

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

DOENTE CRÓNICO: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO
SOBRE A MEDICAÇÃO E RELAÇÃO COM ADESÃO E
CUMPRIMENTO TERAPÊUTICO

MARIA DUARTE

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO MÉDICA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2013/2014

PORTO, 2014

MARIA DUARTE

**DOENTE CRÓNICO: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO
SOBRE A MEDICAÇÃO E RELAÇÃO COM ADESÃO E
CUMPRIMENTO TERAPÊUTICO**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto

AUTOR – Maria Alexandra de Jesus Berto Duarte

CATEGORIA – Aluna do 6º do Mestrado Integrado em Medicina

AFILIAÇÃO - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

ENDEREÇO – maria.alexandra.duarte@gmail.com

ORIENTADOR – Professora Doutora Idalina Maria Almeida Brandão de Melo Beirão

CATEGORIA – Assistente Hospitalar Graduada de Nefrologia, Professora Auxiliar Convidada

AFILIAÇÃO – Centro Hospitalar do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Porto, Junho de 2014

ÍNDICE

RESUMO	iv
PALAVRAS-CHAVE.	v
ABSTRACT.....	vi
KEYWORDS.....	vii
LISTA DE ABREVIATURAS	viii
INTRODUÇÃO.....	9
DOENTES E MÉTODOS	11
DOENTES	11
MÉTODOS.....	11
RESULTADOS	14
ANÁLISE DESCRITIVA	14
ANÁLISE INFERENCIAL.....	18
DISCUSSÃO	22
AGRADECIMENTOS	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO.....	31

RESUMO

A melhoria da gestão das doenças crónicas assume especial relevância e premência pela elevada prevalência destas patologias, justificando o interesse e investimento no estudo do tema. O sucesso da otimização dessa gestão dependerá não só da política de saúde, mas também dos cidadãos, primeiros responsáveis pela sua saúde. Importa promover estratégias de capacitação e de envolvimento do doente crónico na gestão da sua doença, co-responsabilizando-o pelo tratamento. A literacia em saúde e o conhecimento dos doentes sobre a medicação, enquanto variáveis passíveis de influenciar a gestão da medicação na doença crónica, com implicações na adesão terapêutica e na ocorrência de eventos associados à medicação, merecem ser estudados.

Neste trabalho foi avaliada a relação entre conhecimento sobre a medicação, literacia em saúde, adesão e cumprimento terapêutico e ocorrência de eventos associados à medicação em doentes crónicos.

Foi realizado um estudo transversal numa amostra de 107 utentes da consulta externa de Nefrologia do Centro Hospitalar do Porto. As variáveis em estudo foram avaliadas pela realização de um questionário construído para o efeito.

Os inquiridos apresentavam uma idade média de $52,39 \pm 15,62$ anos, um índice médio de literacia de $11,79 \pm 3,40$ (3-19) pontos, um índice médio de conhecimento sobre a medicação de $2,95 \pm 1,03$ (0-4) pontos e uma percentagem média de adesão e cumprimento terapêutico de $98,28 \pm 6,56\%$. Dos 107 inquiridos, 27,1% reportaram um ou mais eventos associados à medicação. Os doentes com níveis inferiores de literacia eram significativamente mais velhos ($p < 0,05$) mas, ao contrário do esperado, tinham melhor índice médio de conhecimento da medicação ($p < 0,05$). Este índice foi influenciado positivamente pela presença de documento escrito com informação relativa à medicação e/ou das embalagens dos medicamentos ($p < 0,001$). Não havia diferenças estatisticamente significativas sobre o grau de conhecimento da medicação entre os que tinham adesão terapêutica total ou parcial e entre os mais ou menos literados. Os índices médios de literacia e de conhecimento sobre a medicação não diferiam significativamente entre os doentes com ou sem história de eventos associados à medicação.

Este trabalho revela a importância da utilização de documentos escritos sobre o regime terapêutico e a necessidade de trabalhar esta área fundamental ao sucesso terapêutico.

PALAVRAS-CHAVE: literacia em saúde, doença crónica, regime terapêutico, polifarmacoterapia, eventos associados à medicação, idosos.

ABSTRACT

The management of chronic diseases, very prevalent nowadays, assumes particular relevance and urgency, and justifies the interest and the investment in this study. Chronic disease management optimization depends not only on health policy, but also on citizens' involvement, as they are primarily responsible for their own health. Thus, it's essential to promote and build strategies that allows those with chronic illness to actively participate in it's management, taking responsibilities for their own treatment. The health literacy and the patients' knowledge of the medication are variables identified as likely to influence the management of medication in chronic disease, with possible implications on therapeutic adherence and on adverse medication related events. For that, this subject deserve be studied.

This study was designed to evaluate the relationship between knowledge of the medication, health literacy, treatment adherence and medication related events in chronic patients.

It was developed a cross-sectional study with 107 outpatients of Nephrology at *Centro Hospitalar do Porto*. The variables were assessed by a questionnaire built for this purpose.

Among the respondents, the average age was $52,39 \pm 1,62$ years, the average rate of literacy was $11,79 \pm 3,40$ (3-19) points, the average score of knowledge about medication was $2,95 \pm 1,03$ (0-4) points and the average percentage of treatment adherence was $98,28 \pm 6,56\%$. Of the 107 respondents, 27,1% reported one or more medication associated events. Patients with lower levels of literacy were older ($p < 0,05$) but, surprisingly, had a better average score on the medication knowledge ($p < 0,05$). This result was positively influenced by the existence of a written document with information about the medication and/or medical packaging ($p < 0,001$). No statistically significant differences about the degree of medication knowledge were observed between patients with total or partial adherence and between those who were more or less literate. The average rates of literacy and knowledge on the medication did not differ significantly between patients with or without history of adverse medication related events.

This work emphasized the importance of teaching and involving the patients in their treatments, using documents with written information about the therapeutic regimen. These tools are essential to the therapy success.

KEYWORDS: health literacy, chronic illness, treatment regimen, polypharmacotherapy, adverse medication related events, elderly.

LISTA DE ABREVIATURAS

ATC – *Anatomical Therapeutic Chemical Classification*

CE – Consulta Externa

CHP – Centro Hospitalar do Porto

MUQ – *Medication Understanding Questionnaire*

OMS – Organização Mundial de Saúde

INTRODUÇÃO

A decisão de estudar o tema em apreço nasce da constatação de que os doentes apresentam diferentes graus de conhecimento acerca da medicação que tomam. Enquanto alguns conhecem os nomes dos fármacos e respetivas doses, regimes de toma e indicações, outros desconhecem total ou parcialmente essa informação. Dentre estes, alguns fazem-se acompanhar das embalagens dos medicamentos e/ou de documento escrito relativo ao regime farmacológico prescrito, mas outros descrevem apenas os fármacos em termos de formas e cores das embalagens ou comprimidos e outros há que são mesmo incapazes de transmitir qualquer tipo de informação acerca da medicação que tomam. Tal incerteza a propósito da terapêutica farmacológica instituída pode acarretar sérias implicações, nomeadamente no que respeita à 1 - adequação da prescrição, com risco acrescido de interações medicamentosas indesejadas, associações e redundâncias e 2 - adesão ao tratamento e ao correto cumprimento do mesmo.

O estudo deste tema reveste-se de especial interesse dado que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 50% dos medicamentos são prescritos inadequadamente e 50% dos doentes tomam medicamentos de maneira incorreta, condicionando altos índices de morbilidade e mortalidade (1).

Enquanto problema comum na prática clínica, a atualidade e relevância do tema torna-se ainda mais evidente face ao envelhecimento da população portuguesa e consequente aumento do número de doentes com comorbilidades e polimedicados, bem como à expansão do mercado de medicamentos genéricos verificada em Portugal nas últimas duas décadas. Note-se que muitos doentes identificam os fármacos a tomar não pelo seu nome comercial ou genérico mas pelas características visuais (tamanho, forma ou cor) dos comprimidos, cápsulas ou respetivas embalagens. Atendendo à existência no mercado de vários medicamentos genéricos da mesma substância ativa com alterações substanciais na aparência da embalagem, a segurança e a eficácia da utilização dos medicamentos por parte destes doentes poderão ficar comprometidas (2). Acresce ainda que, não raras vezes, as instruções e avisos dados aquando da prescrição dos fármacos são mal compreendidos pelos doentes, podendo também resultar em erros na toma da medicação com potenciais efeitos adversos associados (3, 4).

A compreensão e adesão ao regime terapêutico são fatores de fulcral relevância para o sucesso do controlo da doença crónica (5), e daí o interesse em estudar este subgrupo particular de doentes.

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivos: (i) avaliar o conhecimento sobre a medicação crónica em utentes da consulta externa (CE) de Nefrologia do Centro Hospitalar do Porto (CHP); (ii) estudar a relação entre conhecimento sobre a medicação, literacia e adesão e cumprimento terapêutico; (iii) propor estratégias para promover o melhor conhecimento da medicação por parte dos doentes e/ou a respetiva comunicação ao médico assistente.

Com base na literatura, espera-se que níveis inferiores de literacia estejam associados a pior conhecimento sobre a medicação, a pior adesão à terapêutica e a uma ocorrência mais frequente de eventos adversos associados à medicação (4,5).

DOENTES E MÉTODOS

DOENTES

A amostra foi selecionada por amostragem não probabilística, tendo sido incluídos todos os utentes que compareceram na CE de Nefrologia do CHP num dos 7 dias agendados para a realização do inquérito¹, entre 17 de Março e 7 de Abril de 2014, e que de livre vontade se mostraram disponíveis para participar no estudo. O número mínimo de unidades de amostragem pretendido era de 100 utentes.

A amostra foi constituída por 107 utentes da CE de Nefrologia do CHP. Do grupo estudado 57,9% eram doentes transplantados renais e 42,1% frequentavam a consulta de Nefrologia Clínica.

MÉTODOS

Neste estudo transversal foi realizado um questionário anónimo auto-ministrado, construído para o efeito (Apêndice 1). As variáveis em estudo foram agrupadas em:

(i) *Variáveis sociodemográficas* – idade; género; situação profissional; estatuto socioeconómico e agregado familiar.

(ii) *Variáveis relacionadas com literacia* – grau académico (1-7 pontos); auto-avaliação da capacidade de leitura (0-4 pontos); gosto pela leitura (0-4 pontos) e frequência da necessidade de ajuda para a leitura de informação escrita contida em materiais impressos do médico e/ou farmácia (0-4 pontos, em ordem inversa à da escala de *Likert*). Esta última variável foi operacionalizada através de um item que corresponde à tradução para língua portuguesa do *Single Item Literacy Screener* (SILS) (6, 7). Jeppesen *et al.* (2009) demonstraram que estas variáveis são preditoras independentes de literacia em saúde (8), pelo que foram usadas para aferir a literacia dos doentes – pelo somatório da pontuação obtida nos 4 itens calculou-se um índice de literacia (0-19 pontos). Aos utentes que referiram precisar de ajuda para a leitura de informação escrita contida em materiais impressos do médico e/ou farmácia solicitou-se que assinalassem o motivo, e para aqueles que alegaram limitação visual (15 casos) ou outros motivos (7 casos) não se procedeu ao cálculo do índice de literacia.

(iii) *Variáveis relativas à medicação* – tempo de seguimento na CE de Nefrologia; tempo de toma de medicação crónica; responsabilidade pela toma da medicação; modo de identificação dos fármacos a tomar; modo de preparação dos fármacos a tomar (no

¹ Dias 17, 20, 21, 24 e 31 de Março de 2014 e 3 e 7 de Abril de 2014, por conveniência da investigadora.

DOENTES E MÉTODOS

momento da toma vs antecipadamente); número de fármacos diferentes tomados diariamente; conhecimento sobre a medicação; e adesão terapêutica. Para estas duas últimas variáveis foi solicitado aos doentes que, por cada fármaco diferente tomado diariamente e até um máximo de 6 fármacos, preenchessem uma tabela com o nome do fármaco (0-1 pontos); indicação do fármaco (0-1 pontos); dose por unidade (0-0,5 pontos); número de unidades por toma (0-0,5 pontos); número de tomas diárias (0-1 pontos) e número de dias de toma correta do fármaco nos últimos 7 dias. Estes parâmetros foram cotados com base num conjunto de regras específicas de cotação definidas para o efeito. A pontuação total por fármaco (0-4 pontos) resultou do somatório da pontuação obtida em cada um dos primeiros 5 parâmetros da tabela respetiva ao fármaco. O índice de conhecimento sobre a medicação (0-4 pontos) resultou do cálculo da média da pontuação total obtida para cada fármaco. Esta forma de operacionalização da variável conhecimento sobre a medicação resultou de uma adaptação do instrumento desenvolvido por Marvanova et al. (2011) – o “Medication Understanding Questionnaire (MUQ)” (5, 9). O MUQ é realizado verbalmente, solicitando-se aos doentes que explicitem, para cada 1 de até 5 fármacos, a sua indicação (0-1 pontos), dose por unidade (0-0,5 pontos), número de unidades por toma (0-0,5 pontos) e número de tomas diárias (0-1 pontos), obtendo-se um *score* de 0 a 3 pontos por fármaco. No MUQ os investigadores fornecem aos doentes o nome (comercial e genérico) dos fármacos, selecionados aleatoriamente a partir dos respetivos processos clínicos eletrónicos; neste estudo o nome do fármaco foi incluído como um parâmetro de avaliação (0-1 pontos) relativo ao conhecimento sobre cada fármaco. Apesar do MUQ sugerir que os doentes sejam instruídos a não recorrer a qualquer documento escrito relativo ao regime terapêutico ou às embalagens dos fármacos, no presente estudo considerou-se importante estimular esse recurso.

O 6º parâmetro da tabela baseou-se numa adaptação da subescala relativa à medicação do questionário “Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA)” (9), que permitiu contabilizar o número de dias de incumprimento da toma de cada fármaco nos últimos 7 dias e somar o número de dias de incumprimento para o total de fármacos, valor que foi depois utilizado para cálculo da percentagem de adesão e cumprimento terapêutico, por recurso à seguinte fórmula matemática:

$$\% \text{ de adesão} = \frac{(n^{\circ} \text{ de fármacos}) \cdot (7 \text{ dias}) - (\sum n^{\circ} \text{ de dias de incumprimento de cada fármaco})}{(n^{\circ} \text{ de fármacos}) \cdot (7 \text{ dias})} \times 100$$

DOENTES E MÉTODOS

Nas variáveis relativas à medicação incluíram-se as relativas ao recurso a documento escrito com informação sobre a medicação e à ocorrência de eventos a ela associados.

Considerou-se, adicionalmente, uma variável relacionada com o preenchimento do questionário: a solicitação ou não de ajuda por parte da investigadora.

A proposta de realização do presente estudo de investigação foi aprovada pela Comissão de Ética do CHP. O estudo foi apresentado aos utentes pela investigadora, a qual solicitou a sua participação e consentimento informado. A proteção da identidade dos participantes e a confidencialidade dos dados foram asseguradas, com anonimização dos registos.

Para o registo e análise estatística dos dados utilizaram-se duas ferramentas de cálculo informáticas: *Excel*[®] e *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, *version 22.0*[®]. As variáveis qualitativas foram descritas por frequências e proporções; as quantitativas foram descritas por médias e desvios-padrão.

Na recodificação de variáveis quantitativas em variáveis categóricas utilizaram-se os quartis ou mediana como *cut points*.

O teste t-Student para amostras independentes foi utilizado na análise de variáveis contínuas e categóricas, para comparação de médias populacionais. O teste do Qui-Quadrado (X^2) foi utilizado na análise de variáveis categóricas para testar se dois ou mais grupos independentes diferiam relativamente a uma dada característica; foi corrigido no caso de tabelas 2X2. Uma probabilidade de significância bilateral abaixo de 5% (*two-sided p-values* < 0,05) foi considerada estatisticamente significativa para todos os testes estatísticos aplicados.

RESULTADOS

ANÁLISE DESCRITIVA

Dados Sociodemográficos

Os doentes inquiridos tinham uma **idade** média de $52,39 \pm 15,62$ (19-97) anos; 60,7% eram do **género** masculino e 39,3% do feminino (N = 107). A idade média dos homens era de $52,42 \pm 16,44$ anos e a das mulheres de $52,33 \pm 14,46$ anos.

Quanto à **situação profissional**, a maioria (55,1%) dos 107 respondentes estava reformada. Dos restantes, 24,3% estavam empregados, 11,2% desempregados, 6,5% de baixa médica e 2,8% assinalaram “outra situação profissional”. A maioria dos utentes (63,8%) classificou o **estatuto socioeconómico** como médio, 32,4% como baixo e 3,8% como elevado (N=105). Residiam maioritariamente em **habitação própria** (69,2%). A grande maioria (90,7%) vivia com familiares e 9,3% moravam sozinhos; nenhum residia com cuidador ou se encontrava institucionalizado (N=107).

Literacia

No que respeita ao **grau académico**, 51,4% dos inquiridos tinham escolaridade igual ou inferior ao 6º ano (39,3% com o 4º ano de escolaridade ou inferior e 12,1% com o 6º ano completo). Dos restantes, 12,1% tinham completado o 9º ano, 19,6% o 12º ano e 16,8% tinham estudos superiores (N=107). A **capacidade de leitura** foi classificada como péssima ou má por 6,6% dos doentes, como razoável por 47,2% e como boa ou muito boa pelos restantes 46,2% (N=106). Quanto ao **gosto pela leitura**, avaliado numa escala de “0 – detesto ler” a “4 – adoro ler”, 12,4% responderam 0 ou 1, 30,5% e 27,6% responderam 2 e 3 respetivamente, e 29,5% responderam 4 (N=105). Sobre a frequência com que precisavam de **ajuda para a leitura** de instruções, panfletos ou outro material escrito do seu médico e/ou farmácia, 45,8% responderam que nunca precisavam de auxílio, enquanto 13,1% precisavam sempre. Os restantes 41,1% responderam raramente ou às vezes (N=107). Assim, 54,2% (58/107) dos doentes precisavam de ajuda. Destes 58 doentes, 46 justificaram a sua necessidade de ajuda: 1 caso por analfabetismo (2,2%); 20 casos por dificuldade de compreensão (43,5%); 15 casos por comprometimento da acuidade visual (32,6%); 3 casos por dificuldade de compreensão e limitação visual coexistentes (6,5%) e 7 casos por outros motivos (15,2%),

RESULTADOS

nomeadamente, má caligrafia dos médicos (3 casos), perda de interesse (1 caso) ou falta de paciência (1 caso), precaução (1 caso) e evitar tomar conhecimento dos possíveis efeitos secundários dos fármacos (1 caso).

Relativamente ao cálculo do **índice de literacia** (0-19 pontos), obteve-se um índice médio de $11,79 \pm 3,40$ (3-19) pontos.

Medicação

Os doentes eram seguidos na consulta de nefrologia em média desde há $12,44 \pm 9,35$ (0-39) anos (N=100), dos quais 57,9% na consulta pós-transplante renal.

Dos 107 doentes, 96,3% tomavam **medicação crónica**, com um **tempo médio de toma** de $14,43 \pm 10,46$ (0,1-43) anos (N=96). O **número médio de fármacos** tomados diariamente foi de $7,66 \pm 3,36$ (1-16) (N=99).

Na maioria dos casos, o próprio doente era o responsável **pela toma da medicação** (87,5%) e nos restantes 12,5% dos casos essa responsabilidade era assumida por familiares (N=104). Dos 91 doentes que se assumiram como responsáveis pela toma da medicação, 89 assinalaram o **modo de identificação dos fármacos a tomar**: 76,4% “lendo o nome escrito na embalagem”, 22,5% “pelas características da embalagem” e apenas 1,1% “pelas características dos comprimidos ou cápsulas”. Ainda relativamente à **toma da medicação**, 66,3% dos doentes “retiravam os comprimidos ou cápsulas das respetivas embalagens no momento das tomas”, enquanto os restantes 33,7% “preparavam antecipadamente todos os medicamentos a tomar diariamente ou semanalmente, usando uma caixa própria para o efeito” (N=104).

O **índice médio de conhecimento sobre a medicação** (0-4 pontos) foi de $2,95 \pm 1,03$ pontos, correspondendo a uma percentagem média de conhecimento sobre a medicação de $73,85 \pm 25,79$ (N=105). A análise isolada de cada parâmetro usado no cálculo do índice revelou para 1. parâmetro “**nome do fármaco**” (pontuação - 0 a 1), uma pontuação média de $0,91 \pm 0,18$ pontos; 2. parâmetro “**indicação do fármaco**” (pontuação - 0 a 1), uma pontuação média de $0,70 \pm 0,28$ pontos; 3. parâmetro “**dose por unidade**” (pontuação - 0 a 0,5), uma pontuação média de $0,37 \pm 0,16$ pontos; 4. parâmetro “**número de unidades por toma**” (pontuação - 0 a 0,5), uma pontuação média de $0,46 \pm 0,11$ pontos; e 5. parâmetro “**número de tomas diárias**” (pontuação - 0 a 1), uma pontuação média de $0,94 \pm 0,20$ pontos. A pontuação total média por fármaco (0-4) foi de $3,39 \pm 0,64$.

RESULTADOS

Sobre a **percentagem de adesão e cumprimento terapêutico**, obteve-se uma percentagem média de $98,28 \pm 6,56$ (57,1 - 100%, N=94). Na maioria dos casos (86,2%) constatou-se uma adesão total à terapêutica.

Para o **preenchimento das tabelas** sobre fármacos, 46,7% dos doentes usaram unicamente a sua memória, enquanto 11,4% e 28,6% consultaram, respetivamente, as embalagens dos medicamentos (ou recortes das mesmas) ou um documento escrito; 1 doente (0,9%) referiu ter consultado ambas as fontes de informação; 10,5% dos doentes usaram a memória apesar de terem o documento escrito e/ou embalagens para mostrar ao médico; 2 doentes (1,90%) preencheram as tabelas recorrendo à informação memorizada pelos seus acompanhantes (n=105). A maioria dos doentes (51,4% - 54 casos) fez-se acompanhar do documento escrito e/ou embalagens dos fármacos. Dos 51 casos restantes, 41 assinalaram o motivo: 34,1% “não sabia que era preciso trazer”; 12,2% “esqueci-me, mas sabia que deveria trazer porque já algum médico ou outro funcionário me tinha pedido”; e 53,7% “outros motivos” (tabela 1). Note-se que nenhum doente assinalou a opção “esqueci-me, mas sabia que deveria trazer porque li no impresso da convocatória para a consulta”.

RESULTADOS

TABELA 1: *Motivos indicados pelos doentes que assinalaram a opção “outro” como resposta à questão “se não trouxe um documento escrito com a informação relativa à medicação que toma, nem as embalagens para mostrar ao médico, indique o motivo”.*

MOTIVO	n (%)
Documento não necessário.	5 (22,7)
Informação registada no processo clínico.	4 (18,2)
Informação conhecida pelo médico.	3 (13,6)
Informação constante de relatório do centro de diálise ou de relatório médico.	2 (9,1)
Informação memorizada.	2 (9,1)
Monoterapia.	2 (9,1)
Informação em carta fechada a entregar ao médico.	1 (4,5)
Medicação inalterada desde a consulta anterior.	1 (4,5)
Consulta não programada (urgência).	1 (4,5)
Documento exposto em casa em quadro na parede.	1 (4,5)
	N = 22

Dos 107 doentes inquiridos, 29 (27,1%) referiram um ou mais eventos associados à medicação (tabela 2). Dentre estes, 55,2% referiram apenas um evento, 24,1% 2 eventos, 13,8% 3 eventos e 6,9% 4 eventos.

TABELA 2

Tabela de frequências das situações associadas a erros na toma da medicação.

SITUAÇÃO – Já me aconteceu...	n (%)
Tomar o medicamento errado por confundir a embalagem e/ou comprimido.	11 (22,0)
Ter efeitos indesejados resultantes de erros na toma da medicação.	10 (20,0)
Um médico prescrever-me um novo medicamento sem me questionar sobre a medicação habitual.	9 (18,0)
Esquecer-me das instruções que o médico me deu, por este me ter facultado a informação apenas por via oral (e não escrita).	5 (10,0)
Tomar a dose errada de um medicamento por não ter compreendido bem as instruções que o médico me deu.	4 (8,0)
Tomar o medicamento errado por me ter sido dispensado na farmácia um medicamento com nome ou dose diferente daquele que o médico me receitou.	3 (6,0)

RESULTADOS

<i>Um médico descobrir que eu andava a tomar medicamentos para o mesmo efeito mas receitados por médicos diferentes.</i>	3 (6,0)
<i>Desistir de tomar um medicamento por não ter percebido bem as instruções que o médico me deu.</i>	3 (6,0)
<i>Ter andado a tomar um medicamento em dose dupla sem querer, por ter em casa duas embalagens diferentes que afinal eram do mesmo medicamento.</i>	2 (4,0)

N = 50

A maioria dos utentes (59,8%) não solicitou ajuda por parte da investigadora para o preenchimento das tabelas relativas aos fármacos ou do questionário na sua totalidade.

ANÁLISE INFERENCIAL*Literacia*

A idade média dos doentes com índice de literacia baixo ou médio-baixo (n=44) foi de 55,20±13,96 anos, significativamente superior à dos doentes com índice de literacia médio-alto ou alto (n=39) que foi de 45,85±14,99 anos [t(82)=0,858; p<0,05 (significância bilateral)].

As mulheres (n=33) tinham um índice médio de literacia (12,18±3,72) superior ao dos homens (n=51; 11,53±3,18), diferença não estatisticamente significativa [t(82)=0,858; p>0,05 (significância bilateral)].

Havia diferenças significativas no índice de literacia entre os doentes que solicitaram (n=29) ou não (n=55) a ajuda da investigadora para o preenchimento do questionário (9,55±2,77 pontos vs 12,96±3,11 pontos, respetivamente) [t(82)=4,959; p<0,001 (significância bilateral)]. À questão “com que frequência precisa de ter alguém a ajudá-lo(a) quando lê instruções, panfletos ou outro material escrito do seu médico ou farmácia?” 45% (22/49) dos doentes que responderam “nunca”, 15% (4/27) dos que responderam “raramente”, 35% (6/17) dos que responderam “às vezes” e 79% (11/14) dos que responderam “sempre” pediram ajuda para o preenchimento deste questionário [X²(3)=16,434; p=0,001 (significância bilateral); N=107].

Conhecimento sobre a Medicação

O índice médio de conhecimento sobre a medicação nas mulheres ($2,89 \pm 1,12$ pontos; $n=42$) não foi significativamente diferente do observado nos homens ($2,99 \pm 0,98$ pontos; $n=65$), [$t(105)=0,491$; $p>0,05$ (significância bilateral)]. Comparando os grupos com índice de literacia baixo/médio-baixo *versus* médio-alto/alto observou-se que os primeiros tinham um índice médio de conhecimento sobre a medicação de $3,22 \pm 0,85$ pontos ($n=45$), significativamente superior ao do grupo com maior literacia, $2,50 \pm 1,25$ pontos ($n=39$), [$t(66)=3,076$; $p<0,05$ (significância bilateral)].

Os doentes com melhor índice médio de conhecimento sobre a medicação (superior à mediana) tinham um tempo médio de seguimento em consulta de nefrologia ($13,13 \pm 9,63$ anos; $n=50$) superior ao dos doentes com pior índice médio ($11,8 \pm 9,10$ anos; $n=50$) embora a diferença não apresentasse significado estatístico [$t(98)=0,734$; $p>0,05$ (significância bilateral)]. O mesmo se observou entre os índices médios de conhecimento sobre a medicação dos doentes responsáveis pela toma da mesma ($3,02 \pm 0,96$ anos; $n=91$) e dos que referiram que essa responsabilidade estava atribuída a um familiar ($3,11 \pm 0,78$ anos; $n=13$), [$t(102)=0,336$; $p>0,05$ (significância bilateral)].

Os doentes que se fizeram acompanhar de documento escrito com informação da medicação e/ou embalagens dos fármacos obtiveram um índice médio de conhecimento sobre a medicação ($3,42 \pm 0,49$ pontos; $n=54$) significativamente superior ao daqueles que o não fizeram ($2,75 \pm 1,13$ pontos; $n=51$) e que preencheram as tabelas relativas aos fármacos apenas com recurso à memória (do próprio ou acompanhantes), [$t(67)=4,973$; $p<0,001$ (significância bilateral)]. O índice médio de conhecimento sobre a medicação também diferiu significativamente entre os doentes que solicitaram ($3,38 \pm 0,50$ pontos; $n=43$) ou não ($2,67 \pm 1,19$ pontos; $n=64$) a ajuda da investigadora para o preenchimento do questionário [$t(91)=4,236$; $p<0,001$ (significância bilateral)].

O índice médio de conhecimento sobre a medicação entre os doentes que referiram eventos associados à medicação ($3,02 \pm 0,98$ pontos; $n=29$) e os que não referiram ($2,93 \pm 1,05$ pontos; $n=78$) não diferiu significativamente [$t(105)=0,429$; $p>0,05$ (significância bilateral)].

Adesão e Cumprimento Terapêutico

Os homens (n=54) apresentaram uma percentagem média de adesão e cumprimento terapêutico ($98,6 \pm 6,0$) ligeiramente superior à das mulheres ($97,9 \pm 7,3$; n=40), não estatisticamente significativa [$t(92)=0,539$; $p > 0,05$ (significância bilateral)]. O mesmo se verificou entre as percentagens médias de adesão e cumprimento terapêutico dos doentes que vivem sós ($98,9 (\pm 3,2)$; n=9) e dos que vivem com familiares ($98,2 \pm 6,8$; n=85), [$t(71)=1,047$; $p > 0,05$ (significância bilateral)].

A proporção de doentes transplantados não diferiu significativamente entre aqueles com adesão terapêutica total [0,60(49/81)] ou parcial [0,46(6/13)], [$\chi^2(1)=0,450$; $p > 0,05$ (significância bilateral); N=94].

Os 77 doentes com adesão terapêutica total apresentavam um tempo médio de seguimento em consulta de nefrologia ($12,4 \pm 9,1$ anos) inferior ao dos doentes com adesão parcial ($13,5 \pm 10,7$ anos, n=12) mas o tempo médio de toma de medicação crónica era inferior nestes últimos ($13,9 \pm 7,3$ vs $14,5 \pm 10,9$ anos). Estas diferenças não foram estatisticamente significativas [$t(87)=0,378$; $p > 0,05$ e $t(87)=0,170$; $p > 0,05$ (significância bilateral), respetivamente]. A diferença entre o número médio de fármacos diferentes tomados diariamente também não diferiu significativamente entre os doentes com adesão total ($5,44 \pm 1,29$) ou parcial ($4,92 \pm 1,93$), [$t(14)=0,939$; $p > 0,05$ (significância bilateral)]. Os doentes com adesão terapêutica total (n=81) tinham um grau de conhecimento sobre a medicação ($79,5 \pm 19,7\%$) superior ao dos doentes com adesão parcial ($72,8 \pm 29,5\%$; n=13) embora a diferença também não fosse estatisticamente significativa [$t(14)=0,787$; $p > 0,05$ (significância bilateral)].

Os doentes que se fizeram acompanhar de documento escrito com a informação relativa à medicação e/ou embalagens dos fármacos obtiveram uma percentagem média de adesão terapêutica ($99,3 \pm 2,8$; n=52) superior à daqueles que o não fizeram ($97,1 \pm 9,2$; n=42) mas não estatisticamente significativa [$t(47)=1,493$; $p > 0,05$ (significância bilateral)].

A adesão à terapêutica não diferiu significativamente entre os mais (n=33) e menos literados (n=40): $96,8 \pm 8,5$ vs $98,6 \pm 6,3$ respetivamente [$t(71)=1,047$; $p > 0,05$ (significância bilateral)].

As percentagens médias de adesão e cumprimento terapêutico dos doentes que referiram ($98,0 \pm 7,8\%$; n=26) ou não ($98,3 \pm 6,0$; n=68) eventos associadas à medicação não diferiram significativamente [$t(92)=0,254$; $p > 0,05$ (significância bilateral)].

Eventos associados à Medicação

Não se observou associação entre o género e a ocorrência de eventos associados à medicação [$X^2(1)=3,362$; $p>0,05$ (significância bilateral); $N=107$].

Os doentes com história de eventos associados à medicação ($n=23$) tinham um índice médio de literacia inferior ao daqueles sem história desses eventos ($n=61$), $10,78 \pm 2,68$ vs $12,16 \pm 3,58$ pontos, diferença essa não estatisticamente significativa [$t(53)=1,912$; $p>0,05$ (significância bilateral)].

A proporção de doentes com história de eventos associados à medicação não diferiu significativamente entre aqueles que referiram identificar os fármacos a tomar “lendo o nome escrito na embalagem” [0,25 (17/68)] e os que referiram fazê-lo “pelas características das embalagens” ou “dos comprimidos ou cápsulas” [0,38(8/21)], [$X^2(1)=0,791$; $p>0,05$ (significância bilateral); $N=89$]. A proporção de doentes com história desses eventos também não diferiu significativamente entre aqueles que referiram “retirar os comprimidos ou cápsulas das respetivas embalagens no momento das tomas” [0,30 (21/69)] e os que referiram “preparar antecipadamente todos os medicamentos a tomar diariamente ou semanalmente, usando uma caixa própria para o efeito” [0,23 (8/35)], [$X^2(1)=0,340$; $p>0,05$ (significância bilateral); $N=104$].

Os doentes com história de eventos associados à medicação ($n=29$) tomavam um número médio diário de fármacos ($7,79 \pm 3,35$) superior ao daqueles sem história desses eventos ($7,60 \pm 3,38$; $n=70$), embora a diferença não fosse estatisticamente significativa [$t(97)=0,259$; $p>0,05$ (significância bilateral)].

DISCUSSÃO

Neste estudo pretendeu-se avaliar o conhecimento sobre a medicação crónica em doentes da CE de Nefrologia do CHP, bem como estudar a relação entre literacia, conhecimento sobre a medicação e adesão terapêutica.

A revisão da literatura indica-nos que a baixa literacia, a função cognitiva diminuída e o número elevado de fármacos são fatores independentes associados a um pior conhecimento sobre o regime terapêutico (4,5). No presente estudo constatou-se que, contrariamente ao esperado, os doentes com nível de literacia baixo ou médio-baixo obtiveram um melhor índice de conhecimento sobre a medicação. No entanto, tal resultado poderá estar associado a um eventual enviesamento dos dados que será mencionado mais abaixo, aquando da discussão das limitações do estudo.

A literacia em saúde é um fator condicionante da capacidade do doente para cumprir a toma da medicação crónica e para informar da mesma quando necessário. Houve estudos que demonstraram que os doentes com baixa literacia em saúde têm maior dificuldade em compreender informação relativa à medicação e que com maior frequência têm problemas associados à medicação após alta hospitalar (5,10).

No presente estudo, não obstante o baixo grau académico da maioria dos participantes (igual ou inferior ao 6º ano em 51,4% dos casos), obteve-se um índice médio de literacia próximo dos 12 pontos (para um máximo de 19 possíveis). Porém é interessante constatar que embora uma percentagem substancial dos inquiridos (45,8%) tenha referido nunca precisar de ajuda para a leitura de instruções, panfletos ou outro material escrito do seu médico ou farmácia, 45% deles tenham solicitado ajuda à investigadora para o preenchimento do questionário. Implicará tal constatação que tenha havido algum grau de sobrestimação do índice médio de literacia? Ou será que alguns doentes nunca precisam de ajuda porque simplesmente não se interessam pela leitura desse tipo de material? Mais congruente foi a constatação de que os doentes que solicitaram auxílio no preenchimento do questionário apresentavam um índice médio de literacia inferior ao dos que não necessitaram de auxílio.

A idade média dos doentes mais literados foi significativamente inferior à dos menos literados, o que significa que os doentes mais velhos dispõem de uma capacidade mais limitada de, no dia-a-dia, processarem informação escrita de uso corrente contida em material impresso relativo à saúde. Deverão então os médicos empregar especial cuidado na descodificação desse tipo de informação quando em presença de doentes mais velhos.

No presente estudo não se demonstrou que a adesão à terapêutica diferisse significativamente em função do nível de literacia, nem que este fosse significativamente inferior nos doentes com história de eventos associados à medicação comparativamente àqueles sem história desses eventos. Estes resultados foram concordantes com os obtidos num estudo realizado por Mosher *et al.* (2012). Porém, nesse estudo constatou-se que os doentes com baixo nível de literacia em saúde tinham pior conhecimento sobre a medicação (11), resultado que, como já foi referido, é discordante do obtido no presente estudo.

De acordo com estudos citados na literatura revista, a percentagem de doentes seguidos em Cuidados de Saúde Primários incapazes de identificar corretamente o seu regime posológico ronda os 75%, com quase metade (46%) a não ser capaz de indicar corretamente a dose ou o regime de tomas diárias prescritos (12). Embora não diretamente comparáveis, os resultados obtidos no presente estudo pelos utentes da CE de Nefrologia do CHP parecem traduzir um melhor conhecimento sobre a medicação. De notar que a percentagem média de conhecimento sobre a medicação ultrapassou os 73%.

Outros estudos demonstraram que o risco de eventos adversos associados à medicação e de não adesão à terapêutica aumentam com a elevação do número de fármacos tomados diariamente (5,13). Porém, no presente estudo a diferença entre o número médio de fármacos não diferiu significativamente entre os doentes com adesão total ou parcial, nem entre os doentes com ou sem história de eventos associados à medicação, embora os primeiros tomassem em média maior número de fármacos que os segundos.

Na verdade, no que concerne à adesão terapêutica não houve diferenças significativas entre os grupos com adesão total e parcial para nenhuma das variáveis testadas – nomeadamente, tempo médio de seguimento em consulta de nefrologia (superior no grupo com adesão parcial), tempo médio de toma de medicação crónica e índice médio de conhecimento sobre a mesma (superiores no grupo com adesão total). As percentagens médias de adesão e cumprimento terapêutico também não diferiram significativamente entre géneros, entre doentes a viverem sós ou com familiares, entre doentes com ou sem documento escrito com a informação relativa à medicação ou entre doentes sem ou com história de eventos associados à medicação (ainda que sempre superior nos primeiros grupos referidos). A ausência de diferenças estatisticamente significativas era expectável atendendo à elevada percentagem de doentes com adesão total à terapêutica (86,2%) e à elevada percentagem média de adesão, superior a 98% apesar dos 13,8% doentes com adesão parcial. Note-se que a amostra era constituída

maioritariamente por doentes transplantados (57,9%), donde bons níveis de adesão terapêutica eram já esperados (14). Uma associação entre o ser transplantado e a adesão total à terapêutica não ficou no entanto demonstrada.

Num estudo de investigação conduzido por Lenahan *et al.*, a capacidade dos doentes para identificarem os fármacos pelos respetivos nomes foi associada a melhor adesão terapêutica, a melhor controlo da doença crónica e a menor risco de ocorrência de erros na toma da medicação e de hospitalizações, comparativamente ao modo de identificação visual dos fármacos (2). No presente estudo, esta associação entre o modo de identificação dos fármacos a tomar (pelo nome escrito na embalagem ou pelas características desta ou dos comprimidos) e a ocorrência de eventos associados à medicação não foi demonstrada. Importa relembrar que 29 dos 107 doentes que participaram neste estudo referiram a ocorrência de pelo menos 1 deste tipo de eventos. Se é verdade que a prevenção dos erros na toma da medicação deve começar pelo reconhecimento de que estes resultam de múltiplos fatores, ou seja, mais da falha do sistema de cuidados de saúde como um todo do que de atos ou omissões dos indivíduos particulares que o compõem (15), não é menos verdade que nem os doentes nem os médicos se podem demitir da sua quota-parte de responsabilidade no problema. Compete ao médico questionar o doente a propósito da sua medicação habitual antes de lhe prescrever um novo medicamento; fornecer-lhe instruções claras, preferencialmente por escrito, sobre o regime posológico; e testar a sua compreensão relativamente às mesmas. Contudo, tal esforço não contribuirá eficazmente para a redução da ocorrência de erros se o doente não esclarecer as suas dúvidas a propósito da medicação junto do médico prescritor, ou se não fizer uso nem se preocupar em manter atualizado o documento relativo ao regime terapêutico. Importa realçar que ficou demonstrado no presente estudo que os doentes que se fizeram acompanhar desse documento revelaram um melhor conhecimento sobre a medicação.

Outro objetivo do estudo era propor estratégias para promover o melhor conhecimento da medicação pelos doentes e/ou a respetiva comunicação ao médico assistente. Num estudo conduzido em 2013 por Keeble e Cobbe (16), uma frase simples – “por favor traga os seus medicamentos consigo para a consulta de cardiologia” – foi impressa em letras maiúsculas nos cartões de marcação de consulta fornecidos aos doentes, tendo-se verificado um acréscimo substancial da proporção de doentes que levavam os medicamentos (de 15 para 78%). No CHP a convocatória dos doentes para CE é feita através de uma folha A4 com o título “Marcação de Consulta Externa”, na qual constam, para além dos dados relativos à data, hora e local da consulta, um conjunto de “Informações da Direção da Consulta Externa”, entre as quais a seguinte: “não esqueça

relatórios, exames e medicamentos em uso”. No entanto, apesar da clareza do pedido, dentre a considerável proporção de doentes (48,6%) que não se fez acompanhar de documento escrito com informação relativa à medicação e/ou embalagens dos fármacos, nenhum se justificou com a opção “esqueci-me, mas sabia que deveria trazer porque li no impresso da convocatória para a consulta”. Donde se conclui que a mensagem em apreço não está a ser eficazmente veiculada através do impresso da convocatória, sugerindo-se considerar a alteração do mesmo, por forma a tornar mais apelativa a leitura de todas as informações nele contidas. Importa ainda refletir sobre o facto de 34,1% dos doentes terem assinalado a opção “não sabia que era preciso trazer” e de a maioria (53,7%) ter indicado “outros motivos” que, à exceção dos doentes em monoterapia, traduzem uma não compreensão dos potenciais benefícios do uso do documento escrito sobre o regime terapêutico. Conclui-se, portanto, que não basta fornecer o documento ao doente; importa sensibilizá-lo para a utilidade do mesmo, salientando as vantagens que poderão advir da sua utilização.

Num estudo de Martin *et al.* foram fornecidos cartões ilustrados aos doentes contendo variada informação relativa ao regime posológico, nomeadamente representação pictórica de cada comprimido, instruções em linguagem simples e ícones para ajudar o utilizador a compreender melhor a indicação e regime de tomas para cada fármaco. Todos os participantes reconheceram a utilidade dos cartões ilustrados, tendo-se constatado uma melhoria significativa na adesão à terapêutica (17).

Independentemente do modo de transmissão da informação relativa à medicação, o médico deverá adotar uma linguagem simples, se possível adaptada ao nível de literacia do doente (4, 18). Nos casos de nível baixo foi demonstrado que o uso de linguagem concisa promove uma melhor compreensão das instruções (17). Compete ainda ao médico proceder à verificação da compreensão da informação por parte do doente e motivar para a adesão ao tratamento (4, 18).

Um grupo de investigadores do Texas desenvolveu um sistema de correspondência entre um símbolo, uma cor e cada um dos grupos anatómicos principais da *Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC)*, que é uma das classificações mais usadas internacionalmente para classificar moléculas com ação terapêutica. O símbolo do coração e a cor vermelha, por exemplo, foram usados na rotulagem de fármacos do grupo cardiovascular; para o aparelho urogenital, o símbolo da água e a cor amarela foram os escolhidos (19). A classificação ATC é a adotada pela OMS e pela Classificação Farmacoterapêutica Nacional, pelo que a exequibilidade de implementação de um sistema de rotulagem semelhante em Portugal poderia ser equacionada. A correspondência entre fármacos e aparelhos e sistemas facilitaria certamente a

compreensão da indicação dos fármacos, podendo assim contribuir para um melhor conhecimento da medicação e, sobretudo, promover para a diminuição da ocorrência de erros na toma da mesma.

Como todas as investigações por questionário, o presente estudo comporta vantagens e desvantagens relativamente a outras aproximações metodológicas. Comparativamente à entrevista ou à observação direta de comportamentos, a opção por um questionário anónimo auto-ministrado associa-se a menor reatividade por parte dos inquiridos, implicando uma interferência mínima por parte do investigador. Note-se, porém, que esta vantagem foi parcialmente comprometida neste estudo, atendendo a que 40,2% dos utentes solicitaram ajuda por parte da investigadora para o preenchimento do questionário, tendo-se vindo a constatar que estes, apesar de apresentarem um índice de literacia inferior aos dos que não solicitaram ajuda, obtiveram um maior índice de conhecimento sobre a medicação. Donde se conclui que a intervenção da investigadora, ao esclarecer as dúvidas relativas ao preenchimento desses utentes, poderá ter influenciado os resultados. Assim, o índice de conhecimento sobre a medicação dos doentes que não pediram ajuda poderá ter sido subestimado por não terem compreendido corretamente as questões ou as instruções de preenchimento das tabelas relativas aos fármacos. Embora tivesse sido incluído no questionário um exemplo de tabela corretamente preenchida, este não terá sido suficientemente esclarecedor. Conclui-se, então, pela necessidade de reformulação da linguagem adotada nos itens da tabela, procurando torná-la mais facilmente compreensível por todos os utentes, independentemente do seu grau de literacia: substituir, por exemplo, “dose por unidade” por “quantas mg tem cada comprimido?; “nº de unidades por tomas” por “quantos comprimidos toma de cada vez?” e “nº de tomas diárias” por “quantas vezes por dia toma esse medicamento?”. A realização de um pré-teste a uma pequena amostra de utentes da CE de Nefrologia do CHP poderia ter contribuído para a deteção prévia deste problema, permitindo a minimização do seu impacto.

No que concerne a desvantagens inerentes aos estudos de investigação por questionário, importa fazer referência à problemática geral da validade das conclusões obtidas nos estudos por questionário: ao contrário do que acontece nas investigações de tipo experimental, em que a manipulação dos fatores experimentais e o controlo dos fatores classificatórios e dos pseudofatores permitem garantir a validade interna das conclusões, nas investigações por questionário, de cariz não experimental, só em condições muito especiais é possível afirmar, inequivocamente, a corroboração de hipóteses teóricas que explicitem relações de causalidade entre os respetivos termos.

A adesão à medicação, por exemplo, por ter sido medida com base no auto-relato e não através formas de medição mais objetivas, pode ter sido sobrestimada. Note-se porém que, tal como argumentam Osborn *et al.*, vários estudos sugerem que as medidas de auto-relato permitem uma medição precisa da adesão terapêutica (9).

Outra limitação do estudo prendeu-se com a imposição de um número máximo de 6 fármacos inquiridos por doente, uma vez que se supõe que os respondentes terão tendido a selecionar os fármacos relativamente aos quais dispunham de informação mais completa, podendo tal facto ter contribuído para uma sobrestimação do índice de conhecimento sobre a medicação. Contudo, a não imposição da regra em apreço teria a desvantagem de aumentar substancialmente o tempo de preenchimento do questionário no caso dos doentes a tomar mais de 6 fármacos; note-se que número de fármacos tomados diariamente variou até um máximo de 16. Agora que se conhece o número médio de fármacos – $7,66 \pm 3,36$, parece lícito elevar para 8 o número máximo de fármacos a inquirir por doente numa eventual aplicação futura do questionário.

Finalmente, importa reconhecer que uma amostra de maior tamanho teria permitido retirar conclusões mais facilmente generalizáveis a outros grupos com as mesmas características. Considera-se, no entanto, que apesar das limitações referidas os dados obtidos permitiram cumprir os objetivos propostos, bem como contribuir para apontar direções de investigação futura, nomeadamente avaliação do benefício da implementação de estratégias de promoção de um melhor conhecimento da medicação.

Concluindo, o presente estudo demonstrou que a utilização de um documento escrito com a informação relativa ao regime terapêutico está associada a um melhor conhecimento sobre a medicação, achado este com implicações clínicas importantes. Sempre que os doentes não se façam acompanhar do documento em apreço, o médico terá de completar e validar a informação fornecida pelo doente através de outras fontes de informação, como familiares ou registos clínicos da própria instituição ou doutras entidades prestadoras de cuidados de saúde. Caso contrário, a eficácia e a segurança do regime terapêutico poderão ficar comprometidas.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Idalina Beirão, pela sua disponibilidade para uma orientação pedagógica e científica verdadeiramente transversal, guiando-me em todas as fases do trabalho de investigação, desde o levantamento do problema à redação final do artigo de investigação médica.

À Professora Doutora Corália Vicente, pelo apoio na análise estatística dos dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marin MJ, Cecílio LC, Perez AE, Santella F, Silva CB, Filho JR, et al. Use of medicines by the elderly in a Family Health Program unit in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(7):1545-1555.
2. Lenahan JL, McCarthy DM, Davis TC, Curtis LM, Serper M, Wolf MS. A Drug by Any Other Name: Patients' Ability to Identify Medication Regimens and Its Association With Adherence and Health Outcomes. *Journal of Health Communication* 2013; 18:31-39.
3. Wolf MS, Curtis LM, Waite K, Bailey SC, Hedlund LA, Davis TC, et al. Helping Patients Simplify and Safely Use Complex Prescription Regimens. *Arch Intern Med* 2011; 171(4):300-305.
4. Cameron KA, Ross EL, Clayman ML, Bergeron AR, Federman AD, Bailey SC, et al. Measuring patients' self-efficacy in understanding and using prescription medication. *Patient Educ Couns* 2010; 80(3):372-376.
5. Marvanova M, Roumie CL, Eden SK, Cawthon C, Schnipper JL, Kripalani S. Health Literacy and Medication Understanding among Hospitalized Adults. *J Hosp Med* 2011; 6(9):488-493.
6. Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Family Practice* 2006; 7:21.
7. Sayah FA, Williams B, Johnson JA. Measuring Health Literacy in Individuals With Diabetes: A Systematic Review and Evaluation of Available Measures. *Health Education & Behavior* 2012; 40(1):42-55.
8. Jeppesen KM, Coyle JD, Miser WF. Screening Questions to Predict Limited Health Literacy: A Cross-Sectional Study of Patients With Diabetes Mellitus. *Annals of Family Medicine* 2009; 7:24-31.
9. Osborn CY, Wallston, KA, Shpigel A, Cavanaugh K, Kripalani S, Rothman RL. Development and validation of the General Health Numeracy Test (GHNT). *Patient Education and Counseling* 2013; 91:350-356.
10. Davis TC, Wolf MS, Bass III PF, Thompson JA, Tilson HH, Neuberger M, et al. Literacy and Misunderstanding Prescription Drug Labels. *Ann Intern Med* 2006; 145:887-894.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

11. Mosher HJ, Lund BC, Kripalani S, Kaboli PJ. Association of Health Literacy With Medication Knowledge, Adherence, and Adverse Drug Events Among Elderly Veterans. *Journal of Health Communication* 2012; 17:241-251.
12. Bailey SC, Oramasionwu CU, Wolf MS. Rethinking Adherence: A Health Literacy-Informed Model of Medication Self-Management. *Journal of Health Communication* 2013; 18:20-30.
13. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A Systematic Review of Barriers to Medication Adherence in the Elderly: Looking Beyond Cost and Regimen Complexity. *Am J Geriatr Pharmacother* 2011; 9(1):11-23.
14. Weng FL, Chandwani S, Kurtyka KM, Zacker C, Chisholm-Burns MA, Demissie K. Prevalence and correlates of medication non-adherence among kidney transplant recipients more than 6 months post-transplant: a cross-sectional study. *BMC Nephrology* 2013; 14:261.
15. Grissinger MC, Globus NJ, Fricker MP. The Role of Managed Care Pharmacy in Reducing Medication Errors. *J Managed Care Pharm* 2003; 9:62-65.
16. Keeble W, Cobbe SM. Patient recall of medication details in the outpatient clinic. Audit and assessment of the value of printed instructions requesting patients to bring medications to clinic. *Postgrad Med J* 2002; 78:479-482.
17. Martin D, Kripalani S, DuPapau VJ. Improving Medication Management among At-risk Older Adults. *J Geront Nurs* 2012; 38(6):24-37.
18. Safer RS, Keenan J. Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *American Family Physician* 2005; 72:463-468.
19. Cardarelli R, Mann C, Fulda KG, Balyakina E, Espinoza A, Lurie S. Improving accuracy of medication identification in na older population using a medication bottle color symbol label system. *BMC Family Practice* 2011; 12:142.

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO DO CONHECIMENTO SOBRE A MEDICAÇÃO E ADESÃO E CUMPRIMENTO TERAPÊUTICO**Instruções de Preenchimento**

1. Leia atentamente cada questão.
2. Se não compreender o que lhe é perguntado, solicite esclarecimento por parte do responsável pela aplicação do questionário.
3. Não há respostas certas ou erradas, nem respostas que causem uma boa ou má impressão sobre si.
4. Responda com a maior franqueza e sinceridade – o questionário é anónimo.
5. Conforme aplicável, complete os espaços a sublinhado, complete as tabelas ou assinale com um X a quadrícula ou círculo numerado correspondente à sua opção. No caso de desejar alterar a sua resposta, desenhe uma circunferência em torno do X que pretende anular e assinale a nova opção.

Data: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____ anos

Género: masculino feminino Situação profissional: empregado(a) desempregado(a) baixa médica reformado

outra: _____

Profissão: _____

Estatuto socioeconómico: baixo médio elevado Reside em habitação própria? sim não Com quem vive? só com familiares com cuidador(a) num lar

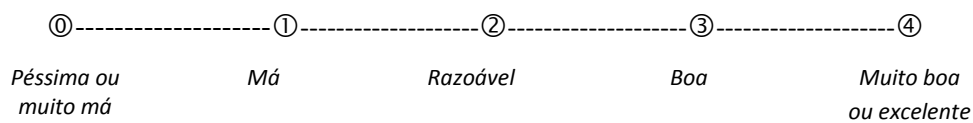
outros: _____

DADOS SOBRE LITERACIA

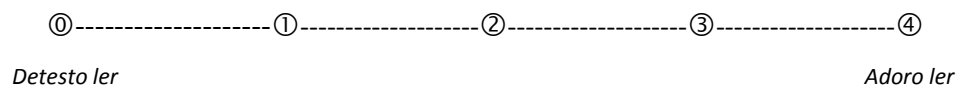
Grau académico:

- pós-graduação, mestrado pré-Bolonha, doutoramento ou pós-doutoramento
- licenciatura ou mestrado integrado 9º ano completo
- bacharelato 6º ano completo
- 12º ano completo 4º ano ou inferior

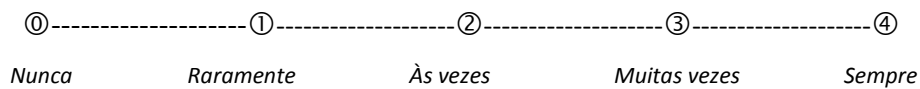
Capacidade de leitura (autoavaliação):



Gosto pela leitura:



Com que frequência precisa de ter alguém a ajudá-lo(a) quando lê instruções, panfletos ou outro material escrito do seu médico ou farmácia?



Porquê? Não sei ler.

Não compreendo bem o que lá está escrito.

Vejo mal.

Outro motivo: _____

DADOS SOBRE A MEDICAÇÃO

Há quanto tempo é seguido(a) na consulta de nefrologia? _____

É transplantado(a)? sim não Toma medicação crónica? sim não

Se sim, há quanto tempo? _____

Quem é o responsável pela toma da sua medicação?

o(a) próprio(a) familiar cuidador outro: _____

Se respondeu “o(a) próprio(a)”, indique:

Como identifica os medicamentos a tomar:

 lendo o nome escrito na embalagem pelas características da embalagem (tamanho, cores...) pelas características dos comprimidos ou cápsulas (tamanho, forma, cor...) outra: _____

Como faz para tomar os medicamentos:

 Retira os comprimidos ou cápsulas das respetivas embalagens no momento das tomas. Prepara antecipadamente todos os medicamentos a tomar diariamente ou semanalmente, usando uma caixa própria para o efeito.

Quantos medicamentos diferentes toma por dia? _____

Para cada um dos medicamentos que toma, indique:

EXEMPLO

Nome: <i>Sinvastatina</i>
Indicação (para que serve): <i>Hipercolesterolemia</i>
Dose por unidade: <i>20 mg</i> Nº de unidades por toma: <i>1</i> Nº de tomas diárias: <i>1</i>
Na última semana tomou corretamente a medicação em <u>6</u> dos 7 dias da semana.

1. Nome:
Indicação (para que serve):
Dose por unidade: Nº de unidades por toma: Nº de tomas diárias:
Na última semana tomou corretamente a medicação em _____ dos 7 dias.

2. Nome:
Indicação (para que serve):
Dose por unidade: Nº de unidades por toma: Nº de tomas diárias:
Na última semana tomou corretamente a medicação em _____ dos 7 dias.

3. Nome:
Indicação (para que serve):
Dose por unidade: Nº de unidades por toma: Nº de tomas diárias:
Na última semana tomou corretamente a medicação em _____ dos 7 dias.

4. Nome:
Indicação (para que serve):
Dose por unidade: Nº de unidades por toma: Nº de tomas diárias:
Na última semana tomou corretamente a medicação em _____ dos 7 dias.

5. Nome:
Indicação (para que serve):
Dose por unidade: Nº de unidades por toma: Nº de tomas diárias:
Na última semana tomou corretamente a medicação em _____ dos 7 dias.

6. Nome:
Indicação (para que serve):
Dose por unidade: Nº de unidades por toma: Nº de tomas diárias:
Na última semana tomou corretamente a medicação em _____ dos 7 dias.

Para o preenchimento das tabelas acima:

- Usou a sua memória.
- Consultou as embalagens dos medicamentos (ou recortes das embalagens) que trouxe para a consulta.
- Consultou um documento escrito que trouxe para a consulta.
- Usou a memória mas também trouxe documento escrito e/ou as embalagens para mostrar ao médico.
- Outra: _____

Se não trouxe um documento escrito com a informação relativa à medicação que toma, nem as embalagens para mostrar ao médico, indique o motivo:

- Não sabia que era preciso trazer.
- Esqueci-me, mas sabia que deveria trazer porque já algum médico ou outro funcionário me tinha pedido.
- Esqueci-me, mas sabia que deveria trazer porque li no impresso da convocatória para a consulta.
- Outro: _____

Sobre erros na toma da medicação, assinale todas as opções verdadeiras:

- Já me aconteceu tomar o medicamento errado por confundir a embalagem e/ou comprimido.
- Já me aconteceu tomar o medicamento errado por me ter sido dispensado na farmácia um medicamento com nome ou dose diferente daquele que o médico me receitou.
- Já me aconteceu tomar a dose errada de um medicamento por não ter compreendido bem as instruções que o médico me deu.
- Já me aconteceu esquecer-me das instruções que o médico me deu, por este me ter facultado a informação apenas por via oral (e não escrita).
- Já me aconteceu ter andado a tomar um medicamento em dose dupla sem querer, por ter em casa duas embalagens diferentes que afinal eram do mesmo medicamento.
- Já me aconteceu um médico descobrir que eu andava a tomar medicamentos para o mesmo efeito, mas receitados por médicos diferentes.
- Já me aconteceu desistir de tomar um medicamento por não ter percebido bem as instruções que o médico me deu.
- Já me aconteceu ter efeitos indesejados resultantes de erros na toma da medicação.
- Já me aconteceu um médico prescrever-me um novo medicamento sem me questionar sobre a medicação habitual.

Agradecemos a sua colaboração.