

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
MESTRADO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

O conhecimento sobre o medicamento e a literacia em saúde

Um estudo em adultos, utentes de farmácias do concelho de Lisboa

Tese de dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento

Professores Orientadores: Sónia Dias e Gilles Dussault

Lígia Augusta de Sá Brito Reis

30/09/2010

Dedicatória

A meus pais, marido e filhos.

Aos meus amigos de sempre.

Agradecimentos

Este trabalho e percurso de aprendizagem não teria sido possível sem a orientação e apoio de Professora Doutora Sónia Dias e Professor Doutor Gilles Dussault que mantiveram um desafio constante às minhas capacidades, da Professora Doutora Patrícia Ávila sempre disponível e profunda conhecedora do tema literacia, da Direcção da Associação Nacional das Farmácias pelo apoio dado desde a primeira hora na pessoa do Dr. João Silveira, dos colegas farmacêuticos das farmácias que colaboraram na obtenção dos dados e dos departamentos CEDIME e CEFAR da Associação Nacional das Farmácias pelos contributos que proporcionaram.

"Não basta conquistar a sabedoria, é
preciso usá-la."·(Cícero)

O conhecimento sobre o medicamento e a literacia da saúde

Um estudo em adultos, utentes de farmácias do concelho de Lisboa

RESUMO:

Estudos recentes realizados nas farmácias portuguesas evidenciaram elevadas percentagens de indivíduos que não aderem à terapêutica. Em consequência não controlam adequadamente o seu problema de saúde e geram desperdício do medicamento. A utilização do medicamento requer conhecimento, competências e motivação por parte do indivíduo-utilizador. A informação sobre o medicamento é disponibilizada de forma verbal e escrita, desconhecendo-se até hoje, na população portuguesa, em que medida as competências de literacia da saúde permitem a sua obtenção, o uso e a compreensão quando perante a necessidade de utilizar medicamentos.

Foi objectivo do presente estudo medir o conhecimento sobre o medicamento numa amostra de utentes de farmácia com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos, analisando de que forma está associado a competências de literacia da saúde. Realizou-se um estudo analítico transversal com a colaboração voluntária de farmácias do concelho de Lisboa que recolheram os dados mediante inquérito por entrevista quando o utente se encontrava na farmácia a adquirir a sua terapêutica.

A amostra estudada foi constituída por 233 utentes com uma idade média de 57 anos ($dp=5,7$), maioritariamente do género feminino, activos, com uma escolaridade igual ou inferior ao 9º ano e com hábitos gerais de leitura referindo ler frequentemente (26%) ou muito frequentemente (30%). Em média responderam correctamente a 10,48 perguntas num total de 13 ($dp=1,779$), sendo este conhecimento independente do sexo ($p=0,791$) e da idade ($p=0,131$). O número de respostas correctas é, no entanto, maior quanto maior grau de escolaridade ($p=0,000$), a categoria profissional exercida ($p=0,000$), os hábitos de leitura ($p=0,000$), o índice de compreensão de informação ($p=0,003$), intensidade de leitura de informação sobre saúde ou medicamento ($p=0,005$), facilidade de utilização do folheto informativo do medicamento ($p=0,027$), intensidade de cálculo ($p=0,018$) e tempo de utilização do medicamento ($p=0,047$).

Do conjunto de indicadores de literacia analisados, o grau de escolaridade, o índice de compreensão da informação transmitida pelos profissionais de saúde e a intensidade de leitura de materiais escritos relacionados com o medicamento ou saúde, são os que mais contribuem para o conhecimento sobre o medicamento, embora se revelem fracamente preditivos do nível de conhecimento ($R^2=0,013$).

Evidencia-se neste estudo que o conhecimento que os indivíduos possuem sobre o medicamento é influenciado de forma positiva por competências de literacia em saúde. Em consequência, as intervenções que visam melhorar a utilização do medicamento e as estratégias de comunicação em saúde, tanto verbal como escrita, devem ter em consideração o nível de literacia em saúde da população.

Palavras-chave: conhecimento do medicamento, adesão à terapêutica, literacia da saúde, competências de literacia

Patient's medication knowledge and health literacy

A pharmacy based study in Lisbon district with adult patients

SUMMARY:

Recent studies developed by Portuguese pharmacies showed high percentages of non-adherents to medication therapies. As a result, their health problems are not adequately controlled and medicines waste is a consequence. In order to use medicines, individuals need knowledge, competencies and motivation. Medication information is made available through verbal communication and written materials, but it remains unknown how literacy skills of Portuguese allow them to obtain, use and understand that specific information when they need to use medicines.

The aim of this study is to evaluate medication knowledge in patients aged 45 to 64 years and its relationship with health literacy skills. A cross-sectional study was designed and patients recruited for interview in pharmacies located in Lisbon district when medicines were dispensed.

Two hundred and thirty-three patients volunteered to participate. They were predominantly female, with an average age 57 years (sd=5.7), still active workers, and with 9 years of education or less (58.5%) and had reading habits (reading frequently – 26% - or very frequently – 30%). Medication knowledge was on average 10.48 correct answers (sd=1,779) and found to be independent from patient age (p=0,131) and sex (p=0,791). However it increases with school grade (p=0,000), professional category (p=0,000), reading practices (p=0,000), comprehension index (p=0,003), intensity of reading health information (p=0,005), readiness to use medicine information leaflet (p=0,027), calculation practices (p=0,018) and utilization time (p=0,047).

Among all literacy proxy variables analysed, school grade, comprehension index and intensity of reading health materials were the main determinants of medication knowledge, although weakly predictable of knowledge level ($R^2=0,013$).

This study highlights that patient medication knowledge is positively influenced by health literacy skills. Health interventions that aim to improve medicine use or adherence and communications strategies to inform about medicines or health – verbal and written – should take into account health literacy level of the population.

Key words: medication knowledge, therapy adherence, health literacy, literacy skills

ÍNDICE

Lista de Quadros e Figuras

Introdução: o contexto e o problema

1 CAPÍTULO 1 – REVISÃO DA LITERATURA	16
1.1 O MEDICAMENTO	16
1.1.1 <i>O consumo e o uso do medicamento: panorama actual</i>	16
1.1.2 <i>O conhecimento sobre o medicamento: o papel da informação</i>	20
1.1.3 <i>Medição do conhecimento sobre o medicamento</i>	26
1.2 LITERACIA NO CONTEXTO DA SAÚDE	28
1.2.1 <i>Literacia: definição, determinantes, metodologias de avaliação</i>	30
1.2.2 <i>Perfil de literacia da população portuguesa</i>	38
1.2.3 <i>Literacia da saúde: instrumentos de avaliação</i>	41
1.2.4 <i>Resultados em saúde: impactos da iliteracia</i>	43
1.3 LITERACIA DA SAÚDE, INFORMAÇÃO E USO DO MEDICAMENTO: MODELO DE ANÁLISE	47
2 CAPÍTULO 2 – MATERIAL E MÉTODOS	50
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	50
2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	50
2.2.1 <i>Procedimento</i>	52
2.3 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	54
2.4 DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS	56
2.5 ANÁLISE DE DADOS	58
2.6 ENSAIO PILOTO	59
3 CAPÍTULO 3 – RESULTADOS.....	60
3.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E HÁBITOS DE LEITURA DA AMOSTRA	60
3.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO CONHECIMENTO SOBRE O MEDICAMENTO	63
3.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À LITERACIA NO CONTEXTO DA SAÚDE: OBTENÇÃO E COMPREENSÃO DA INFORMAÇÃO, PRÁTICAS DE LEITURA, ESCRITA E CÁLCULO	67
3.4 CONHECIMENTO SOBRE O MEDICAMENTO E LITERACIA DA SAÚDE	74
4 CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO.....	82
5 CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES	87

Quadros

<i>Quadro 1.1 - Mercado Total em % do PIB e em valor entre 2004 e 2008 (ambulatório)</i>	<i>16</i>
<i>Quadro 1.2 - Valores da percentagem da despesa com medicamentos na despesa de saúde entre 2002 e 2008. 16</i>	<i>16</i>
<i>Quadro 1.3 - Consumo de medicamentos per capita no mercado total entre 2003 e 2008</i>	<i>17</i>
<i>Quadro 1.4 - Encargos para o doente entre 2004 e 2008 (taxa média).....</i>	<i>17</i>
<i>Quadro 1.5 - Percentagem de PRMs identificada nas farmácias portuguesas com Programas de Cuidados Farmacêuticos em 5 anos de seguimento de doentes.....</i>	<i>19</i>
<i>Quadro 1.6 - Conteúdo do Folheto Informativo do medicamento (Artigo 106º do Decreto-lei 176/2006).....</i>	<i>24</i>
<i>Quadro 1.7 - Exemplos de actividades em saúde, tarefas e materiais escritos que requerem competências de literacia.....</i>	<i>30</i>
<i>Quadro 1.8 - Níveis de literacia IALS, graus de dificuldade das tarefas e competências envolvidas na sua realização.....</i>	<i>36</i>
<i>Quadro 1.9 - Resumo comparativo dos testes de avaliação de literacia da saúde</i>	<i>41</i>
<i>Quadro 1.10 - Descrição dos níveis de literacia da saúde e capacidades associadas usadas no NAAL (2003) ..</i>	<i>42</i>
<i>Quadro 2.1 - Critérios usados na classificação das respostas relativas ao Conhecimento sobre o Medicamento</i>	<i>57</i>
<i>Quadro 3.1 - Características sócio-demográficas da amostra</i>	<i>61</i>
<i>Quadro 3.2 - Distribuição dos medicamentos de acordo com o Classificação ATC (n=232).....</i>	<i>64</i>
<i>Quadro 3.3 - Recursos de informação sobre medicamentos e respectiva frequência de utilização</i>	<i>70</i>
<i>Quadro 3.4 - Resultados da regressão múltipla pelo método stepwise, n=202</i>	<i>80</i>

Figuras

<i>Figura 1.1 - Percentagem da população residente que referiu ter tomado medicamentos nas duas semanas anteriores à entrevista, receitados pelo médico e comprados em farmácia, por motivo para que foram tomados (%), NUTS I, 2005/2006</i>	<i>18</i>
<i>Figura 1.2 - Literacia e suas componentes.....</i>	<i>31</i>
<i>Figura 1.3 - Perfis de literacia da população portuguesa entre 16 e 65 anos (% população por nível e competência).....</i>	<i>39</i>
<i>Figura 1.4 - Competências de literacia (pontuações médias) segundo o grupo etário.</i>	<i>39</i>
<i>Figura 1.5 - Competências de literacia (pontuações médias) segundo a escolaridade.....</i>	<i>40</i>
<i>Figura 1.6 - Práticas culturais por nível de literacia.</i>	<i>40</i>
<i>Figura 1.7 - Percentagem de adultos (mais de 16 anos) em cada nível de literacia da saúde</i>	<i>44</i>
<i>Figura 1.8 - Relação entre a esperança de vida e a percentagem de adultos com nível de literacia 1 e 2 em prosa.</i>	<i>45</i>
<i>Figura 1.9 - Relação entre a esperança de vida e a percentagem de adultos com nível de literacia 4 e 5 em prosa.</i>	<i>45</i>
<i>Figura 1.10 - Percentagem de adultos (mais de 16 anos) por nível de literacia da saúde e respectiva percepção do estado de saúde</i>	<i>46</i>
<i>Figura 1.11 - Modelo de análise das implicações da Literacia da saúde nos resultados em saúde.....</i>	<i>49</i>
<i>Figura 2.1 - Fluxograma de procedimento.....</i>	<i>54</i>
<i>Figura 2.2 - Variáveis independentes e sua relação com a variável dependente</i>	<i>58</i>
<i>Figura 3.1 - Distribuição da amostra de acordo com o Classificação Nacional de Profissões (n=229).....</i>	<i>62</i>
<i>Figura 3.2 - Distribuição da amostra de acordo com os hábitos de leitura declarados (n=232)</i>	<i>63</i>
<i>Figura 3.3 - Frequência de respostas correctas e incorrectas em cada item do conhecimento do medicamento</i>	<i>65</i>
<i>Figura 3.4 - Distribuição do conhecimento sobre o medicamento (n=233).....</i>	<i>66</i>
<i>Figura 3.5 - Distribuição da amostra em função da auto-avaliação do conhecimento sobre medicamento (n=233).....</i>	<i>67</i>
<i>Figura 3.6 - Média do conhecimento sobre o medicamento e a auto-avaliação desse conhecimento (n=233) ...</i>	<i>67</i>
<i>Figura 3.7 - Frequência do tipo de informação prestada pelo médico.....</i>	<i>68</i>
<i>Figura 3.8 - Frequência do tipo de informação prestada pela farmácia.....</i>	<i>68</i>

<i>Figura 3.9 - Compreensão da informação transmitida pelo médico e na farmácia (frequência e %)</i>	69
<i>Figura 3.10 - Frequência de leitura de materiais informativos sobre medicamentos ou terapêuticas (n=230) ..</i>	70
<i>Figura 3.11 - Razões que levam à consulta do Folheto Informativo ou bula do medicamento (%), n=232</i>	71
<i>Figura 3.12 - Facilidade de utilização do FI (%)</i>	72
<i>Figura 3.13 - Intensidade de utilização da escrita relativa ao medicamento (%), n=233</i>	72
<i>Figura 3.14 - Intensidade de utilização de cálculo relacionado com o medicamento (%), n=232</i>	73
<i>Figura 3.15 - Percentagem de realização de tarefas de literacia quantitativa (%)</i>	73
<i>Figura 3.16 - Auto-avaliação do nível de informação (%), n=230</i>	74
<i>Figura 3.17 - Média do conhecimento do medicamento por grau de escolaridade</i>	75
<i>Figura 3.18 - Média do conhecimento do medicamento por categorias profissionais</i>	75
<i>Figura 3.19 - Média do conhecimento do medicamento e hábitos de leitura</i>	76
<i>Figura 3.20 - Média do conhecimento do medicamento por classe etária</i>	76
<i>Figura 3.21 - Média do conhecimento do medicamento e índice de compreensão da informação transmitida por profissionais</i>	77
<i>Figura 3.22 - Média do conhecimento do medicamento e a frequência de leitura em saúde</i>	78
<i>Figura 3.23 - Média do conhecimento do medicamento e a facilidade de utilização do folheto informativo do medicamento</i>	78
<i>Figura 3.24 - Média do conhecimento do medicamento e a frequência de utilização do cálculo</i>	79
<i>Figura 3.25 - Média do conhecimento do medicamento e tempo de utilização do medicamento</i>	79

Lista de siglas

ANF	<i>Associação Nacional das Farmácias</i>
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Classification</i>
CDER	<i>Center for Drug Evaluation and Research</i>
CEDIME	<i>Centro de Informação do Medicamento</i>
CEFAR	<i>Centro de Estudos e Avaliação em Saúde</i>
DECO	<i>Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor</i>
DPCF	<i>Departamento de Programas de Cuidados Farmacêuticos</i>
ENL	<i>Estudo Nacional de Literacia</i>
FI	<i>Folheto Informativo</i>
FIP	<i>Federação Internacional Farmacêutica</i>
IALS	<i>International Adult Literacy Survey</i>
INFARMED	<i>Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P</i>
INR	<i>Tempo de protrombina</i>
INSA	<i>Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge</i>
NAAL	<i>National Assessment of Adult Literacy</i>
NUT	<i>Nível de Unidade Territorial</i>
OCDE	<i>Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico</i>
OMS	<i>Organização Mundial de Saúde</i>
PGEU	<i>Grupo Farmacêutico da União Europeia</i>
PIB	<i>Produto Interno Bruto</i>
PRM	<i>Problema Relacionado com o Medicamento</i>
RCM	<i>Resumo das Características do Medicamento</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>

INTRODUÇÃO

O medicamento é um recurso em saúde destinado a prevenir, tratar ou controlar problemas de saúde, mas a forma como é usado é determinante para o resultado terapêutico pretendido e para obter resultados em saúde.

Em Portugal, a despesa com medicamentos representa, anualmente, cerca de 2% do seu PIB (AUTORIDADE NACIONAL DO MEDICAMENTO E PRODUTOS DE SAÚDE, 2008). Atendendo à percentagem da despesa total em medicamentos na despesa em saúde atingiu-se, em 2008, o valor de 18,6%. Este valor regista, no último ano, um aumento relativo de 3,9% contrariando o decréscimo que se vinha verificando desde 2002 (ALTO COMISSARIADO SAÚDE, 2010).

O mais recente Inquérito Nacional de Saúde revela que o consumo de medicamentos aumenta com a idade, em particular a partir dos 45 anos, tanto nos homens como nas mulheres, bem como a prevalência de doenças crónicas, à excepção da asma (INSA, [et al.], 2009). O tratamento das doenças crónicas depende, em grande parte, da utilização de medicamentos por períodos de tempo longos ou mesmo indefinidos (SABATÉ, 2003).

Estudos recentes realizados pelas farmácias portuguesas revelam alguns dos problemas relacionados com o uso do medicamento. Os problemas com maior significado são os resultados clínicos negativos devido a não efectividade do medicamento (DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS DE CUIDADOS FARMACÊUTICOS, 2008), não adesão à terapêutica¹ (DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS DE CUIDADOS FARMACÊUTICOS, 2007) e desperdício de medicamento (MENDES, [et al.], 2010).

O conhecimento sobre o medicamento quanto à dose, posologia, duração do tratamento, para que serve, o que fazer em caso de esquecimento, que precauções requer o seu uso e como conservar, é essencial para o seu uso correcto, para que não ocorram reacções adversas, e para gerar resultados terapêuticos positivos. O conhecimento do medicamento resulta do conjunto

¹ Adesão à terapêutica mede e analisa o grau de correspondência do comportamento do doente com as indicações dadas por um profissional de saúde e ao tratamento prescrito. A falta de adesão ou não adesão à terapêutica ocorre quando o indivíduo tem um comportamento que não coincide com as recomendações do profissional de saúde não se circunscrevendo apenas ao regime terapêutico, mas também ao facto de não seguir as indicações relativas a alterações nos hábitos de vida, comparência em consultas médicas, não realizar exames complementares de diagnóstico, entre outros (CABRAL, M., 2010).

de informações - *itens* - que cada pessoa deve possuir quando perante a necessidade da sua utilização (ASCIONE, [et al.], 1986). O domínio destes itens difere de pessoa para pessoa verificando-se que apresentam maior conhecimento de uns itens e menor conhecimento de outros (ASCIONE, [et al.], 1986, KERZMAN, [et al.], 2005, TOREN, [et al.], 2006) .

As consequências da falta ou do baixo nível de conhecimento sobre o medicamento traduzem-se em erros de medicação, maior risco de complicações como mau controlo da patologia, interacções ou reacções adversas, menor capacidade de gestão da terapêutica e menor utilização dos serviços de saúde (NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION, 1998).

Por outro lado, as vantagens da utilização de informação verbal ou escrita associada ao uso do medicamento estão bem demonstradas – melhor conhecimento, melhor adesão à terapêutica e maiores benefícios terapêuticos (NATIONAL COUNCIL ON PATIENT INFORMATION AND EDUCATION, 1995)².

Pouco se tem investigado sobre os factores preditivos do conhecimento sobre o medicamento sugerindo que apenas a idade e o rendimento familiar tem relação com o conhecimento que se possui (JAYE, [et al.], 2002). Em 2004, a OMS identifica o nível de literacia como um dos factores individuais que influenciam o uso do medicamento (HARDON, [et al.], 2004).

O nível de literacia da população portuguesa é conhecido, desde 1996, e descrito no Estudo Nacional de Literacia realizado por Ana Benavente e colaboradores (Conselho Nacional de Educação e Fundação Calouste Gulbenkian, 1996). Em Portugal, a literacia é baixa para 79,4% da população, com idade compreendida entre os 15 e os 64 anos, revelando que uma parte significativa da população tem dificuldade no uso de informação (BENAVENTE, [et al.], 1996).

Tradicionalmente, o conceito de literacia integra o conjunto de capacidades que permite o uso de informação englobando a leitura, a escrita, o cálculo básico, a oralidade e a compreensão do discurso (KIRSCH, 2001).

² A análise dos estudos que avaliaram os efeitos da informação escrita sobre medicamentos revelou que 31 em 32 investigações (97%) observaram melhoria do conhecimento, 15 em 25 (60%) das investigações observaram melhoria da adesão à terapêutica e 4 em 7 estudos (57%) observaram benefícios terapêuticos (NCPIE, 2005).

No contexto da saúde, a literacia, é uma competência necessária para dialogar e comunicar, para ler informação escrita, interpretar documentos (gráficos, tabelas, rótulos), usar dispositivos (termómetro, debitómetro, tensiómetro), calcular o momento e a dose a administrar de um medicamento (NIELSEN-BOHLMAN, 2004). Ratzan e Parker (2000) operacionalizam o conceito de literacia no contexto da saúde, definindo literacia da saúde como a capacidade de cada indivíduo para obter, utilizar e compreender a informação e os serviços básicos de saúde de forma a tomar decisões apropriadas (NIELSEN-BOHLMAN, 2004). São, portanto, inúmeras as situações e decisões que se referem à saúde individual, da família ou dos grupos que dependem de conhecimentos e de competências que possibilitam a realização de tarefas quotidianas e mesmo a resolução de problemas (NIELSEN-BOHLMAN, 2004).

A publicação de estudos sobre literacia da saúde é cada vez maior, demonstrando de forma clara a importância crescente deste tema. O impacto dos níveis de literacia nos resultados em saúde é bem evidenciado pelos estudos realizados em países como os Estados Unidos (KUTNER, 2006) e Canadá (MURRAY, *[et al.]*, 2007). Indicadores como a esperança de vida, percepção do estado de saúde, utilização de serviços preventivos, risco de hospitalização e/ou utilização de serviços de emergência, são influenciados pelo nível de literacia (ANDRUS, *[et al.]*, 2002). Também a adesão à terapêutica, o nível de conhecimento e compreensão de informação sobre patologias, terapêutica e estilos de vida são diferentes em função do nível de literacia das pessoas (ANDRUS, *[et al.]*, 2002).

Os baixos níveis de literacia de uma população traduzem-se em baixos resultados em saúde (KICKBUSCH, *[et al.]*, 2005). Importa por isso avaliar de que forma as competências que permitem o uso e compreensão da informação sobre saúde influenciam o conhecimento necessário à realização de uma dada tarefa, como é o uso do medicamento.

Dispor de evidência sobre os factores que determinam o conhecimento sobre o medicamento possibilita aos decisores, planeadores, organizações e profissionais da saúde definir estratégias e implementar políticas, programas ou procedimentos centrados no utente/cidadão que visem o melhor uso do medicamento e melhores resultados em saúde.

A presente investigação, de carácter exploratório, tem como **objectivo central medir o nível de conhecimento sobre o medicamento e de que forma é influenciado por competências de literacia no contexto da saúde.**

Na ausência de um instrumento de medição directa de literacia da saúde validado para a população portuguesa, recorre-se a um conjunto de indicadores indirectos, fortemente relacionados com a literacia, como as práticas declaradas de leitura, escrita e cálculo no âmbito do uso do medicamento ou da informação relativa ao medicamento, auto-avaliação das competências e características sócio-demográficas.

Partindo do objectivo central foram delineados os seguintes objectivos: em primeiro lugar, caracterizar a amostra quanto ao conhecimento sobre um dos medicamentos utilizados no tratamento de uma patologia crónica; em segundo lugar, caracterizar a amostra quanto às competências de literacia no contexto da saúde e, em particular, relativas ao medicamento; em terceiro lugar, analisar a relação entre os indicadores indirectos de literacia da saúde e o conhecimento sobre o medicamento.

Para este efeito realizou-se um estudo analítico transversal numa amostra de utentes de farmácias localizadas no concelho de Lisboa com idade compreendidas entre os 45 anos e os 64 anos de idade.

A presente tese está estruturada em cinco capítulos. O Capítulo 1 faz o enquadramento teórico suportado na revisão da literatura mais relevante e que consubstancia a problemática em investigação. Subdivide-se em três partes, em que a primeira parte apresenta a realidade do consumo do medicamento em Portugal e foca a importância da informação para o conhecimento sobre o medicamento, a segunda parte que destaca a literacia da saúde enquanto competência-chave para a utilização da informação verbal e escrita sobre o medicamento, e a terceira parte que procura explicar a relação ente o conhecimento sobre o medicamento e a literacia da saúde através do modelo de análise adoptado.

No Capítulo 2 justifica-se e descreve-se o desenho do estudo, a população alvo da investigação, os instrumentos utilizados e métodos considerados. A apresentação dos resultados faz-se no Capítulo 3, em articulação com os objectivos do estudo e na sequência da análise estatística univariada, bivariada e multivariada efectuada.

O Capítulo 4 analisa de forma crítica e discute os resultados do estudo identificando as limitações existentes e, por último, as conclusões do estudo e as perspectivas futuras para investigações no domínio da literacia em saúde no Capítulo 5.

1 CAPÍTULO 1 – REVISÃO DA LITERATURA

1.1 O MEDICAMENTO

1.1.1 O CONSUMO E O USO DO MEDICAMENTO: PANORAMA ACTUAL

O consumo de medicamentos é gerador de despesa tanto para o doente (*out-of-pocket*) como para o estado que os comparticipa. Os mais recentes dados do sector do medicamento evidenciam o impacte financeiro que o sector do medicamento tem no PIB, na despesa da saúde e para os seus consumidores.

Anualmente, Portugal gasta cerca de 2% do seu PIB com medicamentos (AUTORIDADE NACIONAL DO MEDICAMENTO E PRODUTOS DE SAÚDE, 2008), valor que apresenta uma ligeira tendência para diminuir nos últimos anos.

Quadro 1.1 - Mercado Total em % do PIB e em valor entre 2004 e 2008 (ambulatório)

2004	2005	2006	2007	2008
2,07%	2,08%	2,04%	2,02%	2,02%
29.834.497,45€*	30.868.547,73€*	32.177.372,09€*	33.751.655,33€*	34.457.764,20€*

*Fonte de Dados: INE-BP - Contas Nacionais Anuais disponível em PORDATA.

Atendendo à percentagem da despesa total em medicamentos na despesa em saúde, atingiu-se, em 2008, o valor de 18,6%. Este valor é superior ao do ano anterior 3,9%, contrariando o decréscimo que se vinha verificando desde 2002 (ALTO COMISSARIADO SAÚDE, 2010).

Quadro 1.2 - Valores da percentagem da despesa com medicamentos na despesa de saúde entre 2002 e 2008

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
23,9%	23,2%	18,4%	18,9%	18,2%	17,9%	18,6%

(a) Calculada pela DGS para Portugal Continental. Fonte: Alto Comissariado da Saúde (página electrónica)

Também o consumo de medicamentos *per capita* no mercado total regista, em igual período de tempo, um aumento relativo de 20%, passando de 275,34 €, em 2003, para 331,10 €, em

2008 (AUTORIDADE NACIONAL DO MEDICAMENTO E PRODUTOS DE SAÚDE, 2008).

Quadro 1.3 - Consumo de medicamentos *per capita* no mercado total entre 2003 e 2008

2003	2004	2005	2006	2007	2008
275,34€	298,15€	309,11€	313,60€	325,17€	331,10€

Fonte: INFARMED – Estatística do Medicamento 2008.

Apesar de comparticipados pelo estado, os medicamentos dispensados em ambulatório vêm registando um aumento nos encargos para o doente atingindo-se, em 2008, uma taxa média de 34,3% (AUTORIDADE NACIONAL DO MEDICAMENTO E PRODUTOS DE SAÚDE, 2008).

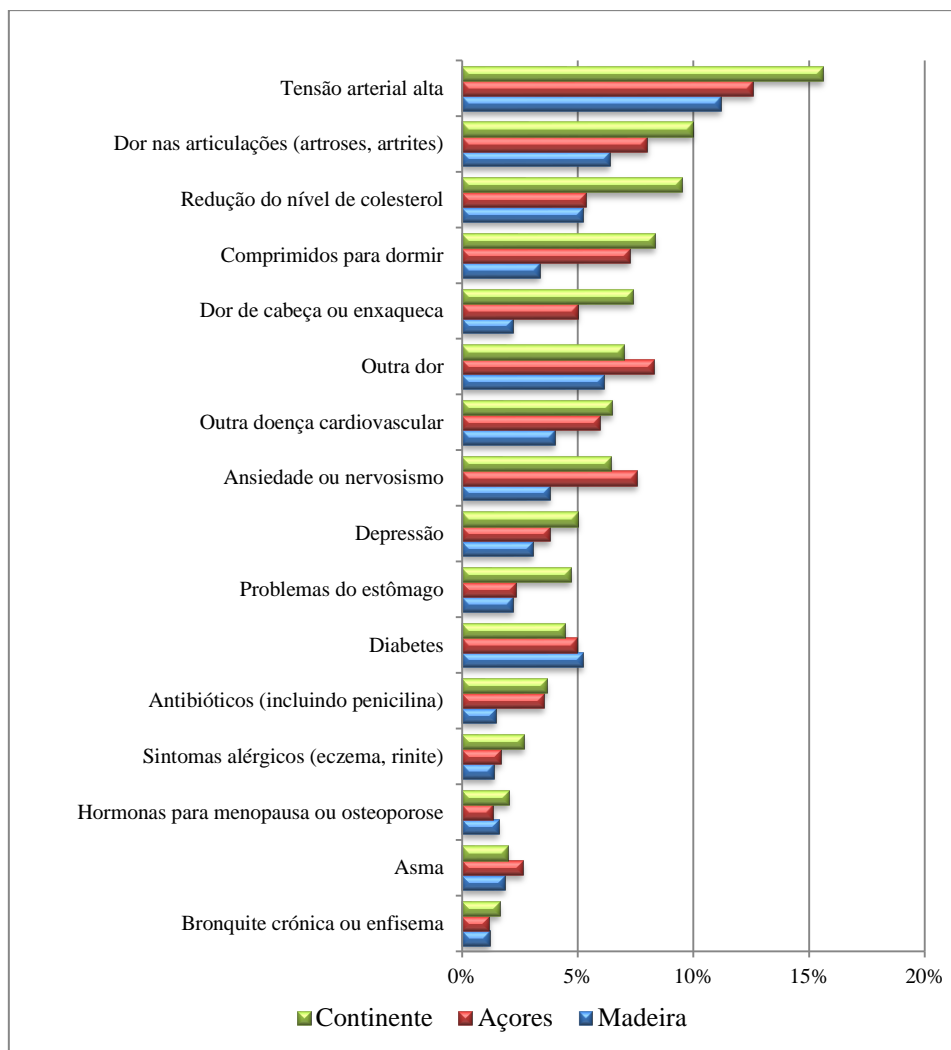
Quadro 1.4 - Encargos para o doente entre 2004 e 2008 (taxa média)

2004	2005	2006	2007	2008
31,0%	31,7%	33,3%	35,4%	34,3%

Fonte: INFARMED – Estatística do Medicamento 2008.

A análise dos resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005/2006 permite perceber quais os medicamentos e patologias que mais contribuem para o consumo de medicamentos em Portugal.

Os principais motivos conducentes à utilização da terapêutica são: hipertensão (15,6%), dor nas articulações (10,0%) e dislipidemias (9,5%) como se pode analisar na figura 1.1.



Fonte: 4º INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE – 2005/2006

Figura 1.1 - Percentagem da população residente que referiu ter tomado medicamentos nas duas semanas anteriores à entrevista, receitados pelo médico e comprados em farmácia, por motivo para que foram tomados (%), NUTS I, 2005/2006

São, portanto, globalmente as patologias crónicas, cuja prevalência também aumenta com a idade, que justificam a maior parte do consumo de medicamentos. Em 2005/06, o consumo de medicamentos prescritos pelo médico e adquiridos em farmácia foi realizado por 52,8% da população (64,0% nas mulheres e 40,8% nos homens), aumentando com a idade, em particular a partir dos 45 anos (INSA, [et al.], 2009). Será o grupo etário dos 45 aos 64 anos que registará o crescimento mais acentuado até 2010 (NCPIE, 2007).

As iniciativas levadas a cabo pelas farmácias portuguesas, como são os Programas de Cuidados Farmacêuticos e a campanha “Viver mais, Viver melhor conhecendo os seus

medicamentos”, têm evidenciado alguns dos problemas inerentes ao uso do medicamento em Portugal.

Os Programas de Cuidados Farmacêuticos têm como finalidade o seguimento de doentes diabéticos, hipertensos ou asmáticos e, num período de cinco anos (Abril de 2003 a Janeiro de 2008), identificaram 4.449 Problemas Relacionados com Medicamentos (PRMs) ou seja problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, devidos à utilização de medicamentos que, por diversas causas, conduzem ao não alcance do objectivo terapêutico ou ao aparecimento de efeitos não desejados (SANTOS, *[et al.]*, 2004). De acordo com o Segundo Consenso de Granada os PRMs são classificados em função da necessidade, segurança e efectividade dos medicamentos utilizados pelo doente em seis categorias numéricas. Neste período de tempo a distribuição de PRMs foi a seguinte (Quadro 1.5):

Quadro 1.5 - Percentagem de PRMs identificada nas farmácias portuguesas com Programas de Cuidados Farmacêuticos em 5 anos de seguimento de doentes

Categoria de PRM	PRMs identificados (%)
PRM1 – o doente não toma o que precisa	21,2
PRM2 – o doente toma o que não precisa	0,6
PRM3 – o doente tem um problema de saúde por uma inefectividade não quantitativa (não responde à terapêutica)	32,3
PRM4 – o doente tem um problema de saúde por uma inefectividade quantitativa (toma o medicamento numa dose ou regime inferior)	41,4
PRM5 – insegurança não quantitativa (reações adversas a medicamentos)	2,6
PRM6 – insegurança quantitativa terapia duplicada	1,9

Fonte: Departamento de Programas de Cuidados Farmacêuticos, Associação Nacional das Farmácias, 2008.

São, portanto, os problemas relativos à efectividade do medicamento – PRM 3 e PRM 4 - os mais prevalentes entre os doentes crónicos hipertensos, diabéticos ou asmáticos que se encontram incluídos nestes programas de Cuidados Farmacêuticos.

Em 2007, a Campanha “Viver mais, Viver melhor conhecendo os seus medicamentos”, dirigida à população idosa com mais de 65 anos e a tomar pelo menos 4 medicamentos, permitiu analisar a terapêutica de 5008 doentes e identificar como principais problemas: a

adesão à terapêutica - 22,1% -, e a utilização dos medicamentos - 21,6% (DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS DE CUIDADOS FARMACÊUTICOS, 2007).

Numa perspectiva internacional a Organização Mundial de Saúde evidencia que, mesmo quando os medicamentos estão acessíveis, estes não são correctamente utilizados por 50% dos doentes que deles necessitam (HARDON, *[et al.]*, 2004). A literatura sobre adesão à terapêutica de longa duração - definida por Haynes e Rand como a utilização do medicamento conforme acordado com o profissional de saúde (dose, frequência de administração, duração da terapêutica) - evidencia taxas de adesão, nos países desenvolvidos, na ordem dos 50% (KRIPALANI, *[et al.]*, 2007, SABATÉ, 2003). Estima-se que 20% a 30% dos doentes não adere a esquemas terapêuticos, e 30% a 40% não segue os esquemas de profilaxia (PGEU, *[et al.]*, 2008).

A não adesão à terapêutica é responsável por 10,2% do desperdício de medicamentos no ambulatório³, em Portugal, atingindo-se, em média, o custo global de 4,44€ por medicamento (MENDES, *[et al.]*, 2010).

1.1.2 O CONHECIMENTO SOBRE O MEDICAMENTO: O PAPEL DA INFORMAÇÃO

Na ausência de uma definição operacional consistente Ascione, Kirscht e Shimp definem conhecimento sobre o medicamento como saber: o nome do medicamento, para que serve (ou a sua finalidade), posologia, efeitos adversos e precauções especiais (ASCIONE, *[et al.]*, 1986). O conhecimento do medicamento resulta, portanto, de um conjunto de diferentes itens que devem estar presentes quando é necessário utilizá-lo.

A falta ou o baixo conhecimento sobre medicamentos pode traduzir-se em erros de medicação, maior risco de complicações, menor utilização dos serviços de saúde ou menor capacidade de gestão da terapêutica e dos medicamentos (NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION, 1998).

³ O desperdício de medicamentos foi definido como a quantidade de medicamento prescrito e dispensada que não foi utilizado para o tratamento instituído no momento da recolha de informação inicial.

Os erros de medicação são eventos evitáveis que podem levar ao uso inapropriado do medicamento ou ser prejudicial ao doente (NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION, 1998). Entre outras causas, estes erros podem dever-se ao uso incorrecto do medicamento porque o doente não compreendeu as instruções para a sua utilização ou porque tem limitações na sua capacidade de leitura (YOUMANS, *[et al.]*, 2003).

Os resultados obtidos por Roche-Nagle sobre o conhecimento da varfarina, anticoagulante oral cuja dose é individualizada e ajustada dada a sua estreita margem terapêutica, revelaram, para uma amostra de 150 doentes, que 28% não foi capaz de referir correctamente a sua terapêutica, 22% considerou que não haveria problema com o consumo de álcool e 17% achou que a interacção com aspirina era segura. Observaram ainda que 59% dos doentes desconhecia as complicações associadas a sobredosagem e 60% desconhecia as complicações associadas a sub-dosagem, concluindo que um grupo de doentes estaria em risco de complicações (ROCHE-NAGLE, *[et al.]*, 2003). McPherson e Smith encontraram numa população de doentes diabéticos uma correlação significativa ($R=0.61$; $p < 0,001$) entre o nível de conhecimento da medicação e o valor de hemoglobina glicosilada H_{A1C} . Os diabéticos com baixo nível de conhecimento apresentaram valores de H_{A1C} mais elevados (média de 8,5% e mediana de 8,2%) sendo considerado um valor de 7% indicativo de um mau controlo da diabetes, logo maior risco de complicações. O grupo de diabéticos com mais de 65 anos evidenciou também menores conhecimentos (média=3,6±1,6, numa escala de 1 mínimo a 7 máximo), colocando este grupo etário em maior risco (MCPHERSON, M L, *[et al.]*, 2008).

O estudo de Toren, em 2006, verificou que o conhecimento do doente sobre a terapêutica está associado à utilização de cuidados de saúde. Neste estudo, os doentes que revelaram menores conhecimentos sobre a medicação foram também os que menos recorreram a um serviço de saúde, após alta hospitalar (o nível de conhecimento foi preditivo do número de visitas a serviços de saúde - modelo de regressão logística OR = 4,76, 95% CI:1,74-13,06). Segundo este estudo, um melhor nível de conhecimento sobre a terapêutica habilita os doentes a gerir o seu tratamento e a tomar decisões apropriadas no que respeita a auto-cuidados. Assim, uma maior procura dos serviços de saúde resulta do aconselhamento recebido quanto a sinais e sintomas de agravamento do problema de saúde (TOREN, *[et al.]*, 2006).

Retomando o estudo da terapêutica anticoagulante com varfarina, Tang e colaboradores, avaliaram o nível de conhecimento dos doentes e a sua relação com os valores de INR

(International Normalized Ratio – tempo de protrombina). Neste estudo, os doentes apresentaram baixos níveis de conhecimento quanto à dose de varfarina, a razão para a sua administração, o seu efeito, consequências de sub ou sobrecoagulação, interações e procedimento em caso de esquecimento, verificando-se uma correlação positiva entre o nível de conhecimento sobre varfarina e os valores de INR dentro do intervalo terapêutico ($R=0,20$; $p=0,024$). Contudo, os doentes a fazer esta terapêutica há mais tempo e os que leram o folheto com informação essencial sobre a terapêutica com varfarina apresentaram um melhor nível de conhecimento ($0,53\pm 0,20$ vs $0,42\pm 0,20$) (TANG, [et al.], 2003).

Um programa desenvolvido durante o internamento hospitalar de doentes idosos - *self medication programme* – visou a responsabilização do doente e a sua independência na gestão da terapêutica antes da sua alta. O programa consistiu em três fases após explicação do farmacêutico sobre os medicamentos, o respectivo esquema posológico, rotulagem dos medicamentos e preenchimento do registo terapêutico individual: 1ª fase, cada doente, ainda em internamento, tomou os medicamentos entregues pela enfermeira que supervisionou o processo para não haver enganos; 2ª fase, os doentes deveriam solicitar a medicação à hora adequada e, 3ª fase, o doente era responsável pela toma dos medicamentos que estavam devidamente identificados e guardados junto às suas camas. Na sequência desta intervenção os doentes revelaram uma melhor adesão à terapêutica, demonstraram maior conhecimento quanto à indicação dos seus medicamentos, melhor compreensão do tratamento, sentiram maior controlo sobre a sua terapêutica e maior confiança, logo com maior capacidade para gerir os medicamentos (LOWE, [et al.], 1995).

Como forma de melhorar o conhecimento sobre o medicamento e, em consequência, o seu uso, as organizações como a Federation International Pharmaceutique (2001, 2008, 1999, 2003), o National Council on Patient Information and Education (1995), o Europharm Forum (2004) e o Pharmaceutical Group of The European Union (2007) entre outras, vêm fazendo recomendações aos profissionais para que a prescrição e a dispensa de medicamentos seja acompanhada de informação verbal e/ou escrita sobre:

- para que serve o medicamento;
- como e quando usar;
- durante quanto tempo usar;
- quais os efeitos adversos ou riscos associados, e o que fazer se surgirem,

- qual o efeito sobre a condução de veículos ou máquinas que alimentos, bebidas, outros medicamentos ou actividades devem ser evitados;
- o que fazer em caso de esquecimento.

A vantagem em associar aconselhamento verbal à prescrição ou dispensa como forma de assegurar o correcto uso de medicamentos é demonstrada por Kerzman e colaboradores que verificaram que o conhecimento correcto sobre a medicação estava associado à informação – *aconselhamento* – recebida ($p < 0,001$) num estudo realizado em 349 doentes após alta hospitalar (KERZMAN, [et al.], 2005)⁴.

A entrega de informação escrita em complemento da informação verbal mostra-se também muito útil na medida em que reforça o aconselhamento (CDER-FDA) e fica disponível junto do doente para sua utilização sempre que necessário. O relatório do National Council on Patient Information and Education evidencia que quando o doente recebe informação escrita tem mais conhecimento do uso e efeitos dos medicamentos, melhor conhecimento sobre os efeitos secundários, conseguindo discriminar os efeitos adversos atribuíveis à medicação de outras situações clínicas, maior probabilidade de modificar estilos de vida, e lida melhor com a doença ao longo do tempo. Os doentes podem assim beneficiar deste tipo de materiais, em particular se for a primeira vez que usam o medicamento, fazendo uma leitura parcial ou total da informação, e voltar a lê-los se necessitarem (NATIONAL COUNCIL ON PATIENT INFORMATION AND EDUCATION, 1995).

Numa grande parte dos países a embalagem do medicamento é produzida em conjunto com um texto escrito – folheto informativo ou bula – contendo informação necessária à utilização do medicamento. Em Portugal, o Estatuto do Medicamento Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) obriga o titular do medicamento a um rótulo na embalagem e a inclusão de um folheto informativo contendo os elementos seguintes, pela ordem indicada (Quadro 1.6):

⁴ No entanto, na prática, parece ainda não se verificar o suficiente (Storm, A., E. Benfeldt, et al., 2008) ou caracterizar-se por incluir terminologia específica não facilitando a compreensão por parte do doente (Castro CM, Wilson C., 2007).

Quadro 1.6 - Conteúdo do Folheto Informativo do medicamento (Artigo 106º do Decreto-lei 176/2006)

- a) Nome do medicamento, seguido das suas dosagens, forma farmacêutica e, quando for caso disso, da menção para lactentes, crianças ou adultos; deve ainda incluir a denominação comum, se o medicamento contiver apenas uma substância activa e o seu nome for um nome de fantasia;
- b) Categoria farmacoterapêutica ou tipo de actividade, em termos facilmente compreensíveis para o doente;
- c) Indicações terapêuticas;
- d) Informações relevantes para a utilização do medicamento:
 - i) Contra-indicações;
 - ii) Precauções de utilização adequadas;
 - iii) Interações medicamentosas e outras, designadamente com álcool, tabaco ou alimentos, susceptíveis de afectar a acção do medicamento;
 - iv) Advertências especiais.
- e) Instruções de utilização, incluindo:
 - i) Posologia;
 - ii) Modo e via de administração;
 - iii) Frequência da administração, se necessário indicando o momento em que o medicamento pode ou deve ser administrado.
- f) Quando for caso disso, em função da natureza do medicamento, outras informações relevantes para a utilização do medicamento, tais como:
 - i) A duração do tratamento, quando deva ser limitado;
 - ii) As medidas a adoptar em caso de sobredosagem ou intoxicação, nomeadamente os sintomas, as medidas de urgência e os antídotos;
 - iii) As instruções sobre a atitude a tomar quando for omitida a administração de uma ou mais doses;
 - iv) A indicação de eventuais efeitos de privação, em caso de suspensão do tratamento; ou
 - v) Uma recomendação específica para consultar o médico ou o farmacêutico, para qualquer esclarecimento relativo à utilização do medicamento.
- g) Descrição das reacções adversas que podem surgir com a normal utilização do medicamento, bem como das medidas a adoptar, incluindo a indicação de que deve ser comunicada ao médico ou farmacêutico qualquer reacção adversa não descrita no folheto informativo;
- h) Chamada de atenção para o prazo de validade inscrito no acondicionamento secundário ou no acondicionamento primário, incluindo:
 - i) Advertência quanto aos perigos de não ser respeitado tal prazo;
 - ii) Precauções específicas de conservação, quando for caso disso;
 - iii) Indicação dos principais sinais visíveis de deterioração do medicamento, quando for caso disso;
 - iv) Composição qualitativa completa em substâncias activas e excipientes, bem como a composição quantitativa, para cada apresentação do medicamento, em substâncias activas, utilizando as denominações comuns;

- v) Forma farmacêutica e respectivo conteúdo em peso, volume ou número de unidades, por apresentação do medicamento;
- vi) Nome ou firma e domicílio ou sede do titular da autorização de introdução no mercado e, quando for caso disso, do representante local;
- vii) Nome ou firma e domicílio ou sede do fabricante.
 - i) Se o medicamento tiver sido autorizado ao abrigo dos procedimentos de reconhecimento mútuo ou descentralizado, o nome do medicamento em cada um dos Estados membros, se for diferente;
- j) Data da aprovação ou da última revisão aprovada do folheto informativo.

Este folheto informativo deve ainda ser redigido em língua portuguesa, em termos indeléveis, facilmente legíveis, claros, compreensíveis e fáceis de utilizar para o doente, devendo os requerentes da autorização ou registo proceder à realização de testes de legibilidade junto do público - Artigo 107.º Redacção e legibilidade.

Trata-se, no entanto, de um folheto padronizado, o que não acolhe as preferências de uma parte dos utilizadores, em especial os mais idosos, que reconhecem ser mais útil um folheto que tem em consideração as suas necessidades de informação e as suas capacidades para ler e compreender o seu conteúdo (MORROW, [et al.], 2007).

A informação verbal e escrita constitui uma estratégia utilizada em muitas das intervenções destinadas a promover o uso do medicamento conforme acordado com o profissional de saúde – *adesão à terapêutica* - para reforço da comunicação e aconselhamento ao doente, familiares ou cuidadores (MCDONALD, [et al.], 2002) . Uma recente revisão sistemática de intervenções que visam promover a adesão à medicação crónica revela que 50% das intervenções que usam a informação ao doente como uma estratégia, contribuem para o aumento significativo de pelo menos uma medida de adesão, e 5 em 13 intervenções (38,5%) que combinam a informação com componente comportamental demonstram melhoria em todas as medidas de adesão (KRIPALANI, [et al.], 2007).

Meichenbaum e Turk desenvolveram um modelo que identifica os factores que influenciam a adesão à terapêutica: a) *conhecimentos e capacidades*, relativos ao problema de saúde, comportamentos adequados – auto-regulação -, importância do cumprimento da terapêutica; b) *crenças* acerca da gravidade, susceptibilidade, auto-eficácia, resultados/expectativas; c) *motivação* em termos de valorização, reforço obtido com resultados positivos, responsabilização pelo sucesso e d) *acção*, estimulada por pistas relevantes, informação memorizada, avaliação e selecção de comportamentos e recursos disponíveis. De acordo com

estes autores, basta um déficit num destes factores para que o uso do medicamento não seja feito como indicado potenciando o risco de não-adesão (SABATÉ, 2003).

Também o modelo conceptual proposto por Fisher – *Information-Motivation-Behavior Skills* (IMB) – na sequência do estudo de doentes em tratamento com anti-retrovíricos de elevada eficácia relaciona três componentes fundamentais: a) a *informação*, constituída pelos conhecimentos sobre a doença, sua evolução, abordagem terapêutica e formas de gestão da doença; b) a *motivação*, que compreende as atitudes e crenças individuais, a percepção do comportamento dos seus semelhantes, e noção de apoio social; c) *competências*, que o doente necessita de por em prática para aderir e gerir o seu tratamento (SABATÉ, 2003). De acordo com este modelo a *informação* é um pré-requisito para a adopção de um dado comportamento, neste caso uso correcto e consistente da terapêutica, não sendo no entanto suficiente para o alcançar. De igual modo, as *competências* determinam quando um indivíduo, mesmo bem informado e altamente motivado, é capaz de aderir à terapêutica, ou seja, as capacidades que devem ser activadas na utilização de medicamentos que fazem parte dessa terapêutica (FISHER, [et al.], 2006).

Evidencia-se assim que o uso do medicamento requer que o indivíduo-utilizador possua *conhecimentos, competências e motivação*.

1.1.3 MEDIÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O MEDICAMENTO

O conhecimento sobre o medicamento resulta da informação que cada pessoa tem nos diversos itens: nome do medicamento, dose, posologia, reacções adversas, precauções especiais de utilização.

Alguns investigadores optam por medir os diferentes itens do conhecimento sobre o medicamento separadamente, outros constroem um índice que compreende os vários itens. Apesar de medirem o conceito, são medidas distintas entre si (ASCIONE, [et al.], 1986)

Quando se analisa o conhecimento detido nos diferentes itens verificam-se desigualdades uma vez que os utilizadores do medicamento detêm um maior conhecimento de determinados itens (ASCIONE, [et al.], 1986);(KERZMAN, [et al.], 2005, MCPHERSON, MARY LYNN, [et al.], 2008, TOREN, [et al.], 2006). Fletcher et al. (1979), num estudo em 149 doentes

crónicos em ambulatório, reporta que 81% consegue identificar o nome do medicamento que utilizam, mas apenas 65% e 58%, respectivamente, consegue mencionar o efeito (para que serve) e descrever com precisão o esquema posológico. Boyd et al. (1974), num estudo com uma população idêntica, reporta que 90% dos doentes sabem a quantidade de medicamento a usar e a posologia, mas apenas 70% sabia o horário correcto das tomas.

Em virtude dos investigadores usarem diferentes metodologias para medir o conhecimento, a comparação dos resultados obtidos entre os diferentes estudos revela-se difícil ou mesmo inexequível. Ascione (1986) analisou as semelhanças e desigualdades das medidas deste conceito, e conclui que o conhecimento sobre o medicamento não é unidimensional e compreende itens diferentes. Assim, a investigação sobre o conhecimento do medicamento que se baseia em índices (*scores*), pode simplificar excessivamente a realidade.

Em 2000, Silva, Schenkel, e Mengué avaliaram o nível de conhecimento sobre os medicamentos prescritos na última consulta médica questionando os doentes quanto aos itens: nome do medicamento, indicação terapêutica, dose, frequência de administração, duração do tratamento, possíveis efeitos adversos e precauções. Nesta amostra de doentes, 34% apresentou um bom nível de conhecimento (mais de 8 pontos), 57% apresentou um nível de conhecimento regular (entre 6 e 8 pontos) e 9% um conhecimento insuficiente (menos de 6 pontos) sobre medicamentos prescritos (SILVA, [et al.], 2000).

Num outro estudo que aferiu o nível de conhecimento sobre a composição de analgésicos contendo ácido acetilsalicílico, apenas 11% revelou domínio completo, ou seja, identificando a substância activa, a classe terapêutica e o uso, 49% apresentaram um domínio limitado e 40% não demonstrou domínio, conhecendo apenas a marca comercial (TIERLING, [et al.], 2004).

Mais recentemente, um estudo que avaliou o conhecimento sobre medicamentos anti-retrovíricos em doentes com HIV/sida revelou que 55,4% dos indivíduos não sabia o modo de acção destes medicamentos, 35,9% não sabia a duração do tratamento e 66,2% não sabia o procedimento mais adequado em caso de esquecimento de uma dose. Apenas 20% a 30% foi capaz de identificar reacções adversas. As maiores frequências de respostas correctas foram observadas nos itens dose e frequência de toma, conservação do medicamento e necessidade de tomar com alimentos (ALMEIDA, [et al.], 2009).

Em Portugal, um estudo realizado pelo Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR) nas farmácias, concluiu que 57% dos utentes inquiridos possuíam conhecimentos quanto às indicações dos medicamentos utilizados (FONTES, *et al.*, 2006)⁵. Trata-se, no entanto, de uma investigação limitada apenas a uma das componentes do conhecimento necessário para o correcto uso do medicamento – a indicação terapêutica – que adquire maior relevância quando o doente gere medicamentos para diversas comorbilidades.

Pouco se tem estudado acerca dos factores preditivos do conhecimento sobre o medicamento. Um estudo realizado na Nova Zelândia, em 2001, procurou analisar o conhecimento que os doentes de clínica geral tinham sobre os seus medicamentos e identificar factores demográficos preditivos de baixo nível de conhecimento. Os factores demográficos analisados foram a idade, o género, a etnia, rendimento familiar e ocupação (activo). Embora chegando a resultados que contrastam com os outros estudos, uma vez que a população estudada revelou um bom nível de conhecimento – 85% tinham conhecimento sobre o nome correcto, 79% indicação terapêutica, 87% razão da prescrição e 83% dose correcta -, apenas a idade e o rendimento familiar demonstraram ter uma relação com o conhecimento revelado quanto ao nome e indicação terapêutica (JAYE, *et al.*, 2002). No entanto, este estudo não incluiu a avaliação do nível de escolaridade e não considerou o nível de literacia entre os factores estudados.

1.2 LITERACIA NO CONTEXTO DA SAÚDE

A complexidade inerente aos sistemas de saúde de hoje coloca inúmeras exigências aos seus utilizadores. A tendência que se vem acentuando no sentido de aumentar a responsabilidade individual na gestão da sua própria saúde requer acesso e compreensão de informação, conhecimento dos direitos e das responsabilidades, e tomada de decisão baseada em evidência. Fazer face a estas exigências requer, além de conhecimentos, competências (NIELSEN-BOHLMAN, 2004).

⁵ Neste estudo os utentes das farmácias com mais idade, com menor escolaridade e com maior número de medicamentos revelaram menor conhecimento da indicação terapêutica.

Porque hoje a informação sobre saúde é vasta e diversificada importa conhecer em que medida as pessoas estão habilitadas a obtê-la, a compreendê-la e usá-la. Este facto remete-nos para relevância e actualidade em investigar as competências de literacia no contexto da saúde.

Surge, assim, o conceito de literacia em saúde. Conceito recente, ainda não completamente consensualizado, mas cuja definição operacional adoptada no documento *Healthy People 2010* a define como a capacidade para obter, processar e compreender a informação e os serviços básicos de saúde de forma a tomar decisões apropriadas (NIELSEN-BOHLMAN, 2004).

Literacia em saúde, é portanto a capacidade a activar quando o indivíduo interage no contexto da saúde – com organizações, profissionais e materiais – considerando-se uma perspectiva alargada que engloba todo o sistema de saúde.

As actividades diárias relativas a saúde ocorrem nos mais variados contextos - em casa, no trabalho, nas instituições – e implicam um vasto leque de tarefas relacionadas com a família, a comunidade, o lazer e a segurança (NIELSEN-BOHLMAN, 2004).

A saúde também se caracteriza por utilizar vocabulário especializado, termos técnicos, formulários legais, procedimentos complexos, e diferente acesso a informação.

São assim muitas as competências de literacia que os indivíduos devem possuir para funcionar no contexto da saúde. A Quadro 1.7 ilustra algumas das tarefas em saúde e as capacidades requeridas dando conta da complexidade inerente a este contexto (MURRAY, [et al.], 2007); (NIELSEN-BOHLMAN, 2004).

Quadro 1.7 - Exemplos de actividades em saúde, tarefas e materiais escritos que requerem competências de literacia

ACTIVIDADE RELATIVA À SAÚDE	INTENÇÃO	EXEMPLOS DE TAREFAS	MATERIAIS
Promoção da saúde	Manter e promover a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Comprar alimentos • Definir um plano de exercício físico 	<ul style="list-style-type: none"> • Rótulos de alimentos • Publicações (informação impressa) • Gráficos, listas, tabelas
Protecção da saúde	Salvaguarda da saúde individual e da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Decidir / optar entre um conjunto de produtos • Usar ou evitar determinados produtos • Votar 	<ul style="list-style-type: none"> • Artigos em jornais ou revistas • Avisos de segurança • Relatórios sobre a qualidade do ar e água • Referendos
Prevenção da doença	Medidas profiláticas e detecção precoce	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar risco • Realizar testes de diagnóstico • <i>Follow-up</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Notícias e alertas • Avisos para vacinação ou rastreio • Relatórios de diagnóstico • Tabelas e gráficos
Cuidado de saúde	Procurar cuidados de saúde e formar parcerias com profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever e avaliar sintomas • Seguir as indicações de uso de um medicamento • Calcular as horas de administração de um medicamento • Recolher informação sobre terapêuticas e debatê-las com profissionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • História clínica • Rótulos / folhetos informativos de medicamentos • Instruções de alta • Folhetos e brochuras educativas retiradas da Internet
Navegação no sistema de saúde	<p>Aceder a serviços de saúde</p> <p>Compreender os direitos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Localizar os serviços • Candidatar-se a benefícios • Dar o consentimento informado 	<ul style="list-style-type: none"> • Mapas • Formulários • Carta de direitos e deveres • Consentimento informado • Segurança social / seguros de saúde

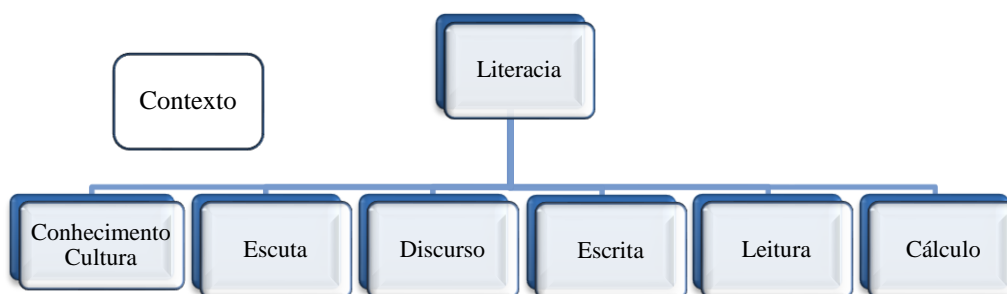
Fonte: Health Literacy in Canada (MURRAY, [et al.], 2007)

A literacia da saúde deve ser sempre examinada no contexto de uma actividade ou tarefa específica que precisa de ser realizada. Implica, por isso, considerar a competência da pessoa, mas também a complexidade inerente a essa actividade ou tarefa (PAASCHE-ORLOW, [et al.], 2007).

1.2.1 LITERACIA: DEFINIÇÃO, DETERMINANTES, METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO

Irwin Kirsh (1986) define *literacia* como o uso de informação para funcionar em sociedade, atingir objectivos pessoais, bem como desenvolver ou potenciar conhecimentos próprios.

O conceito de literacia centra-se no uso de competências na vida quotidiana. Tradicionalmente, estas competências são: a leitura, a escrita, o cálculo, o discurso e a compreensão do discurso (KIRSCH, 2001), tal como ilustrado na Figura 1.2.



Fonte: Health Literacy: a prescription to end confusion (NIELSEN-BOHLMAN, 2004)

Figura 1.2 - Literacia e suas componentes

A escuta e o discurso constituem, em conjunto, o que também se denomina de literacia oral, ou seja a forma como se comunica, em termos de expressão oral, e a forma como se compreende o que se ouve. Em saúde, estas capacidades são essenciais para dialogar com os profissionais ou compreender mensagens transmitidas pelos meios de comunicação social (alertas e anúncio de televisão e rádio) (NIELSEN-BOHLMAN, 2004).

A leitura e a escrita estão frequentemente associadas, pois requerem processos semelhantes de decodificação e codificação. É com elas que é possível o uso de materiais escritos como rótulos de medicamentos, alimentos ou outros produtos de saúde, folhetos informativos e até mesmo documentos de consentimento informado (NIELSEN-BOHLMAN, 2004).

O cálculo refere-se à aplicação de operações aritméticas simples, e a numeracia contempla não apenas o cálculo ou estimação de valores, mas também a compreensão e utilização das noções de forma, comprimento, volume, unidades monetárias, alguns conceitos estatísticos e interpretação de fórmulas simples (ÁVILA, 2008). Na saúde esta capacidade aplica-se por exemplo no cálculo de nutrientes, doses de medicamentos, parâmetros fisiológicos (temperatura corporal, peso, pressão arterial, glicemia, etc.) e comparação de benefícios de seguros (NIELSEN-BOHLMAN, 2004).

De acordo com este conceito a *literacia* é diferente de leitura, pois a leitura de materiais escritos com finalidades distintas requer ao leitor diferentes proficiências, ler um texto em prosa é diferente de ler uma tabela nutricional de um alimento; *literacia* não pode ser encarada como um conjunto isolado de competências de leitura ou escrita, mas sim a aplicação dessas competências a objectivos específicos em contextos específicos; a *literacia*

desempenha um papel fundamental na vida dos adultos permitindo-lhes contribuir e beneficiar da sociedade (KIRSCH, 2001).

Como competência que se trata não pode ser considerada de forma desintegrada. Há que atender ao saber que uma determinada competência requer – dimensão cognitiva -, ao efeito dos aspectos culturais e à especificidade do contexto onde essa competência se vai aplicar.

Cada indivíduo, família ou comunidade tem o seu sistema de crenças, os seus valores culturais e religiosos e uma identidade de grupo que constituem filtros através dos quais a informação é recebida e processada (NIELSEN-BOHLMAN, 2004). Hoje, as sociedades são constituídas por pessoas de múltiplas culturas e diferentes experiências que devem ser tidas em consideração pelo impacte que têm na forma como pensam, como comunicam, nas suas práticas e comportamentos. Também o sentido das palavras e dos gestos é específico de cada língua e de cada cultura, pelo que, a comunicação oral ou escrita pode ser dificilmente compreendida se a língua materna for diferente do país ou região em que se vive e trabalha (NIELSEN-BOHLMAN, 2004).

Mas é perante uma determinada tarefa ou actividade e num dado *contexto* que os indivíduos colocam em prática as suas competências de literacia. Desde a vida pessoal e familiar à vida profissional, existe uma multiplicidade de tarefas que se realizam no dia-a-dia e requerem conhecimentos, capacidade de leitura, de escrita e/ou de cálculo, como por exemplo na utilização de um computador ou na exploração da *internet*, na exploração de uma lista telefónica ou na decifração de um mapa de estradas, na leitura de uma embalagem de produtos alimentares ou de uma posologia de medicamento, na realização de um depósito bancário ou no preenchimento de um múltiplos impressos que as mais diversas instituições colocam perante os cidadãos, na consulta de um horário de transportes ou de um folheto instruções, na verificação de um prazo de validade ou na conferência de uma lista de compras entre outros exemplos (ÁVILA, 2008).

As competências de literacia são mantidas e/ou reforçadas através do seu uso regular (TUIJNMAN, 2000). O processo de escolarização permite a sua aquisição, mas há a considerar um conjunto de outros factores que contribuem para os diferentes níveis de proficiência.

O IALS – *International Adult Literacy Survey* – que envolveu 20 países incluindo Portugal, mostrou a distribuição dos níveis de literacia da população entre os 16 e os 65 anos de cada país, os seus determinantes, as suas consequências e os seus benefícios sociais e económicos. Neste estudo identificam-se os factores determinantes do nível de literacia: o *género, a idade, a língua materna, o nível educacional dos pais, o nível de escolaridade atingido, a participação na força de trabalho, o sector de actividade profissional (sector económico), a ocupação, a intensidade de leitura na profissão, a participação em formação contínua, a intensidade de leitura de livros, e a participação em actividades comunitárias* (TUIJNMAN, 2000).

Para a presente investigação é relevante considerar apenas os seguintes factores:

- a) *Níveis de escolaridade atingidos* - As competências de literacia são adquiridas e desenvolvidas no processo de escolarização formal. Em cada país verifica-se uma forte associação entre o nível de escolaridade e o nível de literacia ou seja, nos países em que o conjunto de adultos atinge uma escolaridade mais elevada encontram-se os mais elevados níveis de literacia. O percurso escolar é identificado como o factor mais preditivo do nível de literacia. Em média por cada ano de escolaridade a pontuação de literacia no IALS aumenta 10 pontos. Apesar da relação forte entre o grau de instrução formal e o nível de literacia a correspondência não é absoluta. Há ainda a considerar nesta relação a influência do meio familiar (nível educacional dos pais), das práticas quotidianas e do contexto profissional.
- b) *Idade* - A idade está negativamente correlacionada com o nível de literacia, em parte porque as *coortes* mais idosas apresentam em média um nível de escolaridade mais baixo, enquanto os adultos mais jovens beneficiam de um melhor e mais longo processo de escolarização.
- c) *Participação na força de trabalho / profissão* - As competências de literacia influenciam positivamente a probabilidade de participar na força de trabalho e exercer uma profissão de categoria superior e, negativamente a probabilidade de estar desempregado ou numa categoria mais baixa. Actualmente, muitas profissões requerem elevadas competências de literacia – *knowledge economy jobs* – pelo que melhores níveis de literacia conduzem a melhores empregos. Além disso, a actividade profissional constitui uma forma informal de aquisição e manutenção de competências de literacia já que em muitas profissões é necessário executar tarefas

que requerem leitura, escrita e operações aritméticas com regularidade. Estes dois aspectos reforçam a literacia adquirida em meio escolar.

- d) *Intensidade de leitura de livros* – o nível de literacia encontra-se associado às práticas de leitura, verificando-se que quanto mais elevado o nível de literacia maior tende a ser a frequência declarada quanto à leitura de livros, revistas e jornais (BENAVENTE, [et al.], 1996)
- e) *Língua materna vs língua estrangeira* - A língua materna permite um correcto entendimento da informação escrita ou oral e a leitura é fundamental para adquirir informação. Quando analisados os dados de países com duas línguas oficiais ou países abertos à imigração, identifica-se o impacte que os imigrantes têm na distribuição dos níveis de literacia de cada país.

Além de demonstrar a associação destes factores com o nível de literacia, o IALS determina a contribuição relativa de cada um, recorrendo a uma análise multivariada (LISREL).

No caso de Portugal, o nível de literacia é fortemente determinado por um pequeno conjunto de factores: *grau de escolaridade* (R^2 0,797), *género* (R^2 0,153), *sector de actividade profissional* (R^2 -0,09), *língua materna* (R^2 0,08) (TUIJNMAN, 2000).

Desta análise de países membros da OCDE, verifica-se que o perfil de literacia difere de país para país e que baixos níveis de literacia são encontrados em proporções significativas da população em todos⁶.

Importa, contudo, considerar: a) o perfil de literacia de uma população não é algo que possa ser considerado constante; b) o perfil de literacia de uma população não é algo que possa ser deduzido a partir, simplesmente, dos níveis de escolaridade formal atingidos; c) a literacia não pode ser encarada como algo que se obtém num determinado momento e que é válido para todo o sempre; d) os níveis de literacia têm de ser vistos no quadro dos níveis de exigência das sociedades num dado momento e, nessa medida, avaliadas as capacidades de uso para o desempenho de funções sociais diversificadas (BENAVENTE, [et al.], 1996).

⁶ 50% da população chilena situa-se no nível 1 de literacia em prosa enquanto apenas 7,5% da população sueca está neste nível (OCDE 2000).

O estudo da literacia nas populações recorre a métodos de avaliação indirecta e directa. Os primeiros, amplamente usados até à década de 70, basearam-se em variáveis como a auto-avaliação e o nível de instrução utilizadas nos censos populacionais. Já os métodos directos, requerem a demonstração das capacidades através da resolução de tarefas específicas.

Métodos directos

Sendo a literacia um conceito multidimensional, as práticas de literacia podem agregar-se em torno de três dimensões básicas:

a) *literacia em prosa* – conhecimentos e capacidades necessárias à compreensão e uso de informação contida em textos como editoriais, notícias, histórias, brochuras ou manuais de instruções;

b) *literacia documental* - conhecimentos e capacidades requeridas para a localização e uso de informação contida em diferentes formatos como formulários de emprego, horários de transportes, mapas, tabelas e gráficos;

c) *literacia quantitativa* - conhecimentos e capacidades envolvidos na realização de operações aritméticas, isoladas ou sequenciais, a partir de informação contida em materiais como registo do livro de cheques, uma encomenda ou publicidade a produtos financeiros.

Os métodos directos usados nos estudos NALS 1993, ENL 1995, IALS 94/98 visam determinar o perfil de literacia da população adulta tomando como base os desempenhos perante um vasto e diversificado conjunto de tarefas que reflectem os tipos de materiais e de usos no dia-a-dia (BENAVENTE, [et al.], 1996, EVETTS, [et al.], 2005).

Através de entrevistas face a face são apresentadas tarefas que diferem quanto à dificuldade. O grau de dificuldade de cada tarefa é determinado em função da complexidade dos suportes (estrutura, extensão e forma gráfica) e da complexidade das operações de processamento de informação necessárias à resolução das tarefas: a) localização; b) identificação; c) integração; d) geração e e) cálculo. A cada tarefa resolvida é atribuída uma classificação e o nível de literacia de um indivíduo resulta do cruzamento do seu nível de aptidão com o grau de dificuldade das tarefas que conseguiu resolver correctamente (BENAVENTE, [et al.], 1996).

Numa escala de 0 a 500 pontos, definem-se assim cinco níveis de literacia: Nível 1 – pontuação de 0 a 225, Nível 2 – pontuação de 226 a 275, Nível 3 – pontuação de 276 a 325, Nível 4 – pontuação de 326 a 375, Nível 5 – pontuação de 376 a 500 (KIRSCH, 2001).

A Quadro 1.8 descreve os níveis de dificuldade das tarefas e as competências mobilizadas na sua realização, para cada uma das dimensões da literacia operacionalizadas. Foi esta a matriz que orientou a interpretação dos resultados do IALS.

Quadro 1.8 - Níveis de literacia IALS, graus de dificuldade das tarefas e competências envolvidas na sua realização

Nível de literacia (pontuação)	Literacia em prosa	Literacia documental	Literacia quantitativa
Nível 1 (0-225)	A maior parte das tarefas neste nível requer a localização no texto de informação igual, ou sinónima, da que aparece na pergunta. Caso exista no texto uma resposta incorrecta, mas plausível, a sua localização não será perto da informação correcta.	As tarefas deste nível requerem a localização de informação através de uma associação literal. Em caso de existência de informação distractora, a mesma situa-se longe da resposta correcta. Algumas tarefas podem solicitar o preenchimento de dados pessoais num impresso.	Embora no IALS nenhuma das tarefas deste domínio tenha pontuações inferiores a 225, essas tarefas requerem a realização de uma única operação algébrica simples (normalmente uma adição), para a qual os números são dados de forma clara e a operação é especificada.
Nível 2 (226-275)	As tarefas neste nível passam pela localização no texto de um, ou mais, segmentos de informação, podendo estar presentes alguns distractores, ou ser necessária a realização de inferências simples. As tarefas podem também implicar a integração de dois ou mais elementos, ou a comparação e o contraste de informação.	As tarefas neste nível são um pouco mais variadas. Embora algumas continuem a solicitar apenas uma associação simples entre dois elementos, poderá estar presente informação distractora em maior número, ou o estabelecimento dessa associação implicar uma inferência simples. Algumas das tarefas podem ainda requerer o preenchimento de informação num impresso.	As tarefas neste nível requerem aritmética simples (frequentemente adição ou subtracção) usando números que são facilmente localizados num texto ou num documento. A operação a realizar pode ser facilmente inferida pelas palavras usadas na questão ou pela formatação do material.
Nível 3 (276-325)	As tarefas neste nível tendem a conduzir os leitores a percorrer os textos para poderem estabelecer associações que requerem pequenas inferências. Por vezes é solicitada a identificação de vários elementos localizados em diferentes frases ou parágrafos. Pode ainda ser pedida a integração, ou a comparação e o contraste, de informação presente em diferentes parágrafos ou secções do texto.	As tarefas neste nível apresentam maior variabilidade. Algumas implicam o estabelecimento de associações simples ou literais, mas normalmente essas associações obrigam à consideração de informação condicional. Determinadas tarefas requerem a integração de informação de uma ou mais fontes. Outras tarefas pedem ao leitor que percorra o documento e seleccione vários elementos (respostas múltiplas).	As tarefas neste nível geralmente requerem a realização de operações simples. Porém, essas operações são agora mais variadas, podendo surgir multiplicações e divisões. Por vezes, dois ou mais números são necessários para resolver o problema e têm de ser encontrados em suportes mais complexos. Embora expressões como “quantos” ou “calcule a diferença” sejam muitas vezes usadas, algumas tarefas obrigam a inferências mais complexas para determinar a operação apropriada.

Nível de literacia (pontuação)	Literacia em prosa	Literacia documental	Literacia quantitativa
Nível 4 (326-375)	Estas tarefas implicam a realização de múltiplas associações, ou a produção de várias respostas, tendo a informação solicitada de ser identificada através de inferências baseadas no texto. As tarefas neste nível podem também implicar a integração ou o contraste de vários elementos, os quais são por vezes apresentados em textos relativamente longos. De um modo geral estes textos contêm mais elementos distractores do que os dos níveis anteriores e a informação solicitada é de carácter mais abstracto.	As tarefas neste nível, tal como as dos níveis precedentes, pedem ao leitor que realize associações múltiplas, que percorra e analise o documento e que integre informação. Frequentemente estas tarefas requerem a realização de inferências mais complexas do que nos níveis anteriores. Por vezes está presente informação condicional no documento que tem de ser tida em conta pelo leitor.	A quase totalidade das tarefas neste nível implica a realização de operações aritméticas simples, mas nem os quantitativos, nem as operações, são facilmente determináveis. Assim, na maior parte das tarefas a pergunta não inclui termos semânticos como “quantos” ou “calcule a diferença” para ajudar o leitor.
Nível 5 (376-500)	As tarefas neste nível requerem a procura de informação em textos muito densos e que contêm múltiplos distractores. Algumas implicam a realização de inferências complexas ou a mobilização de conhecimentos especializados.	As tarefas neste nível requerem que o leitor procure informação em documentos com formatos complexos que contêm múltiplos distractores, e que realize inferências complexas, atenda a informação condicional, ou use conhecimentos especializados.	Estas tarefas requerem a realização de múltiplas operações sequenciais, tendo o modo de resolução do problema de ser encontrado através dos materiais existentes ou recorrendo a conhecimentos próprios para determinar os quantitativos ou as operações necessárias.

Fontes: (Ávila, 2005); (Evetts and Gauthier, 2005)

O painel de peritos do US National Adult Study de 1992 considera que o nível 3 de literacia é o nível mínimo para fazer face às exigências da vida e das profissões nos dias de hoje. Foi também este o nível mínimo considerado no IALS (2000).

Métodos indirectos

Os métodos de avaliação indirecta permitem, a partir de um conjunto de variáveis cuja correlação com os níveis de literacia é suficientemente forte e está demonstrada através dos estudos de avaliação directa, estimar os níveis de literacia dos indivíduos. Além dos factores preditivos já descritos há ainda a considerar:

- *As práticas declaradas de leitura, de escrita e de cálculo* - as actividades que implicam leitura, escrita ou cálculo na vida quotidiana ou no local de trabalho constituem formas de aprendizagem informal. Assim, os níveis de literacia dos adultos estão positivamente relacionados com as práticas de leitura – quanto mais

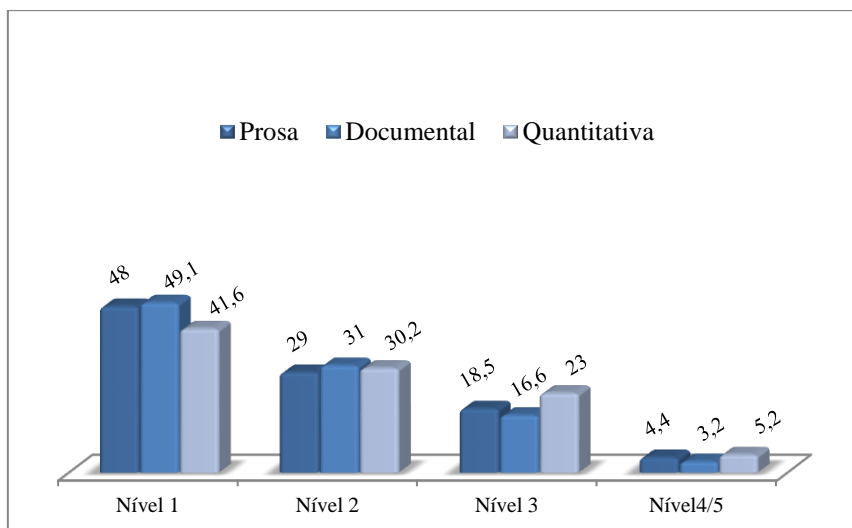
elevado é o nível de literacia, maior tende a ser a frequência declarada quanto a leitura, escrita e cálculo (BENAVENTE, [et al.], 1996).

- *A auto-avaliação das competências* – uma perspectiva do nível de competências provém dos próprios adultos quanto à sua avaliação subjectiva da adequação das competências, isto é, em que medida as suas competências se adequam às exigências das tarefas que executam, por exemplo, em meio laboral – as auto-avaliações são cada vez mais positivas à medida que aumenta o nível de literacia (BENAVENTE, [et al.], 1996).

O que caracteriza as sociedades actuais – marcadas em todas as esferas pela informação e conhecimento - traduz-se numa exigência cada vez maior para os cidadãos em termos das competências necessárias. Tratam-se de competências que permitem, não só, usufruir o que nelas (sociedades) existe, como também participar de forma responsável e contribuir para o seu desenvolvimento. A literacia é uma competência transversal decisiva sem a qual a aquisição de outras competências pode ficar comprometida (ÁVILA, 2008).

1.2.2 PERFIL DE LITERACIA DA POPULAÇÃO PORTUGUESA

O perfil de literacia da população portuguesa está bem caracterizado no Estudo Nacional de Literacia (1996) e confirmado com o International Adult Literacy Study (2000) mediante utilização de métodos directos. A figura 1.3 demonstra claramente a deslocalização do perfil de literacia dos portugueses para os níveis mais baixos apresentando a percentagem de população (entre 42% e 49%) que se situa no nível 1 de literacia e que por isso apenas consegue realizar tarefas elementares de leitura, escrita e cálculo.



Fonte: IALS, base de dados Portugal (ÁVILA, 2008)

Figura 1.3 - Perfis de literacia da população portuguesa entre 16 e 65 anos (% população por nível e competência)

Os gráficos seguintes evidenciam de que forma o nível de literacia da população portuguesa está associado à idade (Figura 1.4), ao grau de escolaridade (Figura 1.5), e hábitos culturais incluindo a leitura de livros (Figura 1.6).

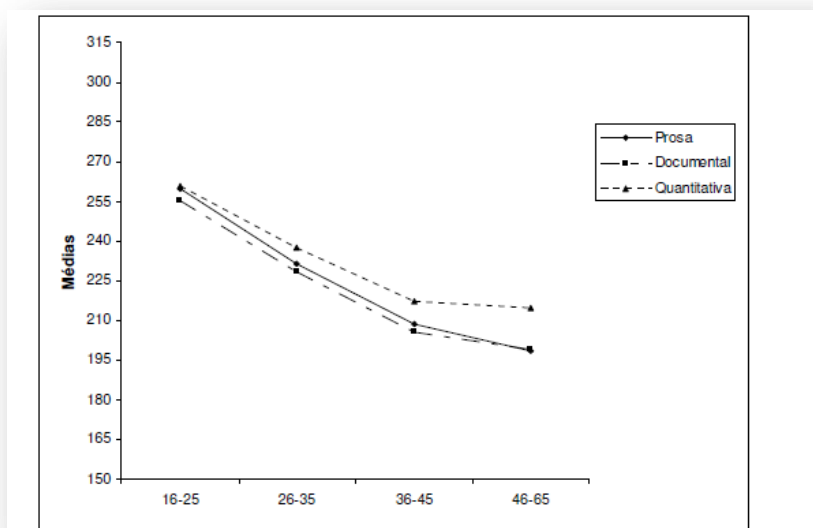


Figura 1.4 - Competências de literacia (pontuações médias) segundo o grupo etário. Fonte: (ÁVILA, 2008)

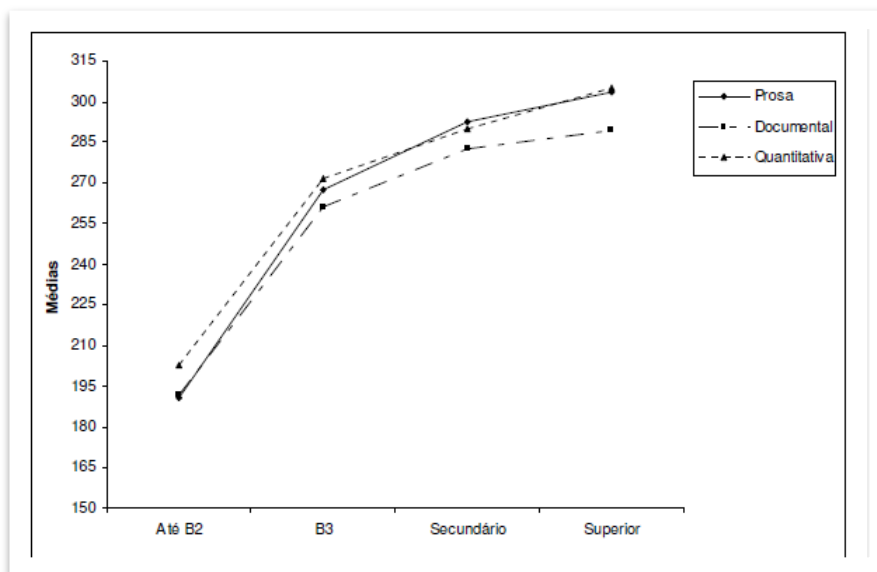


Figura 1.5 - Competências de literacia (pontuações médias) segundo a escolaridade. Fonte: (ÁVILA, 2008)

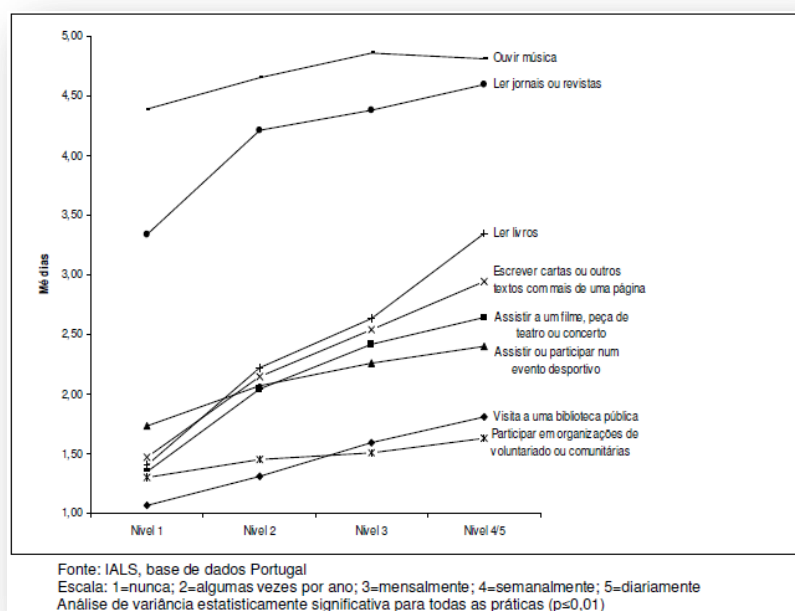


Figura 1.6 - Práticas culturais por nível de literacia. Fonte: (ÁVILA, 2008)

Verifica-se, para a população portuguesa, que o desempenho nas três dimensões de literacia - literacia em prosa, documental e quantitativa - diminui com a idade, aumenta à medida que aumenta o grau de escolaridade, e está relacionado com a frequência com que as pessoas desenvolvem práticas culturais como ouvir música, ler jornais, revistas ou livros, escrever

cartas, - quanto maior o nível de literacia mais frequentes são estas situações/práticas (ÁVILA, 2008).

1.2.3 LITERACIA DA SAÚDE: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Elevadas proporções de pessoas com baixos níveis de literacia e as consequências no nível de saúde individual e das populações motivou o desenvolvimento de instrumentos que avaliam esta competência no contexto da saúde. O Quadro 1.9 descreve as características de cada um dos instrumentos desenvolvidos ao longo do tempo.

Quadro 1.9 - Resumo comparativo dos testes de avaliação de literacia da saúde

TESTE	WIDE RANGE ACHIEVEMENT TEST 3 (WRAT3) WILKINSON, GS. 1993.	RAPID ESTIMATE OF ADULT LITERACY IN MEDICINE (REALM) DAVIS TC, LONG SW, JACKSON RH, ET AL. 1993	MEDICAL TERMINOLOGY ACHIEVEMENT READING TEST (MART) HANSON-DIVERS, EC. 1997	SLOSSON ORAL READING TEST-REVISED (SORT-R) SLOSSON, RJL. 1990	PEABODY INDIVIDUAL ACHIEVEMENT TEST-REVISED (PIAT-R) MARKWARDT, FC. 1997	INSTRUMENT FOR THE DIAGNOSIS OF READING (IDL) BLANCHARD, JS. ET ALL. 1989	TEST OF FUNCTIONAL HEALTH LITERACY IN ADULTS (TOFHLA) PARKER ET ALL. 1995	NEWEST VITAL SIGN (NVS) WEISS, BD. ET ALL. 2005
DESCRIÇÃO	Teste de reconhecimento de palavras	Teste de reconhecimento de termos médicos	Teste de reconhecimento de termos médicos usando rótulos de prescrição	Teste de reconhecimento de palavras	Teste de reconhecimento e compreensão de leitura	Teste de compreensão de leitura	Teste de literacia funcional e numeracia	Teste leitura, compreensão e numeracia
IDADES	5-74 anos	adultos	> ensino secundário (12º)	> 4 anos	Todas as idades	Todas as idades	Adultos (>18 anos)	Adultos (>18 anos) com literacia limitada
TEMPO	3-5 min	2-7 min	3-5 min	5-10 min	60 min	20-30 min	22 min (versão longa) 7 min (versão curta)	3 min
PONTUAÇÃO (SCORE)	1-57 Converte para o grau de escolaridade	Grau de escolaridade aproximado: < 3º 4º-6º 7º-8º >9º	Converte para o grau de escolaridade	Resultados convertidos em idade e grau de escolaridade	O score do teste de compreensão determina o grau de escolaridade	0 – 8 0=falha 8–8º grau escolaridade ou superior	Inadequada, Marginal ou Adequada Literacia	0-6
VANTAGENS	Rápido	Rápido	Rápido	Rápido	Avalia compreensão	Espanhol e Inglês	Mede literacia funcional; Disponível em espanhol e uma versão curta	Disponível em espanhol
LIMITAÇÕES	Difícil		Aplicação à clinica não publicada	Muitos itens; letra pequena; não recomendado para poor readers	Demorado	Demorado		Muito recente; sem experiência de utilização
CORRELAÇÃO (R VALUE)	PIAT-R 0,62-0,91	WRAT 0,88 SORT-R 0,96 PIAT-R 0,97 TOFHLA 0,84	WRAT 0,98	PIAT-R 0,83-0,90	Não disponível	—	WRAT-R 0,74 REALM 0,84	Versao inglês TOFHLA 0,59 Versão espanhol TOFHLA 0,49

Fontes: (ANDRUS, [et al.], 2002, BAKER, [et al.], 1999, CAMPBELL, 2004, NURSS, [et al.], 1995, WEISS, [et al.],

2005)

Os primeiros instrumentos foram desenvolvidos na década de 90 e, desde então até agora, sucessivos métodos vêm sendo utilizados em particular nas populações de língua inglesa. O Quadro 1.10 descreve um resumo de cada teste e compara-os quanto à competência avaliada, técnica utilizada, tempo de realização, pontuação, aplicabilidade e correlação entre testes.

A principal limitação destes testes é que não abrange todas as dimensões de literacia, centrando-se em uma ou duas das competências necessárias no contexto da saúde. Parte destes testes expressa os resultados recorrendo as escalas que remetem para o grau de escolaridade que, como referido anteriormente, não tem uma relação absoluta com o nível de literacia. O Relatório do *Institute of Medicine* (2004) salienta que os actuais testes de literacia da saúde têm sido aplicados em populações vulneráveis (idosos, baixa escolaridade ou baixo rendimento) pelo que a generalização dos resultados à população geral é limitada, e refere ainda que não permitem diferenciar a capacidade de leitura, falta de conhecimento sobre matérias de saúde, familiaridade com a língua e tipos de materiais, aspectos culturais na abordagem da saúde e seu cuidado (NIELSEN-BOHLMAN, 2004).

Em 2003, o *National Assessment of Adult Literacy - NAAL* - nos E.U.A. incluiu uma componente específica de avaliação da literacia da saúde (KUTNER, 2006). Abrangendo 19.000 adultos com mais de 16 anos e baseado na metodologia de avaliação directa de competências de literacia, este estudo utilizou tarefas reais, de informação, relativas à saúde em três domínios: *clínico, prevenção e navegação no sistema de saúde*. Os valores reportam a uma escala de pontuação de 0 a 500, mas foram apenas definidos quatro níveis de literacia da saúde – *proficiente, intermédio, básico, menos que básico*. O quadro 1.2.9 caracteriza cada um destes níveis:

Quadro 1.10 - Descrição dos níveis de literacia da saúde e capacidades associadas usadas no NAAL (2003)

NÍVEL DE LITERACIA E OPERACIONALIZAÇÃO		CAPACIDADES ASSOCIADAS
Menos que básico		<ul style="list-style-type: none"> · Localização de informação em pequenos textos em prosa · Localização de informação e seguir instruções escritas contidas em documentos simples · Localização de números e sua utilização para realização de cálculos aritméticos simples (adição) quando a informação é muito concreta e familiar
Prosa	0-209	
Documento	0-204	
Quantitativa	0-234	

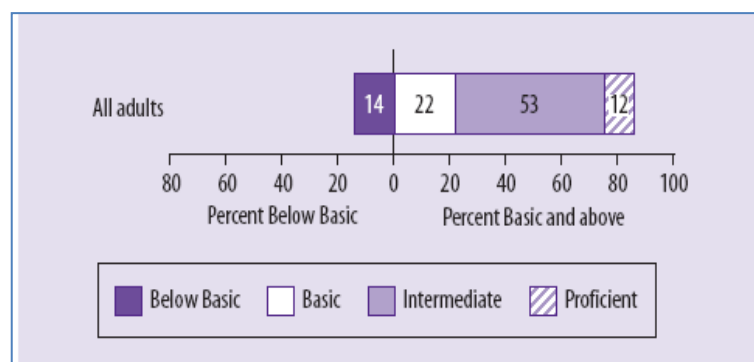
Básico		<ul style="list-style-type: none"> · Leitura e compreensão de pequenos textos em prosa · Leitura e compreensão de informação em documentos simples · Localização de informação quantitativa, resolução de cálculos simples que requerem uma operação aritmética explícita ou facilmente inferida
Prosa	210-264	
Documento	205-249	
Quantitativa	235-289	
Intermédio		<ul style="list-style-type: none"> · Leitura e compreensão de textos em prosa mais densos e menos comuns, síntese, inferência (determinando causa-efeito) e reconhecimento do objectivo do autor · Localização de informação em documentos densos e complexos e inferência simples · Localização de informação quantitativa menos familiar e sua utilização na resolução de problemas mesmo quando a operação aritmética requerida não é explícita ou facilmente inferida
Prosa	0-209	
Documento	0-204	
Quantitativa	0-234	
Proficiente		<ul style="list-style-type: none"> · Leitura de textos em prosa densos, complexos e abstractos, síntese de informação e inferência mais complexa · Integração, síntese, e análise de informação múltipla localizada em documentos complexos · Localização de informação quantitativa mais abstracta e sua utilização na resolução de problemas mais complexos que requerem operações aritméticas sucessivas que não são facilmente inferidas
Prosa	0-209	
Documento	0-204	
Quantitativa	0-234	

Nenhum destes instrumentos foi adaptado ou validado para a população portuguesa.

1.2.4 RESULTADOS EM SAÚDE: IMPACTOS DA ILITERACIA

Os resultados do NAAL bem como a revisão dos vários estudos publicados entre 1963 e Janeiro de 2004 permitiram estimar a prevalência da iliteracia da saúde na população norte-americana. Embora se verifique que 53% da população apresenta um nível intermédio de literacia da saúde cerca de 36% então no nível básico ou inferior, figura 1.7 (KUTNER, 2006).⁷

⁷ Factores demográficos associados com o nível de literacia: escolaridade, idade, etnia, localização geográfica e rendimento PAASCHE-ORLOW, M., [et al.]- The prevalence of limited health literacy. **J Gen Intern Med.** Vol. 20, n.º 2 (2004), p.175-184.



Fonte: National Assessment of Adult Literacy (2003)

Figura 1.7 - Percentagem de adultos (mais de 16 anos) em cada nível de literacia da saúde

Os grupos populacionais mais vulneráveis são os idosos, os menos escolarizados, os indivíduos de raça ou língua diferente, e os que possuem menores rendimentos.

Baixos níveis de literacia traduzem-se em dificuldades, frustrações e experiências negativas quando as pessoas interagem no contexto da saúde (ANDRUS, [et al.], 2002). O impacto do nível de literacia verifica-se ao nível da esperança de vida, da percepção do estado de saúde, falta de conhecimento ou menor compreensão da informação, menor utilização de serviços preventivos, piores taxas de adesão à terapêutica, maior risco de hospitalização e de utilização de serviços de emergência.

Esperança de vida – este indicador é maior nos países em que o nível de literacia da população é mais elevado. A longevidade tanto pode ser causa como efeito do nível de literacia (TUIJNMAN, 2000)⁸, figuras 1.8 e 1.9.

⁸ Estudos anteriores demonstraram que pessoas com elevado nível educacional praticam estilos de vida mais saudáveis e conseguem gerir melhor a sua saúde através do acesso e utilização de informação e serviços preventivos.

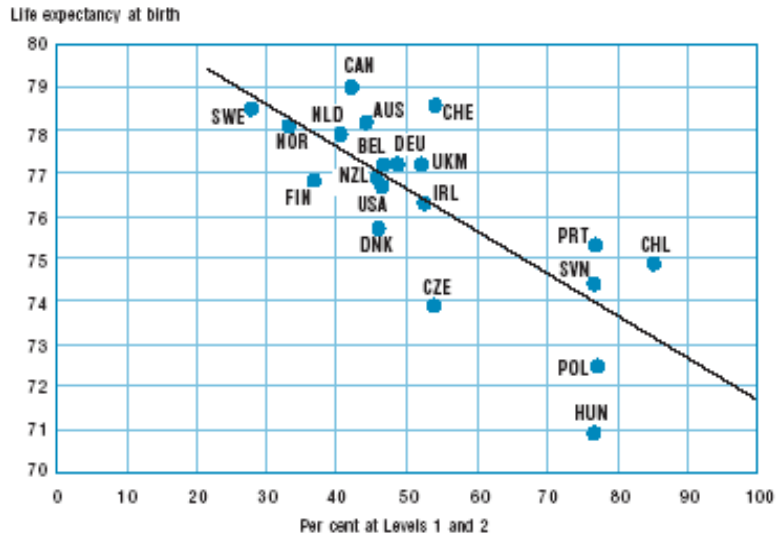


Figura 1.8 - Relação entre a esperança de vida e a percentagem de adultos com nível de literacia 1 e 2 em prosa. Fonte: (TUIJNMAN, 2000)

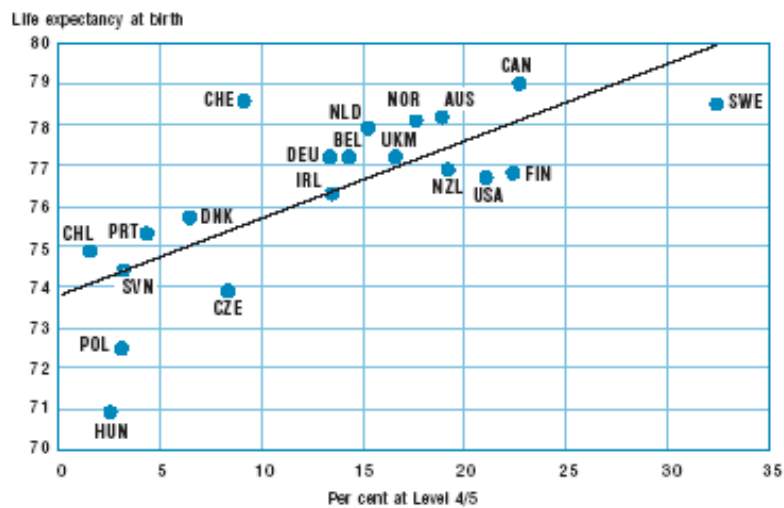
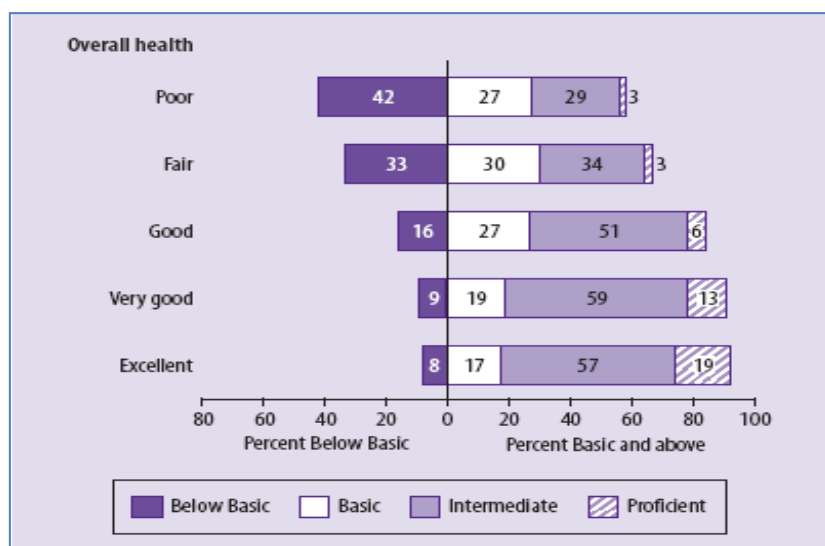


Figura 1.9 - Relação entre a esperança de vida e a percentagem de adultos com nível de literacia 4 e 5 em prosa. Fonte: (TUIJNMAN, 2000)

Percepção do estado de saúde - quando questionados sobre a percepção do seu estado de saúde, verifica-se que as avaliações mais baixas de saúde estão associadas a níveis de literacia mais baixos, figura 1.10 (ANDRUS, [et al.], 2002, BAKER, [et al.], 1997, BERKMAN, [et al.], 2004, KUTNER, 2006).



Fonte: National Assessment of Adult Literacy (2003)

Figura 1.10 - Percentagem de adultos (mais de 16 anos) por nível de literacia da saúde e respectiva percepção do estado de saúde

Falta de conhecimento ou menor compreensão da informação quanto a patologias (como hipertensão arterial, diabetes, asma, sida) e sua terapêutica, cuidados pós-operatórios, técnica de utilização de dispositivos de inalação na asma, e estilos de vida a adoptar como cessação tabágica, contracepção, amamentação, alimentação, exercício físico (ANDRUS, [et al.], 2002, BERKMAN, [et al.], 2004, ROBINSON, [et al.], 2008, ROTHMAN, [et al.], 2005, WAGNER, [et al.], 2007).

Menor utilização de serviços preventivos como mamografia, rastreio de cancro do colo do útero, doenças sexualmente transmissíveis, vacinação (ANDRUS, [et al.], 2002, BERKMAN, [et al.], 2004, KICKBUSCH, [et al.], 2005)

Piores taxas de adesão à terapêutica, dificuldade na leitura e interpretação de rótulos, menor capacidade para gerir os medicamentos por dificuldade na sua identificação (ANDRUS, [et al.], 2002, BERKMAN, [et al.], 2004, KICKBUSCH, [et al.], 2005, M. S. WOLF, [et al.], 2006, MUIR, [et al.], 2006).

Maior risco de hospitalização e de utilização de serviços de emergência (ANDRUS, [et al.], 2002, BAKER, [et al.], 1997, BERKMAN, [et al.], 2004, KICKBUSCH, [et al.], 2005).

1.3 LITERACIA DA SAÚDE, INFORMAÇÃO E USO DO MEDICAMENTO: MODELO DE ANÁLISE

Os contributos recentes de Paasche-Orlow e Wolf (2007) e de Wagner et al. (2008), com base em modelos sócio-cognitivos da saúde, permitem explicar as associações entre a literacia da saúde e os resultados em saúde. Embora não sendo exclusivo para explicar a relação entre as competências de literacia em saúde e o conhecimento necessário para o uso do medicamento, este modelo integra e relaciona os determinantes do nível de literacia da saúde, evidenciando os diferentes processos ou acções em saúde em que esta competência tem influência e contribui para os resultados em saúde. É, assim, um modelo mais abrangente a partir do qual se destaca a componente relativa ao medicamento e, por este motivo, adoptado no presente trabalho como modelo de análise.

Segundo estes autores os resultados em saúde dependem de três tipos de processos: a) acesso e utilização de cuidados de saúde, b) interacção prestador-doente, e c) gestão da saúde e da doença (auto-cuidados). Para cada um destes processos importa considerar os factores associados ao doente, mas também associados aos prestadores de cuidados e ao próprio sistema de saúde.

Wagner et al. identificam como factores que desenvolvem e mantêm o nível de literacia do indivíduo as capacidades cognitivas e o seu declínio com a idade, e ainda o conhecimento existente. O ambiente social, as oportunidades educativas e as vivências/experiências integram o conjunto de factores externos com os quais o indivíduo se confronta constituindo desafios às suas capacidades e conhecimento.

Como identificado pelos estudos de avaliação directa de literacia os factores individuais como o género, a idade, o grau de escolaridade, a profissão e as práticas quotidianas estão fortemente relacionados com o nível de literacia. No modelo de análise proposto destacam-se como os factores que condicionam/influenciam as capacidades cognitivas que permitem a percepção, apreensão, memorização de informação assim como o raciocínio sobre a mesma, e as competências individuais que podem ser activadas perante a necessidade de realizar uma tarefa ou, pelo contrário, inibidas se não colocadas em prática.

A informação em saúde constitui um factor externo que pode ser proporcionado de forma verbal ou escrita, por profissionais ou outros meios, mas que para ser usada e compreendida depende das capacidades de leitura, escrita ou cálculo – literacia – de cada utilizador.

A literacia emerge assim, como a competência resultante das capacidades de leitura, escrita cálculo, e discurso, básicas para a descodificação da informação e que permitem ao indivíduo desempenhar tarefas de natureza cognitiva mais exigente que requerem inferência, resolução de problemas ou pensamento crítico. Esta competência é essencial para o processamento da informação e juntamente com o conhecimento pré-existente extrair um sentido/significado (WAGNER, [et al.], 2008).

O conhecimento por si só não é suficiente para agir. As acções em saúde requerem também motivação. Na fase da motivação, o conhecimento de factos relevantes constitui a base para agir ou intenção de agir em matéria de saúde, modelado pelas crenças e atitudes. Da motivação resulta uma decisão no sentido de realizar ou não determinada acção ou tarefa como administrar o medicamento, realizar um diagnóstico, mudar o estilo de vida, etc. A capacidade para realizar essa acção está directamente relacionada com a noção de auto-eficácia e percepção por parte do indivíduo de potenciais dificuldades associadas a essa mesma acção. Passar da intenção de agir à acção depende ainda de factores do sistema que podem condicionar o acesso a informação, a recursos e serviços de saúde.

A utilização de um medicamento é uma acção/tarefa, enquadrada no âmbito da gestão da saúde e da doença, que requer informação e compreensão dessa mesma informação, dando lugar ao conhecimento, o que pode variar em função do nível de literacia do indivíduo. As diferentes capacidades dos indivíduos em usar e processar informação relativa ao medicamento têm impacto no seu uso e, em consequência, na adesão à terapêutica em especial se for crónica, pelo facto de ser necessário mantê-la no tempo.

A figura 1.11 esquematiza o modelo proposto e as relações indirectas da literacia nos resultados em saúde, destacando-se os aspectos relativos ao medicamento ou adesão à terapêutica.

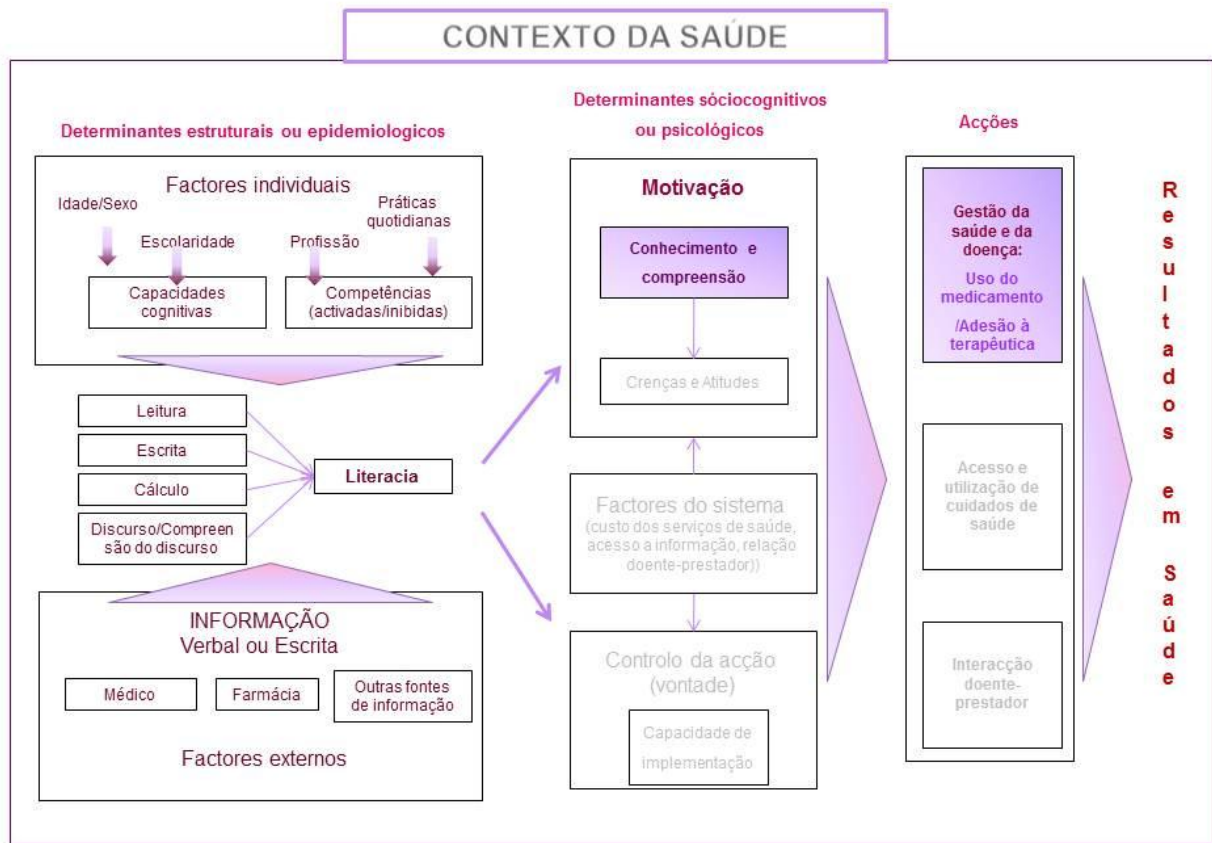


Figura 1.11 - Modelo de análise das implicações da Literacia da saúde nos resultados em saúde

Adaptado de Health Literacy and Health Actions: A Review and a Framework From Health Psychology.(WAGNER, [et al.], 2008)

A investigação realizada centrou-se no estudo do conhecimento sobre o medicamento e em que medida está relacionado com as competências de literacia, determinadas com base em indicadores indirectos como a escolaridade, as práticas de leitura, escrita e cálculo.

2 CAPÍTULO 2 – MATERIAL E MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Face aos objectivos definidos utilizou-se um estudo analítico transversal numa amostra de utentes de farmácias do concelho de Lisboa com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos.

2.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é constituída pelos indivíduos adultos com mais de 45 anos e menos de 64 anos, utentes de farmácias do concelho de Lisboa, que utilizam pelo menos um medicamento para uma doença crónica.

Neste estudo considera-se doença crónica qualquer doença com uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (ANDREWS, *[et al.]*, 2004).

A faixa etária da população a estudar foi definida tendo em consideração o facto da prevalência de patologias crónicas e do consumo de medicamentos aumentar a partir dos 45 anos (INSA, *[et al.]*, 2009) e dos estudos de literacia abrangerem indivíduos até aos 64 anos.

O concelho de Lisboa constitui uma zona geográfica de elevada densidade populacional (\pm 500.000 residentes), com grande concentração de farmácias (281) e de fácil acesso para efeitos deste estudo.

Para constituição da amostra foi dirigido um convite por carta e/ou fax a todas as farmácias associadas da Associação Nacional das Farmácias situadas no Concelho de Lisboa (n=281 farmácias). Os critérios de inclusão definidos para o presente estudo foram:

- ter uma idade compreendida entre os 45 anos e os 64 anos;
- saber ler e escrever;
- ter nacionalidade portuguesa;
- adquirir medicamentos com prescrição para uma patologia crónica;
- os medicamentos adquiridos serem para utilização própria;
- ser autónomo na utilização do medicamento.

O recrutamento de utentes foi efectuado:

- durante o horário normal de funcionamento da farmácia de segunda-feira a sábado, excluindo-se os períodos de serviço permanente e reforço;
- convidando o primeiro utente no período da manhã e o primeiro utente no período da tarde, que satisfaçam os critérios de inclusão;
- no período de 1 semana (de 3 a 8 de Novembro 2008).

A dimensão da amostra foi calculada a partir da seguinte fórmula (GONÇALVES, 2006):

$$n \geq \frac{Z^2 p^* (1 - p^*)}{\Delta^2}$$

n - Dimensão da amostra

Z - Nível de confiança

P - Proporção em que o fenómeno ocorre

Δ - Erro de previsão

A partir da literatura identificaram-se os seguintes dados relativos à população portuguesa:

1) o Estudo Nacional de Literacia de 1996 revela que:

- cerca de 70% da população da região de LVT tem baixos níveis de literacia (nível 0,1 e 2) ;
- cerca de 70% da população urbana tem baixos níveis de literacia (nível 0,1 e 2)

- 82% das pessoas no grupo etário dos 40 aos 54 apresenta baixos níveis de literacia (nível 0,1 e 2) ;
- 90% das pessoas no grupo etário dos 55 aos 64 apresenta baixos níveis de literacia (nível 0,1 e 2) .

2) a avaliação regular dos Programas de Cuidados Farmacêuticos revela que:

- 41,4% dos Problemas Relacionados com Medicamentos identificados pelas farmácias são do tipo IV (não efectividade dos regimes terapêuticos, doses / regimes terapêuticos insuficientes, seja porque a dose prescrita é demasiado baixa ou porque o doente não adere parcialmente) ;
- 32,3% dos Problemas Relacionados com Medicamentos identificados pelas farmácias são do tipo III (não efectividade dos regimes terapêuticos por razões não quantitativas).

Com base nestes dados calculou-se a amostra considerando um nível de confiança de 95% e o valor de $p=0,7$. A dimensão encontrada foi de $n=323$ indivíduos.

Sabendo que o concelho de Lisboa tem 281 farmácias pertencentes à Associação Nacional das Farmácias (ANF, dado em 27.02.08) e com base nos critérios de inclusão definidos para o estudo, foi calculado o número de farmácias necessário participar. O valor encontrado foi de 27 farmácias.

2.2.1 PROCEDIMENTO

Foi dirigido um convite por carta às 281 farmácias associadas da ANF localizadas no concelho de Lisboa.

Todas as farmácias que aceitaram participar voluntariamente preencheram a Declaração de Participação, e identificaram o Director Técnico e o(s) farmacêutico(s) entrevistador(es).

A formação dos farmacêuticos entrevistadores foi assegurada numa sessão presencial na qual se descreveu o estudo, seu objectivo, metodologia, técnica de entrevista e procedimentos. No final desta sessão foi entregue um dossiê contendo cópia da apresentação, o fluxograma dos procedimentos na farmácia, os critérios de inclusão dos utentes, os Consentimentos

Informado, os Formulários de Recusa, os questionários, um envelope endereçado para a devolução do material e os telefones de contacto do investigador.

Após esta formação iniciou-se a selecção e recrutamento dos participantes de acordo com a estratégia de amostragem definida e os critérios de inclusão. No momento de dispensa dos medicamentos o utente foi questionado sobre a sua disponibilidade para participar no estudo. Cada utente que aceitou participar preencheu o Consentimento Informado. Para os utentes que não aceitaram participar foram registados os motivos no Formulário de Recusa. Face ao tempo estimado para a entrevista - 15 minutos - e de forma a obter a total atenção do participante a entrevista foi realizada num espaço da farmácia com privacidade.

A selecção do medicamento foi feita ao acaso pelo próprio utente colocando todos os medicamentos adquiridos dentro do saco (apenas aqueles que são do próprio utente) e retirando um à sorte.

Foi também recolhida uma fotocópia da prescrição sem a identificação do prescriptor e do utente para permitir a confirmação da posologia, em especial se for uma posologia adaptada ao doente.

No final de todas as entrevistas os questionários e demais documentação foi remetida para o investigador.

O procedimento utilizado está esquematizado no fluxograma seguinte (figura 2.1) no qual descreve cada uma das etapas, a sua sequência e os documentos a utilizar em cada uma.

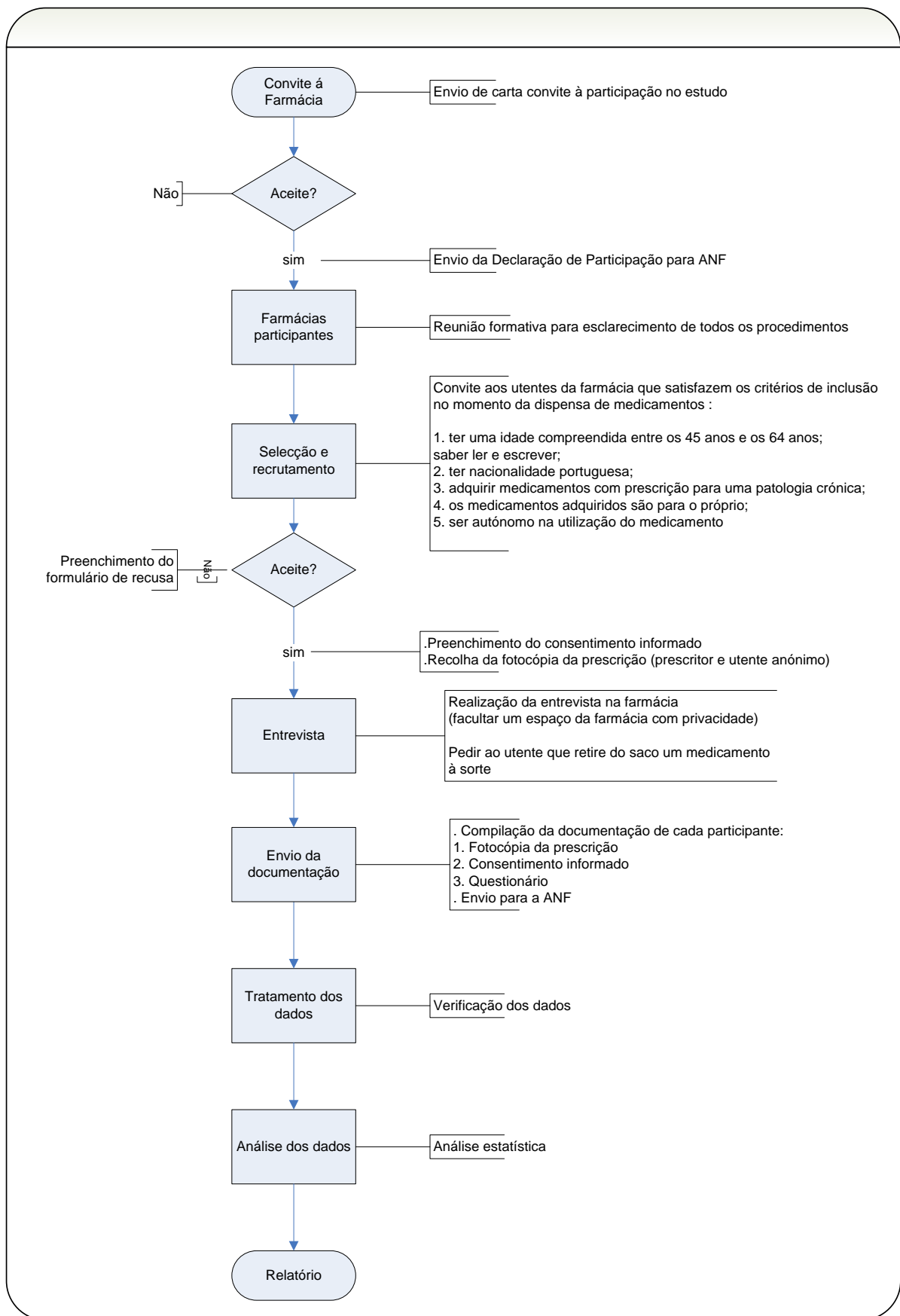


Figura 2.1 - Fluxograma de procedimento

2.3 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para a recolha de dados foi desenhado um questionário (HILL, [et al.], 2005) com perguntas fechadas e abertas (Anexo 1) e aplicado nas farmácias participantes mediante entrevista personalizada. A estrutura do questionário integra três partes: uma primeira parte dirigida ao *conhecimento sobre o medicamento* que foi tirado à sorte pelo utente; uma segunda parte dirigida às competências de *literacia no contexto da saúde*; e por fim a terceira parte de *caracterização sócio-profissional e hábitos gerais de leitura*

As perguntas relativas ao conhecimento sobre o medicamento – pergunta 1 a 17 - contemplaram os itens relativos ao *nome, dose, posologia, duração do tratamento, procedimento em caso de esquecimento, efeito terapêutico, reacções adversas, cuidados a ter com outros medicamentos, alimentos, álcool e condução de veículos, e forma de conservação em casa* e foram construídas tendo por base as recomendações das organizações internacionais (EUROPHARM FORUM, 2004, FEDERATION INTERNATIONALE PHARMACEUTIQUE, 1999, FEDERATION INTERNATIONALE PHARMACEUTIQUE, 2003, FÉDÉRATION INTERNATIONALE PHARMACEUTIQUE, 2001, NATIONAL COUNCIL ON PATIENT INFORMATION AND EDUCATION, 1995, PGEU, 2007). Integra ainda perguntas sobre o *tempo de utilização do medicamento, adesão à terapêutica e auto-avaliação do nível de conhecimentos sobre o medicamento*.

No âmbito da literacia da saúde – perguntas 18 a 33 - questionou-se sobre o *conteúdo da informação sobre medicamentos transmitida pelo médico e pela farmácia, a sua compreensão e se há ou não entrega de informação escrita, frequência e recursos para obtenção de mais informação sobre medicamentos, frequência de leitura de fontes escritas sobre saúde ou medicamentos, frequência e situações em que o folheto informativo ou bula é lido e facilidade da sua utilização, auto-avaliação do nível de informação sobre os medicamentos ou terapêutica em curso, frequência de utilização de escrita relativa ao medicamento, frequência de utilização do cálculo relativa ao medicamento e realização de duas tarefas de cálculo de horário de administração de um medicamento*. Estas questões foram concebidas partindo do conceito de literacia da saúde (NIELSEN-BOHLMAN, 2004), dos determinantes de literacia identificados como indicadores indirectos (BENAVENTE, [et al.], 1996, TUIJNMAN, 2000) e avaliação directa de literacia quantitativa (BENAVENTE, [et al.], 1996, KIRSCH, 2001).

A parte final, perguntas 34 a 40, caracterizam a amostra quanto a *sexo, idade, escolaridade, profissão, regularidade de ida à farmácia onde decorreu a entrevista, e frequência de leitura.*

2.4 DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

Para efeitos deste estudo adoptaram-se as seguintes definições e respectiva operacionalização:

Conhecimento sobre o medicamento – definido como o conhecimento do medicamento quanto ao nome, para que serve (efeito terapêutico), posologia (dose, frequência de administração, momento de administração e duração tratamento), procedimento em caso de esquecimento, reacções adversas, precauções de utilização (com outros medicamentos, alimentos, bebidas e condução) e conservação em casa. O conhecimento corresponde ao somatório de respostas correctas.

As respostas são cotadas como “correctas (1)” ou “incorrectas (0)” mediante verificação da informação constante no Resumo das Características do Medicamento – RCM – e do Folheto Informativo – FI - do medicamento utilizado pelo utente. Para tal a consulta destes documentos foi feita em www.infomed.pt para se dispor das versões actualizadas. Sempre que estes documentos não estavam disponíveis recorreu-se aos RCMs e FIs disponíveis no Centro de Informação e Documentação de Medicamentos da ANF.

A cotação da pergunta relativa à identificação de reacções adversas do medicamento resulta do total de reacções adversas correctas mencionadas pelo respondente e pontuadas com 1 ponto.

A classificação das respostas foi realizada de forma independente por dois farmacêuticos com experiência no tratamento de informação sobre medicamentos sendo necessária a concordância dos dois revisores. Em virtude da diversidade de medicamentos e da informação referida naqueles documentos estabeleceram-se critérios para a classificação das respostas descritos na Quadro 2.1.

Quadro 2.1 - Critérios usados na classificação das respostas relativas ao Conhecimento sobre o Medicamento

- ... Utilizar o Resumo das Características do Medicamento (RCM) e o respectivo Folheto Informativo (FI) uma vez que há elementos informativos que estão mais explícitos neste documento obrigatório para a aprovação do medicamento pela Autoridade Nacional
- ... Sempre que o medicamento é referido apenas pela DCI ou não indica a dose e o questionário não é acompanhado da fotocópia da receita
 - a. utilizar o Ficheiro de INFOMED Consumos(ANF)
 - b. identificar todas as AIMs válidas para essa DCI com indicação de comercialização
 - c. seleccionar a AIM mais antiga (1º medicamento a ser comercializado; RCM de referência)
- ... Na duração do tratamento aceitar como resposta correcta “PARA SEMPRE” nas seguintes situações:
 - a. Medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos tomados há mais de 1 ano uma vez que na prática clínica há situações em que a toma é contínua
- ... No procedimento a ter em caso de esquecimento:
 - a. O respondente refere não esquece/nunca se esquece = resposta incorrecta pois não revela o conhecimento sobre o que fazer
- ... Nos cuidados com alimentos considerar:
 - a. quando o RCM indica que o medicamento pode ser tomado com ou sem alimentos = não há cuidados a ter na toma
 - b. quando o RCM indica para tomar independentemente das refeições = não há cuidados a ter na toma
 - c. quando o RCM indica que o medicamento pode ser tomado às refeições ou fora das refeições = não há cuidados a ter na toma
 - d. quando o RCM não faz referência a alimentos = não há cuidados com a toma
 - e. quando o RCM refere com o estômago vazio (em jejum) e tomar a refeição 30 minutos após = considerar correcto mesmo quando apenas é assinalada uma das condições
- ... Nos cuidados com bebidas considerar:
 - a. quando o RCM não faz referência a bebidas = não há cuidados a ter
 - b. quando o RCM refere precaução com quantidades excessivas ou em situação de alcoolismo = não há cuidados a ter
 - c. quando o RCM refere para não tomar senão ocasionalmente = não beber bebidas com álcool
 - d. quando o RCM identifica interacção entre a substância activa e o álcool = não beber bebidas com álcool
 - e. quando o RCM refere que o álcool agrava o efeito do fármaco (hipotensão ou hipoglicemia) = não beber bebidas que contenham álcool
- ... Nos cuidados com condução de veículos ou máquinas considerar:
 - a. Quando o RCM refere precaução apenas no início do tratamento = não são precisos cuidados
 - b. Quando o RCM refere que ocasionalmente = não são precisos cuidados

Literacia da saúde - capacidade para obter, processar e compreender a informação e os serviços básicos de saúde de forma a tomar decisões apropriadas (Ratzan e Parker, 2000). Na prática, traduz a capacidade de usar competências de leitura, de escrita e de cálculo, de discurso e compreensão do discurso na vida quotidiana (NIELSEN-BOHLMAN, 2004).

Uma vez que o instrumento de avaliação directa de literacia foi desenvolvido para ser utilizado em estudos populacionais e não individualmente, recorre-se a um conjunto de indicadores indirectos para a sua aferição como são as práticas de leitura em saúde e relacionadas com o medicamento, as práticas de escrita relacionada com o medicamento, as práticas de cálculo relacionadas com o medicamento, a forma como a informação sobre os medicamentos é compreendida, as práticas de leitura geral, o grau de escolaridade e a profissão. Inclui-se ainda a realização de duas verdadeiras tarefas de literacia quantitativa da mesma natureza, mas com grau de dificuldade superior uma à outra (BENAVENTE, [et al.], 1996). A figura 2.2 ilustra as variáveis independentes e dependente em análise.

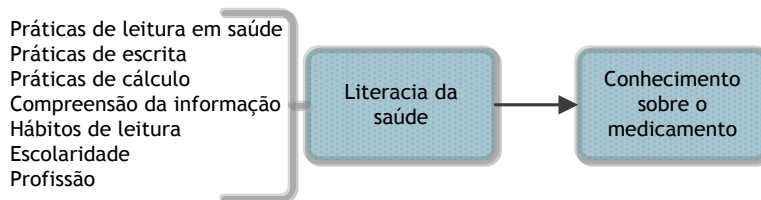


Figura 2.2 - Variáveis independentes e sua relação com a variável dependente

O plano de operacionalização de todas as variáveis encontra-se no Anexo 2.

2.5 ANÁLISE DE DADOS

O tratamento dos dados visou, numa primeira fase, a caracterização sócio-demográfica da amostra, através da estatística descritiva e obtenção de quadros de frequências das variáveis.

A avaliação de diferenças, independência/associação, correlação e regressão das variáveis em estudo, foi realizada numa segunda fase, recorrendo aos seguintes Testes Estatísticos, após verificação das suas condições de aplicabilidade: Teste t, Anova, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Teste do Qui-quadrado, teste de Friedman e Regressão Múltipla (PESTANA, [et al.], 2008).

A análise estatística dos dados foi realizada com o SPSS versão 17.0.

2.6 ENSAIO PILOTO

Com o objectivo de aferir a metodologia definida para a recolha de dados, a aplicabilidade do questionário e restantes materiais a utilizar, realizou-se um ensaio piloto. Para este ensaio foram seleccionadas três farmácias localizadas no distrito de Lisboa, pertencentes, respectivamente, aos concelhos de Cascais, Queluz e Vila Franca de Xira. Foi preparado um dossiê com todos os materiais a utilizar e realizada a sessão de formação na farmácia, directamente ao farmacêutico entrevistador. A recolha de questionários decorreu na semana de 14 a 19 de Julho de 2008, numa das farmácias, e na semana de 21 a 26 de Julho de 2008, para as outras duas. Durante este período foi feito um acompanhamento telefónico e solicitado aos entrevistadores que registassem eventuais ocorrências e sugestões.

Este ensaio permitiu definir o procedimento em caso de falha de uma das entrevistas e reajustar o instrumento de recolha de dados. Assim, em caso de falha de uma das entrevistas e de forma a garantir a aleatoriedade dos participantes no inquérito, o entrevistador realizou mais uma entrevista no período da manhã ou da tarde seguinte. O questionário sofreu alteração nas seguintes perguntas: 19 e 22 de forma a obter resposta quanto ao tipo de material escrito entregue pelos profissionais de saúde - médico e farmácia -; pergunta 24 para que a resposta reflectisse a frequência de obtenção de mais informação; pergunta 26 para recolher informação quanto à frequência de leitura do folheto informativo contido nas embalagens dos medicamentos.

Todos os restantes materiais não sofreram qualquer alteração.

3 CAPÍTULO 3 – RESULTADOS

Aceitaram participar neste estudo **32** farmácias do concelho de Lisboa⁹ (11% das farmácias do concelho), mas apenas **29** (10,3%) entregaram questionários.

O período de recolha inicialmente estabelecido – semana de 3 a 8 de Novembro de 2008 - foi sucessivamente alargado dada a dificuldade por parte de algumas farmácias em recrutar utentes dentro dos critérios nesse intervalo de tempo. Assim, o prazo de recolha de dados decorreu entre Novembro de 2008 e Junho de 2009. Houve ainda necessidade de recrutar mais farmácias para se obter um número de questionários próximo do calculado na amostra. A selecção destas farmácias foi feita mediante convite directo. Por este motivo o número final de farmácias difere do número de farmácias inicialmente definido.

Obteve-se desta forma um total de **269** questionários, 9 dos quais continham medicamentos que não são de utilização crónica e 27 questionários apresentavam a idade dos utentes entrevistados fora dos critérios de inclusão definidos ou não foi registada a idade do utente, o que levou à sua eliminação. Nestas circunstâncias foi feito o tratamento dos dados de **233** questionários.

3.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E HÁBITOS DE LEITURA DA AMOSTRA

Dos 233 utentes entrevistados verificou-se que a maioria eram mulheres (71,%), a idade média foi de 56,86 anos (dp=5,7), 58,5% apresentam uma escolaridade igual ou inferior ao 9º ano de escolaridade e a maioria são activos (59,6%). Referem estar fidelizados à farmácia sendo referido por 75,1% que frequentam sempre a farmácia na qual foram entrevistados. O Quadro 3.1 resume as características sócio-demográficas:

⁹ Anexo 3 – Listagem das farmácias e entrevistadores participantes no estudo e no ensaio piloto

Quadro 3.1 - Características sócio-demográficas da amostra

		n	%
Sexo (n=227)	Masculino	65	28,6
	Feminino	162	71,4
Idade (n=233)	≥ 45 e ≤ 49 anos	32	13,7
	> 50 e ≤ 54 anos	51	21,9
	> 55 e ≤ 59 anos	52	22,3
	> 60 e ≤ 64 anos	98	42,1
Grau de escolaridade (n=229)	≤ 1º Ciclo	84	36,7
	> 1º Ciclo e ≤ 2º ciclo	4	1,7
	> 2º Ciclo e ≤ 3º ciclo	46	20,1
	> 3º ciclo e ≤ Secundário	34	14,8
	≥ Licenciatura	61	26,6
Situação face ao emprego (n=223)	Activo	133	59,6
	Não Activo	90	40,4
Frequência de utilização da farmácia (n=229)	Raramente	11	4,8
	Às vezes	46	20,1
	Sempre	172	75,1

Na presente amostra não se verificam diferenças estatisticamente significativas em termos de grau de escolaridade e sexo ($p=0,300$; $n=224$) e grau de escolaridade e classe etária ($p= 0,190$; $n=229$).

As profissões exercidas pelos utentes entrevistados foram classificadas segundo o Classificação Nacional de Profissões – Versão 1994 (INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL), obtendo-se a seguinte distribuição, Figura 3.1.

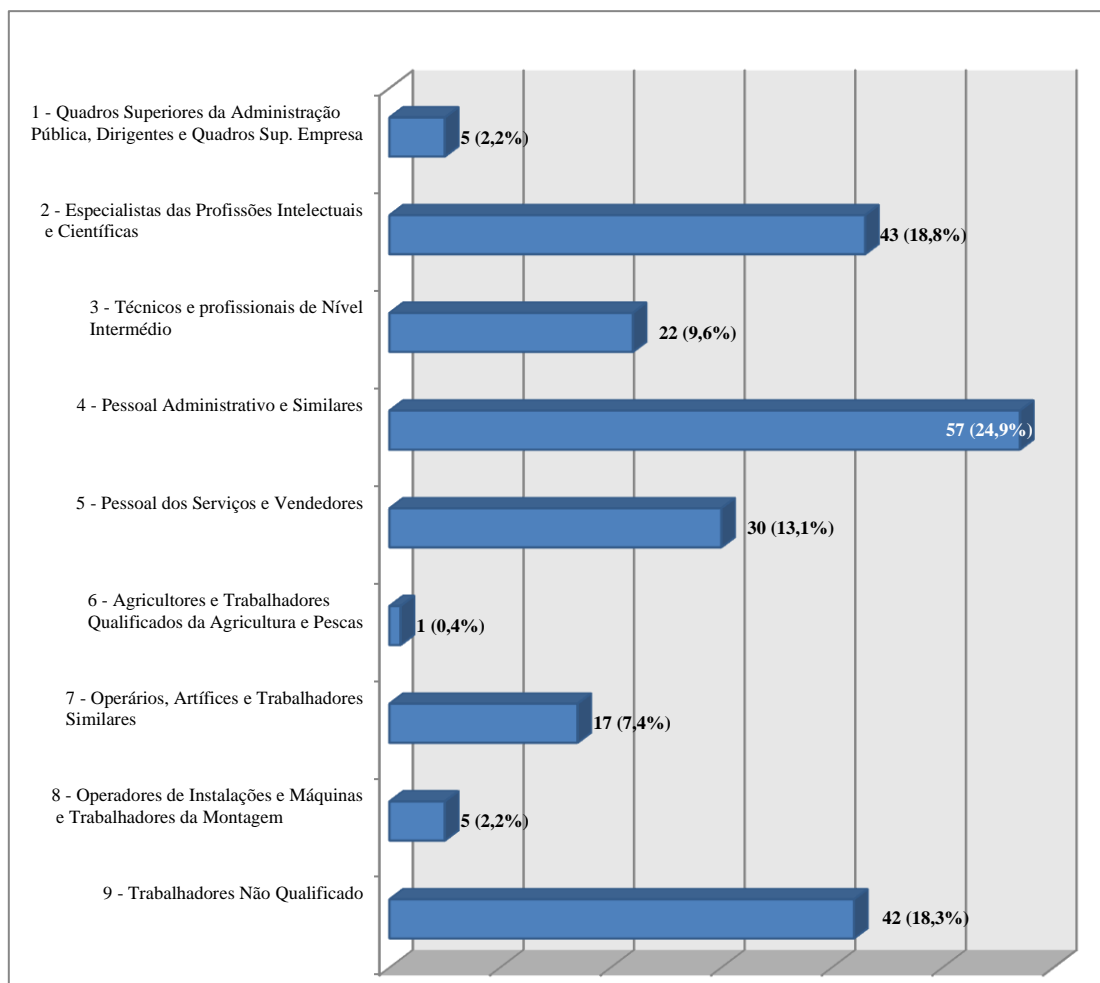


Figura 3.1 - Distribuição da amostra de acordo com o Classificação Nacional de Profissões (n=229)

Verificou-se que 24,9% dos utentes tem ou teve uma profissão classificada na categoria 4 – “Pessoal Administrativo e similares” -, seguido das profissões classificadas na categoria 2 – “Especialistas das profissões intelectuais ou científicas” – com 18,8%. Na categoria 9 – “Trabalhadores não qualificados” – encontravam-se 18,3% dos utentes e em 7 questionários não foi possível classificar a profissão. A categoria profissional está fortemente relacionada com o grau de escolaridade (R de Pearson=0,692, $p=0,000$).

As práticas de leitura declaradas pelos respondentes variaram da seguinte forma, Figura 3.2.

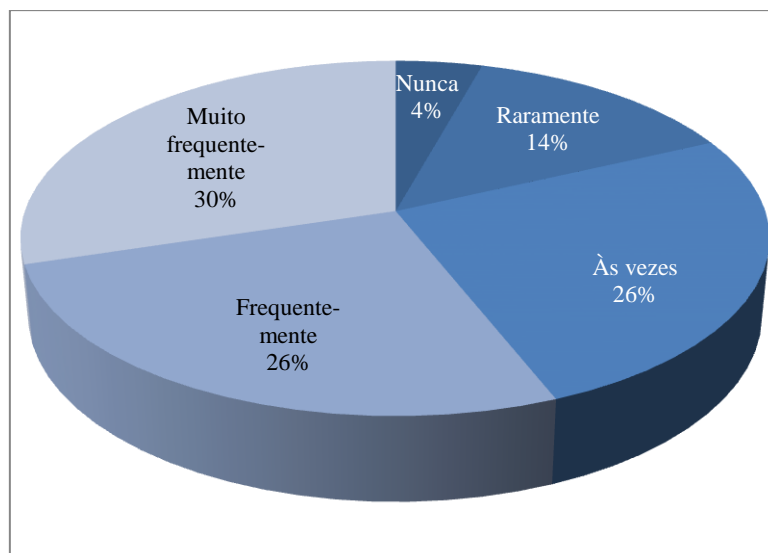


Figura 3.2 - Distribuição da amostra de acordo com os hábitos de leitura declarados (n=232)

Observa-se que a maioria tem hábitos de leitura e que esta prática está moderadamente associada com o grau de escolaridade (R Pearson=0,522, $p=0,000$).

Entre as razões para “Não ler” ou “Raramente Ler” foi frequentemente citado “não gostar” (41,7%) ou “não ter tempo” (41,7%). Outras razões apontadas são: “problemas de visão”, “preferir outra actividade”, “dar sono”, “não gastar dinheiro com leitura”, “não ter paciência”.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO CONHECIMENTO SOBRE O MEDICAMENTO

Os medicamentos sobre os quais incidiu a avaliação de conhecimentos foram classificados segundo o sistema Anatomical Therapeutic Classification (WORLD HEALTH ORGANIZATION) distribuindo-se da seguinte forma (quadro 3.2):

Quadro 3.2 - Distribuição dos medicamentos de acordo com o Classificação ATC (n=232)

Classe	Frequência	Frequência Relativa (%)
C – Aparelho cardiovascular	87	37,5
N – Sistema nervoso	51	22,0
A – Aparelho digestivo e Metabolismo	41	17,7
M – Sistema músculo-esquelético	15	6,5
H – Preparados hormonais sistémicos	12	5,2
R – Aparelho respiratório	11	4,7
G – Aparelho génito-urinário e hormonas sexuais	8	3,4
B – Sangue e órgãos hematopoiéticos	5	2,2
S – Órgãos dos sentidos	1	0,4
J – Anti-infecciosos para uso sistémico	1	0,4

Foram os medicamentos destinados ao Aparelho Cardiovascular os mais frequentes, seguidos dos medicamentos com acção sobre o Sistema Nervoso e Aparelho Digestivo e Metabolismo. Verificou-se que para um dos medicamentos seleccionados pelo utente não está atribuído nenhum código ATC (Prisma[®]).

A média de medicamentos utilizados por estes utentes foi de 4 (dp=1,896) e 69,4% refere usar o medicamento seleccionado “há mais de um ano” declarando ainda “cumprir sempre” a posologia (84,4%).

Sendo o conhecimento sobre o medicamento composto por vários itens analisou-se a frequência de respostas correctas em cada item de conhecimento. Observa-se que a maioria dos utentes (88,8 a 97,8%), sabe correctamente o nome do medicamento sendo citado por nome de marca ou nome genérico, a posologia (dose, frequência e momento de administração), o efeito terapêutico e a forma de conservar em casa. Os conhecimentos relativos ao procedimento em caso de esquecimento, precauções com bebidas, precauções com alimentos e reacções adversas são menores, observando-se uma frequência de respostas incorrectas superior (entre 41,7 e 67,7% dos participantes não respondeu correctamente). A

figura 3.4 ilustra a distribuição das frequências de resposta correctas e incorrectas para cada *item* do conhecimento do medicamento.

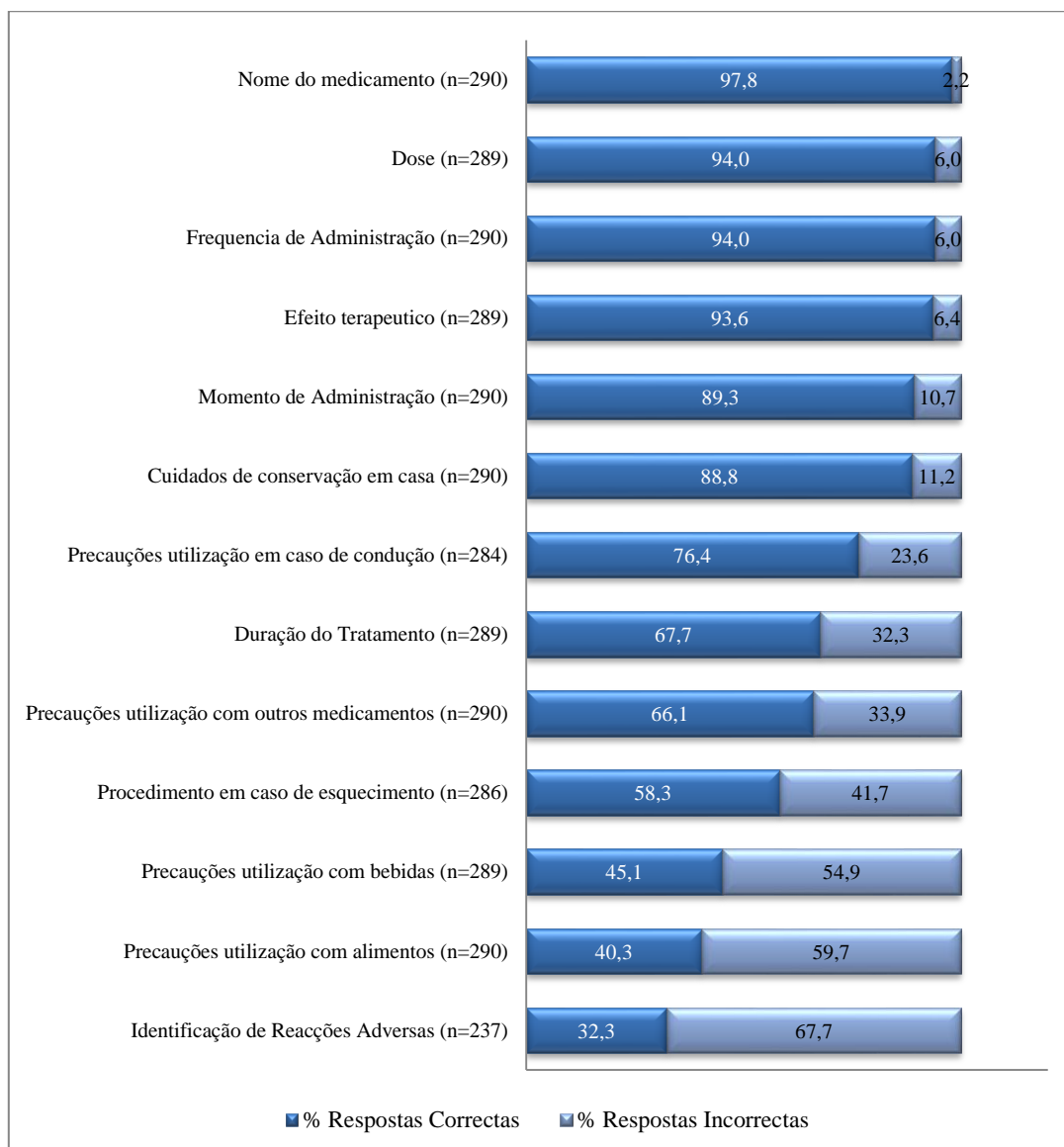


Figura 3.3 - Frequência de respostas correctas e incorrectas em cada item do conhecimento do medicamento

O conhecimento do medicamento definido pelo somatório de respostas correctas variou entre 6 e 17 respostas correctas sendo a média de 10,48 ($dp=1,779$; $s^2=3,164$; $Me=10$). A figura 3.4 apresenta a distribuição do conhecimento sobre o medicamento.

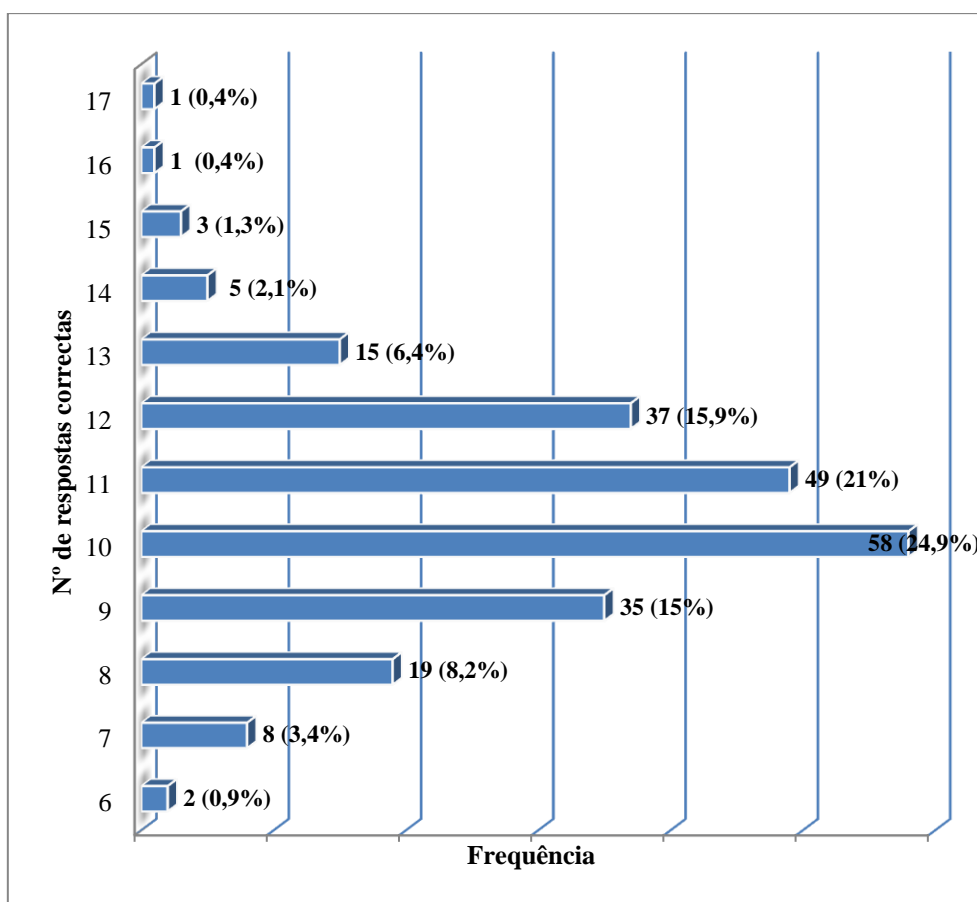


Figura 3.4 - Distribuição do conhecimento sobre o medicamento (n=233)

Verifica-se que a maioria dos utentes – 76,8% - obteve entre 9 a 12 respostas correctas¹⁰. A análise bivariada realizada revela que o conhecimento sobre o medicamento na presente amostra é independente do sexo ($p = 0,791$) e da idade ($p = 0,131$), embora pareça diminuir com os anos. O conhecimento sobre o medicamento é, no entanto, maior quanto maior grau de escolaridade ($p = 0,000$), a categoria profissional exercida ($p = 0,000$) e a intensidade dos hábitos de leitura ($p = 0,000$).

Quando questionados sobre a percepção do seu nível de conhecimento sobre o mesmo medicamento (auto-avaliação que os utentes fazem do seu próprio conhecimento do

¹⁰ O questionário continha um total de 13 perguntas sobre o conhecimento do medicamento, mas houve 10 respondentes que apresentam um número de respostas correctas superior. Esta situação deveu-se à pergunta sobre reacções adversas em que cada resposta correcta referida pelo respondente foi cotada com 1 valor.

medicamento), verifica-se que apenas 5% considera o seu conhecimento “insuficiente” e 33% considera o seu conhecimento “plenamente suficiente”, figura 3.5.

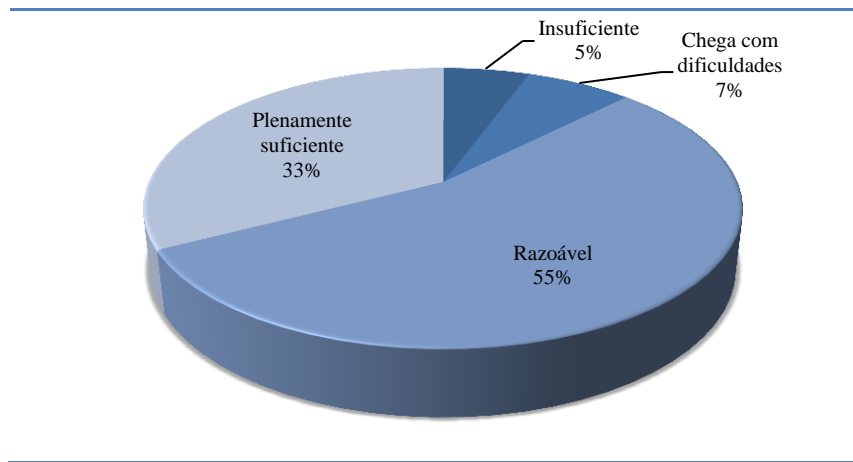


Figura 3.5 - Distribuição da amostra em função da auto-avaliação do conhecimento sobre medicamento (n=233)

Ao analisar a relação entre a média de respostas correctas sobre o medicamento e a auto-avaliação do seu nível de conhecimento é possível afirmar que os respondentes foram realistas na sua apreciação, pois a média de conhecimento é superior ($x=11,303$) para aqueles que afirmam ter um conhecimento plenamente suficiente sobre o medicamento como ilustra a figura 3.6 ($p =0,000$).

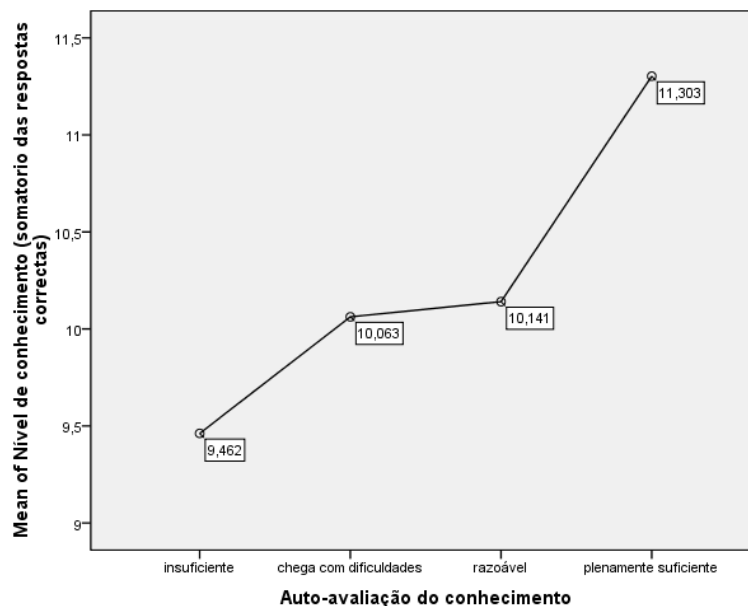
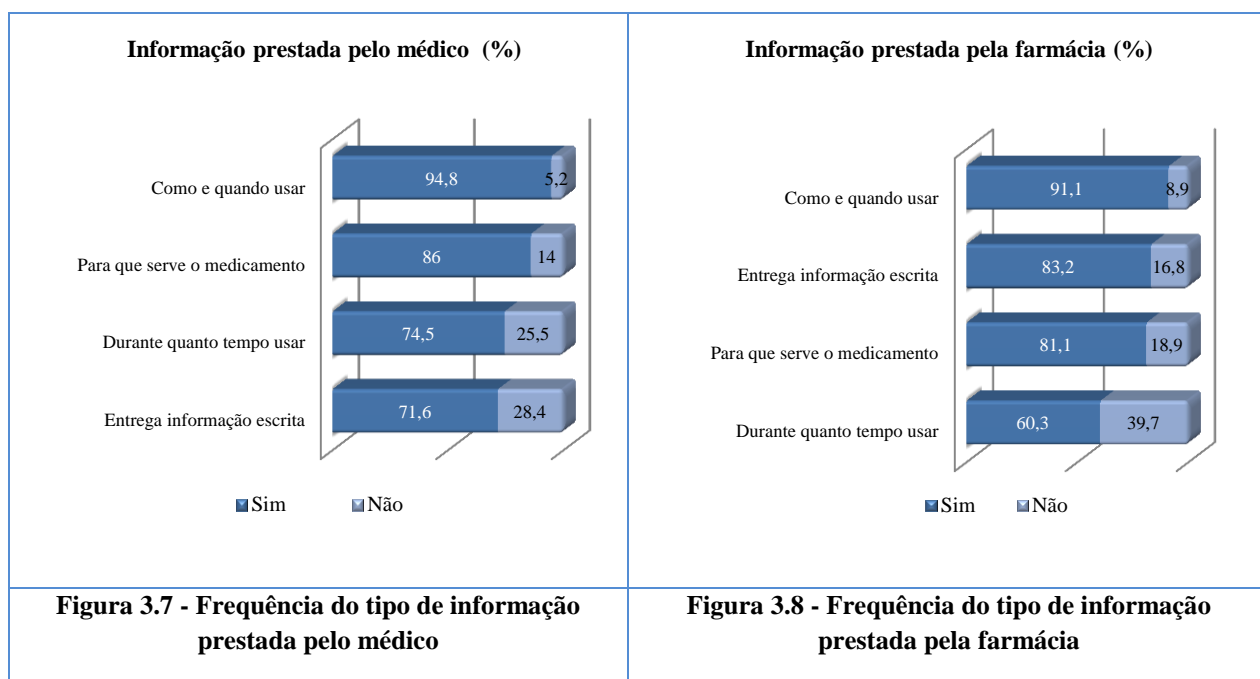


Figura 3.6 - Média do conhecimento sobre o medicamento e a auto-avaliação desse conhecimento (n=233)

3.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO À LITERACIA NO CONTEXTO DA SAÚDE: OBTENÇÃO E COMPREENSÃO DA INFORMAÇÃO, PRÁTICAS DE LEITURA, ESCRITA E CÁLCULO

Quanto à informação prestada pelos profissionais de saúde, em particular pelo médico prescriptor e pela farmácia, foi analisada o tipo de informação verbal relativa a medicamentos facultada por estes profissionais, a entrega de informação escrita e os suportes utilizados, e de que forma esta informação é compreendida pelos utilizadores dos medicamentos, figura 3.7 e 3.8.



Os respondentes revelam que, em geral, recebem informação verbal e escrita por parte do médico e na farmácia. A maioria dos utentes foi informada pelo médico “como e quando usar” o medicamento, “para que serve” e “durante quanto tempo usar”. Esta informação é reforçada na maioria das situações pela farmácia. Além desta informação alguns respondentes referem também receber informação verbal sobre efeitos secundários e interações.

No que respeita à entrega de informação escrita, é na farmácia que os utentes referem ser mais frequente (83,2% vs 71,6%). O suporte escrito mais utilizado pela farmácia é a própria embalagem do medicamento na qual é habitual indicar a posologia (63,5%), enquanto no

médico é mais utilizada a guia de tratamento que acompanha a prescrição (33%) ou a própria prescrição (21,5%).

A forma como a informação transmitida pelo médico e pela farmácia é compreendida pelo utente apresenta-se na figura 3.9:

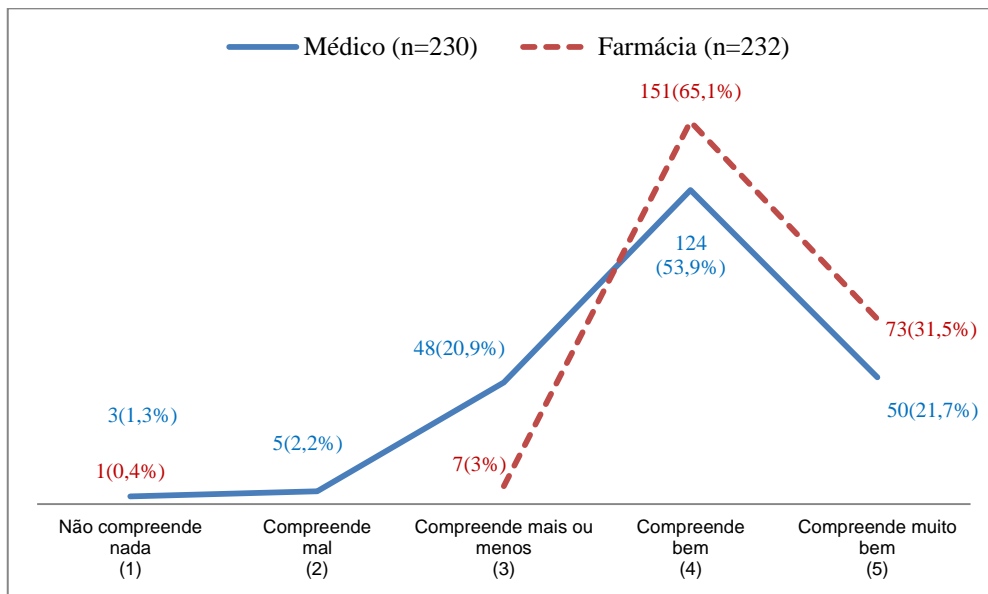


Figura 3.9 - Compreensão da informação transmitida pelo médico e na farmácia (frequência e %)

Observa-se uma frequência superior de utentes que refere “compreender bem” ou “muito bem” quando informação sobre o medicamento é transmitida na farmácia. Quando comparadas as respostas através do Teste de Friedman obtém-se uma média das ordens para o médico de 1,36 e para a farmácia de 1,64, confirmando que a informação é melhor compreendida quando transmitida na farmácia (n=229; p=0,000).

Além da informação transmitida pelo médico ou pela farmácia os utentes foram questionados sobre a frequência e a forma como podem obter mais informação sobre medicamentos. O quadro 3.3 discrimina os resultados:

Quadro 3.3 - Recursos de informação sobre medicamentos e respectiva frequência de utilização

Frequência	Contacta com:					Lê
	Médico	Farmácia	Outro profissional	Familiares	Amigos	Informação escrita
1 Muito frequente (n=232)	26,7%	49,6%	--	2,2%	0,4%	19,4%
(n=201)	38,8%	41,3%	3%	4%	1%	11,4%
(n=151)	23,2%	7,9%	29,8%	11,9%	2,6%	23,8%
(n=119)	3,4%	5%	34,5%	32,8%	9,2%	15,1%
(n=112)	3,6%	0,9%	15,2%	37,5%	33,9%	8%
6 Nada frequente (n=102)	2,9%	--	9,8%	9,8%	53,9%	23,5%

Quando necessitam de mais informação sobre medicamentos é no médico e na farmácia que mais frequentemente a obtêm, o que revela uma opção por estes dois profissionais não se encontrando, no entanto, qualquer preferência por parte dos respondentes ($p=0,057$). O recurso a informação escrita é uma das formas “frequente” para 11,4% e “muito frequente” para 19,4% dos respondentes.

As práticas de leitura em saúde medidas pela frequência com que as pessoas utilizam fontes escritas sobre medicamentos ou terapêuticas descrevem-se na figura 3.10:

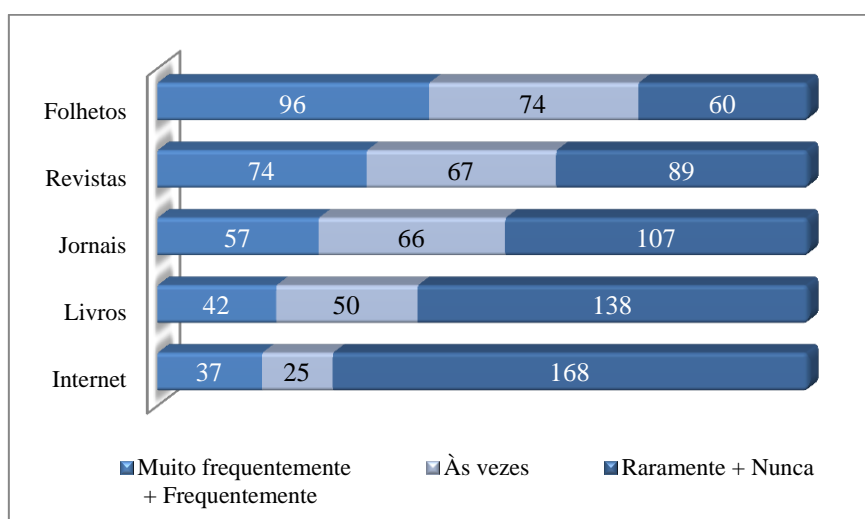


Figura 3.10 - Frequência de leitura de materiais informativos sobre medicamentos ou terapêuticas (n=230)

As frequências obtidas para os diversos materiais escritos revelam que os formatos mais pequenos, de rápida leitura tipo “Folhetos”, são mais frequentemente lidos, seguidos dos formatos mais acessíveis como “Revistas” e “Jornais”, de custo inferior a “Livros”. A baixa frequência de utilização da “Internet” não surpreende dadas as implicações do ponto de vista tecnológico e custo. A intensidade média de leitura de materiais informativos sobre medicamentos ou terapêuticas é de 2,55, numa escala de “1-Nunca” a “5-Muito Frequente”, e não segue uma distribuição normal (K-S $p=0,004$; Shapiro-Wilk $p=0,001$).

Dos 232 utentes que afirma ler o folheto informativo ou bula do medicamento 43,5% refere ter esta prática “muito frequentemente”, 15,9% “frequentemente” e 20,3% “às vezes”. As situações que mais motivam a leitura deste folheto apresentam-se na figura 3.11:

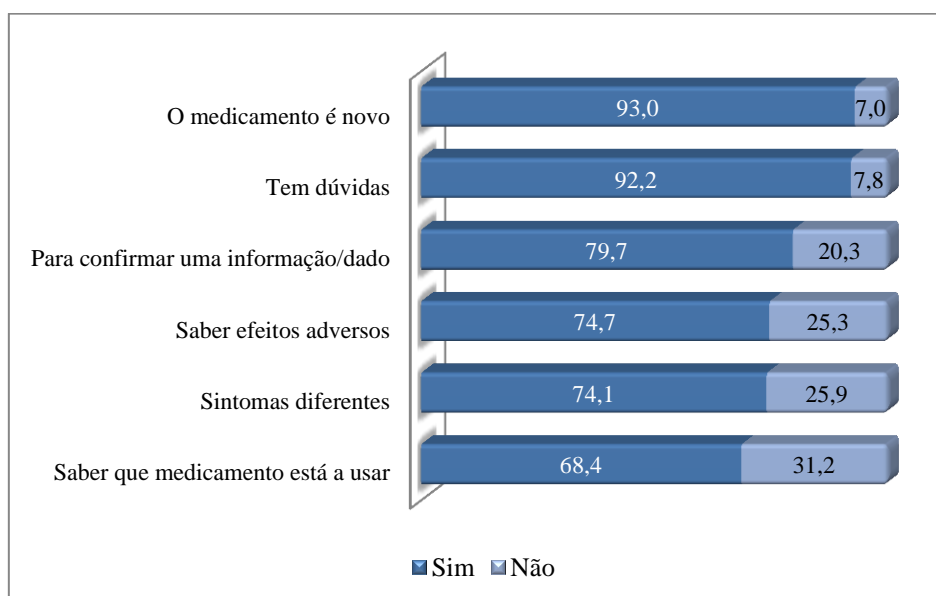


Figura 3.11 - Razões que levam à consulta do Folheto Informativo ou bula do medicamento (%), n=232

Quando questionados sobre a facilidade de utilização do folheto informativo do medicamento em termos de localização de uma determinada informação, de leitura e de compreensão – competências de literacia – obtém-se uma média de 3,4 (escala de 1 “nada fácil” a 5 “muito fácil”). A maioria dos utentes considera que é “fácil” ou “muito fácil” *localizar* informação no folheto informativo (53,2%), *ler* o texto (53,7%) e *compreender* o texto (53,5%), figura 3.12.

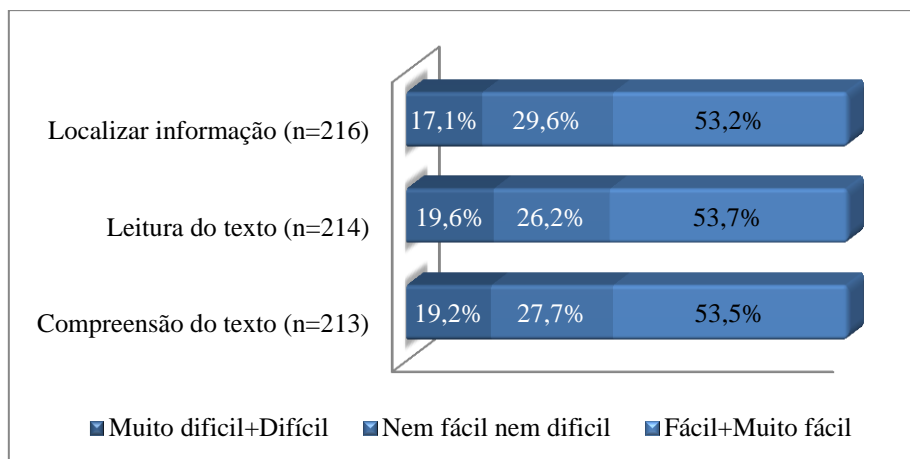


Figura 3.12 - Facilidade de utilização do FI (%)

No que concerne à utilização da escrita, verifica-se que não é uma prática habitual pois a maioria dos respondentes refere “não usar” ou “raramente usar” a escrita após adquirir os medicamentos (figura 3.3.8). A intensidade média de utilização da escrita é de 1,85 (escala de 1 “nunca” a 5 “sempre”).

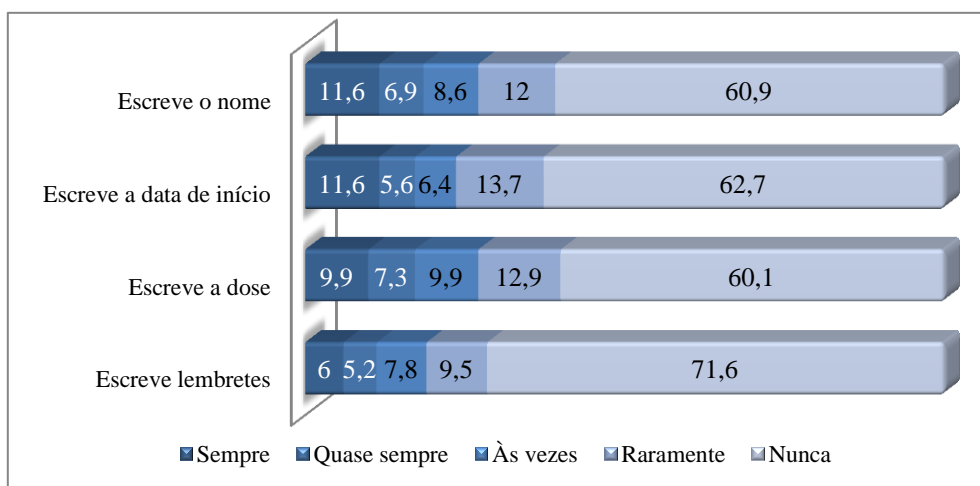


Figura 3.13 - Intensidade de utilização da escrita relativa ao medicamento (%), n=233

Estes resultados não estão associados ao facto de os utentes receberem informação escrita tanto por parte do médico (Mann-Whitney: $p=0,168$) como na farmácia (Mann-Whitney: $p=0,074$).

Quanto à utilização do cálculo, esta prática parece estar mais presente nesta amostra do que a escrita sendo a média de 2,71 (escala de 1 “nunca” a 5 “sempre”).

Em detalhe, é o “estabelecimento de um horário de utilização dos medicamentos” a forma de cálculo mais frequentemente utilizada (41,6% e 26,2%), como ilustrado na figura 3.14.

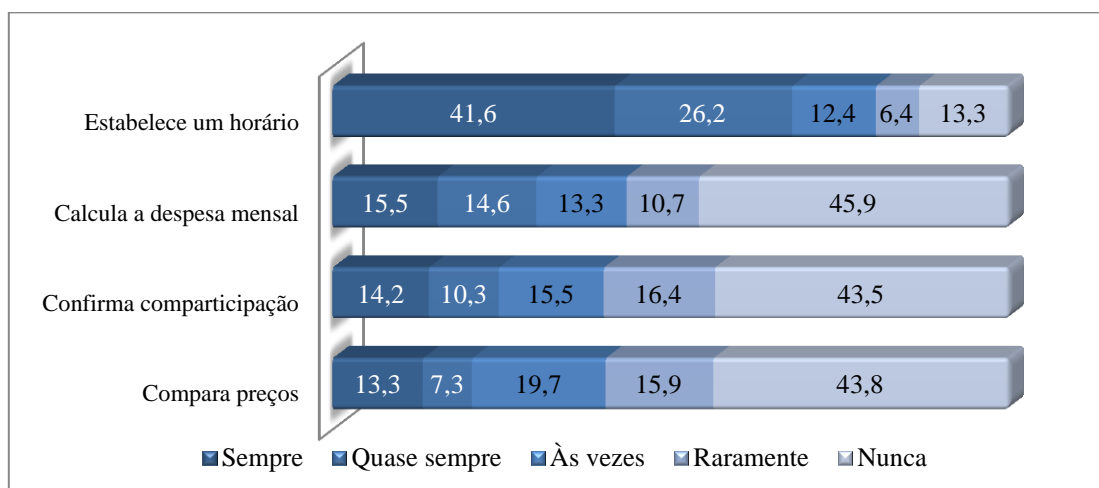


Figura 3.14 - Intensidade de utilização de cálculo relacionado com o medicamento (%), n=232

Quando solicitados a realizar duas verdadeiras tarefas de literacia quantitativa verificou-se, como expectável, uma maior dificuldade em obter 100% ou 50% de resposta correcta no cálculo de administração de um medicamento de 8 em 8 horas (implica duas adições sucessivas até se perfazer as 24h ou uma operação de divisão das 24h em 3). As frequências obtidas em cada tarefa de cálculo indicam-se na figura 3.15 observando-se uma diferença de 16,4% dos respondentes que obtiveram 100% no cálculo de 12/12 h, mas não conseguiram obter 100% de resposta correcta no cálculo de 8/8 h.

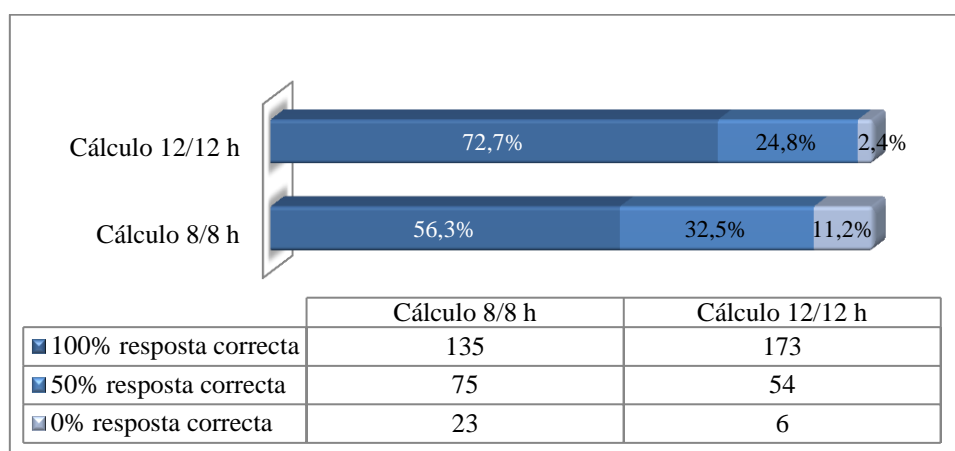


Figura 3.15 - Percentagem de realização de tarefas de literacia quantitativa (%)

A forma como os utentes se sentem informados sobre os medicamentos que utilizam é traduzida na figura 3.16 (auto-avaliação do nível de informação) observando-se que a maioria considera estar “bem informado” (46%) ou “razoavelmente informado” (37%).

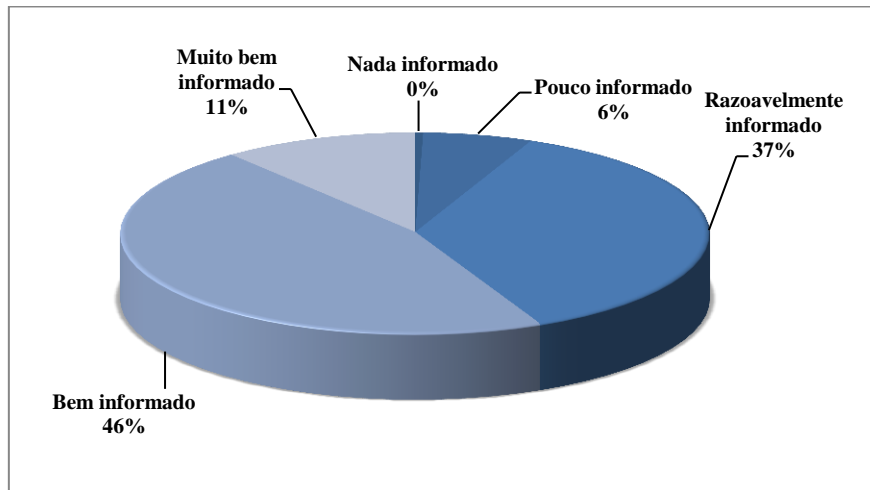


Figura 3.16 - Auto-avaliação do nível de informação (%), n=230

3.4 CONHECIMENTO SOBRE O MEDICAMENTO E LITERACIA DA SAÚDE

A questão central deste estudo consistiu em avaliar de que forma o conhecimento sobre o medicamento está relacionado com as competências de literacia no contexto da saúde e em que medida é influenciado por estas competências. Para responder a esta questão efectuou-se uma análise estatística, primeiro bivariada e depois multivariada, para determinar a existência de associação:

- a. entre variáveis sócio-demográficas e o conhecimento do medicamento
- b. entre os indicadores indirectos de literacia da saúde e o conhecimento do medicamento
- c. de outras variáveis relativas ao uso do medicamento e o seu conhecimento

e, finalmente, a avaliação do contributo das variáveis associadas no conhecimento do medicamento.

Do conjunto de variáveis sócio-demográficas consideradas neste estudo verifica-se que o conhecimento do medicamento aumenta com a escolaridade ($p=0,000$), a profissão ($p=0,000$) e os hábitos de leitura ($p=0,000$), e é independente do sexo ($p=0,791$) e da idade ($p=0,131$), embora tenda a diminuir à medida que idade aumenta.

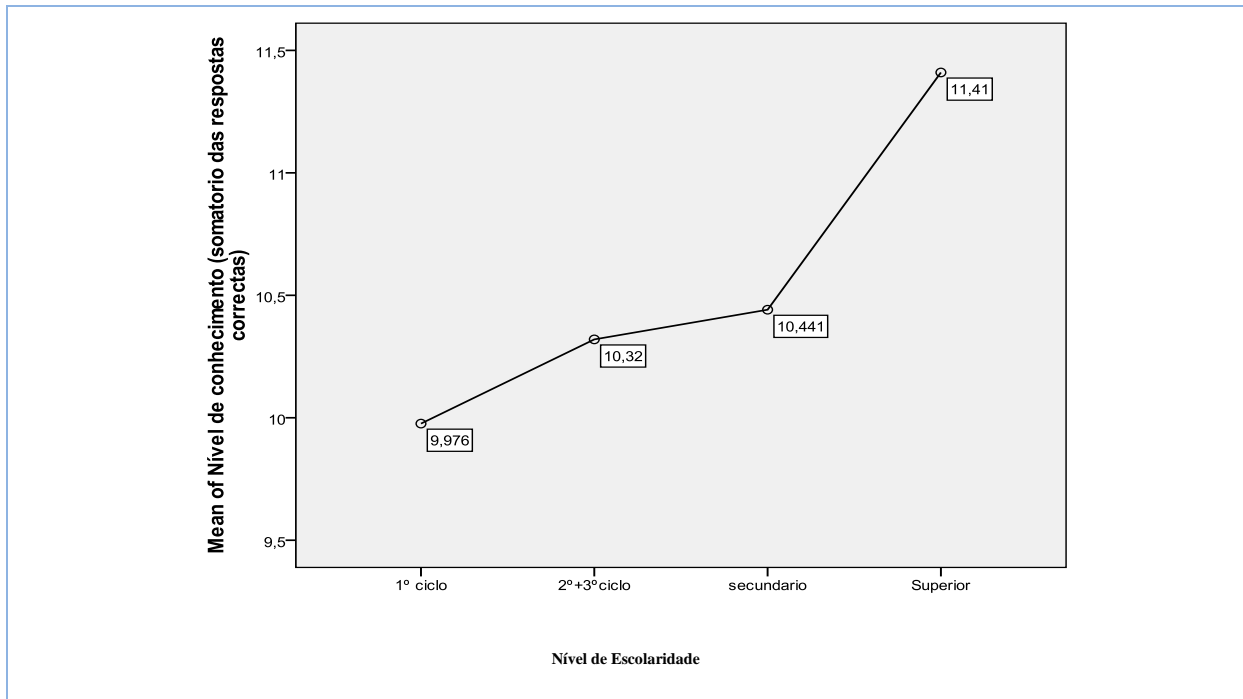


Figura 3.17 - Média do conhecimento do medicamento por grau de escolaridade

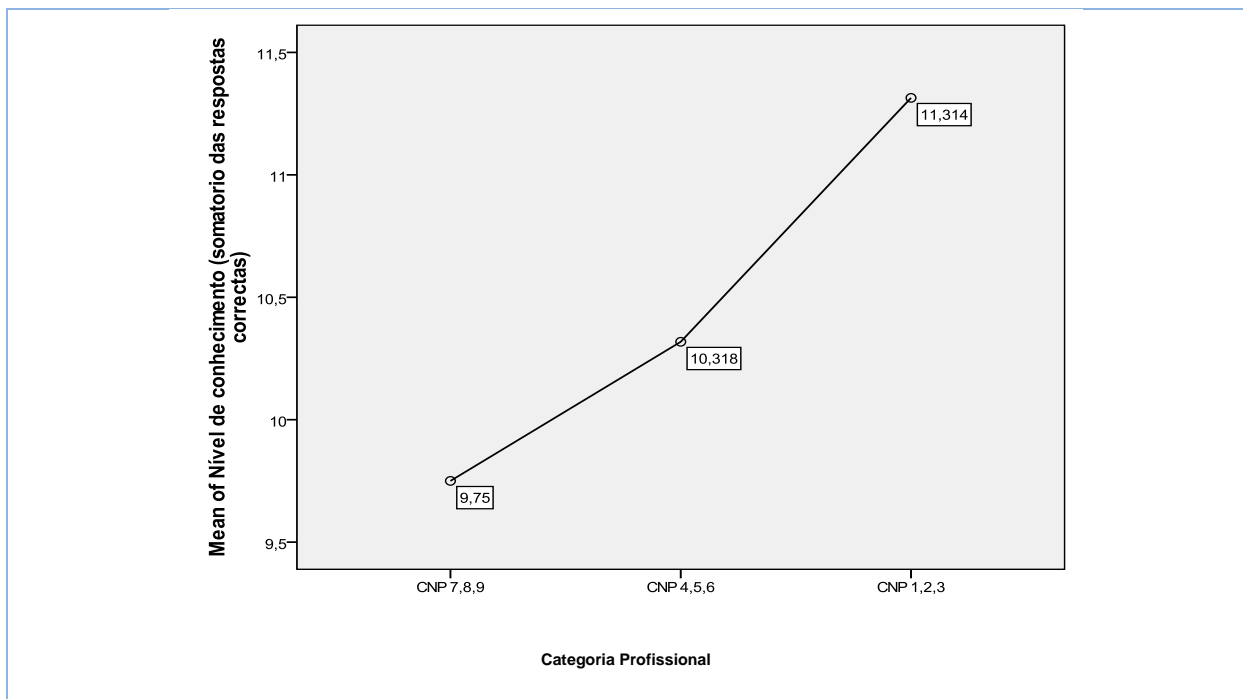


Figura 3.18 - Média do conhecimento do medicamento por categorias profissionais

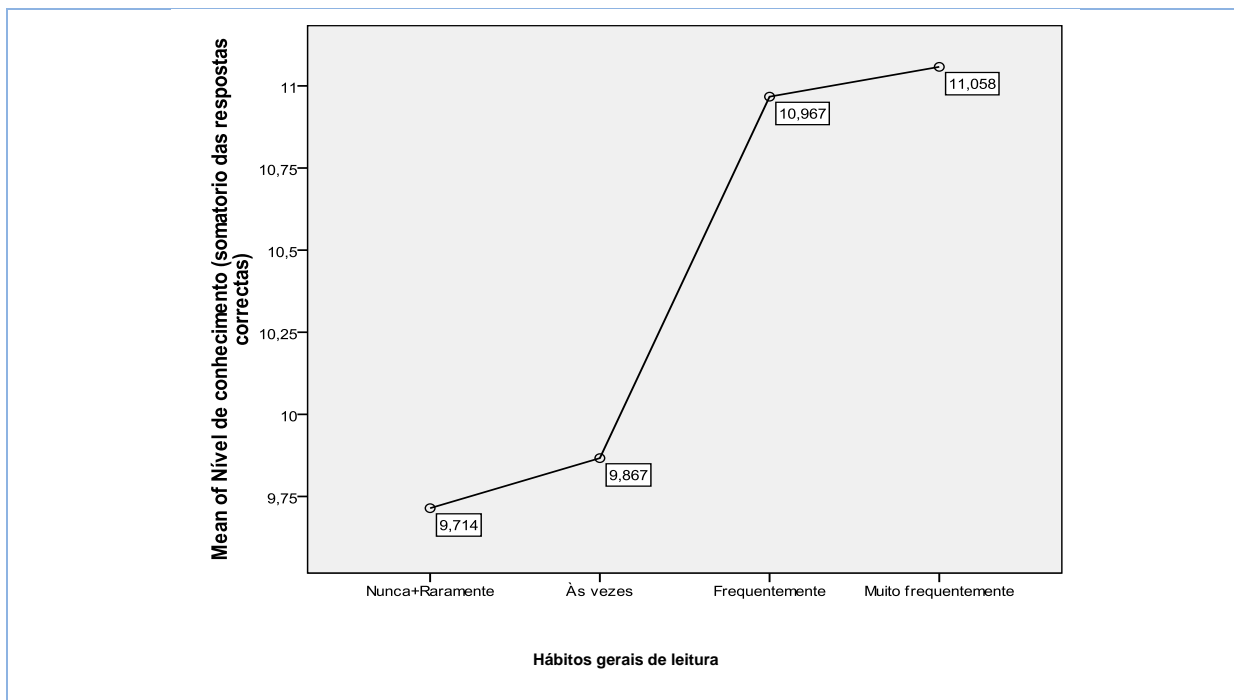


Figura 3.19 - Média do conhecimento do medicamento e hábitos de leitura

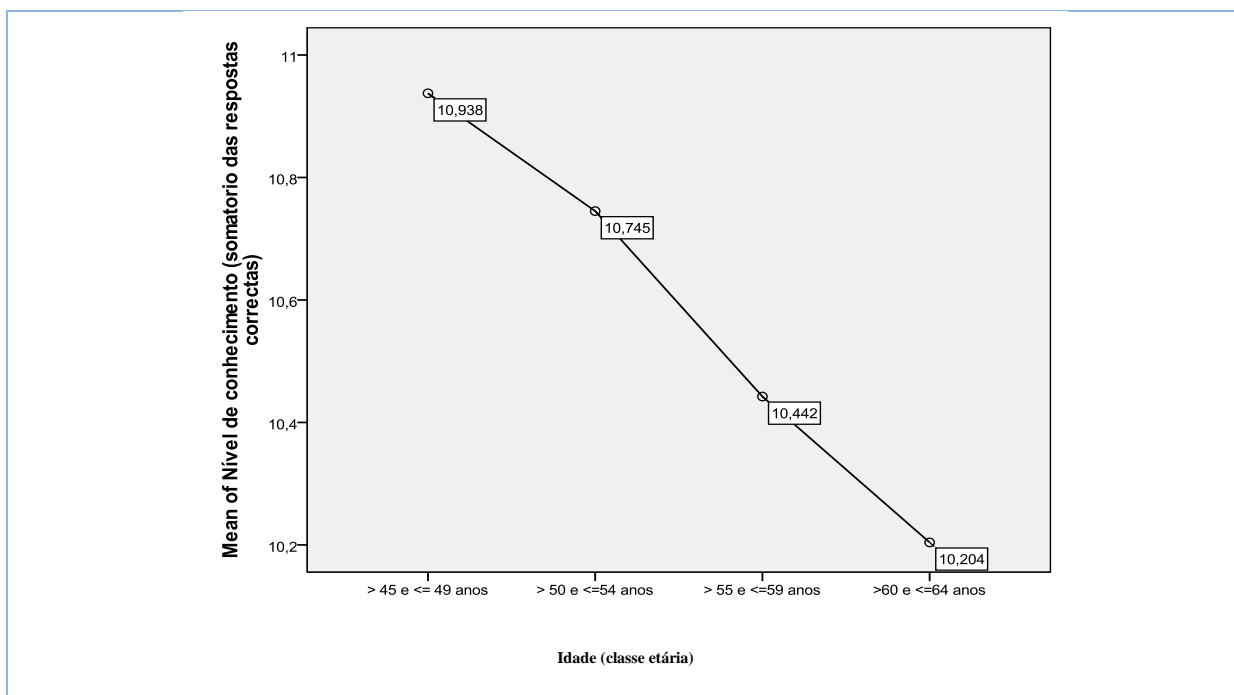


Figura 3.20 - Média do conhecimento do medicamento por classe etária

Entre os indicadores indirectos de literacia observa-se, nesta amostra, que o conhecimento sobre o medicamento aumenta com o índice de compreensão da informação¹¹ que é transmitida pelos profissionais de saúde – médico e farmacêutico – ($p=0,003$), com a frequência de leitura em saúde ($p=0,005$), com facilidade de utilização do folheto informativo ($p=0,027$) e com frequência com que o cálculo é utilizado ($p=0,018$). No que respeita à utilização do cálculo para estabelecer o horário e número de administrações quando o médico prescreve o medicamento de 8 em 8 horas, também se observa que esta verdadeira tarefa de cálculo está associada ao nível de conhecimento sobre o medicamento ($p= 0,026$). Nem a frequência de escrita ($p=0,604$, nem o cálculo para estabelecer o horário e número de administrações de 12 em 12 h estão associados ($p= 0,138$).

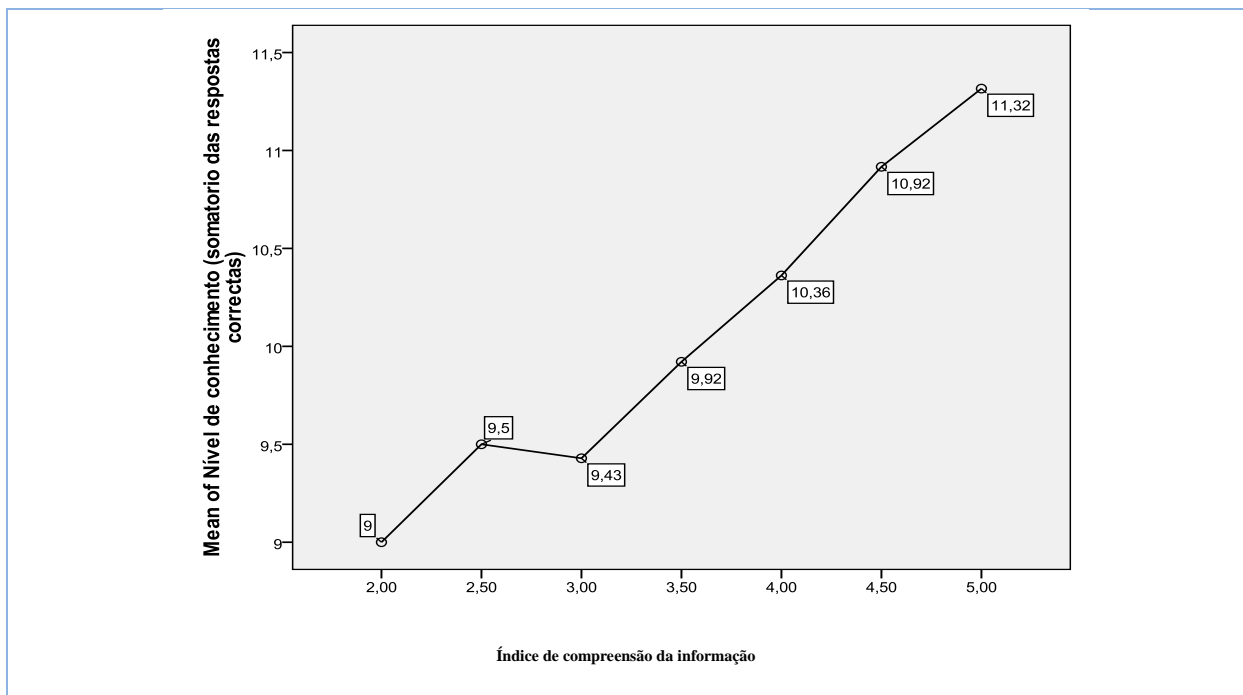


Figura 3.21 - Média do conhecimento do medicamento e índice de compreensão da informação transmitida por profissionais

¹¹ Índice de compreensão resulta da média aritmética da classificação atribuída pelo respondente às perguntas sobre a sua compreensão da informação quando transmitida pelo médico e pela farmácia (emparelhamento das respostas).

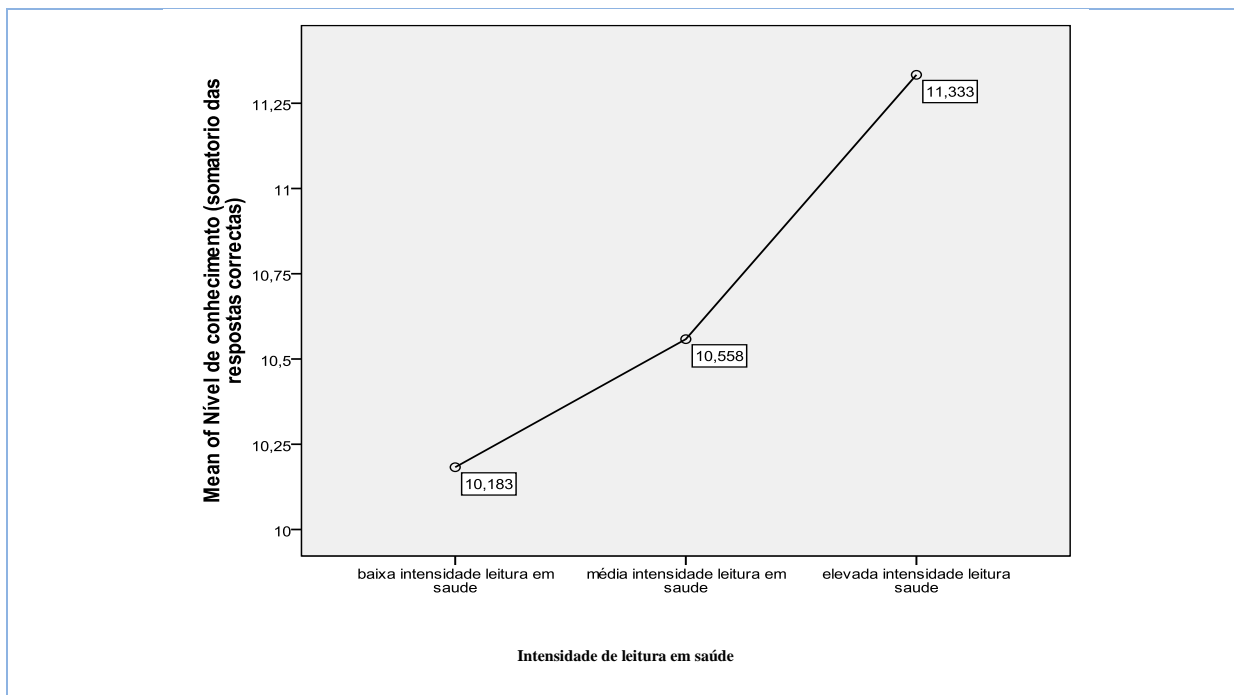


Figura 3.22 - Média do conhecimento do medicamento e a frequência de leitura em saúde

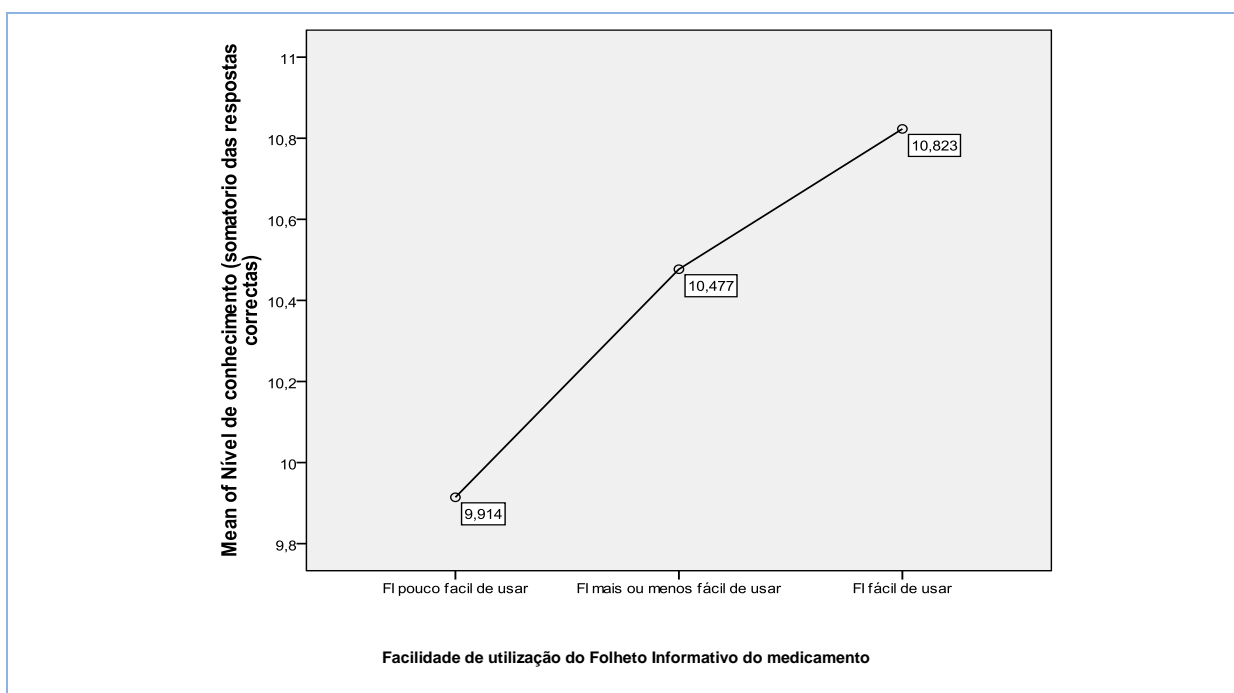


Figura 3.23 - Média do conhecimento do medicamento e a facilidade de utilização do folheto informativo do medicamento

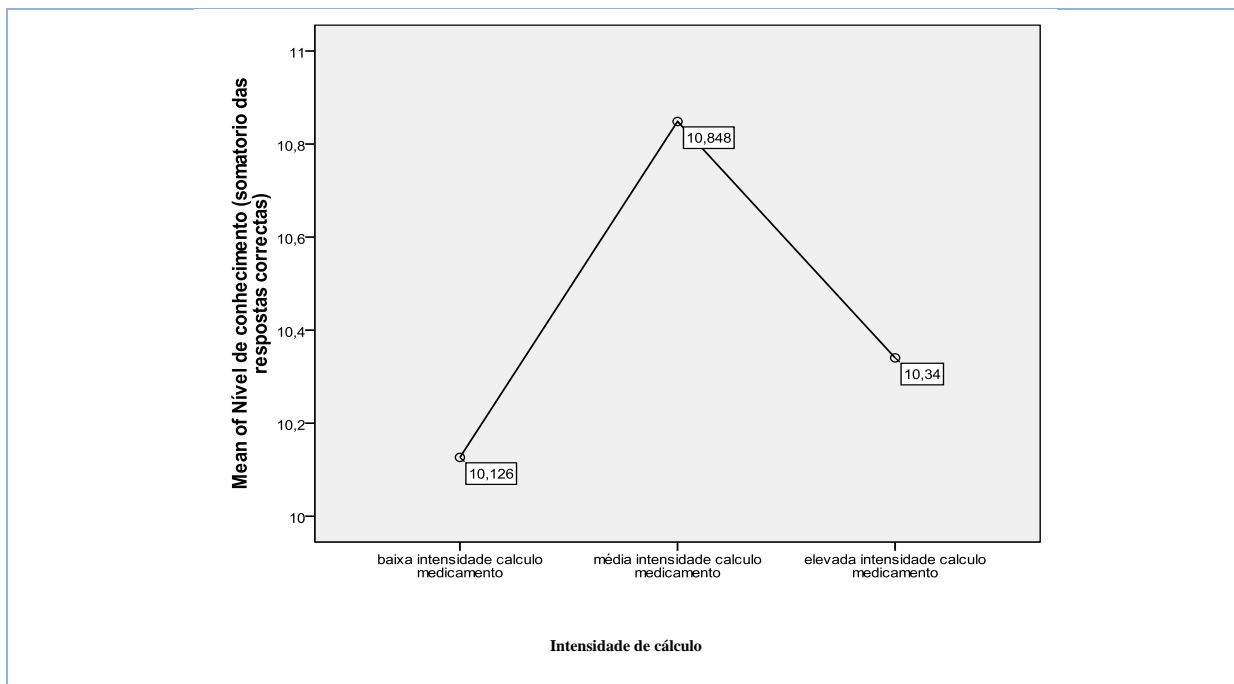


Figura 3.24 - Média do conhecimento do medicamento e a frequência de utilização do cálculo

Ao analisar a relação das variáveis referentes ao uso do medicamento verifica-se que o conhecimento do medicamento revela-se independente do número de medicamentos ($p=0,144$), mas aumenta com o tempo de utilização do medicamento ($p=0,047$).

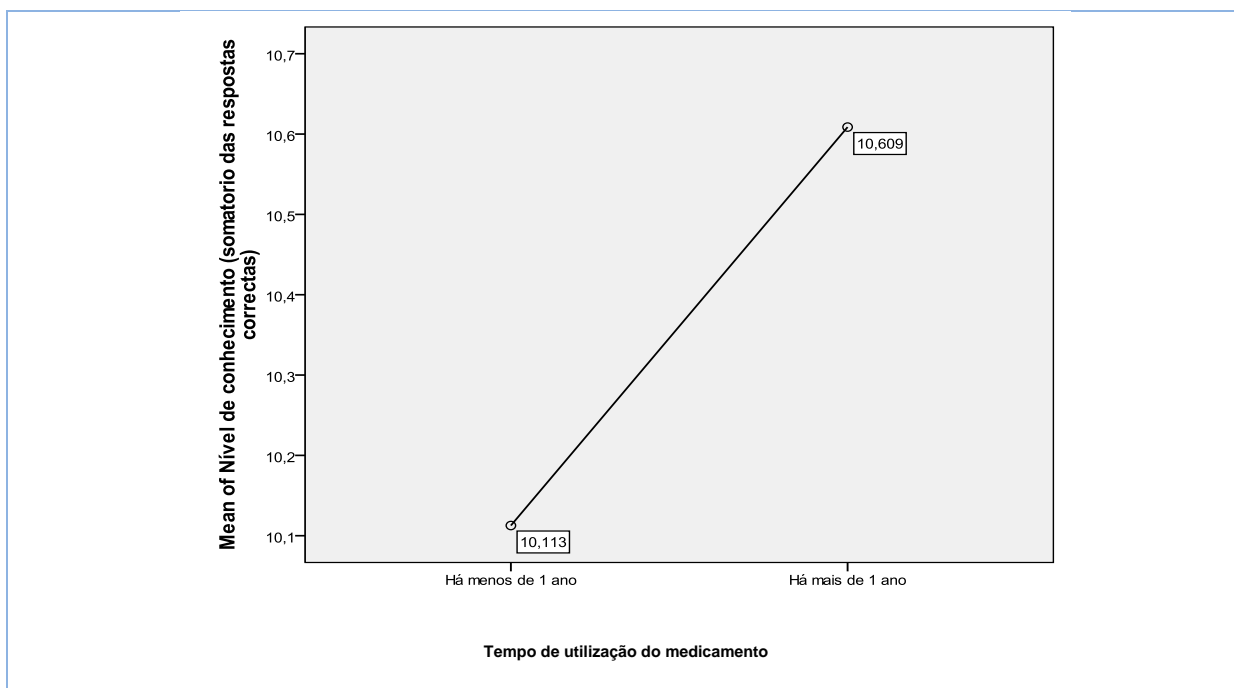


Figura 3.25 - Média do conhecimento do medicamento e tempo de utilização do medicamento

Identificadas as variáveis preditivas procurou-se, de seguida, através do modelo de regressão linear múltipla¹² identificar em que medida estas variáveis contribuem e explicam o nível de conhecimento sobre o medicamento. Verificadas as condições de aplicabilidade da regressão utilizaram-se as seguintes variáveis: grau de escolaridade, média de compreensão da informação, intensidade de leitura em saúde, facilidade de utilização do folheto informativo e tempo de uso do medicamento (a profissão e hábitos de leitura não foram incluídos em virtude de estarem associadas ao grau de escolaridade, e a intensidade de cálculo não demonstra ter uma relação linear). Recorrendo ao método *stepwise* obteve-se o seguinte resultado, quadro 3.4:

Quadro 3.4 - Resultados da regressão múltipla pelo método stepwise, n=202

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,286 ^a	,082	,077	1,680	,082	17,838	1	200	,000
2	,335 ^b	,112	,103	1,657	,030	6,737	1	199	,010
3	,361 ^c	,130	,117	1,644	,018	4,157	1	198	,043

a. Predictors: (Constant), Grau de escolaridade

b. Predictors: (Constant), Grau de escolaridade, Índice da compreensão da informação sobre o medicamento

c. Predictors: (Constant), Grau de escolaridade, Índice da compreensão da informação sobre o medicamento, Intensidade média de leitura

d. Dependent Variable: Nível de conhecimento (somatório das respostas correctas)

	Modelo	Beta	t	Sig.
1	(Constant)		46,240	,000
	Grau de escolaridade	,286	4,223	,000
2	(Constant)		8,411	,000
	Grau de escolaridade	,218	3,045	,003
	Índice da compreensão da informação sobre o medicamento	,186	2,596	,010
3	(Constant)		7,575	,000
	Grau de escolaridade	,182	2,475	,014
	Índice da compreensão da informação sobre o medicamento	,174	2,432	,016
	Intensidade média de leitura	,142	2,039	,043

¹² Fórmula $Y_i = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + \dots + B_kX_k + \varepsilon_i$, $i=1,2,n\dots$

Os resultados evidenciam que a regressão é significativa. Considerando o conjunto de variáveis preditivas é o grau de escolaridade, o índice de compreensão da informação transmitida e intensidade de leitura em saúde que mais contribuem para o nível de conhecimentos sobre o medicamento (modelo 3; $p=0,000$). Na amostra estudada, a variação do nível de conhecimento é explicada em 13% pelo conjunto das três variáveis independentes ($p =0,043$).

4 CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO

Dos 233 utentes entrevistados verificou-se um predomínio do sexo feminino, com uma idade média de 57 anos ($dp=5,7$), a maioria activos, mas com uma escolaridade igual ou inferior ao 9º ano (58,5%). Nesta amostra os indivíduos apresentam hábitos gerais de leitura afirmando ler muito frequentemente ou frequentemente (56%). Em média usam 4 medicamentos ($dp=1,896$) sobretudo para patologias cardiovasculares (37,5%), do sistema nervoso (22%) e do sistema digestivo ou metabolismo (17,7%), na sua maioria há mais de um ano

Conhecimento sobre o medicamento

Os participantes deste estudo revelam conhecer o medicamento que utilizam. De um conjunto 13 *itens* de informação diferentes, 76,8% respondem entre 9 a 12 *itens* de forma correcta, sendo a mediana de 10 respostas correctas. O mínimo de respostas correctas foi de 6 e o máximo de respostas correctas obtidas foi de 17, situação em que o respondente identifica correctamente várias reacções adversas do medicamento.

Tal como acontece em estudos anteriores os participantes apresentam maior domínio de uns *itens* do que outros (ASCIONE, [et al.], 1986, KERZMAN, [et al.], 2005, MCPHERSON, M L, [et al.], 2008, TOREN, [et al.], 2006). As maiores frequências de respostas correctas registaram-se nos *itens*: nome do medicamento (97,8%), dose a utilizar em cada administração (94%), frequência de administração (94%), efeito terapêutico do medicamento (93,6%), momento de administração (89,3%) e cuidados na conservação do medicamento em casa (88,8%). É nas reacções adversas, precauções a ter com alimentos e com bebidas que se verificam as mais baixas frequências de respostas correctas, 32,3%, 40,3% e 45,1% respectivamente.

Dependendo do medicamento utilizado, um baixo nível de conhecimento ou a falta de conhecimento de alguns *itens* pode constituir risco para o indivíduo.

A frequência de respostas correctas obtida em cada *item* de informação reflecte, de alguma forma, o grau de dificuldade que esse *item* representa para o utilizador do medicamento. Desta forma é possível hierarquizar os *itens* de informação do medicamento reflectindo a sua dificuldade, ou seja o nome, a dose, a posologia, o efeito terapêutico, o momento de

administração e a forma de conservar em casa, correspondem aos *itens* que são menos difíceis, enquanto as precauções com alimentos e álcool, e a identificação de reacções adversas, os mais difíceis para o utilizador.

O maior domínio de alguns *itens* pode dever-se, ainda, à frequência e tipo de informação que é transmitida pelos profissionais de saúde – médico e farmácia. Neste estudo os participantes referem que os *itens* de informação como e quando tomar o medicamento (que corresponde à dose, frequência e momento de administração), para que serve o medicamento e a duração do tratamento são regularmente referidos por estes profissionais. Esta informação é transmitida tanto de forma verbal como através de suportes escritos, como é o caso da guia de tratamento que acompanha a prescrição e a informação escrita nas embalagens dos medicamentos. É na farmácia que os utentes referem receber mais frequentemente informação escrita (83% na farmácia vs 71,6% no médico).

Igualmente, o facto da embalagem do medicamento conter sempre um folheto informativo para consulta quando necessário, constitui um recurso, pelo menos para os indivíduos que o lêem. Os participantes referem que a leitura deste suporte escrito acontece, maioritariamente quando o medicamento é novo (93%), resultado idêntico ao obtido no estudo Deco Proteste de 1997 e por Nathan, Zerilli e al. em 2007 (DECO PROTESTE, 1997, NATHAN, [et al.], 2007) ou quando têm dúvidas sobre o medicamento que estão a usar (92,2%).

Competências de Literacia em Saúde

As competências de literacia em saúde foram aferidas, neste estudo, através das práticas auto-declaradas de leitura, escrita e cálculo relativas ao medicamento ou terapêutica, fortemente correlacionadas com o nível de literacia como demonstrado anteriormente (maiores taxas de leitura, escrita ou cálculo predominam nos indivíduos com elevados níveis de literacia) e, ainda a obtenção e a compreensão da informação.

Na amostra estudada, a leitura e o cálculo relativos ao medicamento são as competências de literacia da saúde mais utilizadas, e a escrita a competência menos utilizada. Estes resultados são consistentes com Estudo Nacional de Literacia, em que a escrita é também a prática menos presente no quotidiano dos indivíduos ou mesmo ausente nos indivíduos com baixos níveis de literacia (BENAVENTE, [et al.], 1996).

Leitura

A leitura de materiais escritos sobre saúde ou medicamento é referida pela maioria dos respondentes – 87,9% -, embora 38,2% refira ler raramente. Considerando os diferentes materiais informativos escritos disponíveis – folhetos, revistas, jornais, livros e internet - a frequência de leitura declarada por 42% dos participantes revela uma preferência pelo suporte tipo folheto. Este formato corresponde, de uma forma geral, a um conteúdo pouco extenso ou pouco aprofundado, logo de leitura rápida.

Sendo obrigatória a inclusão do folheto informativo para o doente na embalagem do medicamento foi importante perceber em que medida os utilizadores de medicamentos usam este suporte escrito e se consideram a sua utilização fácil ou não. A leitura do folheto informativo é feita pela grande maioria – 92,3% - dos respondentes, embora 20,2% só o faça às vezes e 12,9% raramente. Este valor é superior ao encontrado no Estudo Nacional de Literacia no qual 68,2% da população inquirida refere ler a informação das caixas e folhetos de medicamentos (BENAVENTE, [et al.], 1996).

Cerca de 53% dos respondentes referiu ser fácil ou muito fácil localizar informação, ler o texto do folheto e compreender o conteúdo do mesmo. A média obtida a partir destes três componentes foi de 3,4 (escala de 1 “nada fácil” a 5 “muito fácil”). Este resultado é idêntico ao encontrado por Nathan e outros em 2007 (56,2%). Este resultado é obtido mediante auto-declaração, pelo que só quando confrontados com a tarefa real de interpretação e compreensão de folhetos será possível avaliar esta característica de forma directa e relacioná-la com o nível de literacia.

Cálculo

No que respeita ao uso do cálculo, é o estabelecimento do horário de administração do medicamento a prática mais frequente, mas quanto mais vezes é necessário administrar um medicamento maior é a dificuldade em saber a frequência e hora de administração (43,7% não obtém 100% de resposta correcta quando solicitado a referir o número de vezes e a hora de administração numa posologia de 8/8 horas).

Obtenção de informação sobre o medicamento

Verifica-se, neste estudo, que os utentes recebem regularmente informação sobre o medicamento. Esta informação é transmitida pelo médico e pela farmácia tanto de forma

verbal como escrita, e inclui as indicações relativas ao correcto uso do medicamento. É também junto destes profissionais que as pessoas mais frequentemente recorrem para se aconselhar e obter esclarecimentos para dúvidas que surgem no processo de utilização do medicamento.

A leitura de materiais escritos é também uma forma de obtenção de informação para cerca de 20% dos respondentes surgindo como o terceiro recurso mais frequente, resultado idêntico ao encontrado no estudo sobre o conhecimento de medicamentos antiretrovíricos em que 23,1% dos doentes refere obter informação a partir de materiais escritos como revistas (ALMEIDA, [et al.], 2009).

Compreensão da informação sobre o medicamento

Em geral, os utentes referem compreender bem ou mesmo muito bem a informação transmitida pelos profissionais de saúde – médico e farmacêutico –, mas é na farmácia que se verifica o maior nível de compreensão.

A transmissão e compreensão da informação relativa ao uso do medicamento estão fortemente relacionadas com o nível de conhecimento que os indivíduos possuem sobre o medicamento como demonstrado por Garjani *et al.* - transmissão de informação verbal R de Pearson 0,80; assegurar a compreensão R de Pearson 0,84 (GARJANI, [et al.], 2009).

O conhecimento do medicamento e a literacia em saúde

A questão central nesta investigação procurou analisar em que medida o conhecimento do medicamento é influenciado por competências de literacia, recorrendo a um conjunto de *indicadores indirectos*.

Os resultados obtidos revelam que o conhecimento sobre o medicamento é tanto maior quanto o grau de escolaridade, a categoria profissional e os hábitos de leitura do indivíduo. O sexo, a idade e o número de medicamentos utilizados não demonstraram influenciar a variável em estudo, tal como sucedeu nos estudos realizados por (FONTES, [et al.], 2006, JAYE, [et al.], 2002).

O nível de conhecimento sobre o medicamento é positivamente influenciado pelo índice de compreensão da informação transmitida pelos profissionais, pela intensidade de leitura em

saúde, pela facilidade de utilização do folheto informativo do medicamento, pela intensidade de cálculo e o tempo de uso do medicamento.

O modelo estatístico aplicado revela que deste conjunto de factores os que mais influenciam o conhecimento sobre o medicamento são: o *grau de escolaridade*, o *índice de compreensão da informação* e a *intensidade de leitura de informação sobre saúde ou medicamento*, explicando a variação do nível de conhecimento do medicamento em 13%. Este resultado pode dever-se ao facto da amostra ser relativamente homogénea e com baixa variância.

Os resultados deste estudo devem, no entanto, ser interpretados tendo em conta as seguintes limitações:

1. Visou-se apenas a população adulta com idade compreendida entre os 45 e os 64 anos a utilizar um medicamento para uma doença crónica.
2. As entrevistas realizaram-se no ambiente da farmácia pelos farmacêuticos com quem o respondente mantém contacto próximo e frequente, o que pode ter influenciado as respostas.
3. Envolvimento de vários farmacêuticos como entrevistadores introduziu variabilidade no processo da entrevista.
4. A recolha de informação baseou-se na declaração dos entrevistados sobre as suas próprias práticas e percepções, podendo verificar-se um afastamento entre o que declara e o que faz na realidade.
5. Viés de memória dos participantes no que respeita aos conhecimentos que possui sobre o medicamento alvo do questionário e quanto à informação transmitida por profissionais de saúde.
6. Teria sido útil dispor de um instrumento validado para a população portuguesa que permitisse determinar de forma directa e rápida o nível de literacia em saúde dos inquiridos.

5 CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES

As principais conclusões do estudo são:

- 1. Os inquiridos revelam possuir conhecimento sobre o medicamento que utilizam;**
- 2. Atendendo a que o conhecimento sobre o medicamento é composto por vários itens, os inquiridos detêm maior conhecimento dos itens que são mais frequentemente transmitidos pelo médico e pela farmácia, tanto de forma verbal quanto escrita;**
- 3. As competências de literacia influenciam de forma positiva o nível de conhecimento sobre o medicamento;**
- 4. Os factores que explicam a variação do nível de conhecimento sobre o medicamento são o grau de escolaridade, o índice de compreensão da informação e a frequência de leitura de informação sobre saúde ou medicamento.**

Em termos de intervenções e estratégias que visam melhorar os resultados em saúde importa salientar:

- ... Importância da informação que visa a compreensão do destinatário e que ao ser prestada pelos profissionais de saúde deve ser suportada em estratégias de comunicação baseadas na personalização da informação para cada pessoa, que tenha em consideração os factores e as necessidades individuais, e não numa prestação de informação generalizada ou massificada. As competências e estratégias de comunicação a utilizar por parte dos profissionais de saúde devem, por isso, ter em consideração as características individuais do utente, em particular o seu nível de literacia em saúde, para que a informação – sobre o medicamento, a terapêutica, a patologia, ou estilos de vida - seja correcta e completamente compreendida.
- ... Reforçar a intervenção da farmácia pois disponibiliza informação que é melhor compreendida e regista uma maior frequência de procura pelos utentes quando estes necessitam de mais informação sobre os seus medicamentos ou terapêuticas (proximidade e acessibilidade).

... A leitura de informação sobre saúde é, em termos de literacia da saúde, a dimensão mais associada pelo que a produção de materiais informativos escritos se justifica e deve orientar-se pela facilidade da sua utilização (usabilidade).

... É o estabelecimento do horário de utilização do medicamento a tarefa que requer cálculo mais vezes referida pelos respondentes, verificando-se no entanto que quanto maior o número de administrações por dia maior é a dificuldade em estabelecer o horário. Uma baixa frequência de administração do medicamento concorre para um melhor cumprimento do horário, logo uma fácil adesão à terapêutica.

Perspectivas para trabalhos futuros

O domínio da saúde configura um contexto muito específico justificando o desenvolvimento de instrumentos de avaliação directa de literacia da saúde para assim se determinar o perfil desta competência na população portuguesa.

O desenvolvimento tecnológico a que se assiste na área do medicamento, com a biotecnologia e a farmacogenómica a desenhar uma terapêutica cada vez mais individualizada vai, em breve, colocar novos desafios tanto a profissionais como a utentes. A utilização destes medicamentos irá, seguramente, exigir mais conhecimento e melhor compreensão da informação, logo, elevados níveis de literacia da saúde.

Quando a tendência de evolução dos sistemas e serviços de saúde é no sentido de se **centrarem no utente** melhorando o seu desempenho quanto ao respeito pela pessoa humana - *responsiveness* - é fundamental dispor de dados que permitam conhecer cada vez melhor os factores individuais, os seus determinantes e assim poder intervir de forma a melhorar os resultados em saúde.

A literacia em saúde assume-se como uma competência fundamental para que, no dia-a-dia, cada indivíduo tome as melhores decisões em saúde, promova o controlo da sua saúde, seja um parceiro activo e responsável. Em conclusão, literacia da saúde é um direito dos cidadãos.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, Regina; VIEIRA, Anya- Evaluation of HIV/AIDS patient's knowledge on antiretroviral drugs. **The Brazilian Journal of Infections Diseases**. Vol. 13, n.º 3 (2009), p.183-190.

ALTO COMISSARIADO SAÚDE- **Indicadores e Metas do PNS [Em linha]: Despesa em medicamentos na despesa em saúde**. Lisboa, 2010. Disponível em WWW: <<http://www.acs.min-saude.pt/pns/acessibilidade-ao-medicamento/despesa-em-medicamentos-na-despesa-em-saude/>>.

ANDREWS, GARY; FAULKNER, DEBBIE- **A Glossary of terms for community health care and services for older persons** [Documento Electrónico]. WHO, 2004. **Volume 5**- Disponível em WWW: <whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf >.

ANDRUS, Miranda; Roth, Mary - Health Literacy: a review. **Pharmacotherapy**. Vol. 22, n.º 3 (2002), p.282-302.

ASCIONE, Frank; Kirscht, John ; Shimp, Leslie - An assessment of different components of patient medication knowledge. **Med Care**. Vol. 24, n.º 11 (1986), p.1018-1028.

AUTORIDADE NACIONAL DO MEDICAMENTO E PRODUTOS DE SAÚDE- **Estatística do Medicamento** [Documento Electrónico]. INFARMED, 2008. [Consult. 05-01-2010]. Dados Macroeconómicos. Disponível em WWW: <http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/ESTATISTICA_MEDICAMENTO/Est_Medicamento2008.pdf>.

ÁVILA, Patrícia - **A literacia dos adultos: competências-chave na sociedade do conhecimento**. 1ª ed. Lisboa: CIES-ISCTE, Celta Editora, 2008. ISBN 978-972-774-261-5.

BAKER, D. W., [et al.] - The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. **Am J Public Health**. Vol. 87, n.º 6 (1997), p.1027-1030.

BAKER, D.W., [et al.] - Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient Educ Couns**. Vol. 38 (1999), p.33-42.

BENAVENTE, Ana, [et al.] - **A literacia em Portugal. Resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996. ISBN 972-31-0713-9.

BERKMAN, Nancy, [et al.] - **Literacy and Health Outcomes: Evidence Report / Technology Assessment nº 87**. Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. Disponível em WWW: <<http://www.ahrq.gov/clinic/eptsu/litsum.htm>>.

CABRAL, Manuel Villaverde; SILVA, Pedro Alcântara da- **A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas, os hábitos de saúde e o consumo de medicamentos**. 1ª ed. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2010. ISBN 978-972-671-257-2.

CAMPBELL, P.- The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine. **Literacy journal**. (2004), p.44-45.

CASTRO, C. M., [et al.]- Babel babble: physician's use of unclarified medical jargon with patients. **Am J Health Behav.** Vol. 31 (suppl) (2007), p.S85-S95.

DECO Proteste- Medicamentos: folhetos realmente informativos? **Teste Saúde.** n.º 10 (1997), p.32-37.

DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS DE CUIDADOS FARMACÊUTICOS- **5 anos de intervenção farmacêutica - Programas de Cuidados Farmacêuticos.** Lisboa: Associação Nacional das Farmácias, 2008.

DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS DE CUIDADOS FARMACÊUTICOS- **Resultados da Campanha Viver Mais, Viver Melhor Conhecendo os seus Medicamentos.** Lisboa: Associação Nacional das Farmácias, 2007.

EUROPHARM FORUM- **Questions to ask about your medicines** [Documento Electrónico]. 2004. Disponível em WWW: <<http://www.europharmforum.org/page/4230>>.

EVETTS, Julian; Gauthier, Michel - **Literacy task assessment guide.** Canadá: National Literacy Secretariat, 2005. Disponível em WWW: <<http://www.ibd.ab.ca/archive.htm>>.

FEDERATION INTERNATIONALE PHARMACEUTIQUE- **Guidelines for the labels of prescribed medicines.** Singapore, 2001. Disponível em WWW: <<http://www.fip.org/www/?page=statements>>.

FEDERATION INTERNATIONALE PHARMACEUTIQUE- **Statement of policy medicines information for patients.** Basel, 2008. Disponível em WWW: <<http://www.fip.org/www/?page=statements>>.

FEDERATION INTERNATIONALE PHARMACEUTIQUE- **Statement of professional standards medication errors associated with prescribed medication.** Barcelona, 1999. Disponível em WWW: <<http://www.fip.org/www/?page=statements>>.

FEDERATION INTERNATIONALE PHARMACEUTIQUE- **Statement of professional standards: The role of the pharmacist in encouraging adherence to long term treatments.** Sydney, 2003. Disponível em WWW: <<http://www.fip.org/www/?page=statements>>.

Fédération Internationale Pharmaceutique- **FIP GUIDELINES FOR THE LABELS OF PRESCRIBED MEDICINES.** (2001).

FISHER, J., [et al.]- An Information-Motivation-Behavioral skills model of Adherence to antiretroviral therapy. **Health Psychology.** Vol. 25, n.º 4 (2006), p.462-473.

FONTES, Ermelindo, [et al.]- **Patients' awareness of medicine indications: I C P E – Pharmacoepidemiology for Public Health.** Lisboa, 2006.

GARJANI, A.; Rahbar, M.; Ghafourian, T.- Relationship of pharmacist interaction with patient knowledge of dispensed drugs and patient satisfaction. **East Mediterr Health J.** Vol. 15, n.º 4 (2009), p.934-938.

GONÇALVES, L.- **Alguns tópicos de bioestatística 2006.** 69 p. Acessível em Unidade de Epidemiologia e Bioestatística do IHMT, Lisboa.

HARDON, A.; Hodgkin, C.; Fresle, D.- **How to investigate the use of medicines by consumers** [Documento Electrónico]. WHO, 2004. Disponível em WWW: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js6169e/>>.

HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew- **Investigação por questionário**. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. ISBN 972-618-273-5.

INSA; INE- **Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006** [Documento Electrónico]. 2009. Disponível em WWW: <<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/INS2005-2006.aspx>>. ISBN/ISSN 978-972-673-845-8.

INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL- **Classificação Nacional de Profissões - Versão 1994** [Em linha]. 2.ª Edição - Agosto de 2001: DEPARTAMENTO DE CERTIFICAÇÃO - Direcção de Serviços de Avaliação e Certificação. Disponível em WWW: <<http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>>. ISBN 972-732-146-1.

JAYE, Chrystal; Hope, Jason ; Martin, Isobel R - What do general practice patients know about their prescription medications? **Journal of the New Zealand Medical Association**. Vol. Vol 115 N° 1162 (2002).

KERZMAN, Hana; Baron-Epel, Orna; Toren, Orly- What do discharged patients know about their medication? **Patient Educ Couns**. Vol. 56, n.º 3 (2005), p.276-282.

KICKBUSCH, Illona; Wait, Suzanne ; Maag, Daniela - **Navigating Health: the role of health literacy** [Documento Electrónico]. 2005. Disponível em WWW: <<http://www.ilonakickbusch.com/health-literacy/index.shtml>>.

KIRSCH, IRWIN- **The International Adult Literacy Survey (IALS): Understanding What Was Measured** [Documento Electrónico]. Educational Testing Service, 2001. Disponível em WWW: <www.ets.org/Media/Research/pdf/RR-01-25-Kirsch.pdf>.

KRIPALANI, Sunil ; Yao, Xiaomei; Haynes, R. Brian- Interventions to Enhance Medication Adherence in Chronic Medical Conditions. **Arch Intern Med**. Vol. 167 (2007), p.540-550.

KUTNER, Mark A.- **The health literacy of America's adults : results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy: United States**. Dept. of Education,,

National Center for Education Statistics,. Washington, DC.: United States Department of Education ; National Center for Education Statistics, 2006.

LOWE, C., [et al.]- Effects of self medication programme on knowledge of drugs and compliance with treatment in elderly patients. **BMJ**. Vol. 310 (1995), p.1229-1231.

M. S. WOLF, [et al.]- Misunderstanding of prescription drug warning labels among patients with low literacy. **Am J Health Syst Pharm**. Vol. 63 (2006), p.1048-1055.

MCDONALD, Heather; Garg, Amit; Haynes, R. Brian- Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions. **JAMA**. Vol. 288, n.º 22 (2002), p.2868-2879.

MCPHERSON, M L, [et al.]- Association between diabetes patients' knowledge about medications and their blood glucose control. **Res Social Adm Pharm**. Vol. 4, n.º 1 (2008), p.37-45.

- McPherson, Mary Lynn, [et al.]- Association between diabetes' knowledge about medications and their blood glucose control. **Research in Social & Administrative Pharmacy**. Vol. 4(1) (2008), p.37-45.
- MENDES, Zilda, [et al.]- Desperdício de medicamentos no ambulatório em Portugal. **Rev Port Clin Ger**. Vol. 26 (2010), p.12-20.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE- Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto. **Diário da República I Série**. 167 (2006) p. 6297-6383.
- MORROW, D.G., [et al.]- Patient's health literacy and experience with instructions: influence preferences for heart failure medication instructions. **J Aging Health**. Vol. 19 (2007), p.575-593.
- MUIR, K. W., [et al.]- Health literacy and adherence to glaucoma therapy. **Am J Ophthalmol**. Vol. 142, n.º 2 (2006), p.223-226.
- MURRAY, Scott, [et al.]- **Health Literacy in Canada - initial results from the International adult Literacy and Skills Survey**. Ottawa: Canadian Council on Learning, 2007.
- Nathan, J., [et al.]- Patients' use and perception of medication information leaflets. **Ann Pharmacother**. Vol. 41, n.º 5 (2007), p.777-782.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention- **What is a Medication Error?** [Em linha], 1998. [Consult. December, 9]. Disponível em WWW: <<http://www.nccmerp.org/>>.
- NATIONAL COUNCIL ON PATIENT INFORMATION AND EDUCATION- **The Benefits of Consumer Medicine Information** [Em linha], 1995. Disponível em WWW: <http://www.talkaboutrx.org/documents/benefits_cmi.pdf>.
- NCPIE- **Enhancing prescription medicine adherence: a national action plan**. 2007. Disponível em WWW: <http://www.talkaboutrx.org/med_compliance.jsp>.
- NIELSEN-BOHLMAN, Lynn - **Health literacy : a prescription to end confusion**. Washington, D.C.: Institute of Medicine (U.S.). Committee on Health Literacy, National Academies Press, 2004. ISBN 0309091179 (hardcover)
- NURSS, J.R., [et al.]- **TOFHLA - Test of functional health literacy in adults**. Georgia State: Peppercorn Books & Press, 1995. ISBN 1-928836-11-9.
- PAASCHE-ORLOW, M., [et al.]- The prevalence of limited health literacy. **J Gen Intern Med**. Vol. 20, n.º 2 (2004), p.175-184.
- PAASCHE-ORLOW, M.; Wolf, M. S.- The causal pathways linking health literacy to health outcomes. **Am J Health Behav**. Vol. 31(suppl 1) (2007), p.S19-S16.
- PESTANA, M.H.; Gageiro, J.N.- **Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS**. 5ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2008. ISBN 978-972-618-498-0.

Patient Safety - maximizing Patient Safety in Europe through the safe use of medicines. Bruxelas, 2007. Disponível em WWW: <http://www.pgeu.eu/Portals/6/documents/2007/Publications/PR/07.03.05E%20Patient%20Safety.pdf>

PGEU; Union, Pharmaceutical Group of the European- **Targeting adherence - Improving patient outcomes in Europe through Community Pharmacist's intervention.** PGEU, 2008.

Robinson, L. D., Jr.; Calmes, D. P.; Bazargan, M.- The impact of literacy enhancement on asthma-related outcomes among underserved children. **J Natl Med Assoc.** ISSN 0027-9684 (Print). Vol. 100, n.º 8 (2008), p.892-6.

Roche-Nagle, G.; Chambers, F. - Evaluation of patient knowledge regarding oral anticoagulants. **Irish Medical Journal.** Vol. 96, n.º (7) (2003), p.211-3.

ROTHMAN, R., [et al.] - The spoken knowledge in low literacy in diabetes scale: a diabetes knowledge scale for vulnerable patients. **The Diabetes Educator.** Vol. 31 (2005), p.215-224.

SABATÉ, Eduardo- **Adherence to long-term therapies - Evidence for action.** Geneva: World Health Organization, 2003.

SANTOS, H., [et al.] - Segundo Consenso de Granada sobre Problemas relacionados com Medicamentos. **Acta Médica Portuguesa.** Vol. 17 (2004), p.59-66.

SILVA, Tatiane da; Schenkel, Eloir ; Mengue, Sotero- Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cad Saude Publica.** Vol. 16, n.º 2 (2000), p.449-455.

STORM, A., [et al.] - Basic drug information given by physicians is deficient, and patient's knowledge low. **J Dermatolog Treat.** Vol. 1-4 (2008).

TANG, E., [et al.] - Relationship between patients' warfarin knowledge and anticoagulation control. **Ann Pharmacother.** Vol. 37 (2003), p.34-39.

TIERLING, V., [et al.] - Nível de conhecimento sobre a composição de analgésicos com ácido acetilsalicílico. **Rev Saude Publica.** Vol. 38, n.º 2 (2004), p.223-227.

TOREN, Orly, [et al.] - Patients' knowledge regarding medication therapy and the association with health services utilization. **European Journal of Cardiovascular Nursing.** Vol. 5, n.º 4 (2006), p.311– 316.

TUIJNMAN, Albert- **Literacy in the Information Age. Final Report of the International Adult Literacy Survey.** 2000.

WAGNER, Christian von, [et al.] - Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. **J Epidemiol Community Health.** Vol. 61 (2007), p.1086-1090.

WAGNER, Christian von, [et al.] - Health Literacy and Health Actions: A Review and a Framework From Health Psychology. **Health Educ Behav OnlineFirst.** (2008).

Weiss, Barry, [et al.] - Quick assessment of literacy in primary care: the Newest Vital Sign. **annals of Family Medicine.** Vol. 3 (2005), p.514-522.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- **Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System** [Em linha]. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Disponível em WWW: <http://www.whocc.no/atc_ddd_index/>.

YOUMANS, S.; Schillinger, D.- Functional health literacy and medication use: the pharmacist's role. **Ann Pharmacother.** Vol. 37 (2003), p.1726-1729.

ANEXOS