

*Antonio
20/10/15*
Manoel Carvalho
Presidente do Conselho
de Administração

Nidia Belo, Patrícia Maio, Susana Gomes

Serviço de Pediatria do Hospital Espírito Santo de Évora

Ao Conselho de Administração do Hospital Espírito Santo de Évora.

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo sobre automedicação em Idade Pediátrica – 2ª via

Exmos. Senhores,

Em março de 2014, submetemos a aprovação pelo CA o estudo "Automedicação em Idade Pediátrica" cujo parecer foi favorável e enviado para o Serviço de Pediatria a 21.3.2014 (Documento nº 627), no entanto não foi recebido pelos autores. Pelo extravio do documento solicitamos 2ª via do mesmo.

Esclarecemos que este estudo visa a caracterização da automedicação em idade pediátrica, identificação de eventuais riscos associados e de oportunidades de intervenção. Para tal é aplicado um questionário de auto-preenchimento anónimo aos pais ou cuidadores de crianças e adolescentes disponibilizado em fóruns online.

É preservada a confidencialidade dos dados, que serão tratados de forma global. Os únicos dados identificativos a recolher são: idade, peso e distância da residência aos cuidados de saúde. São nomeados alguns nomes comerciais de medicamentos por forma a facilitar a interpretação das questões.

Em anexo enviamos o questionário.

Gratas desde já pela disponibilidade, aguardamos resposta.

Com os melhores cumprimentos

Nidia Belo

Évora, 28 de outubro de 2015

Nidia Belo



Este inquérito destina-se a conhecer hábitos de automedicação. O preenchimento é anónimo e demora cerca de 2 minutos. Agradecemos a sua colaboração.

Parte I

1. Identificação pessoal do cuidador

Idade _____

Sexo Masculino Feminino

Residência (distância ao Hospital, Centro de Saúde) <10Km 10-50km >50km

Escolaridade Nenhuma 1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo Secundário Superior

2. Numa situação de doença com que frequência toma medicamentos antes de ser observada por médico?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

3. Que tipos de medicamentos já tomou sem serem prescritos por um médico?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para a febre (Ben-U-Ron*, Brufen*, Trifen*) | <input type="checkbox"/> Antibióticos em pomada (Fucidine*, Fucithalmic*) |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para alergias (Atarax*, Zyrtec*, Acrius*) | <input type="checkbox"/> Medicamentos para a falta de ar (Ventilan*, Atrovent*) |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para as dores (Nolotil*, Ben-U-Ron*, Aspirina*) | <input type="checkbox"/> Vitaminas |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para a tosse (Mucosolvan*, Bisolvan*, Flumucil*) | <input type="checkbox"/> Medicamentos para perder peso |
| <input type="checkbox"/> Antibióticos (Clamoxyl*, Augmentin*, Clavamox*) | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para vômitos, diarreia ou obstipação (primperan*, Motilium*, Cinet*, Imodium*, Microlax*) | |

4. Após utilização de um medicamento prescrito pelo médico o que faz:

Guarda as embalagens ainda com conteúdo para posterior utilização?

Entrega as embalagens na farmácia para eliminação?

Parte II

1. Identificação da criança (se tem mais que um filho, responda relativamente àquele que será observado na consulta):

Idade _____ Peso _____

Sexo: Masculino Feminino

Estado de saúde Saudável Doença crónica

Quem é que o segue? Pediatra Médico de Família Nenhum

2. Numa situação de doença com que frequência dá ao seu filho medicamentos, antes de ser observado por médico?

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

3. Como obtém os medicamentos que dá ao seu filho sem indicação médica?

- Reutilização de prescrições antigas
- Sobras de medicamentos receitados em situações clínicas anteriores
- Utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica

4. Onde obtém os medicamentos que dá ao seu filho sem indicação médica?

- Farmácias
- Para-Farmácias
- Supermercados
- Outros

5. No último mês deu ao seu filho medicamentos sem indicação do médico?

Sim Não

6. Já alguma vez deu ao seu filho medicamentos sem indicação do médico?

Sim Não

7. O seu filho já foi medicado, sem indicação médica, por alguém sem ser profissional de saúde?

- Não
 - Sim
- Se sim, por quem?
- Professor/Educador
 - Outros familiares
 - Outros

8. Se o seu filho tiver febre qual a dose de Ben-U-Ron®/Paracetamol que administra?

Supositório _____
Xarope _____
Comprimido _____

9. Se o seu filho tiver febre qual a dose de Brufen®/Ibuprofeno que administra?

Supositório _____
Xarope _____
Comprimido _____

10. Quais as principais razões que o levam a dar um medicamento ao seu filho sem indicação médica? (assinale no máximo 3)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Distância aos serviços de saúde | <input type="checkbox"/> Mais prático |
| <input type="checkbox"/> Não ter médico assistente | <input type="checkbox"/> Recomendada a mesma actuação em situação semelhante anterior |
| <input type="checkbox"/> Evitar recurso aos serviços de urgência | <input type="checkbox"/> Para evitar gastar dinheiro com a deslocação a serviço de saúde |
| <input type="checkbox"/> Considera problema de saúde simples | <input type="checkbox"/> Para evitar gastar dinheiro em consulta/taxa moderadora |

11. Já ocorreu alguma reacção indesejada após a utilização de um medicamento tomado sem indicação médica?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Agravamento da doença |
| <input type="checkbox"/> Manchas no corpo | <input type="checkbox"/> Outras _____ |
| <input type="checkbox"/> Vômitos ou diarreia | |

12. Quando inicia medicação sem indicação médica, se a situação clínica não melhorar, ao fim de quanto tempo recorre ao médico?

- <3 dias 3-7 dias >7dias

13. Quais dos seguintes medicamentos já deu ao seu filho, por indicação de farmacêutico?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para a febre (Ben-U-Ron*; Brufen*) | <input type="checkbox"/> Antibióticos em pomada (Fucidine*; Fucithalmic*) |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para alergias (Atarax*; Zyrtec*; Alerius*) | <input type="checkbox"/> Medicamentos para a falta de ar (Ventilan*; Atrovent*) |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para as dores (Nolotil*, Ben-U-Ron*; Aspirina*) | <input type="checkbox"/> Vitaminas |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para a tosse (Mucosolvan*; Bisolvon*; Flumucil*) | <input type="checkbox"/> Medicamentos para falta de appetite |
| <input type="checkbox"/> Antibióticos (Clamoxyl*; Augmentin*; Clavamox*) | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para vômitos, diarreia ou obstipação (primperan*; Motillum*; Cinet*; Imodium*; Microlax*) | |

14. Quais dos seguintes medicamentos já deu ao seu filho, por ter visto em publicidade (televisão, revistas, Internet)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para a febre (Ben-U-Ron*; Brufen*) | <input type="checkbox"/> Antibióticos em pomada (Fucidine*; Fucithalmic*) |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para alergias (Atarax*; Zyrtec*; Alerius*) | <input type="checkbox"/> Medicamentos para a falta de ar (Ventilan*; Atrovent*) |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para as dores (Nolotil*, Ben-U-Ron*; Aspirina*) | <input type="checkbox"/> Vitaminas |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para a tosse (Mucosolvan*; Bisolvon*; Flumucil*) | <input type="checkbox"/> Medicamentos para falta de appetite |
| <input type="checkbox"/> Antibióticos (Clamoxyl*; Augmentin*; Clavamox*) | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para vômitos, diarreia ou obstipação (primperan*; Motillum*; Cinet*; Imodium*; Microlax*) | |

15. Quais dos seguintes medicamentos já deu ao seu filho, por indicação de familiares/amigos?

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Medicamentos para a febre (Ben-U-Ron®; Brufen®) | <input type="checkbox"/> | Antibióticos em pomada (Fucidine®; Fucithalmic®) |
| <input type="checkbox"/> | Medicamentos para alergias (Atarax®; Zyrtec®; Alerius®) | <input type="checkbox"/> | Medicamentos para a falta de ar (Ventilan®; Atrovent®) |
| <input type="checkbox"/> | Medicamentos para as dores (Nolotil®, Ben-U-Ron®; Aspirina®) | <input type="checkbox"/> | Vitaminas |
| <input type="checkbox"/> | Medicamentos para a tosse (Mucosolvan®; Bisolvon®; Fluimucil®) | <input type="checkbox"/> | Medicamentos para falta de apetite |
| <input type="checkbox"/> | Antibióticos (Clamoxyl®; Augmentin®; Clavamox®) | <input type="checkbox"/> | Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> | Medicamentos para vômitos, diarreia ou obstipação (Primperan®; Motilium®; Cines®; Imodium®; Microlax®) | | |

16. Quais dos seguintes medicamentos já deu ao seu filho, por iniciativa própria?

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Medicamentos para a febre (Ben-U-Ron®; Brufen®) | <input type="checkbox"/> | Antibióticos em pomada (Fucidine®; Fucithalmic®) |
| <input type="checkbox"/> | Medicamentos para alergias (Atarax®; Zyrtec®; Alerius®) | <input type="checkbox"/> | Medicamentos para a falta de ar (Ventilan®; Atrovent®) |
| <input type="checkbox"/> | Medicamentos para as dores (Nolotil®, Ben-U-Ron®; Aspirina®) | <input type="checkbox"/> | Vitaminas |
| <input type="checkbox"/> | Medicamentos para a tosse (Mucosolvan®; Bisolvon®; Fluimucil®) | <input type="checkbox"/> | Medicamentos para falta de apetite |
| <input type="checkbox"/> | Antibióticos (Clamoxyl®; Augmentin®; Clavamox®) | <input type="checkbox"/> | Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> | Medicamentos para vômitos, diarreia ou obstipação (Primperan®; Motilium®; Cines®; Imodium®; Microlax®) | | |

17. Da seguinte lista de medicamentos assinale aqueles que já deu ao seu filho sem indicação médica:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Paracetamol (Ben-U-Ron®; Panadol®; Panasorbe®; Supofen®) |
| <input type="checkbox"/> | Ibuprofeno (Brufen®; Spidifen®; Ib-U-Ron®) |
| <input type="checkbox"/> | Salbutamol (Ventilan®) |
| <input type="checkbox"/> | Brometo de ipatrópio (Atrovent®) |
| <input type="checkbox"/> | Betametasona (Celestone®) |
| <input type="checkbox"/> | Prednisolona (Lepicortinolo®) |
| <input type="checkbox"/> | Acido acetilsalicílico (Aspirina®; Grial®) |
| <input type="checkbox"/> | Amoxicilina ou amoxicilina + acido clavulanico (Clamoxyl®; Augmentin®; Clavamox®) |
| <input type="checkbox"/> | Acido fusídico (Fucidine®; Fucithalmic®) |
| <input type="checkbox"/> | Xaropes para a Tosse (Mucosolvan®; Bisolvon®; Fluimucil®; Bisoltussin®) |
| <input type="checkbox"/> | Corticoides tópicos (Bermovate®; Pandermil®) |
| <input type="checkbox"/> | Anti-histaminicos (Atarax®; Kestine®; Zyrtec®; Alerius®; fenistil®) |
| <input type="checkbox"/> | Anti-diarreicos (Imodium®) |
| <input type="checkbox"/> | Anti-obstipantes (Bebegel®; Clyss-Go®; Microlax®; Dulcolax®; Laevolac®) |
| <input type="checkbox"/> | Antieméticos (Primperan®; Motilium®; Cines®) |

MUITO OBRIGADA