



PRACI – Perceção dos utentes sobre antibioterapia, Resistência a Antimicrobianos e Controlo de Infeção

Nuno Miguel Parente*

RESUMO

Objetivo: Caracterizar os conhecimentos dos utentes sobre práticas inerentes à antibioterapia, concetualização de resistência a antimicrobianos (RAB), controlo de infeção e averiguar a existência de relação entre a informação sobre RAB e restantes variáveis.

Tipo de estudo: Estudo observacional, transversal e analítico.

Local: USF Viver Mais.

População: Utesntes inscritos na USF Viver Mais com 18-69 anos (n=6.952).

Métodos: Questionário anónimo aplicado a uma amostra de 365 utentes. Incluiu variáveis demográficas como idade, sexo e escolaridade, presentes na Parte I, e 15 perguntas de escolha simples na Parte II sobre conceito e funcionamento do antimicrobiano (AB), atitudes relativas ao AB, adequação do AB a determinados sintomas e doenças, práticas de controlo de infeção, fonte de informação sobre RAB, definição e dimensão da RAB.

Resultados: Houve maior representatividade do sexo feminino (61,9%), do grupo com 45-54 anos e escolaridade $\geq 12^\circ$ ano. A maioria reconheceu o papel dos AB nas infeções víricas e mais de 70% identificou os AB como fármacos anti-piréticos e anti-inflamatórios. A principal indicação para AB foi a odinofagia com duração ≥ 5 dias e aproximadamente 89% concordou em utilizar AB de familiares/amigos. Cerca de 50% considerou importante a higienização das mãos após contacto com uma instituição de saúde e 69,4% após contacto com secreções respiratórias. O reconhecimento do conceito da RAB constatou-se em 58,1% dos utentes, em que 50% a percecionou como problema pessoal e familiar. Mais de 88% conceptualizou a RAB como uma falta de resposta do corpo aos AB.

Verificou-se relação entre a informação sobre RAB do doente e as seguintes variáveis: escolaridade; conhecimento sobre o efeito negativo do AB na flora autóctone; importância do AB no tratamento da constipação, gripe e odinofagia; autossuspeição do utente da necessidade de tratamento com AB; decisão de antibioterapia gerida pelo médico e confiança no médico não-prescritor de AB ($p < 0,05$).

Conclusões: Em geral, os utentes demonstraram baixo conhecimento nas diversas áreas, apesar de sobreponível à literatura. Deste modo, o médico de família pode dirigir as suas ações para a informação adequada do conceito de RAB e implicações no ecossistema.

Palavras-chave: Resistência a antimicrobianos; Antibióticos; Controlo de infeção; Literacia em saúde.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a resistência aos antimicrobianos (RAB) é um dos problemas de saúde pública mais preocupantes a nível global, com ameaça de regresso à era pré-antibiótico.¹ Na Europa, o impacto das infeções por bactérias resistentes

reflete-se anualmente em aproximadamente 33.110 mortes e 874.541 anos de vida ajustados para incapacidade.² Relativamente ao custo, na União Europeia

*Médico interno do 4º ano da formação específica em Medicina Geral e Familiar. USF Viver Mais, ACeS Maia/Valongo



sabe-se que a infeção por bactérias resistentes leva a gastos anuais na ordem dos 1,5 biliões de euros em despesas de saúde e perda de produtividade.³ A variação do nível de RAB é ampla e dependente da estirpe bacteriana, uso local de antimicrobianos (AB) e região geográfica; contudo, é transversal o seu aumento desmedido.⁴ À imagem da Europa, Portugal apresenta como problema principal as bactérias do grupo ESKAPE (*Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Enterobacter spp.*) e enterobacteriáceas produtoras de β -lactamases de largo espectro ou carbapenemases.⁵ De acordo com a Rede de Vigilância Europeia de Resistência aos Antimicrobianos, de 2016 para 2017 obteve-se uma evolução favorável do nível de resistência aos diferentes grupos de AB, à exceção do aumento da resistência da *E. Coli* aos carbapenemos e da resistência global da *K. pneumoniae*.⁶ O contínuo aumento da RAB à escala mundial, na ausência de abordagem síncrona e eficaz face a este problema, prevê 10 milhões de mortes/ano associadas a infeções por bactérias resistentes e gastos na ordem dos 60-100 triliões de dólares até 2050.⁷

O consumo de AB de forma inadequada é o fator modificável e mais frequentemente implicado na indução de RAB.⁸ Em Portugal, o consumo de AB na comunidade, expresso em dose diária definida por 1.000 habitantes por dia, aumentou de 19,6 para 20,3 entre 2013 e 2017.⁹

De acordo com as orientações do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos, a estratégia global de intervenção visa a informação e educação da população com dinamização de campanhas de sensibilização para o uso prudente dos AB. São exemplos a colaboração com o Ministério da Educação no projecto *e-Bug* e futuramente na implementação do projecto PORCAUSA, dirigido à literacia da população.¹⁰ De facto, o uso inadequado de AB depende de fatores intrínsecos e extrínsecos ao profissional de saúde, dos quais se salientam o conhecimento, atitude e comportamento do cidadão, o perfil prescritor, a subvalorização da existência de RAB e a vontade de corresponder às expectativas do doente e/ou família.^{6,11-13} Um aspeto fundamental é que a sobreprescrição de AB leva o doente a requerer um comportamento de prescrição semelhante numa con-

sulta futura, perpetuando o ideal de necessidade falsa de tratamento com AB.¹⁴ É igualmente transversal que o conhecimento da doença e opções terapêuticas, crenças sobre o balanço benefício-dano das mesmas e expectativas relativas ao resultado, são variáveis que influenciam a adesão e, por conseguinte, o sucesso do tratamento.¹⁵

Tendo por base que na Europa 80-90% dos AB são prescritos nos cuidados de saúde primários (CSP),¹⁶ o autor pretende com este trabalho caracterizar os conhecimentos sobre práticas inerentes à antibioterapia, concetualização de RAB e controlo de infeção numa população dos CSP e averiguar a existência de relação entre a informação sobre RAB e as restantes variáveis.

MÉTODOS

Foi conduzido um estudo transversal, descritivo e analítico, entre 1 de agosto de 2018 e 31 de janeiro de 2019, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da zona norte de Portugal.

O autor concebeu um questionário de autopreenchimento e adaptado de bibliografia já publicada,¹⁷⁻²² anónimo, que foi aplicado após estudo piloto. O questionário incluiu variáveis demográficas: idade (variável qualitativa ordinal), sexo (variável qualitativa nominal) e escolaridade (variável qualitativa ordinal), presentes na Parte I; e quinze perguntas de escolha simples na Parte II (Anexo I). Nesta última secção, as perguntas referiam-se à perceção do uso de AB (indicações, reações adversas, condições de acesso, adequação a determinadas doenças/sintomas e decisão de iniciação do regime terapêutico), de medidas de controlo de infeção e de RAB (existência, definição, fonte de informação, dimensão problemática, indução e prevenção).

A população incluiu utentes com idade entre 18-69 anos, inscrição ativa na USF em estudo e consulta agendada no período de recolha de dados. Foram excluídos utentes com agendamento de consulta de saúde infantil e visita domiciliária; os utentes incapazes de compreender linguagem portuguesa, oral e escrita; e os que não preencheram o questionário na totalidade. A população em estudo totalizou 6.952 utentes. Foi selecionada uma amostra de conveniência com base nos utentes que, aquando da efetivação da inscrição para consulta, foram convidados a participar no estudo pelo secretariado clínico, o qual teve uma sessão de formação

QUADRO I. Dados demográficos

Sexo	n (%)
Masculino	139 (38,1)
Feminino	226 (61,9)
Idade	
18-24 anos	30 (8,2)
25-34 anos	54 (14,8)
35-44 anos	73 (20,0)
45-54 anos	86 (23,6)
55-64 anos	72 (19,7)
65-69 anos	50 (13,7)
Escolaridade	
1-4º ano	76 (20,8)
5-6º ano	37 (10,1)
7-9º ano	81 (22,2)
10-11º ano	85 (23,3)
≥ 12º ano	86 (23,6)
Total	365

Legenda: % = percentagem.

prévia com o autor, de forma a uniformizar o guião do convite. No caso de aceitação foi entregue o questionário que incluía, em preâmbulo, a explicação do propósito do estudo e o consentimento informado. Os questionários foram recolhidos em caixa fechada e selada para o efeito.

O tamanho amostral foi determinado considerando um intervalo de confiança de 95% e um nível de precisão de 5%, perfazendo um total de 364 participantes. Considerando o ajuste para perda de amostra de aproximadamente 20%, assumiu-se 455 participantes como tamanho amostral final.

Os dados foram submetidos a uma análise descritiva com recurso aos programas Microsoft Excel 2010® e SPSS® v. (64 Bit) 21 e avaliação de associação entre as variáveis categóricas, utilizando o teste do Qui-quadrado.

Foram utilizadas as linhas de orientação *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para a elaboração do presente artigo.

A realização deste estudo foi aprovada pelo ACeS Maia/Valongo e mereceu parecer favorável por parte da comissão de ética da Administração Regional de Saúde do Norte.

RESULTADOS

Foram incluídos 365 utentes, o que resultou numa taxa de participação de 80,2%. A população teve um predomínio do sexo feminino (61,9%), da faixa etária dos 45-54 anos (23,6%) e escolaridade igual ou superior ao 12º ano (23,6%) (Quadro I).

Relativamente à questão número 1, a maioria dos participantes completou o último curso de AB há mais de 12 meses (34,2%) e 31,2% não se recordou da última toma. Na questão número 2, 80% da população afirmou que o AB é útil no tratamento de infeções causadas por bactérias; contudo, 56,7% referiu também indicação do mesmo para o tratamento de infeções víricas. Uma proporção considerável dos utentes (73,2-74,8%) considerou o AB um medicamento semelhante à classe dos anti-inflamatórios e útil na resolução de quadros de febre. Em relação à questão número 3, entre 75,3 e 78,9% dos utentes consideraram que o AB tem efeitos adversos e pode dar origem a reações alérgicas graves. No entanto, 40,5% não atribuíram ao AB a capacidade de «matar bactérias boas presentes no corpo». No que concerne à questão número 4 foi averiguado o perfil de condições de acesso aos AB (Figura 1). Na questão número 5 foi avaliada a perceção do utente quanto à utilização do AB como tratamento primário de determinados sintomas e doenças (Figura 2).

Na questão número 6, 50,4% dos doentes assumiu ter capacidade para suspeitar do momento em que é necessário tratamento com AB. Perante a possibilidade de decidir e iniciar antibioterapia por iniciativa própria, 82,7% respondeu «não sei» e 12,6% tê-lo-á feito no passado. Porém, 95,3% demonstrou que a decisão para início de antibioterapia deve partir do médico. No que concerne à relação médico-doente, 87,9% revelou ter confiança no médico prescriptor de AB, enquanto 73,2% mantém a confiança se a atitude não resultar em prescrição antibiótica.

Na questão número 7 verificou-se que foram reconhecidas, como medidas protetoras contra a contaminação por microorganismos, a lavagem das mãos em 93,7% e a ventilação natural em 68,8%. Para além disso,

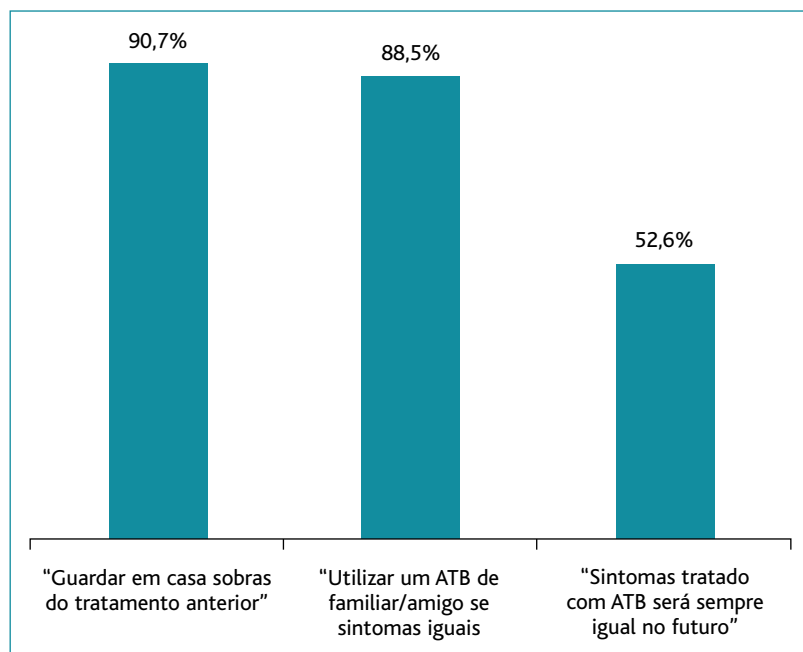


Figura 1. Práticas no uso do ATB.

Legenda: ATB = antibiótico; % = percentagem.

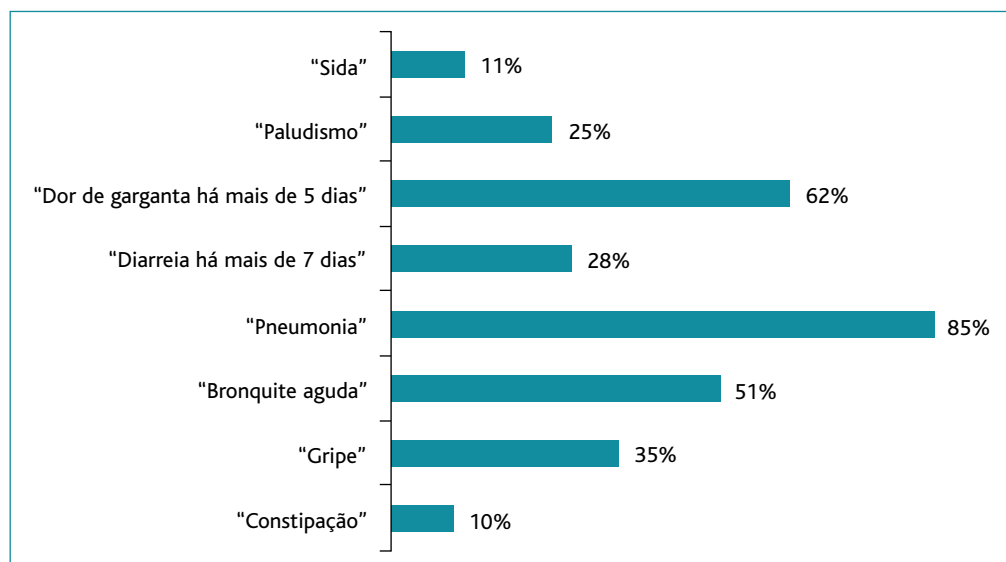


Figura 2. Adequação de AB a sintomas e doenças.

Legenda: % = percentagem.

92,9% concordou que a lavagem das mãos é obrigatória após contacto com secreções respiratórias e 71,8% concordou que o braço serve de proteção perante acesso de tosse. Relativamente à lavagem das mãos antes do

abandono de qualquer instituição de saúde, 50,1% e 38,4% concorda e discorda, respetivamente, com esta prática.

Relativamente à questão número 8, 58,1% dos doentes demonstraram-se informados sobre a existência de RAB. A caracterização da fonte de informação foi avaliada na questão número 9 (Figura 3). Na questão número 10, referente à concetualização da RAB, 88,7% concordaram que assenta no facto de o corpo não responder a determinado AB e 56,6% que se deve à perda da sensibilidade da bactéria a um ou mais AB. Trinta e três por cento afirmaram que as bactérias portadoras de RAB são transmissíveis de pessoa para pessoa e 62,3% reconheceram que as infeções causadas por estas bactérias são mais difíceis de tratar. Na questão número 11 verificou-se que 86,8% dos doentes não recusaram/adiaram a toma

de algum AB por medo relacionado com a RAB.

Na questão número 12, 68,9% declarou que a RAB é um problema mundial e causa de morte cada vez mais frequente. Relativamente à ocorrência da RAB de forma restrita a nível hospitalar, 6,6% concordaram com a afirmação e 84,4% responderam «*não sei*». Aproximadamente 50% dos doentes admitiram a RAB como um problema afeto ao seu

ambiente familiar. Na questão número 13, referente a ações benéficas a tomar no combate ao aumento da RAB, 25,7% referiu a diminuição do uso de herbicidas na agricultura, 25,4% o maior rigor no uso de AB pelo

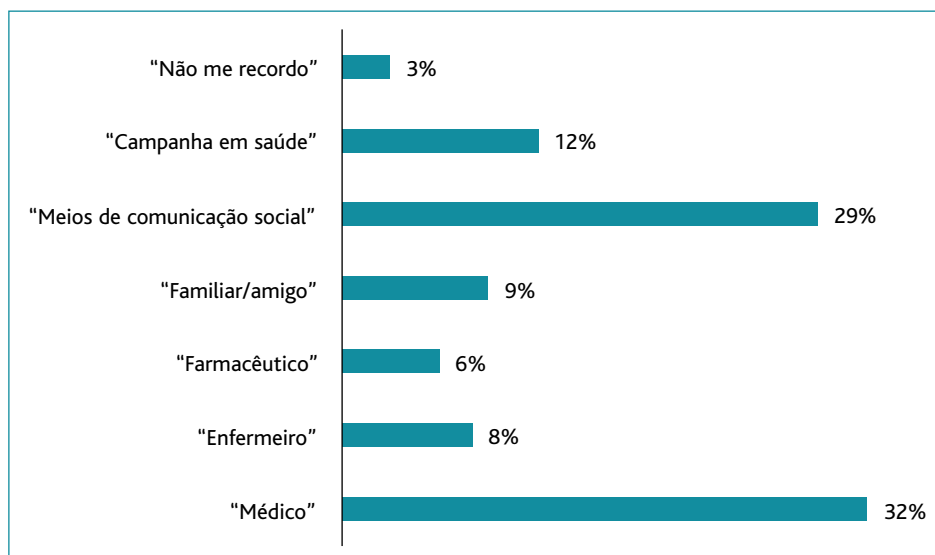


Figura 3. Fonte de informação sobre RAB.

Legenda: RAB = resistência a antimicrobianos; % = percentagem.

veterinário e 23,5% a criação de novos AB. Na questão 14, 64,2% dos doentes afirmou que a RAB resulta do uso incorreto do AB e 42,0% revelou que o AB utilizado de forma desnecessária numa determinada região pode ser prejudicial para os seus residentes. Para além disto, 83,5% considerou o cumprimento das indicações médicas como fundamentais à prevenção da RAB, enquanto 48,1% valorizou o papel da prescrição tardia.

Verificou-se relação entre a informação sobre RAB do doente e as seguintes variáveis: escolaridade; conhecimento sobre o efeito negativo do AB na flora autóctone; importância do AB no tratamento da constipação, gripe e odinofagia; autossuspeição do utente da necessidade de tratamento com AB; decisão de antibioterapia gerida pelo médico e confiança no médico não-prescritor de AB (Quadro II).

DISCUSSÃO

De uma forma global, os resultados mostram um conhecimento deficitário no que diz respeito à antibioterapia, RAB e controlo de infeção. Comparando com a literatura verifica-se que, apesar de 40% da população reconhecer os vírus como agentes primários de infeções das vias aéreas superiores,²³ 47,8% acredita que o AB tem papel no tratamento.¹⁸ Este último valor é inferior ao encontrado (56,7%) e poderá ser explicado pela população estudada ser holandesa e, portanto, detentora

de um maior nível de literacia em saúde e menor taxa de prescrição antibiótica.²⁴ Este padrão de desconhecimento é dependente da região estudada e, por isso, na Malásia a proporção de doentes que identificam o AB como tratamento de infeções víricas pode ascender aos 83,7%.²⁵ É também interessante um estudo realizado numa farmácia comunitária da Malásia, com 408 utentes, em que 43,1% identifica erradamente o paracetamol como AB, 65,9% identifica erradamente a aspirina como pertencente à nova

geração de AB e 46,6% acredita que o AB funciona como anti-pirético.²⁶ Estes valores mais baixos relativamente ao encontrado (73,2-74,8%) podem dever-se ao facto de 96,8% dos utentes terem, de escolaridade, pelo menos o ensino secundário.²⁶

Os doentes veem o AB como uma opção muito segura;²⁷ contudo, neste estudo a maioria reconhece o AB como fonte de efeitos adversos e possíveis reações alérgicas graves. Na Itália, um estudo com 1.247 pais de crianças entre 0-14 anos demonstrou que 92,6-94,8% acredita que os AB são causadores de efeitos adversos e reações alérgicas.¹⁹ Estes números assemelham-se aos obtidos; contudo, o facto de a amostra ser exclusivamente constituída por pais pode acarretar sobrevalorização. Ainda referente aos efeitos adversos dos AB, um estudo transversal no Reino Unido, com 7.120 indivíduos, verificou que 43% desconhecem o efeito do AB na flora da pele e intestino e, portanto, semelhante ao encontrado (40%).²⁸ A clarificação e discussão deste efeito e dos anteriores são fundamentais na modelação da expectativa e adoção de atitude mais reticente pelo doente.^{23,29}

No que concerne o acesso ao AB, dois estudos, na Suécia ($n=747$) e no Japão ($n=3.390$), demonstraram, respetivamente, que 7,6% e 11,7% dos utentes admitem guardar excedente de AB em casa.^{21,30} Porém, o valor encontrado (90,7%) é claramente superior e assemelha-se



QUADRO II. Fatores relacionados com a informação sobre RAB

Informado sobre a RAB			
	Sim	Não	
Escolaridade			$p < 0,0001^*$
1-4º ano	11	65	
5-6º ano	18	19	
7-9º ano	49	32	
10-11º ano	61	24	
≥ 12º ano	73	13	
"Pode matar bactérias boas presentes no nosso corpo"			$p < 0,0001^*$
Concordo	127	47	
Discordo	68	80	
Não sei	17	26	
Sintomas/doenças			$p < 0,0001^*$
Constipação			
Sim	10	25	
Não	202	128	
Gripe			
Sim	59	70	
Não	153	83	
Dor de garganta com mais de 5 dias			
Sim	103	124	
Não	98	40	
"Normalmente sou capaz de suspeitar quando preciso de tratamento com AB"			$p < 0,001^*$
Concordo	91	93	
Discordo	23	19	
Não sei	98	41	
"A decisão de iniciar AB deve ser tomada pelo médico"			$p < 0,009^*$
Concordo	203	133	
Discordo	4	9	
Não sei	5	11	
"Tenho confiança no médico se não receitar AB"			$p < 0,0001^*$
Concordo	180	87	
Discordo	19	64	
Não sei	13	2	

Legenda: RAB = resistência a antimicrobianos; p = nível de significância; * = estatisticamente significativo.

a outros países, como Brasil (84,1%) ou China (90,0%).³¹ É importante esclarecer que a população sueca, no campo das práticas com AB, tem um conhecimento elevado e consistente ao longo do tempo³² e que no estudo japonês mais de 96,6% tinha escolaridade $\geq 10^\circ$ ano, pertencendo unicamente 7,5% a um meio rural. Este resultado superior pode significar que a amostra se enquadra nas ideologias de reutilização do AB, presente em 50% dos doentes, e vontade de reclassificação do AB para medicamento não sujeito a receita médica.³¹ De facto, este excedente de AB pode resultar da sobreprescrição e/ou de menor adesão terapêutica. A falta de adesão correlaciona-se com o número de tomas/dia do AB (27,0% se ≥ 3), duração do curso (71,0% se ≥ 6 dias), menor qualidade do serviço médico e personalidade do doente (crítico).³³ Para além disto, são também influentes a política nacional de dispensa do AB, nomeadamente, a necessidade de prescrição médica, o fornecimento de embalagem completa³⁴ e a disponibilização de informação sobre a indicação e posologia do AB que podem reduzir em 14,2% o risco de guardar AB excedente.³¹ Dos AB não sujeitos a prescrição médica, a proporção com origem em familiares e amigos, dependendo da região europeia, pode variar entre 32-81%.³⁵ Este cenário permite enquadrar o valor encontrado (88,5%) e teorizar no modo como os doentes valorizam o autodiagnóstico. Efetivamente, em 24,9-37,4% há a crença de que um sintoma/doença tratado com AB



num determinado momento será submetido ao mesmo tratamento no futuro, sugerindo a percepção de «inevitabilidade».²³ Esta percepção pode advir das propriedades atribuídas ao AB e, deste modo, um estudo qualitativo com 5.379 doentes mostrou que em 51-87% o AB é associado a ideias de «cura certa», «potência elevada» e «estatuto de salvador».³⁶

Neste estudo, 10% e 35% da população revelou a constipação e gripe, respetivamente, como indicações principais para tratamento com AB. Na literatura a distinção entre estas duas entidades é imprecisa semanticamente; contudo, os valores são semelhantes e indicam que 18,9-49,7%^{12,21,23,26,37-38} dos doentes julgam o binómio constipação/gripe como razão para prescrição de AB. Especificamente, até 30,2% caracteriza a prescrição de AB na gripe como «boa atitude».²¹ Relativamente às outras possíveis indicações para AB, um estudo na Arábia Saudita ($n=1.966$) reconheceu igualmente a odinofagia (48,8%) como prevalente,³⁷ enquanto outro trabalho aponta também a bronquite aguda (59,6%) e a pneumonia (90,9%) como indicações reportadas.¹⁸ Por oposição, a odinofagia surge com mais peso na amostra, o que está em concordância com um estudo português em que a amigdalite foi o principal motivo para toma de AB entre 282 indivíduos.³⁸

Existe uma «necessidade» de prescrição com AB por parte do doente sendo que, no Qatar, 28,1% espera tratamento com ATB²³ e, no Japão, 10,2% formaliza um pedido por consulta.³⁰ Um estudo transversal na Holanda, com 935 participantes, obteve resultados semelhantes. Cerca de 37% admitem capacidade de suspeição para tratamento com AB e 92,9% acreditam que a decisão de iniciar AB deve ser tomada pelo médico, valores inferiores aos encontrados, 50,4% e 95,7%, respetivamente.¹⁸ Neste estudo é esta elevada percentagem de transferência da decisão para o médico que inibe provavelmente a promoção do autodiagnóstico e, portanto, resulta em 12,6% de automedicação com AB. Na maioria dos casos, esta «carência» cega transportada no AB assenta nos mitos de recuperação acelerada e prevenção de agravamento do quadro.¹² Além disso, em situações agudas, 49,6% transmite insatisfação com ausência de prescrição de AB e 31,6% procura essa prescrição noutra instituição.²³ No que diz respeito à confiança depositada no médico, em função de o resultado ser a presença/ausência de prescrição de AB, um estu-

do referido previamente demonstrou maior confiança no médico com menor volume de prescrição antibiótica.³⁰ Este resultado é contrário ao verificado na amostra e noutra trabalho³² e pode espelhar a dificuldade da população portuguesa na modificação de atitudes em relação ao AB, constatando-se ainda ideologias «embrionárias» e falsas e, conseqüentemente, também um determinado grau de insatisfação para com o médico não-prescritor. Relativamente à automedicação, o valor encontrado está de acordo com outros estudos em Portugal (4,0-17,1%).^{37,39} Na Europa pode variar até os 21% em países do Leste, relacionando-se de forma direta com a idade jovem, escolaridade superior e presença de doença crónica.⁴⁰ Num contexto de países em desenvolvimento, a prevalência de automedicação com AB pode ascender aos 38,8%, maioritariamente com fonte em farmácias comunitárias e associada a baixa condição socioeconómica, experiência prévia positiva e severidade dos sintomas.⁴¹

No que concerne a práticas de controlo de infeção, um estudo na Coreia com 877 participantes demonstrou que 56,9% utilizam o braço como proteção perante um acesso de tosse e 69,4% compreende a lavagem das mãos como importante após contacto com secreções respiratórias, valores inferiores aos encontrados no estudo, respetivamente, 71,8% e 92,9%.⁴² A valorização da lavagem das mãos antes de abandonar uma instituição de saúde para a prevenção de infeções futuras reportou-se a 50% dos doentes e vem reforçar o facto de só 10% utilizar efetivamente a higienização das mãos.⁴³ Contudo, mais de 76% dos utentes consideraram importante a política de higienização das mãos na escolha do hospital ao qual recorrer e tinham interesse em aprender mais sobre este tópico.⁴⁴ Isto pode significar que os utentes compreendem a higienização das mãos como um comportamento essencial, têm disponibilidade para aprofundar o conhecimento, mas ainda é *definido* como hospitalo-cêntrico e aparentemente sem impacto na incidência de infeções futuras e hetero-proteção.

No que concerne ao reconhecimento do conceito de RAB, o valor encontrado (58,1%) é sobreponível a um estudo prévio (59,4%)¹¹ e a fonte de informação mais citada é o médico.³⁰ No estudo sobressai o poder da comunicação social e das campanhas em saúde. Estes resultados são paradoxais, visto afirmarem uma maior



predisposição da população para informação em saúde através de profissionais de saúde e iniciativas de órgãos médicos, em detrimento de outras fontes; porém, é ainda possível atentar à supremacia dos meios de comunicação social, mais frequentemente com transmissão de informação não cuidada.

No que diz respeito ao mecanismo de RAB, a literatura mostra-nos que 84,7-88% dos doentes acreditam que se deve à ausência de resposta do nosso corpo ao AB^{21,45} e 59,4% que advém perda da sensibilidade natural pela bactéria, deste modo, valores sobreponíveis aos encontrados.²⁵ São também concordantes as proporções dos doentes que percecionam a dificuldade no tratamento das bactérias resistentes e sua possibilidade de transmissão, respetivamente, 68% e 27,1% em comparação com 62,3% e 33,0% na amostra.^{25,45}

Relativamente à perceção da dimensão problemática inerente à RAB, no Reino Unido 79% dos doentes reconhecem a sua presença nos cuidados de saúde hospitalares.²⁸ Na amostra 6,6% assumiu esta realidade; no entanto, 84,6% afirmou não ter informação sobre o assunto. Isto pode significar que apesar de haver a noção de RAB a nível hospitalar, a capacidade de a população perceber a migração de doentes e, conseqüentemente, das bactérias entre diferentes níveis de cuidados de saúde é baixa. Um estudo numa clínica de dermatologia, com 512 participantes, demonstrou resultados superiores em que 50,7% acredita que a RAB é «um dos maiores problemas que o Mundo enfrenta» e 86,3% que é um «assunto que pode afetar a família».⁴⁶ No entanto, 73,5% tinham escolaridade equivalente ao ensino superior, o que pode explicar a maior sensibilização para o possível impacto da RAB na família. O valor obtido foi superior na apreciação da RAB como «problema mundial» e pode dever-se ao papel mais preponderante dos meios de comunicação social na maior compreensão da RAB como problema grave de saúde pública. Contudo, é fundamental relevar que os meios de comunicação social levam a desinformação relativamente à RAB e que pode ser agravada com a frequência de utilização, criação e partilha pessoais de conteúdos e interação com mensagens de fatalismo.⁴⁷

No campo das ações com benefício para a RAB, a maioria responde corretamente. Porém, 18,8% consideraram a atualização do plano nacional de vacinação e 6,6% a interrupção do tratamento AB, aquando da

melhoria, como duas medidas potencialmente favoráveis. Um estudo em Vizela³⁸ comprovou que 84% completa o tratamento com AB o que poderá explicar a baixa incidência da medida relacionada com a interrupção, que é também sobreponível a outros estudos.^{19,21}

Em relação à indução e prevenção de RAB, 60,6% e 70% dos doentes em dois trabalhos diferentes mostram que estes acreditam que a RAB advém do uso incorreto de AB,^{20,45} o que se assemelha à proporção de 64,2% encontrada. Entre 82-96,4% dos doentes cumprem as indicações posológicas do médico relativamente à toma do AB, o que está de acordo com o valor encontrado (83,5%), apesar de ser difícil concluir que compreendem a medida como preventiva de RAB.^{25,37} O papel das prescrições tardias como prevenção de RAB foi aceite por 48,1% da amostra e apresenta-se concordante com a literatura (37,4%).¹⁸ Cinquenta e oito por cento não reconheceu o efeito de propagação regional da RAB e realmente parece haver uma perceção pessoal de risco baixo quanto à RAB, assumindo risco elevado em caso de internamento e tratamento prolongado com AB.⁴⁵

Dois estudos transversais portugueses estudaram algumas das ideias relacionadas com práticas de antibioterapia.³⁸⁻³⁹ Contrariamente, este estudo acrescenta valor no campo da perceção da RAB e controlo de infeção.

Como limitações deste estudo apontar a técnica de amostragem por conveniência, subjacente a maior exequibilidade e gestão limitada de recursos, mas que pode ter incluído utentes hiperfrequentadores dos CSP e excluído utentes mais utilizadores do setor médico privado. Considerar também a ausência de estudo de validação do questionário para a população portuguesa, apesar do teste piloto e da base bibliográfica, e a constituição da amostra quanto ao predomínio dos jovens, distribuição do sexo e escolaridade que não permite validar externamente os dados.

Como pontos fortes focar o tamanho amostral, significativamente representativo da população da USF entre os 18-69 anos, o questionário baseado na literatura e o facto de o convite partir do secretariado clínico e não da equipa médica.

A maioria dos estudos estabelece um sistema de pontuação global para o questionário utilizado e avalia a associação entre essa pontuação e diferentes



variáveis.^{18-19,21-22,28,32} Há evidência de que uma maior percepção sobre o conceito de RAB tem associação com fonte de informação médica, menor interrupção de tratamento com AB e melhor conhecimento das suas indicações.³⁷ Para além do acima referido, neste estudo o conhecimento do conceito de RAB pelos utentes associou-se significativamente à escolaridade $\geq 7^{\circ}$ ano, à maior percepção do efeito nocivo do AB na flora autóctone, à melhor informação quanto ao papel do AB no tratamento da constipação, gripe e odinofagia, ao menor autodiagnóstico de necessidade de AB em determinado momento, à maior delegação na decisão de iniciar antibioterapia para o médico e à maior confiança no médico não-prescritor de AB.

Este estudo, segundo o conhecimento do autor, é pioneiro na obtenção de informação proveniente dos utentes relativamente à RAB e controlo de infeção, para além de aprofundar também as questões das atitudes e crenças para com o AB nos CSP em Portugal. O âmbito do estudo foi a população entre os 18 e 69 anos, portanto, a aplicabilidade dos dados terá de ser dirigida a estas faixas etárias, considerando-se ainda relevante a predominância de jovens na amostra. É possível constatar que mesmo existindo um bom nível de escolaridade, 46,9% dos utentes tinham completado pelo menos o 10^o ano (dos quais 23,6% detinham a atual escolaridade obrigatória), o conhecimento sobre antibioterapia, RAB e controlo de infeção foi insuficiente. Contudo, é exatamente na população jovem que deve haver investimento formativo para evitar o agravamento da RAB. O estudo mostra que um utente jovem e informado relativamente à RAB está mais frequentemente apto a perceber o impacto negativo da toma de AB no seu organismo e o quão infrutífera é a atividade do AB nas infeções predominantemente víricas. Para além disso, pode ainda compreender-se que esta informação sobre a RAB pode influenciar a predisposição do utente para autossuspeição da necessidade de AB, possivelmente através da desmistificação de alguns conceitos, permitindo de igual forma uma maior racionalização do uso do AB, através da delegação da decisão para o médico e aceitando mais facilmente o comportamento de não-prescrição, sem afetação da confiança na relação médico-doente. No entanto, é fulcral integrar a consciencialização sobre a RAB como um fenómeno bidirecional e cuja relação com o comporta-

mento não é proporcional. Deste modo, profissionais de saúde com elevada percepção da RAB podem não restringir o consumo de AB, mas dispensar mais frequentemente opções de 2^a linha e ter contextos de desconhecimento do padrão local de resistências aos AB.⁴⁸ Por outro lado, utentes participantes em sessões de educação para a saúde podem manter as atitudes prévias porque a experiência pessoal, a incerteza depositada no sistema de saúde e o aconselhamento dos familiares são, por vezes, fatores dominantes.⁴⁹

CONCLUSÃO

O conhecimento desta população dos CSP relativamente a práticas de antibioterapia, RAB e controlo de infeção revelou-se baixo e sobreponível a estudos internacionais. De realçar a elevada proporção de doentes com facilidade em dispor de AB através de familiares/amigos e ferramentas para um autodiagnóstico de «necessidade» de AB com exercício de eventual pressão no médico. Apesar de não ser possível atribuir causalidade, é essencial referir a preponderância da comunicação social como fonte de informação preferencial dos utentes, frequentemente difusora de mensagem com teor alarmista e a ausência de noção na população da importância da higienização das mãos após contacto com uma instituição de saúde, provavelmente por autopercepção de baixo risco de RAB. É fundamental a maior promoção de atualização científica nesta área, por exemplo, através dos grupos coordenadores locais do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos de cada ACEs, visando a capacitação dos médicos e enfermeiros de família neste campo. Assim sendo, é fulcral o médico de família, em sincronia com os outros profissionais de saúde dos CSP, dirigir as atividades de informação para a população jovem relativamente ao conceito de RAB e suas implicações no ecossistema, dado até 84% dos doentes querer discutir este tópico⁴⁵ e a desinformação estar associada a ideologias falsas que podem constituir perigo para a saúde. De acordo com o relatório de 2018 do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da Direção-Geral da Saúde, em julho de 2019 iniciar-se-á a campanha PORCAUSA com o objetivo de promover a utilização segura do AB na população nacional.¹⁰ Em consonância com este projeto poder-se-ão planear ações de educação ao



nível dos CSP, visando a mudança de comportamento e trabalhando em conjunto na literacia da população.

AGRADECIMENTOS

XXXX

A participação de todos foi indispensável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- World Health Organization. Antimicrobial resistance: global report on surveillance, 2014 [Internet]. Geneva: WHO; 2014. ISBN 9789241564748. Available from: <https://www.who.int/drugresistance/documents/surveillance-report/en/>
- Cassini A, Högberg LD, Plachouras D, Quattrocchi A, Hoxha A, Simonsen GS, et al. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Infect Dis*. 2019;19(1):56-66.
- European Centre for Disease Prevention and Control. The bacterial challenge: time to react [Internet]. Stockholm: ECDC; 2009. ISBN 9789291931934. Available from: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf
- Cars O, Mölstad S, Melander A. Variation in antibiotic use in the European Union. *Lancet*. 2001;357(9271):1851-3.
- Loureiro RJ, Roque F, Rodrigues AT, Herdeiro MT, Ramalheira E. O uso de AB e as resistências bacterianas: breves notas sobre a sua evolução [Use of antibiotics and bacterial resistances: brief notes on its evolution]. *Rev Port Saúde Pública*. 2016;34(1):77-84. Portuguese
- European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of antimicrobial resistance in Europe: annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2017 [Internet]. Stockholm: ECDC; 2018. ISBN 9789294982797. Available from: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-resistance-europe-2017>
- O'Neill J, editor. Review on antimicrobial resistance: tackling a crisis for the health and wealth of nations [Internet]. London: HM Government; 2014. Available from: https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf
- Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant D, Hay AD. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010;340:c2096.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption: annual epidemiological report for 2017 [Internet]. Stockholm: ECDC; 2018. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-consumption-annual-epidemiological-report-2017>
- Direção-Geral da Saúde. Infecções e resistências aos antimicrobianos: relatório anual do programa prioritário 2018 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2018. Available from: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>
- Gualano MR, Gili R, Scaioli G, Bert F, Siliquini R. General population's knowledge and attitudes about antibiotics: a systematic review and meta-analysis. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2015;24(1):2-10.
- Wood F, Phillips C, Brookes-Howell L, Hood K, Verheij T, Coenen S, et al. Primary care clinicians' perceptions of antibiotic resistance: a multi-country qualitative interview study. *J Antimicrob Chemother*. 2013;68(1):237-43.
- Arroll B, Goodyear-Smith F, Thomas DR, Kerse N. Delayed antibiotic prescriptions: what are the experiences and attitudes of physicians and patients? *J Fam Pract*. 2002;51(11):954-9.
- Little P, Gould C, Williamson I. Reattendance and complications in a randomised trial of prescribing strategies for sore throat: the medicalising effect of prescribing antibiotics. *BMJ*. 1997;315(7104):350-2.
- Jackson C, Eliasson L, Barber N, Weinman J. Applying COM-B to medication adherence: a suggested framework for research and interventions. *Eur Health Psychol*. 2014;16(1):7-17.
- Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet*. 2005;365(9459):579-87.
- World Health Organization. Antibiotic resistance: multi-country public awareness survey [Internet]. Geneva: WHO; 2015. ISBN 9789241509817. Available from: <https://www.who.int/drugresistance/documents/baselinesurvey-nov2015/en/>
- Cals JW, Boumans D, Lardinois RJ, Gonzales R, Hopstaken RM, Butler CC, et al. Public beliefs on antibiotics and respiratory tract infections: an internet-based questionnaire study. *Br J Gen Pract*. 2007;57(545):942-7.
- Bert F, Gualano MR, Gili R, Scaioli G, Lovato E, Angelillo IF et al. Knowledge and attitudes towards the use of antibiotics in the paediatric age group: a multicenter survey in Italy. *Eur J Public Health*. 2017;27(3):506-12.
- Topor G, Grosu IA, Ghiciuc CM, Strat AL, Lupu oru CE. Awareness about antibiotic resistance in a self-medication user group from Eastern Romania: a pilot study. *PeerJ*. 2017;5:e3803.
- André M, Vernby A, Berg J, Lundborg CS. A survey of public knowledge and awareness related to antibiotic use and resistance in Sweden. *J Antimicrob Chemother*. 2010;65(6):1292-6.
- You JH, Yau B, Choi KC, Chau CT, Huang QR, Lee SS. Public knowledge, attitudes and behavior on antibiotic use: a telephone survey in Hong Kong. *Infection*. 2008;36(2):153-7.
- Shaikhan F, Rawaf S, Majeed A, Hassounah S. Knowledge, attitude, perception and practice regarding antimicrobial use in upper respiratory tract infections in Qatar: a systematic review. *JRSM Open*. 2018;9(9):2054270418774971.
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-8.
- Halim NA, Chang CT, Chan HK, Hassali MA, Nouri A. Knowledge and attitudes concerning antibiotic use and resistance among the public in Pulau Pinang, Malaysia. *Malays J Med Sci*. 2018;25(6):141-7.
- Ling OA, Hassali MA, Al-Haddad MS, Syed Sulaiman SA, Shafie AA, Awaisu A. Public knowledge and attitudes towards antibiotic usage: a cross-sectional study among the general public in the state of Penang, Malaysia. *J Infect Dev Ctries*. 2011;5(5):338-47.



27. Lum EP, Page K, Nissen L, Doust J, Graves N. Australian consumer perspectives, attitudes and behaviours on antibiotic use and antibiotic resistance: a qualitative study with implications for public health policy and practice. *BMC Public Health*. 2017;17(1):799.
28. McNulty CA, Boyle P, Nichols T, Clappison P, Davey P. Don't wear me out: the public's knowledge of and attitudes to antibiotic use. *J Antimicrob Chemother*. 2007;59(4):727-38.
29. Dekker AR, de Groot E, Sebalj T, Yardley L, Cals JW, Verheij TJ, van der Velden AW. Parents' attitudes and views regarding antibiotics in the management of respiratory tract infections in children: a qualitative study of the influence of an information booklet. *BJGP Open*. 2018;2(2):bjgpopen18X101553.
30. Kamata K, Tokuda Y, Gu Y, Ohmagari N, Yanagihara K. Public knowledge and perception about antimicrobials and antimicrobial resistance in Japan: a national questionnaire survey in 2017. *PLoS One*. 2018;13(11):e0207017.
31. Kardas P, Pechère JC, Hughes DA, Cornaglia G. A global survey of antibiotic leftovers in the outpatient setting. *Int J Antimicrob Agents*. 2007;30(6):530-6.
32. Vallin M, Polyzoï M, Marrone G, Rosales-Klintz S, Tegmark Wisell K, Stålsby Lundborg C. Knowledge and attitudes towards antibiotic use and resistance: a latent class analysis of a Swedish population-based sample. *PLoS One*. 2016;11(4):e0152160.
33. Pechère JC, Hughes D, Kardas P, Cornaglia G. Non-compliance with antibiotic therapy for acute community infections: a global survey. *Int J Antimicrob Agents*. 2007;29(3):245-53.
34. Lescuré D, Paget J, Schellevis F, van Dijk L. Determinants of self-medication with antibiotics in European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *Front Public Health*. 2018;6:370.
35. Morgan DJ, Okeke IN, Laxminarayan R, Perencevich EN, Weisenberg S. Non-prescription antimicrobial use worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2011;11(9):692-701.
36. Pechère JC. Patients' interviews and misuse of antibiotics. *Clin Infect Dis*. 2001;33 Suppl 3:S170-3.
37. Al-Shibani N, Hamed A, Labban N, Al-Kattan R, Al-Otaibi H, Alfadda S. Knowledge, attitude and practice of antibiotic use and misuse among adults in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2017;38(10):1038-44.
38. Ribeiro M, Pinto I, Pedrosa C. Comportamento da população do concelho de Vizela no consumo de antibióticos [Antibiotics consumption behaviour of the Vizela's region population]. *Rev Port Saude Publica*. 2009;27(2):57-70. Portuguese
39. Lopes HL, Pereira JB, Carvalho MR. O que sabem os utentes sobre antibióticos: um estudo de investigação em duas Unidades de Saúde Familiar [What patients know about antibiotics: a cross-sectional study in two Family Health Units]. *Rev Port Med Geral Fam*. 2015;31(4):248-54. Portuguese
40. Grigoryan L, Haaijer-Ruskamp FM, Burgerhof JG, Mechtler R, Deschepper R, Tambic-Andrasevic A, et al. Self-medication with antimicrobial drugs in Europe. *Emerg Infect Dis*. 2006;12(3):452-9.
41. Ocan M, Obuku EA, Bwanga F, Akena D, Richard S, Ogwal-Okeng J, et al. Household antimicrobial self-medication: a systematic review and meta-analysis of the burden, risk factors and outcomes in developing countries. *BMC Public Health*. 2015;15:742.
42. Choi JS, Kim KM. Predictors of respiratory hygiene/cough etiquette in a large community in Korea: a descriptive study. *Am J Infect Control*. 2016;44(11):e271-3.
43. Birnbach DJ, Nevo I, Barnes S, Fitzpatrick M, Rosen LF, Everett-Thomas R, et al. Do hospital visitors wash their hands? Assessing the use of alcohol-based hand sanitizer in a hospital lobby. *Am J Infect Control*. 2012;40(4):340-3.
44. Wu KS, Lee SS, Chen JK, Tsai HC, Li CH, Chao HL, et al. Hand hygiene among patients: attitudes, perceptions, and willingness to participate. *Am J Infect Control*. 2013;41(4):327-31.
45. McCullough AR, Parekh S, Rathbone J, Del Mar CB, Hoffmann TC. A systematic review of the public's knowledge and beliefs about antibiotic resistance. *J Antimicrob Chemother*. 2016;71(1):27-33.
46. Goettsche LS, Weig EA, Chung J, Hoff BM, Ince D, Wanat KA. Patient perceptions of antibiotic use and resistance at a single university dermatology clinic. *J Dermatolog Treat*. 2019;30(1):92-5.
47. Groshok J, Katz JE, Andersen B, Cutino C, Zhong Q. Media use and antimicrobial resistance misinformation and misuse: survey evidence of information channels and fatalism in augmenting a global health threat. *Cogent Med*. 2018;5:1460898.
48. Pearson M, Chandler C. Knowing antimicrobial resistance in practice: a multi-country qualitative study with human and animal healthcare professionals. *Glob Health Action*. 2019;12(1):1599560.
49. Haenssgen MJ, Xayavong T, Charoenboon N, Warapikuptanun P, Khine Zaw Y. The consequences of AMR education and awareness raising: outputs, outcomes, and behavioural impacts of an antibiotic-related educational activity in Lao PDR. *Antibiotics (Basel)*. 2018;7(4):95.

CONFLITO DE INTERESSES

O autor declara não ter quaisquer conflitos de interesse.

COMISSÃO DE ÉTICA

Estudo realizado após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Nuno Miguel Parente

E-mail: nunomiguelpm@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4198-243X>

Recebido em 14-06-2019

Aceite para publicação em 11-08-2019



ABSTRACT

PARIC – PATIENTS' PERCEPTION ON ANTIBIOTIC USE, ANTIMICROBIAL RESISTANCE AND INFECTION CONTROL

Objective: To characterize the knowledge about practices inherent to antibiotics, the conceptualization of antimicrobial drug resistance (ADR), infection control and to ascertain the existence of a relationship between the information on ADR and remaining variables.

Type of study: Observational, transversal and analytical.

Location: USF Viver Mais.

Population: Patients enrolled in USF Viver Mais with 18-69 years (n=6,952).

Methods: Anonymous questionnaire applied to a sample of 365 patients. It included demographic variables as age, sex, and schooling, present in Part I, and 15 simple choice questions in Part II.

Results: There was greater representation of the female sex (61.9%), the group with 45-54 years and schooling \geq 12th year. Most recognized the role of antimicrobials (AB) in viral infections and more than 70% identified AB as antipyretic and anti-inflammatory drugs. The primary indication for AB was sore throat with a duration \geq 5 days and nearly 89% agreed to use AB from family/friends. About 50% considered it important to hand hygiene after contact with a health institution and 69.4% after contact with respiratory secretions. The recognition of ADR was verified in 58.1% of the patients, in which 50% perceived it as a personal and family problem. Over 88% conceptualized RAB as a failure of the body's response to AB.

There was a relationship between information on ADR and schooling; knowledge about AB effect on autochthonous flora; adequacy of AB to cold, influenza and sore throat; the suspected need for AB by the patient; the decision to initiate AB by the physician and confidence in the non-prescribing physician ($p < 0.05$).

Conclusions: In general, the patients showed low knowledge in several areas, although it is overlapping with the literature. In this way, the family doctor can direct his actions to adequate information about the concept of RAB and implications in the ecosystem.

Keywords: Bacterial drug resistance; Anti-bacterial agents; Infection control; Health literacy.



ANEXO I Questionário

Introdução

O uso incorreto de antibióticos é cada vez mais comum a nível mundial e está relacionado com o aparecimento de resistência a determinados antibióticos. A falta de informação na população geral relativamente a este tema é uma falha constante e que deve ser corrigida com urgência.

A realização deste trabalho tem como objetivo caracterizar a perceção sobre a utilização de antibióticos em indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e 69 anos.

Assim, pede-se que preencha o seguinte questionário. Demorará cerca de 5 minutos a preenchê-lo. Este é **anónimo e confidencial**.

Se já preencheu este questionário previamente, por favor não o faça novamente!

Ao preencher o seguinte questionário aceita participar neste estudo e os dados obtidos serão única e exclusivamente utilizados para este estudo.

Quando terminar, por favor coloque o inquérito na caixa devidamente identificada para o efeito. Obrigado!

PARTE I.

Género

- Masculino Feminino

Idade

- 18 – 24 anos 25 – 34 anos
 35 – 44 anos 45 – 54 anos
 55 – 64 anos 65 – 69 anos

Escolaridade

- 1º ao 4º ano 5º ao 6º ano
 7º ao 9º ano 10º ao 12º ano
 Mais de 12º ano

PARTE II.

1. Quando foi a última vez que tomou um antibiótico?

- a. Há menos de 6 meses
 b. Há mais de 6 meses e menos de 1 ano
 c. Há mais de 1 ano
 d. Nunca
 e. Não me recordo

2. Assinale com um X em "Concordo", "Não sei" ou "Discordo" as seguintes afirmações:

O antibiótico é indicado para tratar infeções causadas por bactérias

- Concordo Não sei Discordo

O antibiótico é indicado para tratar infeções causadas por vírus

- Concordo Não sei Discordo

O antibiótico é semelhante a medicamentos anti-inflamatórios (aspirina, Brufen®, etc.)

- Concordo Não sei Discordo

O antibiótico é indicado para tratar a febre

- Concordo Não sei Discordo

3. Assinale com um X em "Concordo", "Não sei" ou "Discordo" as seguintes afirmações:

O antibiótico é um medicamento com efeitos secundários

- Concordo Não sei Discordo

O antibiótico é um medicamento que pode causar reações alérgicas

- Concordo Não sei Discordo

O antibiótico pode matar bactérias «boas» presentes no nosso corpo (pele, intestino)

- Concordo Não sei Discordo

4. Assinale com um X em "Concordo", "Não sei" ou "Discordo" as seguintes afirmações:

Guardar em casa o «resto» de antibiótico do tratamento anterior para usar depois

- Concordo Não sei Discordo

Utilizar um antibiótico de familiar/amigo se os meus sintomas são iguais

- Concordo Não sei Discordo

Se os meus sintomas foram tratados com antibiótico no passado será igual no futuro

- Concordo Não sei Discordo

5. Em qual das seguintes situações o antibiótico é indicado? (pode assinalar mais que 1)

- a. Constipação b. Gripe
 c. Bronquite aguda d. Pneumonia
 e. Diarreia há mais de 7 dias
 f. Dor de garganta há mais de 5 dias
 g. Malária h. Sida

6. Assinale com um X em "Concordo", "Não sei" ou "Discordo" as seguintes afirmações:

Normalmente sou capaz de suspeitar quando preciso de tratamento com antibiótico

- Concordo Não sei Discordo



Já fiz tratamento com antibiótico por iniciativa própria

Concordo **Não sei** **Discordo**

A decisão de iniciar antibiótico deve ser tomada pelo médico

Concordo **Não sei** **Discordo**

Tenho confiança no médico se não receitar antibiótico

Concordo **Não sei** **Discordo**

Tenho confiança no médico que receitar antibiótico

Concordo **Não sei** **Discordo**

7. Assinale com um X em "Concordo", "Não sei" ou "Discordo" as seguintes afirmações:

A lavagem das mãos ao longo do dia evita a contaminação com bactérias

Concordo **Não sei** **Discordo**

A lavagem das mãos antes de abandonar o Centro de Saúde previne infeções futuras

Concordo **Não sei** **Discordo**

Em caso de tosse, deve-se tossir para o braço

Concordo **Não sei** **Discordo**

Em caso de contacto com secreções respiratórias

(expetoração, ranho) deve-se lavar as mãos de seguida

Concordo **Não sei** **Discordo**

A ventilação adequada (casa, local de trabalho, etc.) evita o contágio com bactérias

Concordo **Não sei** **Discordo**

8. Em algum momento ouviu falar em "Resistência a antibióticos"?

a. Sim **b. Não**

– CASO a sua resposta seja "**Não**" a sua participação termina aqui.

– CASO a sua resposta seja "**Sim**" siga para a pergunta 9.1).

8.1 Se respondeu "Sim" na pergunta anterior, como foi informado?

a. Médico **b. Enfermeiro**

c. Farmacêutico **d. Familiar/amigo**

e. Meios de comunicação social

f. Campanha em saúde

g. Não me recordo

8.2 Assinale com um X em "Concordo", "Não sei" ou "Discordo" as seguintes afirmações:

A resistência a antibióticos dá-se quando o nosso corpo já não responde ao antibiótico

Concordo **Não sei** **Discordo**

A resistência a antibióticos dá-se quando uma bactéria perde a sensibilidade natural a um ou mais antibióticos

Concordo **Não sei** **Discordo**

As bactérias resistentes a antibióticos transmitem-se de pessoa para pessoa

Concordo **Não sei** **Discordo**

As infeções por bactérias resistentes são difíceis e, por vezes, impossíveis de tratar

Concordo **Não sei** **Discordo**

8.3 Em algum momento recusou/adiou a toma de antibiótico por medo da resistência a antibióticos?

a. Sim **b. Não**

8.4 Assinale com um X em "Concordo", "Não sei" ou "Discordo" as seguintes afirmações:

A resistência a antibióticos é um problema somente nos hospitais

Concordo **Não sei** **Discordo**

A resistência a antibióticos é um problema para mim e para a minha família

Concordo **Não sei** **Discordo**

A resistência a antibióticos é um problema mundial e uma causa de morte cada vez mais comum

Concordo **Não sei** **Discordo**

8.5 Assinale com um X as acções que podem ser benéficas no combate à resistência a antibióticos? (pode assinalar mais que 1)

a. Diminuir o uso de herbicidas na agricultura

b. Maior rigor no uso de antibióticos pelo(a) veterinário(a)

c. Criação de novos antibióticos

d. Atualização do plano nacional de vacinação

e. Interromper o tratamento quando houver melhoria dos sintomas

8.6 Assinale com um X em "Concordo", "Não sei" ou "Discordo" as seguintes afirmações:

A resistência a antibióticos resulta do uso incorreto dos antibióticos

Concordo **Não sei** **Discordo**

Um antibiótico utilizado em situações desnecessárias numa região (e.g., Maia) pode perder a eficácia e não ser útil para os seus cidadãos

Concordo **Não sei** **Discordo**

O cumprimento das indicações do médico em como tomar o antibiótico (dose, hora e número de dias) é uma forma de prevenir a resistência a antibióticos

Concordo **Não sei** **Discordo**

O facto de o médico receitar o antibiótico mais tarde é uma forma de prevenir a resistência a antibióticos

Concordo **Não sei** **Discordo**