expectativas elevadas dos pais quanto à prescrição de antibióticos para o tratamento de infeções respiratórias nas crianças. Nos EUA foi demonstrado que indivíduos com menores conhecimentos apresentavam expectativas mais elevadas quanto à prescrição de antibiótico em patologias de origem viral (109).

Comparando os nossos resultados com os de um estudo realizado por Lopes *et al.* (2015), em Lisboa, verificou-se que 40,79 % dos inquiridos concordavam total ou

parcialmente que os antibióticos ajudam a recuperar mais rapidamente de uma constipação ou gripe, o que revela menor conhecimento desta população relativamente aos participantes do nosso estudo.

Em Porto Rico (2019), outro estudo com uma escala de avaliação semelhante, demonstrou indecisão relativamente a esta crença na população pois o valor médio obtido foi de 3,00. Nos EUA foi demonstrado que entre 21 - 40 % dos pais acreditavam que o tratamento com antibiótico reduz o tempo da infeção respiratória, o que revela alguma proximidade aos nossos resultados (23,6 %) (74,85,109). Na Grécia e no Líbano, os valores foram superiores aos do nosso trabalho, dado que 26,5 % dos inquiridos acreditavam que os antibióticos são uteis no tratamento da gripe/constipação e 36,2 % que aceleram a recuperação da criança (10,63).

Na Jordânia, outro estudo demonstrou que 72,4 % dos inquiridos concordavam que os antibióticos são importantes em caso de febre e 63,5 % que diminuem complicações resultantes da patologia respiratória (62). Na Palestina, 70,1 % dos inquiridos administrariam antibiótico ao seu filho caso essa atitude proporcionasse uma recuperação mais rápida (9).

A questão 13 “Se o meu filho ficar melhor posso reduzir a dose ou parar a administração de antibiótico.” está também associada a crenças e atitudes dos pais, mas também com a adesão à terapêutica. A média obtida para esta questão foi de 4,51, dado que a maioria dos indivíduos (84,6 %) demonstrou não concordar com a afirmação e 9,5 % afirmou que pode parar o tratamento ou reduzir a dose do antibiótico assim que a criança apresente melhoria dos sintomas. Apenas uma minoria dos inquiridos crê erradamente nesta afirmação o que demonstra a possibilidade de adoção de uma atitude que poderá comprometer a eficácia do tratamento, a saúde da criança e, conseqüentemente, contribuir para o desenvolvimento da resistência bacteriana ao antibiótico.

Um estudo português realizado por Raposo (2014) sobre o consumo de antibióticos em Castelo Branco, demonstrou valores concordantes aos nossos, dado que 10 % dos inquiridos afirmavam a possibilidade de parar o tratamento assim que surgiam melhoras dos sintomas (67).

Num estudo realizado em Porto Rico (2019) (60), a média obtida para esta questão foi de 2,39, valor este muito inferior ao encontrado nos nossos resultados. Outro estudo grego declarou que 18,7 % dos inquiridos assumiram descontinuar o tratamento

antibiótico aos seus filhos caso os sintomas diminuíssem (80), valor este muito aproximado ao observado numa população libanesa (63). Estes resultados sugerem menor conhecimento quanto ao uso de antibióticos, menor acato às recomendações prestadas o que poderá estar associado a menor adesão à terapêutica comparativamente à população portuguesa do Algarve.

Por fim, as afirmações número 11 “Os antibióticos servem para tratar infeções por vírus.” e número 15 “O Sistema Imunitário do meu filho será prejudicado se tomar antibiótico.” foram selecionadas pelo facto da primeira estar presente na maioria dos estudos que analisámos, e a segunda pela pertinência do tema que aborda, e por ambas avaliarem os conhecimentos dos inquiridos.

Cerca de metade dos inquiridos (55,9 %) discordaram total ou parcialmente que os antibióticos tratam infeções por vírus e 24,9 % concordaram total ou parcialmente com a afirmação. A média obtida foi de 3,63, a segunda mais baixa da totalidade das questões.

Em Portugal, num estudo desenvolvido no Algarve por Ramalinho (2013) (11), 41,18 % dos inquiridos concordam total ou parcialmente com a afirmação “Os antibióticos tratam infeções virais.” e, em Castelo Branco, Raposo (2014) (67), verificou que 63 % dos inquiridos afirmaram que os antibióticos conseguem eliminar vírus, o que confere alguma consistência aos nossos resultados.

Nos EUA (74) estudos demonstraram que 46 % dos inquiridos afirmaram que os antibióticos eliminam vírus, o que pode sugerir alguma proximidade nos conhecimentos com a nossa população, enquanto, num estudo numa determinada população chinesa (87), confirmou-se um maior défice de conhecimentos, uma vez que 79 % dos inquiridos acreditavam que os antibióticos combatem infeções virais.

Quanto à última questão, 50,7 % concordava total ou parcialmente com a afirmação, desconhecendo que a toma de antibióticos não prejudica o Sistema Imunitário da criança, 25,4 % não tinha opinião e 23,9 % revelou ter conhecimento sobre o tema pois concordou total ou parcialmente com a afirmação. A média de pontos obtida foi de 2,61, a mais baixa de todas as questões. Este resultado também se verificou no estudo realizado em Castelo Branco (2014), onde apenas 20 % dos inquiridos discordaram que a toma de antibióticos destrói a própria imunidade (67). Estes valores poderão estar associados a uma conotação negativa dos antibacterianos, evidente num estudo desenvolvido por Pechère *et al.* (2001), onde os inquiridos consideravam estes medicamentos como imprevisíveis, agressivos e que debilitam a imunidade natural (110).

Para melhor caracterizar a problemática em estudo avaliou-se a associação entre os fatores sociodemográficos e os conhecimentos, crenças e atitudes perante os antibióticos recorrendo às 5 afirmações referidas anteriormente.

Relativamente às afirmações 2 e 8 que incidem sobre a crença que os antibióticos aceleram a recuperação do estado patológico e devem ser administrados em caso de febre, o género feminino; os inquiridos do grupo etário dos 35-44 anos; com nível de escolaridade superior; inquiridos com profissões qualificadas; e inquiridos do concelho de São Brás de Alportel, discordaram mais frequentemente da primeira questão. Os inquiridos com nível de escolaridade superior, com profissões mais qualificadas e aqueles cujos filhos frequentam instituições de ensino foram os que discordaram mais frequentemente da necessidade da administração de antibiótico sempre que há febre.

Também Ramalinho (2013) encontrou associações estatisticamente significativas entre crenças sobre os antibióticos e o grupo etário e o nível de escolaridade, tendo concluído que os inquiridos do grupo etário dos 35-49 anos assim como os que tinham um nível de escolaridade superior apresentavam uma resposta mais adequada (11).

Estudos internacionais que avaliaram conhecimentos, atitudes e práticas, *Knowledge, attitudes and practices* (KAP) dos pais quanto ao uso de antibióticos, encontraram diferentes associações estatisticamente significativas entre este parâmetro e as variáveis sociodemográficas, consoante o país em que foram desenvolvidos. No Chipre foram encontradas associações entre as variáveis, “área de residência”, “idade parental acima dos 35 anos” e “maior nível educacional” com o KAP (64) e, na Arábia Saudita foram encontradas associações entre as variáveis, “género feminino”, “idades mais jovens” e “área de residência” com melhores índices atitudinais e de conhecimento (72). Quanto à associação entre as variáveis, “frequência da criança numa instituição de ensino” e crenças, contrariamente aos nossos resultados, um estudo realizado em Providence, nos EUA, demonstrou que a crença numa recuperação mais célere com tratamento antibiótico e a procura da sua prescrição junto dos médicos, não estava relacionado com a frequência da criança numa instituição de ensino (6).

Quanto à questão número 13, que está relacionada com a adesão à terapêutica, no que se refere às características sociodemográficas, verificou-se que os inquiridos do grupo etário dos 35-44 anos, os inquiridos com um nível de escolaridade superior, com

profissões mais qualificadas, que se encontram no ativo e aqueles cujos filhos frequentavam uma instituição de ensino responderam de forma mais adequada.

Correlacionando-se ainda os resultados do conhecimento quanto a esta questão com as variáveis referente à análise da adesão à terapêutica, observaram-se associações estatisticamente significativas relativamente ao cumprimento dos dias e das horas de administração, o que sugere que indivíduos detentores de maiores conhecimentos são mais informados quanto à necessidade de cumprir devidamente a terapêutica, o que se pode refletir em melhores valores de adesão à terapêutica.

Estudos realizados na Grécia, Porto Rico, Chipre ou Arábia Saudita demonstraram que indivíduos mais jovens, com maiores níveis educacionais estão associados a melhores níveis de KAP e conseqüentemente apresentam melhores índices de adesão (60,64,72,80).

Quanto à questão 15, foi abordado um tema que muitas vezes pode influenciar a atitude dos pais e comprometer a adesão à terapêutica. Muitos são aqueles que provavelmente evitam o tratamento antibiótico porque acreditam que o Sistema Imunitário do seu filho ficará prejudicado (110). Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a variável “género” e o conhecimento da inocuidade dos antibióticos relativamente ao Sistema Imunitário. O género masculino apresentou melhor conhecimento sobre esta questão. Contudo, a correlação com as variáveis da adesão à terapêutica não demonstrou diferenças estatisticamente significativas. Em concordância com os nossos resultados, um estudo realizado no Chipre identificou também uma associação com significado estatístico entre a variável “género” e o conhecimento sobre antibióticos (64).

Por último, a questão 11 incidiu sobre a avaliação do conhecimento sobre a verdadeira ação terapêutica dos antibióticos. Verificaram-se associações estatisticamente significativas com os indivíduos de escolaridade superior e com aqueles que exercem profissões qualificadas. Esta é uma questão frequente na maioria dos estudos que tem como objetivo avaliar os conhecimentos de indivíduos sobre antibióticos e, tal como no nosso estudo, demonstraram que o elevado nível de conhecimento sobre antibióticos está significativamente associado a níveis de escolaridade mais elevados relacionadas naturalmente com o exercício de profissões qualificadas (60,64,71–73,87,111–114).

7. CONCLUSÃO

As infeções do trato respiratório são patologias muito frequentes especialmente em crianças até aos 12 anos de idade. Apesar da sua etiologia viral, é frequente a prescrição de antibióticos, que poderia ser evitada, devido por vezes à dificuldade e incerteza dos profissionais quanto ao diagnóstico, comunicação inadequada, crença que o uso profilático evita complicações adjacentes, ou em muitos casos por pressão parental pelo facto dos pais acreditarem que a criança recuperará mais rapidamente e ambos regressarão à sua rotina quotidiana.

Os conhecimentos, crenças e atitudes dos pais, os fatores socioeconómicos e culturais são, portanto, responsáveis por comportamentos incorretos que comprometem a adesão à terapêutica, a eficácia do tratamento antibacteriano que consequentemente contribuirá para o aumento da resistência bacteriana.

Apesar das limitações metodológicas, acreditamos que o nosso estudo contribuirá com dados que proporcionará uma reflexão sobre os conhecimentos, comportamentos e atitudes dos pais de crianças até 12 anos, inseridos na população do Algarve, perante a prescrição de antibióticos quando a criança apresenta uma infeção do trato respiratório. Não se encontraram respostas definitivas, mas os dados obtidos mostram a necessidade de intervenções educacionais na população para fomentar os conhecimentos, prevenir a automedicação e manter a adesão à terapêutica elevada.

Assim sendo, é importante salientar os principais resultados relativamente à adesão terapêutica, automedicação e conhecimentos relativamente à terapêutica antibiótica pediátrica.

A adesão à terapêutica revelou-se bastante positiva com valores acima dos 90 %, nas suas três componentes, verificando-se que os cuidados a ter durante a administração são mais difíceis de cumprir quando comparados com os dias e horas de administração.

Quanto à automedicação, 61,8 % admitiram automedicar os seus filhos com MNSRM em caso de infeções do trato respiratório, sendo os medicamentos Analgésicos/Antipiréticos/Anti-Inflamatórios os mais utilizados. Relativamente à automedicação com MSR, 46,4 % dos inquiridos assumiram já o terem praticado e apenas 4,4 % assumiram já terem automedicado os seus filhos com antibiótico, sendo o médico a principal fonte de informação, seguido do farmacêutico.

As principais razões que contribuíram para a automedicação foram: “a semelhança dos sintomas com episódios anteriores”, a “reserva de sobras de medicamentos em casa” provenientes de outros tratamentos e o facto de considerarem “o problema de saúde simples”. Atualmente, e devido à pandemia, a “dificuldade em obter consulta médica” e “evitar o recurso aos serviços de urgência” foram também motivos mencionados, contudo com menor relevância.

O usufruto de um sistema de saúde alternativo revelou ser também um fator condicionante para a automedicação com diferenças estatisticamente significativas. Indivíduos com melhores condições económicas são os mais dispõem de subsistemas de saúde e são os que mais automedicam com MNSRM. Relativamente à automedicação com MSRM, os indivíduos que usufruem de subsistemas de saúde preferem não o praticar pois recorrem mais facilmente à consulta médica enquanto, aqueles que não dispõem deste benefício, são os que mais automedicam os filhos com este tipo de medicamentos.

Quanto ao conhecimento, crenças e atitudes dos pais de modo geral, as questões relacionadas com os conhecimentos apresentaram pontuações inferiores comparativamente às questões relacionadas com crenças e atitudes que apresentaram valores médios superiores a 4,00.

Fatores sociodemográficos como o “género”, “grupo etário”, “concelho de residência”, e “frequência da criança numa instituição de ensino” influenciaram os resultados, tendo sido os indivíduos com nível de escolaridade e profissões qualificadas os que revelaram melhores atitudes e conhecimentos mais consistentes ($p < 0,05$).

Apesar da escala utilizada para avaliação de conhecimentos, crenças e atitudes no contexto pediátrico não se encontrar validada, verificámos uma consistência interna boa, o que poderá ser útil num próximo estudo, assim como contribuir para o desenvolvimento de futuras intervenções e campanhas de informação junto dos pais, farmacêuticos e profissionais de pediatria.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guimarães S, Moura D, Silva PS. *Terapêutica Medicamentosa e suas bases farmacológicas*. 6ª Edição. Porto: Porto Editora; 2006.
2. Guimaraes, Denise Oliveira; Momesso, Luciano da Silva; Pupo MT. Antibióticos: Impotância Terapêutica e Perspectivas para a Descoberta e Desenvolvimento de Novos Agentes. 2010;33(3):667–79.
3. Loureiro RJ, Roque F, Teixeira Rodrigues A, Herdeiro MT, Ramalheira E. O uso de antibióticos e as resistências bacterianas: breves notas sobre a sua evolução. *Rev Port Saúde Pública*. 2016;34(1):77–84.
4. Vasconcelos, A; Vieira, AS; Cordeiro CR. *Infeções respiratórias recorrentes*. 1ª Edição. Queluz: Circulo Médico; 2012.
5. Bricks LF. Judicious use of medication in children. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(SUPPL. 1):107–14.
6. Friedman, JF.; Lee, GM.; Kleinman, KP.; Finkelstein JA. Acute Care and Antibiotic Seeking for Upper Respiratory Tract Infections for Children in Day Care. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157:369–74.
7. 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(4):303–9.
8. Cho H, Hong S, 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.
9. 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(1):1–9.
10. Panagakou SG, Spyridis ikos, 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.
11. Ramalhinho I, Sebastião. *O uso de Antibióticos no Algarve- Padrão de utilização, conhecimentos, crenças e comportamentos*. Universidade de Lisboa; 2013.
12. Rang HP, Flower RJ, GH e JMR. *Rang & Dale - Farmacologia*. 02–2016th ed. Editora Elsevier, editor. 2016.
13. Silva ALC, Hertel VL. *Perfil Epidemiológico de crianças hospitalizadas em uso de antibióticos*. Universidade de Taubaté; 2012.
14. O'Neill J. *Antimicrobial resistance: tackling a crisis for the health and wealth of*

- nationsTitle. London: The Review on Anti-microbial Resistance; 2014.
15. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2018. [Internet]. 2019 [Acedido 7 Nov 2020]. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-resistance-europe-2018>
 16. Phuong NTK, Hoang TT, Van PH, Tu L, Graham SM, Marais BJ. Encouraging rational antibiotic use in childhood pneumonia: a focus on Vietnam and the Western Pacific Region. *Pneumonia (Nathan Qld)*. 2017;9:7.
 17. Alfayate MS, Garcia-Marcos L. Rational use of antimicrobials in the treatment of upper airway infections. *J Pediatr (Rio J)*. 2020;96:111–9.
 18. Chokshi A, Sifri Z, Cennimo D, Horng H. Global Contributors to Antibiotic Resistance. *J Glob Infect Dis*. 2019;11(1):36–42.
 19. Vaz LE, Kleinman KP, Raebel MA, Nordin JD, Lakoma MD, Dutta-Linn MM, et al. Recent trends in outpatient antibiotic use in children. *Pediatrics*. 2014 Mar;133(3):375–85.
 20. Szymczak JE, Feemster KA, Zaoutis TE, Gerber JS. Pediatrician perceptions of an outpatient antimicrobial stewardship intervention. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2014 Oct;35 Suppl 3:S69-78.
 21. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M, ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet (London, England)*. 2005;365(9459):579–87.
 22. 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 Mar;33(1):11–20.
 23. 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. *Clin Med Insights Pediatr*. 2018;12:1179556518784300.
 24. World Health Organization. Global strategy for containment of antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization; 2001.
 25. Niederman MS. Principles of appropriate antibiotic use. *Int J Antimicrob Agents*. 2005 Jan;26:S170–5.
 26. Manual de Legislação Europeia sobre os Direitos da Criança. luxemburgo: © Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia e Conselho da Europa, 2015; 2015.
 27. European Medicines Agency. ICH Topic E11. Note For Guidancen on Clinical Investigation of Medicinal Products in the Pediatric Population. London: European Medicine Agency; 2020.

28. Pediatric Medical Devices [Internet]. 7 de setembro. 2019 [Acedido a 8 Nov 2020]. Disponível em: <https://www.fda.gov/medical-devices/products-and-medical-procedures/pediatric-medical-devices>
29. Macedo MA. A Prática Da Automedicação Em Criança Por Pais E Responsáveis. *Holos*. 2019;5:1–13.
30. Kern SE. Challenges in conducting clinical trials in children: approaches for improving performance. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2009 Nov 1;2(6):609–17.
31. Ernest TB, Elder DP, Martini LG, Roberts M, Ford JL. Developing paediatric medicines: identifying the needs and recognizing the challenges. *J Pharm Pharmacol*. 2007 Aug;59(8):1043–55.
32. Ivanovska V, Rademaker CMA, van Dijk L, Mantel-Teeuwisse AK. Pediatric drug formulations: a review of challenges and progress. *Pediatrics*. 2014 Aug;134(2):361–72.
33. Walsh J. Reflection on the Pharmaceutical Formulation Challenges Associated with a Paediatric Investigation Plan for an Off-Patent Drug. *AAPS PharmSciTech*. 2017 Feb;18(2):250–6.
34. Salunke S, Liu F, Batchelor H, Walsh J, Turner R, Ju TR, et al. European Paediatric Formulation Initiative (EuPFI)-Formulating Ideas for Better Medicines for Children. *AAPS PharmSciTech*. 2017 Feb;18(2):257–62.
35. Connor EM, Smoyer WE, Davis JM, Zajicek A, Ulrich L, Purucker M, et al. Meeting the demand for pediatric clinical trials. *Sci Transl Med*. 2014 Mar 12;6(227):227fs11.
36. Castro JC da SX e, Botelho SF, Machado TRL, Martins MAP, Vieira LB, Reis AMM. Suitability of new drugs registered in Brazil from 2003 to 2013 for pediatric age groups. *Einstein (São Paulo)*. 2018;16(4).
37. Natali RM de T, Santos DSPS dos, Fonseca AMC da, Filomeno GC de M, Figueiredo AHA, Terrivel PM, et al. Perfil de internações hospitalares por doenças respiratórias em crianças e adolescentes da cidade de São Paulo, 2000-2004. *Rev Paul Pediatr*. 2011 Dec;29(4):584–90.
38. Duarte DMG, Botelho C. Perfil clínico de crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76:207–12.
39. Monteiro FPM, Da Silva VM, Lopes MVDO, De Araujo TL. Conduitas de enfermagem para o cuidado à criança com infecção respiratória: Validação de um guia. *ACTA Paul Enferm*. 2007;20(4):458–63.
40. Bonfim CM, Nogueira ML, Simas PVM, Gardinassi LGA, Durigon EL, Rahal P, et al. Frequent respiratory pathogens of respiratory tract infections in children attending daycare centers. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87(5):439–44.
41. Berman S, McIntosh K. Selective primary health care: strategies for control of disease in the developing world. XXI. Acute respiratory infections. *Rev Infect Dis*.

- 1985;7(5):674–91.
42. Lu N, Samuels ME, Shi L, Baker SL, Glover SH, Sanders JM. Child day care risks of common infectious diseases revisited. *Child Care Health Dev.* 2004 Jul;30(4):361–8.
 43. Mastrobuono Nesti MM, Goldbaum M. As creches e pré-escolas e as doenças transmissíveis. *J Pediatr (Rio J).* 2007;83(4):299–312.
 44. Belo N, Maio Pa, Gomes S. Automedicação em idade pediátrica. *BIRTH GROWTH Med J.* 2017;XXVI:234–9.
 45. Filho PCPT, Junior A do CPe. Automedicação Em Crianças De Zero a Cinco Anos : Fármacos administrados, Conhecimentos. Motivos e Justificativas. *Esc Anna Nery.* 2013;17(2):291–7.
 46. Pfaffenbach G. Automedicação em crianças: um problema de saúde pública. *Rev Paul Pediatr.* 2010;28(3):260–1.
 47. Organization WH. The Role of the pharmacist in self-care and self-medication : report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist. Organization WH, editor. Department of Essential Drugs and Other Medicines World Health Organization. The Hague, The Netherlands; 1998.
 48. 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(3):262–8.
 49. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista M do CDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saude Publica.* 1997 Feb;31(1):71–7.
 50. Allotey P. “Social Medication” and the Control of Children: A Qualitative Study of Over-the-Counter Medication Among Australian Children. *Pediatrics.* 2004 Sep 1;114(3):e378–83.
 51. Simon HK, Weinkle DA. Over-the-counter medications. Do parents give what they intend to give? *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997 Jul;151(7):654–6.
 52. Santos P; Freitas R; Eduardo A; Automedicação Infantil: Conhecimento e Motivação dos pais. *Rev Multitexto.* 2015;3(n. 01):65–72.
 53. World Health Organization. Adherence to Long-term Therapies - Evidence for Action 2003. Geneva: World Health Organization; 2003.
 54. Cabral MV, Silva PA da. A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. Instituto de Ciencia Sociais da Universidade de Lisboa. 2010 Mar 19;
 55. Ogden J. *Psicologia da Saúde.* 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores; 1999.
 56. Bitarães EL, De Oliveira BM, Viana MB. Adesão à antibioticoterapia profilática em crianças com anemia falciforme: Um estudo prospectivo. *J Pediatr (Rio J).*

- 2008;84(4):316–22.
57. Santos MC dos. Adesão em Pediatria- Do Modelo Biomédico ao Transacional: Contribuições para a intervenção dos profissionais de saúde. *Psicol Saude e Doenças*. 2005;6(nr 2):145–56.
 58. Vrijens B, Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppard T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*. 2012 May;73(5):691–705.
 59. Eide TB, Hippe VC, Brekke M. The feasibility of antibiotic dosing four times per day: a prospective observational study in primary health care. *Scand J Prim Health Care*. 2012 Mar;30(1):16–20.
 60. 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(4):506–13.
 61. Biezen R, Grando D, Mazza D, Brijnath B. Dissonant views - GPs' and parents' perspectives on antibiotic prescribing for young children with respiratory tract infections. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):1–9.
 62. Hammour KA, Jalil MA, Hammour WA. An exploration of parents' knowledge, attitudes and practices towards the use of antibiotics in childhood upper respiratory tract infections in a tertiary Jordanian Hospital. *Saudi Pharm J*. 2018;26(6):780–5.
 63. El Khoury G, Ramia E, Salameh P. Misconceptions and Malpractices Toward Antibiotic Use in Childhood Upper Respiratory Tract Infections Among a Cohort of Lebanese Parents. *Eval Heal Prof*. 2018;41(4):493–511.
 64. Roussounides A, Papaevangelou V, Hadjipanayis A, Panagakou S, Theodoridou M, Syrogiannopoulos G, et al. Descriptive study on parents' knowledge, attitudes and practices on antibiotic use and misuse in children with upper respiratory tract infections in Cyprus. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8(8):3246–62.
 65. 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 Clínica Geral*. 2015;31(4):248–54.
 66. Taylor JA, Kwan-Gett TSC, McMahon EM. Effectiveness of an Educational Intervention in Modifying Parental Attitudes About Antibiotic Usage in Children. *Pediatrics*. 2003 May 1;111(5):e548–54.
 67. Raposo NML. Avaliação da compliance de Antibióticos na população de Castelo Branco. Universidade da Beira Interior; 2014.
 68. Instituto Nacional de Estatística, Classificação Portuguesa das Profissões 2010. 2011th ed. Lisboa: INE; 2011.
 69. Administração Central do Sistema de Saúde I. Classificação Internacional de

70. Gil A. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5ª Edição. Atlas E, editor. São Paulo; 1999.
71. Shlomo V, Adi R, Eliezer K. The knowledge and expectations of parents about the role of antibiotic treatment in upper respiratory tract infection--a survey among parents attending the primary physician with their sick child. *BMC Fam Pract.* 2003;4:20.
72. Alrafiaah AS, Alqarny MH, Alkubedan HY, AlQueflie S, Omair A. Are the Saudi parents aware of antibiotic role in upper respiratory tract infections in children? *J Infect Public Health.* 2017;10(5):579–85.
73. Al-Shawi MM, Darwish MA, Abdel Wahab MM, Al-Shamlan NA. Misconceptions of Parents about Antibiotic use in Upper Respiratory Tract Infections: A survey in Primary Schools of the Eastern Province, KSA. *J Family Community Med.* 2018;25(1):5–12.
74. Collett CA, Pappas DE, Evans BA, Hayden GF. Parental knowledge about common respiratory infections and antibiotic therapy in children. *South Med J.* 1999 Oct;92(10):971–6.
75. Parimi N, Pinto Pereira LM, Prabhakar P. Caregivers' practices, knowledge and beliefs of antibiotics in paediatric upper respiratory tract infections in Trinidad and Tobago: A cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2004;5:1–8.
76. Ramalhinho I, Cordeiro C, Cavaco A, Cabrita J. Adesão à Terapêutica Antibiótica no Algarve. *Rev Port Farmacoter.* 2016;8:93–104.
77. Eurydice. Evolução do Sistema de Ensino [Internet]. European Commission. 2021 [Acedido a 15 Nov 2020]. Disponível: https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/historical-development-60_pt-pt
78. Hill M, Hill A. Investigação por questionário. 2ª Ed. Lisboa: Edições Silabo; 2008.
79. Fonseca Lucas EAJC, Vieira dos Santos AE, Sodrê VRD, Veiga ME. A problemática da automedicação na infância. *Enferm Bras.* 2015 Aug 22;15(2):98.
80. Mitsi G, Jelastopulu E, Basiaris H, Skoutelis A, Gogos C. Patterns of antibiotic use among adults and parents in the community: a questionnaire-based survey in a Greek urban population. *Int J Antimicrob Agents.* 2005 May;25(5):439–43.
81. DGS M da S. Programa Nacional de Saude Infantil e Juvenil Norma 010/2013. 2013.
82. Martinho A. Evolução do Seguro de Saúde em Portugal. Instituto Politecnico de Tomar; 2014.
83. Vrijens B, Urquhart J. Patient adherence to prescribed antimicrobial drug dosing regimens. *J Antimicrob Chemother.* 2005 May 1;55(5):616–27.

84. Ribeiro F, Silva SR, Vicente IN, Almeida S. Prescrição Antibiótica no Serviço de Urgência Pediátrica de um Hospital Nível II da Região Centro. *Rev Pediatr do Cent Hosp do Porto*. 2013;22(4):216–9.
85. Palmer DA, Bauchner H. Parents' and physicians' views on antibiotics. *Pediatrics*. 1997 Jun;99(6):E6.
86. Vidal ER, Vila IN. Estudio sobre la adhesión al tratamiento antibiótico en las enfermedades agudas en la población infantil de atención primaria. *Aten Primaria Tarragona*. 2005;35(3).
87. Yu M, Zhao G, Stålsby Lundborg C, Zhu Y, Zhao Q, Xu B. Knowledge, attitudes, and practices of parents in rural China on the use of antibiotics in children: A cross-sectional study. *BMC Infect Dis*. 2014;14(1):1–8.
88. Silvestre Busto C, Ramalle-Gómara E, Arnáez García R, Flor-Serrano A, García-Fernández J, Ramil Pernas H, et al. Estudio multicéntrico sobre adhesión al tratamiento antibiótico en población infantil en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001 May 15;27(8):554–8.
89. Pereira FSVT, Bucarechi F, Stephan C, Cordeiro R. Self-medication in children and adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(5):453–8.
90. Bi P, Tong S, Parton KA. Family self-medication and antibiotics abuse for children and juveniles in a Chinese city. *Soc Sci Med*. 2000 May;50(10):1445–50.
91. Cella E, Almeida R. Automedicação: Enfoque Pediátrico. *Rev Saúde Públ St Cat, Florianóp*. 2012;5(nr 1):72–86.
92. Du Y, Knopf H. Self-medication among children and adolescents in Germany: results of the National Health Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Br J Clin Pharmacol*. 2009 Oct;68(4):599–608.
93. Bricks LF, Leone C. Utilização de medicamentos por crianças atendidas em creches. *Rev Saude Publica*. 1996 Dec;30(6):527–35.
94. Martins AP, Da Costa Miranda A, Mendes Z, Soares MA, Ferreira P, Nogueira A. Self-medication in a Portuguese urban population: A prevalence study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2002;11(5):409–14.
95. Silva CH, Giugliani ERJ. Consumption of medicines among adolescent students: a concern. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(4):326–32.
96. Schrag SJ, Peña C, Fernández J, Sánchez J, Gómez V, Pérez E, et al. Effect of short-course, high-dose amoxicillin therapy on resistant pneumococcal carriage: a randomized trial. *JAMA*. 2001 Jul 4;286(1):49–56.
97. J. González AO y JP. Almacenamiento de antibióticos en los hogares españoles. *Rev Esp Quim*. 2006;19(Nr 3):275–85.
98. Skliros E, Merkouris P, Papazafiropoulou A, Gikas A, Matzouranis G, Papafragos C, et al. Self-medication with antibiotics in rural population in Greece: a cross-

- sectional multicenter study. *BMC Fam Pract*. 2010 Dec 8;11(1):58.
99. Berzanskyte A, Valinteliene R, Haaijer-Ruskamp FM, Gurevicius R, Grigoryan L. Self-medication with antibiotics in Lithuania. *Int J Occup Med Environ Health*. 2006;19(4):246–53.
 100. Borg MA, Scicluna EA. Over-the-counter acquisition of antibiotics in the Maltese general population. *Int J Antimicrob Agents*. 2002 Oct;20(4):253–7.
 101. Muras M, Krajewski J, Nocun M, Godycki-Cwirko M. - A survey of patient behaviours and beliefs regarding antibiotic self-medication for respiratory tract infections in Poland. *Arch Med Sci*. 2013;5:854–7.
 102. Lior C, Sierra N, Hernández S, Bayona C, Hernández M, Moragas A, et al. Compliance rate of antibiotic therapy in patients with acute pharyngitis is very low, mainly when thrice-daily antibiotics are given. *Rev Esp Quimioter*. 2009 Mar;22(1):20–4.
 103. Parimi N, Pereira LMP, Prabhakar P. The general public's perceptions and use of antimicrobials in Trinidad and Tobago. *Rev Panam Salud Pública*. 2002 Jul;12(1):11–8.
 104. Grigoryan L, Burgerhof JGM, 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 Mar 6;61(5):1172–9.
 105. Ilhan MN, Durukan E, Ilhan SO, Aksakal FN, Ozkan S, Bumin MA. Self-medication with antibiotics: questionnaire survey among primary care center attendants. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2009 Dec;18(12):1150–7.
 106. Cole A. GPs feel pressurised to prescribe unnecessary antibiotics, survey finds. *BMJ*. 2014 Aug 19;349(aug19 15):g5238–g5238.
 107. Bauchner H, Pelton SI, Klein JO. Parents, physicians, and antibiotic use. *Pediatrics*. 1999 Feb;103(2):395–401.
 108. Braun BL, Fowles JB. Characteristics and experiences of parents and adults who want antibiotics for cold symptoms. *Arch Fam Med*. 2000 Jul;9(7):589–95.
 109. Belongia EA, Naimi TS, Gale CM, Besser RE. Antibiotic use and upper respiratory infections: a survey of knowledge, attitudes, and experience in Wisconsin and Minnesota. *Prev Med (Baltim)*. 2002 Mar;34(3):346–52.
 110. Pechère JC. Patients' interviews and misuse of antibiotics. *Clin Infect Dis*. 2001 Sep 15;33 Suppl 3:S170-3.
 111. Togoobaatar G, Ikeda N, Ali M, Sonomjamts M, Dashdemberel S, Mori R, et al. Survey of non-prescribed use of antibiotics for children in an urban community in Mongolia. *Bull World Health Organ*. 2010 Dec 1;88(12):930–6.
 112. You JHS, Yau B, Choi KC, Chau CTS, Huang QR, Lee SS. Public knowledge,

attitudes and behavior on antibiotic use: a telephone survey in Hong Kong. *Infection*. 2008 Mar;36(2):153–7.

113. Abobotain AH, Sheerah HA, Alotaibi FN, Joury AU, Mishiddi RM, Siddiqui AR, et al. Socio-demographic determinants of antibiotic misuse in children. A survey from the central region of Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2013 Aug;34(8):832–40.
114. Napolitano F, Izzo MT, Di Giuseppe G, Angelillo IF. Public knowledge, attitudes, and experience regarding the use of antibiotics in Italy. *PLoS One*. 2013;8(12):e84177.

9. ANEXOS

Anexo I:
Inquérito

Conhecimento, comportamento e atitudes dos pais perante a prescrição de antibióticos nas infeções respiratórias

INQUÉRITO

Sou estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade do Algarve e encontro-me a elaborar a dissertação de Mestrado. Com o presente estudo pretende--se analisar os conhecimentos, comportamentos e atitudes dos pais relativamente à administração de medicamentos aos seus filhos em situações de patologia respiratória.

Este Inquérito tem como objetivo a recolha de informação na população do Algarve, que sejam pais de crianças até aos 12 anos de idade, e que já tenham administrado pelo menos uma vez antibiótico ao seu filho.

O Inquérito é de resposta voluntária, anónimo e confidencial, divide-se em 3 fases (A, B e C) e demora cerca de cinco minutos a responder.

A sua opinião é importante para o sucesso deste trabalho. Obrigada pela sua colaboração

Telma Dias

Consentimento para o Tratamento de Dados

Autorizo expressamente o tratamento dos dados pessoais, para efeitos de resposta ao inquérito do projeto de investigação " Conhecimento, comportamento e atitudes dos pais perante a prescrição de antibióticos nas infeções respiratórias.", bem como para efeitos de comunicação dos resultados de investigação

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?
 1-2 pessoas 3-4 pessoas Mais de 4 pessoas
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 seu filho 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 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
- Outro Qual? _____

3. Quem lhe deu informações sobre o medicamento?

- Médico Amigo/familiar
- Farmacêutico 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

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
- Cuidado a ter durante a toma (ex.: Agitar antes de usar, guardar no frigorífico) Sim Não

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?

Médico Amigo/familiar
 Farmacêutico 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 tem acesso a outro Sistema 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

DT – Discordo Totalmente

DP – Discordo Parcialmente

	CT	CP	NC ND	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 o total do antibiótico a resistência das bactérias pode aumentar.					
5. Os antibióticos podem provocar efeitos adversos graves.					
6. Os antibióticos servem para tratar infeções 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 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 infeções 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.					