



UNIVERSIDADE D  
**COIMBRA**

Diana Carina Oliveira Soares

**LITERACIA RELACIONADA COM  
MEDICAMENTO: TRADUÇÃO, VALIDAÇÃO E  
APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE RALPH**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, orientado pelo Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e pelo Professor Doutor Rui Cruz apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2021



• U • C •

FEUC FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Diana Carina Oliveira Soares  
2017173069

## **Literacia Relacionada com Medicamento: Tradução, Validação e Aplicação do Questionário RALPH**

Dissertação de Mestrado em Gestão e  
Economia da Saúde, apresentada à  
Faculdade de Economia da Universidade de  
Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientadores:  
Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira  
Professor Doutor Rui Cruz

COIMBRA, Outubro de 2021



## **AGRADECIMENTOS**

Os meus agradecimentos vão para a minha família pela disponibilidade, paciência e horas que nos vimos privados da presença uns dos outros.

Um agradecimento aos meus orientadores Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e Professor Doutor Rui Cruz pela orientação neste estudo.

Por último agradeço as pessoas que não foram mencionadas, mas que me acompanharam de uma forma direta e indireta nesta caminhada em direção á concretização deste estudo.

A todos o meu muito obrigado.

## RESUMO

Nos últimos anos, a literacia em saúde relacionada com os medicamentos tem ganho destaque em Portugal e no mundo, principalmente por se verificarem resultados significativos ao nível da saúde. A presente investigação apresenta-se como um estudo observacional, transversal e analítico tendo como objetivo principal adaptar e validar o Recognize and Address Limited Pharmaceutical Literacy (RALPH) para a população portuguesa, uma vez que permite identificar a literacia relacionada com os medicamentos. Primeiramente, realizamos um pré-teste a 16 utentes de três farmácias em Coimbra, 8 participantes do sexo feminino e 8 do sexo masculino, com uma média de idades de 58,8 ( $DP = 17,7$ ). Após a recolha de dados oficial, obtivemos uma amostra total de 102 indivíduos residentes na Região Centro de Portugal, 70 participantes do sexo feminino e 32 do sexo masculino, com uma média de idades de 47,5 anos ( $DP = 13,82$ ).

O protocolo de investigação envolveu um breve questionário sociodemográfico e o RALPH.

Os resultados indicam que a consistência interna do RALPH é aceitável, revelando adequação do trabalho realizado na adaptação cultural do instrumento para a população portuguesa. Também mostram que a média da nossa amostra apresenta uma maior literacia no domínio crítico.

Com o reconhecimento das limitações identificadas pelos utentes, os profissionais de saúde devem melhorar o apoio através do esclarecimento de dúvidas sobre os medicamentos, o que promoverá o aumento da literacia farmacêutica.

**Palavras-chave:** Literacia em saúde; utilização de medicamentos; farmácia

## **ABSTRACT**

In recent years, health literacy related to medicines has gained detach in Portugal and in the world, mainly because of the results obtained in terms of health. The present investigation is an observational, cross-sectional and analytical study with the main objective is to adapt and validate the Recognize and Address Limited Pharmaceutical Literacy (RALPH) for the Portuguese population, as it allows the identification of drug-related literacy.

First, we performed a pre-test on 16 users of three pharmacies in Coimbra, 8 female and 8 male participants, with a mean age of 58.8 years old ( $SD = 17.71$ ). After official data collection, we obtained a total sample of 102 individuals residing in the Central Region of Portugal, 70 female and 32 male participants, with a mean age of 47.54 years old ( $SD = 13.82$ ).

The investigation protocol involved a brief Sociodemographic Questionnaire and the RALPH.

The results indicate that the internal awareness of RALHP is acceptable, revealing the adequacy of the work carried out in the cultural adaptation of the instrument for the Portuguese population. It also shows that the average of our sample has a higher literacy in the critical domain.

With the recognition of the limitations identified by users, health professionals should improve support by answering questions about medications, which will promote the increase of pharmaceutical literacy.

**Key-words:** Health literacy; medication use; pharmacy

## LISTAS DE TABELAS, FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

<b>Tabela 1.</b> Caracterização Sociodemográfica da Amostra do Pré-Teste ( $n = 16$ ).....	26
<b>Tabela 2.</b> Distribuição das respostas no RALPH – domínio funcional ( $n = 16$ ).....	27
<b>Tabela 3.</b> Distribuição das respostas no RALPH – domínio comunicativo ( $n = 16$ ).....	27
<b>Tabela 4.</b> Distribuição das respostas no RALPH – domínio crítico ( $n = 16$ ).....	28
<b>Tabela 5.</b> Caracterização Sociodemográfica da Amostra ( $n = 102$ ).....	29
<b>Tabela 6.</b> Análise descritiva dos domínios do RALPH ( $n = 102$ ).....	30
<b>Tabela 7.</b> Análise de frequências do grupo farmacoterapêutico ( $n = 102$ ).....	31
<b>Tabela 8.</b> Distribuição das respostas no RALPH – domínio funcional ( $n = 102$ ).....	31
<b>Tabela 9.</b> Distribuição das respostas no RALPH – domínio comunicativo ( $n = 102$ ).....	32
<b>Tabela 10.</b> Distribuição das respostas no RALPH – domínio crítico ( $n = 102$ ).....	33
<b>Tabela 11.</b> Análise de diferenças nos domínios do RALPH em função do sexo.....	33
<b>Tabela 12.</b> Análise da variância nos domínios do RALPH em função da idade.....	34
<b>Tabela 13.</b> Análise da variância nos domínios do RALPH em função do nível de escolaridade.....	35
<b>Tabela 14.</b> Análise de diferenças nos domínios do RALPH em função da situação profissional.....	36
<b>Figura 1.</b> Fluxograma da metodologia de tradução e adaptação cultural (Wild, Grove, Martin, Eremenco, McElroy, Verjee-Lorenz, & Erikson, 2005).....	21
<b>Quadro 1.</b> Níveis de literacia.....	12
<b>Quadro 2.</b> Matriz dos subíndices de LS.....	13
<b>Gráfico 1.</b> Valores da média dos 3 domínios do RALPH.....	30

## LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

AMA - American Medical Association (Associação Médica Americana)  
CS-LS - Cuidados de Saúde (em Literacia em Saúde)  
DGS – Direção-Geral da Saúde  
EUA - Estados Unidos da América  
EMA - Agência Europeia do Medicamento  
HALS - *Health Activities Literacy*  
HLS-EU-Q - *European Health Literacy Survey Questionnaire*  
IGLS - Índice Geral de Literacia em Saúde  
INFARMED, I.P. – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.  
LS - Literacia em Saúde  
NAAL - *National Assessments of Adult Literacy*  
NLM - *National Library of Medicine* (Biblioteca Nacional de Medicina)  
NVS - *Newest Vital Sign*  
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PD-LS - Prevenção de Doenças (em Literacia em Saúde)  
PIB - Produto Interno Bruto  
PNS - Plano Nacional de Saúde  
PS-LS - Promoção da Saúde (em Literacia em Saúde)  
RALPH - *Recognition and Addressing of Limited Pharmaceutical Literacy*  
REALM - *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*  
SNS - Serviço Nacional de Saúde  
TOFHLA - *Test of Functional Health Literacy in Adults*  
UE - União Europeia

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>I</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>II</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>III</b>
<b>LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS</b> .....	<b>IV</b>
<b>LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS</b> .....	<b>V</b>
<b>I. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Epidemiologia do Medicamento</b> .....	<b>5</b>
1.1 Conceito de Medicamento.....	5
1.2 Consumo de Medicamentos .....	6
1.3 Uso Inapropriado de Medicamentos .....	8
<b>2. Literacia em Saúde</b> .....	<b>11</b>
<b>3. Literacia Relacionada com os Medicamentos</b> .....	<b>16</b>
<b>III. METODOLOGIA</b> .....	<b>19</b>
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	<b>25</b>
<b>V. DISCUSSÃO</b> .....	<b>37</b>
<b>VI. CONCLUSÃO</b> .....	<b>41</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>43</b>
<b>APÊNDICES</b>	

## **I. INTRODUÇÃO**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem como missão a promoção do direito do cidadão ao acesso a um profissional de saúde competente, motivado e apoiado por um sistema robusto. Para a OMS é necessário garantir que todos tenham acesso aos cuidados de saúde, à informação ou a ambientes que promovam vidas mais saudáveis (WHO, 2014).

Em Portugal, a melhoria dos cuidados de saúde e das condições de vida em geral verificada nas últimas décadas, permitiu um considerável aumento da longevidade. Atualmente os portugueses vivem, em média, mais cinco anos do que há 20 anos. Para estes resultados, muito contribuiu a melhoria do acesso aos medicamentos. Este setor apresenta atualmente vários desafios devido aos avanços da investigação, que têm permitido disponibilizar tecnologias inovadoras e personalizadas, com ganhos consideráveis em saúde. A introdução desta inovação exige, por parte das entidades nacionais e internacionais, um esforço para equilibrar, por um lado, o acesso dos cidadãos à terapêutica mais adequada e, por outro, a gestão dos orçamentos da saúde, uma vez que estes são finitos.

A rápida evolução científica e tecnológica na área da saúde, em particular nos meios de diagnóstico e das terapêuticas, colocam enormes desafios, como a necessidade de uma utilização racional de tecnologias de saúde assente na relação custo-efetividade. A competitividade do setor farmacêutico e dos dispositivos médicos, a crescente exigência dos profissionais de saúde e dos cidadãos em geral, a pressão permanente dos decisores políticos face ao peso económico das tecnologias da saúde, a exigência das autoridades regulamentares ao nível da transparência ou o combate à falsificação, são apenas alguns dos desafios atuais. Estes desafios exigem respostas capazes de continuar a garantir o acesso dos cidadãos e dos profissionais de saúde a medicamentos e produtos de saúde de qualidade, eficazes e seguros (Ministério da Saúde, 2018). Por isso, as instituições de saúde devem estar organizadas não apenas para a prestação de cuidados de saúde mas também devem ser locais promotores de saúde e de literacia em saúde (LS) (Loureiro & Miranda, 2018).

A OMS, em 1998, definiu a LS como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e aptidões individuais que permitem o acesso, a compreensão e a utilização da informação de modo a promover e manter uma boa saúde.

Ao considerarem esta definição incompleta, Kickbusch, et al. (2006) criaram um novo modelo teórico sobre a LS, acrescentando a componente social e de vida em sociedade, determinando-a assim como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no dia-a-dia, seja em casa, no local de trabalho, na comunidade, no recurso aos serviços de saúde, no mercado de trabalho ou na esfera política.

A capacitação dos indivíduos e comunidades para a gestão de situações de saúde/doença é um elemento fundamental para melhorar o controlo de doenças crónicas e para a criação de ambientes de suporte a práticas saudáveis, em complemento aos cuidados curativos. A probabilidade de melhores resultados no tratamento é maior quando existe uma relação de parceria entre a equipa de saúde, o doente, a sua família e a comunidade. Desta forma compreendemos que é fundamental a acessibilidade a todos de informação correta, sendo um direito dos consumidores conhecer as vantagens e desvantagens dos bens a que podem aceder para a satisfação das suas necessidades em saúde (Loureiro & Miranda, 2018).

Neste sentido, importa salientar que a LS é um determinante fundamental na compreensão da saúde, mas não pode ser vista como um problema individual isolado, mas sim um determinante sistémico que deve ser analisado numa visão holística. O diagnóstico do nível de literacia em saúde da população permite direcionar e alinhar melhor a estratégia, bem como as intervenções de literacia em saúde a serem desenvolvidas. Em particular na adesão do paciente às terapêuticas medicamentosas e a má utilização de medicamentos é uma realidade preocupante hoje em dia, especialmente em pacientes idosos (Christinne et al., 2011; Ng, Chan & Ho, 2017). As situações de baixa adesão à terapêutica e o uso inapropriado dos medicamentos em geral está relacionado com questões de barreira à comunicação e linguagem relacionadas às limitações de escolaridade ou alfabetização (Barros et al., 2014; Christinne et al., 2011; Ng et al., 2017).

Para se empreender cuidados de saúde centrados na pessoa, é particularmente relevante aceder ao conhecimento e compreensão dos doentes acerca da sua doença e do seu tratamento. Assim, este trabalho encontra a sua razão e pertinência numa abordagem individual da pessoa com a doença.

Neste contexto, o presente estudo é um estudo observacional, transversal e analítico. Tem como objetivo principal, para além de analisar o nível de literacia relacionada com o medicamento de uma amostra da população portuguesa, proceder à adaptação cultural e validação para Portugal do Recognize and Address Limited PHarmaceutical literacy (RALPH).

Para o efeito, este trabalho foi estruturado da seguinte forma: na primeira parte foi realizado um enquadramento teórico, onde abordamos o conceito do medicamento, a literacia em saúde e literacia relacionada com o medicamento. Na segunda parte descrevemos às diferentes etapas da metodologia empregue no estudo observacional. Seguidamente apresentamos os resultados e a sua discussão. Finalizamos com a conclusão, as limitações, sugestões para futuros estudos.



## **II. ENQUADRAMENTO TEORICO**

### **1. Epidemiologia do Medicamento**

#### **1.1 Conceito de Medicamento**

O medicamento é um recurso que possuímos para tratamento, cura ou prevenção. Os resultados terapêuticos são influenciados de como é utilizado. A utilização de medicamentos necessita de conhecimento sobre a dose, dosagem, duração do tratamento, indicação terapêutica e prevenções de riscos para que o tratamento seja eficaz prevenindo reações adversas. O baixo nível de conhecimento sobre medicamento causa baixa adesão terapêutica e menor uso dos benefícios terapêuticos (Brito et al., 2012; Morais e Cruz, s.d.).

Com a idade o consumo de medicamentos aumenta significativamente, influenciada pelo diagnóstico de doenças crónicas (Brito et al., 2012).

O incessante progresso técnico e científico trouxe novas armas terapêuticas quer para os novos problemas de saúde, quer para os problemas mais antigos. Esta evolução científica associada à produção industrial massiva dos medicamentos permitiu aumentar a acessibilidade das pessoas aos medicamentos com impactos significativos na prestação dos cuidados de saúde e na qualidade de vida das populações. Contudo, a utilização massiva dos medicamentos coloca às autoridades que aprovam a entrada dos medicamentos no mercado enormes desafios do ponto de vista de segurança para quem utiliza os medicamentos. Neste sentido, o medicamento de uso humano está sujeito a padrões de qualidade, segurança e eficácia, que garantam uma relação benefício risco suscetível de poder ser utilizado.

As entidades que garantem estes padrões de qualidade, segurança e eficácia, no contexto europeu são a Agência Europeia do Medicamento (EMA) e a nível de Portugal é Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED, I. P.). Estes padrões de qualidade, segurança e eficácia, são alicerçados na atuação conjunta dos responsáveis pela sua colocação no mercado, designadamente, a indústria farmacêutica e pelas autoridades regulamentares competentes nacionais e comunitárias.

Neste sentido, o medicamento é uma tecnologia de saúde altamente regulada e que tem o seu conceito perfeitamente definido em Portugal no Decreto-Lei n.º 176/2006, de

30 de agosto (Estatuto do Medicamento). Este diploma legal que transpõe para o direito português as regras europeias estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano em Portugal e define Medicamento como: *“Toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas.”* (Estatuto do Medicamento, 2006).

Os medicamentos aprovados quer pela EMA quer pelo INFARMED, I. P., bem como o acesso dos cidadãos aos medicamentos genéricos ou inovações terapêuticas têm contribuído para ganhos significativos em saúde para as populações, uma vez que se trata de soluções seguras, com qualidade e com uma boa relação custo-efetividade, ganhando um estatuto importante no âmbito da saúde.

Em Portugal Continental existem cerca de três farmácias comunitárias por cada dez mil habitantes, tendo-se registado um aumento nos últimos anos em resultado da abertura de novas farmácias bem como da transformação de postos farmacêuticos móveis em farmácias (Ministério da Saúde, 2018).

Parece evidente que a maior acessibilidade dos cidadãos aos medicamentos, contribuiu para a redução da mortalidade por doenças cardiovasculares, principal causa de morte em Portugal, bem como permitiu controlar outras patologias crónicas, como a diabetes mellitus, hipertensão arterial e a dislipidémia (Ministério da Saúde, 2018).

Compreendemos então que a forma como o medicamento é usado é determinante para a efetividade do tratamento pretendido. Por isso, a compreensão dos padrões de utilização dos medicamentos é essencial para o planeamento e estabelecimento de melhorias nos serviços de saúde (Costa et al., 2008). No entanto, ainda existem problemas de saúde associados ao seu uso inadequado, sendo por isso relevante abordar o consumo e uso do medicamento, bem como o conhecimento sobre o medicamento (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2008).

## **1.2 Consumo de Medicamentos**

A adesão terapêutica é o processo no qual os utentes administram os próprios medicamentos de acordo com a prescrição. Este processo de adesão abrange quatro fases: a iniciação (momento em que é administrada a primeira medicação prescrita), a

implementação (a administração corresponde ao regime terapêutico prescrito da primeira a última toma), a interrupção (utente deixa de tomar o medicamento prescrito) e a persistência (período de tempo entre o início e última administração antes da alteração) (Brito et al., 2012; Morais & Cruz, s.d.).

O envelhecimento populacional em Portugal é uma realidade preocupante, que aliada ao aumento da esperança média de vida, tornou Portugal um dos países europeus mais envelhecidos do mundo (Guadalupe & Cardoso, 2018; Nunes, 2017).

Os idosos constituem um grupo populacional socialmente vulnerável, devido aos elevados níveis de perda de autonomia (Guadalupe & Cardoso, 2018) e à maior incidência e prevalência de patologias crónicas, fazendo com que os idosos sejam os principais consumidores de cuidados de saúde em geral e dos medicamentos em particular.

Em Portugal, os números de 2017 apontam que cada português adquiriu uma média de 16 embalagens de medicamentos, sendo quase metade do total de medicamentos consumidos por cidadãos com mais de 80 anos e perto de 60% a mulheres (Ministério da Saúde, 2018).

O termo polifarmácia ou polimedicação surgiu a primeira vez na literatura médica há mais de um século e meio (Duerden et al., 2013), tendo sido criado para explicar certas questões relacionadas com o consumo múltiplo de medicamentos, bem como o uso excessivo dos mesmos. Desde então, este conceito tem sido explorado em diversos estudos científicos e com diferentes definições, não existindo uma definição consensual (Masnoon et al., 2017).

Para se compreender melhor o problema da definição de polimedicação, Masnoon et al. (2017) encontrou um total de 138 definições de polifarmácia e termos associados.

A automedicação é uma das principais causas de polimedicação, assim como a existência de diversos medicamentos sem receita médica, o que agrava esta problemática. Outros problemas relacionados com a utilização de medicamentos incluem a baixa alfabetização em geral ou a baixa LS (Hajjar et al., 2007; Williams et al., 2008).

No que respeita à polimedicação, esta pode ser definida quantitativamente, geralmente com o consumo de cinco ou mais fármacos em simultâneo, ou qualitativamente, através da utilização de mais medicamentos do que os indicados (Teixeira, 2017).

A polimedicação é um dos principais problemas associados à toma de medicamentos por pessoas idosas, resultando habitualmente, nas múltiplas comorbilidades presentes. Apesar do elevado número de medicamentos envolver uma ampliação do risco de reações

adversas, internamentos hospitalares e problemas de adesão à terapêutica, entre outros, estas situações não devem ser ignoradas, mas sim devidamente supervisionadas, porque a polimedicação é efetivamente necessária para o tratamento e gestão da doença crónica nesta faixa etária (Hammond & Wilson, 2013).

Segundo Mortazavi et al. (2016), a polifarmácia atualmente continua a ser um problema comum. Múltiplas investigações têm-se debruçado a estudar este conceito e os seus correlatos, usando diferentes abordagens e definições e os seus resultados têm-se revelado inconclusivos. Sendo fundamental o estabelecimento de uma definição adequada no que respeita à polifarmácia ou polimedicação.

Em Portugal, o aumento das doenças crónicas justifica em grande parte o elevado consumo de medicamentos. Especificamente em relação aos antibióticos, o nosso país ainda regista um consumo elevado comparativamente à Europa. Também a excessiva utilização de benzodiazepinas e antidepressivos é preocupante, refletindo os problemas ao nível da saúde mental dos portugueses. Para contrariar esta tendência, têm sido realizadas várias campanhas de sensibilização por parte dos cidadãos e dos profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2018).

### **1.3 Uso Inapropriado de Medicamentos**

E considerado uso inadequado de medicamentos quando o paciente não realiza as recomendações do profissional de saúde como por exemplo falha na adesão terapêutica pela demora do início da administração terapêutica, não cumprir com a dosagem e esquema prescrito e alteração precoce da prescrição prescrita. O uso inadequado de medicamentos pode ser considerado um dos principais problemas de saúde pública, representando uma barreira para o sucesso da terapêutica das patologias crónicas. A gestão da adesão terapêutica promove o melhor uso dos medicamentos prescritos para maximizar o potencial e minimizar o risco de danos para o utente e para o sistema de saúde (Brito et al., 2012; Morais e Cruz, s.d.).

O conhecimento sobre o medicamento resulta da informação que cada pessoa tem relativamente ao nome do medicamento, dose, posologia, duração do tratamento, o que fazer em caso de esquecimento, reações adversas, precauções e modo de conservação. 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) obriga o titular do medicamento a um rótulo na embalagem e a inclusão de um folheto informativo contendo os elementos seguintes, pela ordem indicada (Ministério da Saúde, 2006).

No que diz respeito à toma de medicamentos, esta envolve uma sequência de etapas: prescrição, comunicação, dispensa, administração e acompanhamento clínico – o que faz desta um ato complexo e vulnerável às iatrogenias medicamentosas, especialmente nos idosos. A maioria das situações adversas ou uso inapropriado de medicamentos pode ser prevenido na etapa inicial, ou seja, na prescrição (Page et al., 2010).

Os sistemas de saúde carecem que os utentes sejam capazes de usar os medicamentos corretamente. A não adesão terapêutica pode ter consequências negativas para o utente agravando a patologia e para o sistema de saúde, com aumento da morbidade, da mortalidade, dos procedimentos hospitalares e internamentos hospitalares fatores económicos negativos para o sistema de saúde (Pantuzza et al., 2020).

De acordo com a OMS, a adesão é definida como a extensão do comportamento de uma pessoa – cumprindo a medicação, realizando mudanças no estilo de vida para ser saudável, que corresponde às recomendações do profissional de saúde. Os fatores socioeconómicos, a perda de capacidade funcional e cognitiva, complexidade de prescrições médicas (vários medicamentos, várias formas de dosagem, vários horários, várias via de administração) são os principais fatores da não adesão terapêutica o que provoca insegurança do utente, menos eficácia do tratamento e possível aumento de internamentos (Pantuzza et al., 2020).

Os utentes precisam ser capazes de ler os rótulos, compreender a prescrição, interpretar e medir a dose correta para ser administrada e entender para que serve o medicamento para se traduzir num uso de medicamentos benéfico. Também é útil os utentes identificarem uma reação adversa a um medicamento (Pantuzza et al., 2020).

Os medicamentos potencialmente inapropriados para os idosos são definidos como fármacos de risco, dado que podem provocar efeitos colaterais superiores aos benefícios (Gallagher & Mahony, 2008). A população idosa acaba por ter um risco acrescido de efeitos adversos devido às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, gravadas pela polimedicação (Roehl et al., 2006). As particularidades da farmacocinética e da farmacodinâmica do organismo da pessoa idosa tornam esta população muito sensível ao desenvolvimento de reações adversas, o que se expressa em 10% a 20% das causas de internamentos hospitalares agudos (Atkin & Shenfield, 1995).

Alguns dos fatores de risco identificados para a ocorrência destas alterações devem-se a uma prescrição inadequada, uso de medicamentos sem prescrição médica e baixa adesão terapêutica. Relativamente à adesão terapêutica na pessoa idosa, a polimedicação, as múltiplas doses, as alterações cognitivas e as limitações funcionais contribuem para este problema. Até porque a absorção é mais lenta, a idade também interfere com os efeitos da distribuição (volume da distribuição é diminuído devido à massa muscular reduzida e pelo conteúdo total em água), havendo igualmente alterações ao nível do metabolismo e excreção dos medicamentos (o aumento da massa adiposa age como depósito nos medicamentos lipofílicos). Importa ainda salientar que a potência e a duração da ação estão normalmente aumentadas no idoso devido à redução da função hepática e renal (Roehl et al., 2006).

Desta forma compreende-se que um padrão relacionado com o uso inapropriado de medicamentos, associado às doenças e às naturais alterações do envelhecimento desencadeiam frequentemente efeitos colaterais. Acresce ainda, as interações medicamentosas acarretam consequências adversas para os doentes geriátricos (Moura, Acurcio, & Belo, 2009), podendo gerar morbidade e mortalidade significativa, estando igualmente associadas a altos custos económicos (Budnitz et al., 2007).

Na pesquisa efetuada por Laroche et al. (2006) é questionada se a medicação inadequada é a maior causa de reações adversas no idoso, mencionando que a diminuição do número de medicamentos é o principal fator de prevenção, que importa ser associado a uma prescrição adequada, tendo em conta a fragilidade dos idosos. A principal medicação que causa efeitos adversos são os vasodilatadores cerebrais, antidepressivos, benzodiazepinas e o uso simultâneo de dois ou mais fármacos psicotrópicos da mesma classe terapêutica.

No sentido de se obter melhores resultados em saúde, deve encontrar-se um equilíbrio entre a medicação necessária segura e a prevenção dos efeitos adversos. Assim, a abordagem de medicação prescrita ao idoso deve incluir: o menor número de medicamentos e um regime posológico o mais simples possível; evitar fármacos potencialmente lesivos para o idoso e optar pela abordagem em equipa (Roehl et al., 2006).

Também devem ser revista toda a medicação, incluindo a não sujeita a receita médica; avaliar a capacidade cognitiva e suporte social; avaliar a adesão terapêutica; avaliar a história de efeitos adversos anteriores; avaliar o estado nutricional; bem como as capacidades funcionais, sensoriais e afetivas (Fulmer et al., 2003).

Assim, compreende-se que a prevenção e o reconhecimento dos problemas relacionados com os medicamentos nos idosos é umas das principais questões ao nível da qualidade e segurança em cuidados de saúde (Fick et al., 2003).

## **2. Literacia em 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). 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 atualidade em investigar as competências de literacia no contexto da saúde.

O conceito de literacia em saúde (LS) surge em 1974, mas foi somente no final da década de 90 que surgiram as primeiras definições. Este conceito que tem vindo a evoluir de uma definição relacionada com desempenho de determinadas tarefas, numa perspetiva completamente individual, para um conceito que contempla não só a componente pessoal, mas também a componente social do indivíduo. Assume-se como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no seu dia-a-dia, bem como as responsabilidades dessas decisões. Assim, a OMS (1998) definiu literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para obterem, avaliarem e compreenderem a informação sobre os medicamentos, de forma a promoverem e manterem uma boa saúde (Vervloet et al., 2018).

De acordo com Nutbeam (2000), existem três tipos ou níveis de Literacia: Literacia funcional, literacia interativa e literacia crítica (Quadro 1).

### Quadro 1. Níveis de literacia

<b>Literacia funcional</b>	Capacidades básicas necessárias de leitura e escrita para permitir um funcionamento efetivo num contexto de saúde.
<b>Literacia interativa</b>	Capacidades sociais e de literacia mais avançadas que permitem uma participação ativa e autónoma nos cuidados de saúde de forma preventiva, em caso de doença ou condicionantes.
<b>Literacia crítica</b>	Capacidades para analisar de forma crítica a informação, para aumentar a consciência e enfrentar obstáculos num contexto de saúde.

Fonte: Recognizing and Addressing Limited PHarmaceutical Literacy: Development of the RALPH (Vervloet et al., 2018)

Na década de 90, Portugal sentiu a necessidade de conhecer o nível de literacia em saúde da população, tendo para o efeito realizado um estudo de literacia em geral. Esta contribuição inicial foi realizada para aferir o nível de literacia a nível nacional em 1995, revelando que os níveis de literacia em saúde eram baixos ou muito baixos (Benavente et al., 1995). Este estudo mostrou ainda que os idosos, desempregados e domésticas apresentaram níveis mais baixos de literacia.

No final dos anos 90 começaram a surgir nos Estados Unidos os primeiros Personal Health Records, que funcionavam apenas como repositórios estáticos de informação de saúde de cada pessoa. No entanto, este conceito foi evoluindo para Sistemas Personalizados de Informação de Saúde, que são ferramentas de apoio ao conhecimento, promoção da literacia em saúde e gestão da doença, tornando-os instrumentos influentes na promoção da literacia em saúde dos cidadãos e estes mais ativos no que diz respeito às decisões sobre aspetos da sua própria saúde (Tang et al., 2006).

Relativamente aos modelos que representam o conceito de LS, o Institute of Medicine (2004) apresentou um dos mais preponderantes. Este modelo contém quatro constructos básicos: 1) conhecimento cultural e conceitual; 2) informações de saúde impressas (habilidades de escrita e leitura); 3) comunicação em saúde (escuta e fala); e 4) numeracia. Revela, assim, um forte foco nas competências necessárias para que as pessoas obtenham, processem e apliquem informações sobre cuidados médicos. Na época, este modelo atraiu o apoio de muitos investigadores, contudo, atualmente tem-se o conhecimento que o conceito de LS é muito mais complexo (Institute of Medicine Committee on Health Literacy, 2004).

Em 2005, Ilona Kickbusch et al. (2006) definiram LS como a capacidade para tomar decisões fundamentadas no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local e trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades.

De seguida, apresenta-se a Matriz dos subíndices de LS de Sørensen et al. (2012), tendo sido adaptado por Pedro et al. (2016).

**Quadro 2.** Matriz dos subíndices de LS

<b>LS</b>	<b>Aceder/Obter informação para a saúde</b>	<b>Compreender a informação relevante para a saúde</b>	<b>Apreciar/Julgar/Avaliar a informação relevante para a saúde</b>	<b>Aplicar/Utilizar a informação relevante para a saúde</b>
<b>Cuidados de saúde</b>	1) Capacidade de acesso a informação relacionada com problemas médicos ou clínicos	2) Capacidade de compreensão da informação médica e do seu significado	3) Capacidade de interpretação e de avaliação de informações médicas	4) Capacidade de tomar decisões informadas sobre questões médicas
<b>Prevenção da doença</b>	5) Capacidade de acesso a informação sobre fatores de risco	6) Capacidade de compreensão dos fatores de risco e do seu significado	7) Capacidade de interpretação e de avaliação de informações relacionadas com os fatores de risco	8) Capacidade de julgar a relevância das informações sobre fatores de risco
<b>Promoção da saúde</b>	9) Capacidade de atualização sobre questões de saúde	10) Capacidade de compreensão da informação relacionada com a saúde e do seu significado	11) Capacidade de interpretação e de avaliação de informações sobre questões relacionadas com a saúde	12) Capacidade de formar uma opinião consciente sobre questões de saúde

Fonte: Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal (adaptado Pedro et al., 2016; Sørensen et al., 2012)

Assim, compreendemos que Sørensen et al. (2013) propuseram um modelo de LS mais abrangente, pois os modelos anteriores não contavam com o facto de a LS ser um processo contínuo, o qual que envolve consecutivamente aceder, compreender, processar e transmitir informação. Para além disso, e durante muito tempo, a ênfase na área da LS foi dada à capacidade de lidar com os conceitos e números no contexto médico, o que seria necessário alterar de forma a promover uma evolução do modelo/conceito de LS.

O processo sequencial central integrado no modelo de Sørensen et al. (2013) compreende o acesso à informação de saúde, compreender essa informação, integrá-la e

aplicá-la gera conhecimento e competências, as quais permitem ao indivíduo atravessar os três domínios que fazem parte dos cuidados de saúde: (1) cuidados de saúde propriamente ditos, (2) prevenção de doenças e (3) promoção da saúde.

A análise de todos estes modelos permite concluir que o conceito de LS evoluiu bastante desde os anos 70, altura em que foi conceptualizado pela primeira vez, até à atualidade. Foi rapidamente considerado um ponto importante pelos serviços de saúde. Naturalmente, existem outros modelos referentes ao conceito de LS, com abordagens diferentes, mas todos concluem da importância da literacia em saúde para o autocuidado e preservação da saúde individual e coletiva.

Ao longo do nosso percurso de vida, em algum momento precisamos de encontrar, compreender e usar informação e serviços de saúde, pelo que a LS é uma prioridade (DGS, 2019). A LS é uma competência fundamental para que diariamente cada indivíduo tome as melhores decisões, seja ativo e responsável pela saúde (Reis et al., 2012). Elevados níveis de LS permitem à pessoa ter capacidade para tomar decisões de saúde baseadas no dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na navegação no sistema de saúde e no contexto político, possibilitando o aumento do controlo sobre a sua saúde. A evidência científica diz-nos que baixos níveis de LS estão relacionados com um maior número de internamentos e com uma utilização mais frequente dos serviços de urgência e, também, com uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas no campo da saúde, levando a uma diminuição da qualidade de vida (DGS 2019).

No estudo realizado por Espanha et al. (2016), a LS possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde e a sua capacidade para procurar a informação e para assumir responsabilidades. É referenciado que a baixa literacia é fator de deficiente capacidade de compreensão dos conteúdos da informação sobre alimentos e fármacos; má visualização e conceptualização e da estrutura dos cuidados de saúde; menor atitude de promoção de hábitos de vida saudáveis e na adoção de medidas preventivas; maior inadequação da utilização dos serviços de saúde; maior dificuldade de comunicação utente/leigo vs profissional de saúde; piores resultados em saúde.

Além disso, atualmente é evidente que a LS contribui não só para promoção da saúde e prevenção da doença, mas também para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde, sendo assim uma ferramenta fundamental para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (DGS, 2019).

Estudos recentes continuam a demonstrar que baixos níveis de literacia em saúde estão relacionados a determinantes de saúde e sociais negativos, aumentando o risco de maus resultados em saúde (e.g., Vervloet et al., 2018). Estes incluem o aumento das taxas de doenças crónicas, a diminuição do uso dos serviços de saúde, o aumento dos custos em saúde e a mortalidade precoce (Baker et al., 2007; Berkman et al., 2011).

Nos últimos anos, a investigação realizada no âmbito da literacia em saúde tem-se evidenciando em diferentes publicações oficiais de organizações políticas europeias. Em 1994 foi realizado um estudo nacional (Benavente, Rosa, Costa, & Ávila, 1995), que permitiu conhecer, pela primeira vez, a distribuição dos níveis de literacia da população portuguesa. Mais recentemente, no estudo de Pedro et al. (2016) foi aplicado o questionário HLS-EU-PT (European Health Literacy Survey) em todo o território nacional avaliando do nível de literacia para a saúde em Portugal, sendo que 61% da população inquirida apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado.

De referir que, em 2019, o Ministério da Saúde enaltece a importância da literacia em saúde, uma vez que o SNS tem vindo a modernizar-se, visando melhorar os níveis de Literacia em Saúde da população Portuguesa, implementando várias medidas e iniciativas, tais como a criação da Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar, na Direção-Geral da Saúde, com enfoque estratégico na Literacia e no Programa Nacional de Literacia em Saúde e Integração de Cuidados, ambos com o objetivo de capacitar as pessoas, melhorando a sua autonomia e espírito crítico no que toca a escolhas relacionadas com a sua saúde (DGS, 2019).

Atualmente, a LS é uma competência profissional crucial para a saúde no século XXI. É evidente, mensurável, viável e pode fazer a diferença para as pessoas, comunidades e sociedades. É relevante para todos os profissionais envolvidos com a finalidade de melhorar a vida de outras pessoas. A capacitação dos profissionais de saúde na área da literacia em saúde enfrenta e continuará a enfrentar o desafio de ser uma parte ativa do movimento de mudança social (Sørensen, 2019). Além de que, com a evolução dos sistemas de informação e tecnologia em saúde, hoje, é possível olhar para a promoção da literacia em saúde de uma forma inovadora, sem qualquer semelhança com as abordagens anteriores.

### **3. Literacia Relacionada com os Medicamentos**

A literacia farmacêutica ou relacionada com os medicamentos caracteriza-se pela capacidade do indivíduo em obter, avaliar e compreender informações básicas sobre farmacoterapia para poder tomar decisões terapêuticas de forma acertada. A literacia farmacêutica requer habilidades específicas que são necessárias para as pessoas entenderem e aplicarem as instruções sobre os medicamentos, em específico, como usá-los, para entenderem para que servem e quais são seus efeitos adversos (Vervloet et al., 2018).

A adesão terapêutica necessita de acordo, compreensão, aceitação, intervenção voluntária do paciente que partilha com a equipa de saúde a responsabilidade pelo seu tratamento. Estudos mostram que os utentes mostram interesse em ser inseridos no processo clínico, procurando maior conhecimento e interação com os profissionais de saúde. Portanto, uma abordagem biopsicossocial é essencial para os utentes serem empenhados (Aronson, 2007; Morais & Cruz, s.d.).

De acordo com a investigação de Morais e Cruz (s.d.), o uso indevido de medicamentos e a falta de conhecimento sobre os mesmos podem levar à não adesão à terapia e, conseqüentemente, a maus resultados de saúde. A adesão à terapêutica, que pode ser influenciada por diversos fatores, compreende o processo pelo qual o paciente administra os seus medicamentos, respeitando a prescrição e o aconselhamento prestado por profissionais de saúde e farmacêuticos. Para isso, é fundamental a literacia farmacêutica. Os resultados apontaram para a natureza multifatorial da adesão à terapia, podendo estar relacionada ao equipamento e ao sistema de saúde, à condição do utente, à terapia ou ao próprio utente. A escassez de alfabetização em farmácia tem um papel essencial na adesão à terapia. Assim, um baixo nível de alfabetização em saúde leva a uma manutenção terapêutica insatisfatória e, conseqüentemente resulta no uso indevido dos medicamentos, o que pode comprometer os benefícios terapêuticos. Logo, compreende-se a importância de se promover uma abordagem multifatorial com o objetivo de melhorar a comunicação em saúde.

Num sentido idêntico, o estudo de Mendes e equipa (2010) refere que o desperdício de medicamentos associado à não adesão à terapêutica deve ser abordado na prática clínica com vista a otimizar os resultados em saúde dos doentes.

Outro aspeto relevante, que é abordado em alguns estudos, diz respeito à dificuldade dos pacientes em compreenderem as instruções dos rótulos dos medicamentos prescritos. Esta situação está associada ao uso indevido de medicamentos não intencionais e a

resultados adversos para a saúde. Por isso, é importante e urgente melhorar as instruções e rótulos dos medicamentos, de forma a promover a segurança do paciente e melhorar a adesão terapêutica (Kairuz et al., 2015).

Uma vez que a farmácia é normalmente o último local de esclarecimento de dúvidas acerca do uso adequado da medicação (Johnson et al., 2013) torna-se benéfico os farmacêuticos receberem informações e materiais de apoio de aconselhamento para fornecerem aos utentes com baixo nível de alfabetização em saúde (Patel et al., 2018), desta forma, estarão mais preparados para avaliar o conhecimento do utente para o ajudar a esclarecer adequadamente as suas dúvidas.

Neste contexto, foi examinado se o processamento de informações relacionadas com os medicamentos (leitura de rótulos de medicamentos de venda livre, compreensão das instruções de prescrição e procura de informações) e adesão à medicação são responsáveis pela correlação entre alfabetização em saúde e qualidade de vida. Os resultados mostraram a alfabetização em saúde foi positivamente associada à leitura de rótulos de medicamentos, que posteriormente foi relacionada à adesão à medicação e à qualidade de vida. Também revelaram que a alfabetização em saúde foi positivamente associada ao entendimento preciso das instruções de prescrição, o que foi associado à qualidade de vida. Outro dado relevante esteve associado à idade, dado que a mediação pela leitura dos rótulos dos medicamentos foi significativa apenas entre os adultos jovens, enquanto a mediação pela compreensão da instrução dos medicamentos ocorreu apenas entre os idosos. Assim, fica explícito que a leitura dos rótulos dos medicamentos e a compreensão das instruções de prescrição explicam os caminhos pelos quais a literacia em saúde afeta a adesão ao medicamento e a qualidade de vida (Song, Lee, Jang, Lee, Kim, Sohn & Suh, 2017).

Recentemente no estudo de Qvarfordt et al. (2021) objetivo foi explorar os efeitos da educação no uso de medicamentos nas preocupações e na compreensão da autoavaliação numa amostra de 260 idosos (um grupo de controlo e um grupo de intervenção). O grupo de intervenção teve mais valores nas questões do conhecimento e menos nas afirmações de autoavaliação da compreensão do uso de medicamentos, numa verificação após 2 semanas. Depois de 6 meses de diferença manteve-se a diferença para as questões de conhecimento mas já não houve diferença na compreensão da autoavaliação do uso de medicamentos entre os grupos. Já em relação as preocupações sobre o uso de medicamentos não houve diferenças em ambos os momentos. Assim, conclui-se que

numa educação pode melhorar o conhecimento sobre o uso de medicamentos nos idosos e pode contribuir para o uso mais seguro destes (Qvarfordt 2021).

Compreende-se que os medicamentos aprovados pela EMA ou pelo INFARMED, I. P. têm contribuído para ganhos significativos em prol da saúde da população portuguesa, sendo evidente a boa relação custo-efetividade. No entanto, a forma como o medicamento é utilizado é determinante para a eficácia do tratamento, existindo ainda problemas de saúde associados ao seu uso inadequado.

Com o aumento de publicações sobre literacia relacionada com os medicamentos também existe uma variabilidade nos conceitos e definições utilizados neste âmbito. Por isso, é fundamental continuar a promover-se a LS e, mais especificamente, a literacia relacionada com os medicamentos, o que irá melhorar a adesão terapêutica, a qualidade de vida das pessoas e os ganhos em saúde.

### **III. METODOLOGIA**

Este capítulo tem como objetivo descrever a metodologia utilizada ao longo das várias etapas, bem como as necessárias operacionalizações para dar resposta ao problema encontrado. Deste modo, ao longo do capítulo proceder-se-á à definição dos objetivos, caracterização do instrumento, adaptação e validação, caracterização da amostra e descrição do instrumento de colheita dados para posteriormente analisarmos a fiabilidade e qualidade psicométrica do mesmo, bem como os níveis de literacia farmacêutica na amostra em estudo.

#### **1. Objetivos**

O objetivo principal deste estudo visa realizar a adaptação cultural e a validação do questionário Recognize and Address Limited Pharmaceutical Literacy (RALPH) para a população portuguesa.

Também definimos os seguintes objetivos específicos:

- Determinar as características psicométricas do RALPH nesta amostra da população portuguesa.
- Analisar os níveis de literacia relacionada com os medicamentos nesta amostra da população portuguesa.

#### **2. Hipóteses de estudo**

H1: As mulheres apresentam valores de literacia mais elevados do que os homens.

H2: Os participantes mais jovens apresentam valores de literacia mais elevados do que os mais velhos.

H3: O nível de escolaridade influencia os valores de literacia.

H4: Os participantes profissionalmente não ativos apresentam valores mais baixos nas dimensões do RALPH do que os que são profissionalmente ativos.

#### **3. Tipo de estudo**

A presente investigação apresenta-se como um estudo observacional, transversal e analítico.

#### **4. Local do estudo**

Este estudo teve o seu início em 2019, num conjunto de Farmácias Comunitárias situadas na região centro de Portugal, onde se procedeu à realização de um estudo piloto ou pré-teste.

Na sequência da pandemia COVID-19, declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no dia 11 de março de 2020 e das medidas de confinamento decretadas, o estudo teve continuidade através das plataformas digitais, tendo decorrido entre maio e setembro de 2020.

#### **5. População e amostra**

O método de amostragem utilizado foi não probabilístico por conveniência, o que nos permitiu aceder à população de forma mais fácil e rápida, possibilitando a obtenção de uma amostra final de 102 participantes. A população do estudo foi constituída pelos utentes das farmácias comunitárias.

#### **6. Instrumento de Recolha de Dados**

Para o nosso estudo, o instrumento de recolha de dados foi constituído por duas partes distintas: um breve questionário sociodemográfico e o RALPH.

##### **6.1 Questionário Sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico permitiu caracterizar a amostra e englobou as seguintes variáveis: o sexo, idade, situação familiar, situação profissional e nível de escolaridade.

##### **6.2 Caracterização do RALPH**

O questionário RALPH foi inicialmente desenvolvido pelos autores Vervloet et al. (2018). Este questionário visa apoiar os profissionais de farmácia, farmacêuticos e técnicos aquando a entrevista aos utentes das farmácias, de modo a avaliarem o seu conhecimento acerca dos medicamentos que lhes são prescritos. Com este conhecimento acerca da literacia relacionada com os medicamentos podem praticar um aconselhamento mais personalizado e adequado a cada utente, promovendo o uso mais seguro e racional dos medicamentos, através do aumento do nível de conhecimento dos utentes.

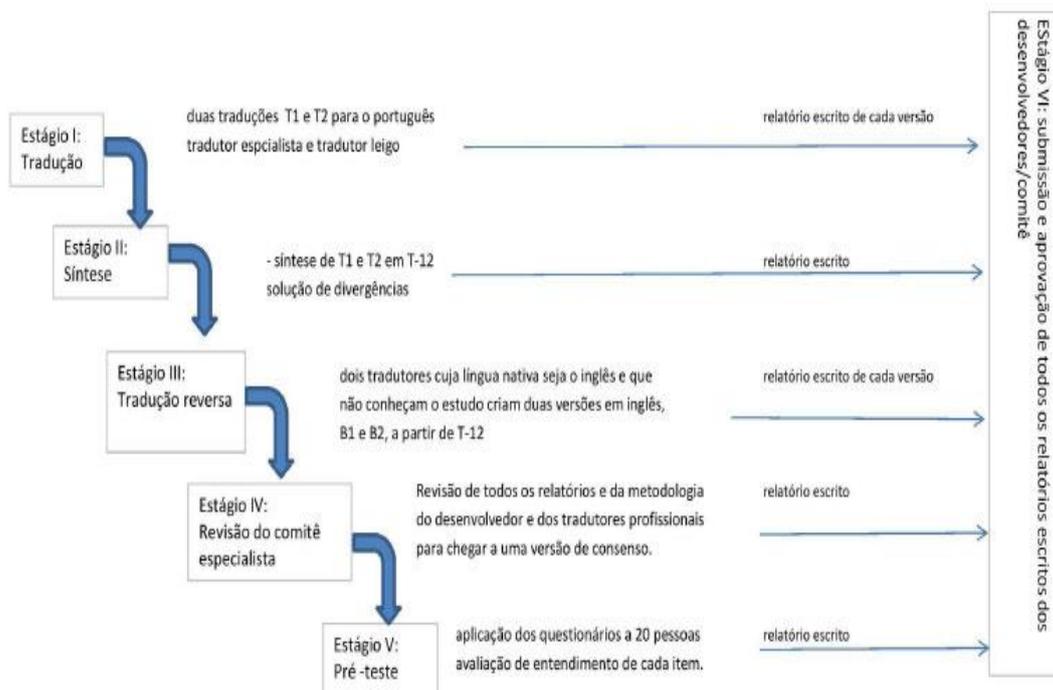
O RALPH é um instrumento adequado para o reconhecimento da literacia relacionado com os medicamentos e pode ser aplicado por autoadministração ou por entrevista.

Este questionário apresenta-se constituído por 10 questões divididas por três domínios:

- *Domínio funcional*: refere-se às capacidades básicas de leitura e escrita. É composto pelas questões 1, 2 e 3 que são avaliadas através de uma escala tipo *Likert* de 4 pontos, variando entre o mínimo de um (1) e o máximo de quatro (4).
- *Domínio comunicativo*: refere-se às capacidades de entendimento e aplicação de informação, expressando preocupações. É composto pelas questões 5, 6 e 7 variando entre o mínimo de um (1) e o máximo de quatro (4).
- *Domínio crítico*: refere-se às capacidades de analisar e aplicar informação. É composto pelas questões 4, 8, 9 e 10. Sendo as questões pontuadas segundo uma escala de *Likert* que varia entre o mínimo de um (1) e o máximo de quatro (4).

### 6.2. 1. Processo de Adaptação Cultural do RALPH

**Figura 1.** Fluxograma da metodologia de tradução e adaptação cultural (Wild, Grove, Martin, Eremenco, McElroy, Verjee-Lorenz, & Erikson, 2005)



*Etapa 1:* O questionário foi submetido a duas traduções (T1 & T2) do inglês para o português.

*Etapa 2 (Síntese):* As versões T1 e T2 em português do questionário foram avaliadas por ambos os tradutores da etapa 1. Os tradutores discutiram as divergências de suas versões e elaboraram uma versão consensual.

*Etapa 3 (Tradução reversa):* O questionário de consenso foi submetido a dois tradutores, que não tinham conhecimento um do outro nem do corrente estudo, cuja língua nativa era o inglês.

*Etapa 4 (submissão a comitê especialista):* Um grupo com conhecimento na área foi solicitada a acompanhar o processo, avaliando as versões, apontando incoerências e desvios. Houve pacificação, por meio de discussões, em quatro pontos:

- Equivalência semântica: As traduções foram avaliadas quanto à preservação do seu significado, quanto à possibilidade de múltiplos significados e quanto à existência de dificuldades gramaticais.
- Equivalência idiomática: Expressões ou coloquialismos são difíceis de traduzir. O grupo buscou a presença dessas expressões e equivalentes na língua portuguesa.
- Equivalência experimental: As experiências questionadas foram avaliadas quanto à sua existência na língua portuguesa.
- Equivalência conceitual: As expressões devem conter o mesmo conceito.

*Etapa 5 (teste de versão pré-final):* Um pré-teste com a versão final foi realizado com uma amostra de 16 pessoas. Esse grupo foi composto por utentes de três farmácias em Coimbra. Cada utente das farmácias participantes preencheu o questionário e foi entrevistado pelo pesquisador para apontar possíveis incoerências e dificuldades na compreensão. Reflexão sobre o conteúdo e o formato visual do questionário.

*Etapa 6: Versão final do questionário RALPH – Literacia Relacionada com o Medicamento.*

## **7. Considerações éticas**

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (Anexo I). Para se proceder a adaptação cultural e

validação do questionário RALPH também foi solicitada uma autorização aos autores (Vervloet et al., 2018) (Anexo II).

Todas as farmácias que aceitaram associar-se a este projeto preencheram a Declaração de Participação, identificando o Diretor Técnico e o farmacêutico entrevistador. No momento de dispensa dos medicamentos, os utentes foram questionados sobre a sua disponibilidade para participar no estudo de forma voluntária, assegurando-se o anonimato e privacidade dos dados através de um consentimento informado (World Medical Association, 2013). Assumiu-se igualmente o compromisso de garantir que os dados recolhidos iriam ser utilizados apenas para a presente investigação. Face ao tempo estimado (15 minutos), e de forma a obter a total atenção do participante, a entrevista foi realizada num espaço da farmácia com privacidade. No final de todas as entrevistas a documentação foi remetida para o investigador. Este processo inicial de colheita de dados decorreu entre de dezembro 2019 e janeiro de 2020.

## **8. Procedimentos estatísticos**

Para a realização da análise estatística dos dados recorreu-se ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23 para Windows.

Primeiramente, procedemos ao cálculo da normalidade da distribuição da amostra através do teste da normalidade de Kolmogorov-Smirnov, que indicou que a amostra não tem uma distribuição normal. Optamos pela utilização da estatística paramétrica, dada a amostra.

De seguida, realizamos uma análise descritiva, envolvendo o cálculo de frequências absolutas e percentuais, bem como medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo). Utilizamos também o teste t de *Student* para amostras independentes e a ANOVA, para analisar as diferenças e a variância entre grupos das variáveis independentes (VI). Na ANOVA ainda efetuamos o teste *Post-Hoc* de *Tukey* para situar as diferenças nas pontuações médias entre os respetivos grupos.

Para todos os testes foi fixado o valor 0.05 como limite de significância, ou seja, o que se traduz na rejeição da hipótese nula quando a probabilidade do erro tipo I (probabilidade de rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira) era inferior ao valor atrás mencionado, ou seja, quando  $p < 0.05$ .



## IV. RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à apresentação dos resultados relativos a este estudo tendo em consideração os objetivos e hipóteses de investigação definidas.

### **Adequação Cultural e Linguística**

#### *Caracterização Sociodemográfica da Amostra – Amostra pré-teste*

Como já foi mencionado anteriormente, o objetivo principal do presente estudo foi realizar a adaptação cultural e a validação do questionário RALPH para a população portuguesa.

Para realizarmos a adaptação cultural do RALPH foi necessário realizar um processo composto por seis etapas, que envolveu as traduções, síntese, tradução reversa, submissão a comitê especialista, teste de versão pré-final e a versão final do questionário.

No que diz respeito à versão pré-final ou pré-teste, este abrangeu 16 sujeitos cuja média de idades correspondeu a 59 anos, tendo sido possível compreender que a tradução/adaptação realizada se encontrava adequada à população portuguesa e ao seu contexto. Por isso a adaptação linguística do teste não revelou alterações.

Como podemos observar na Tabela 1, que diz respeito à caracterização sociodemográfica da amostra do pré-teste, a distribuição por sexo é igual, havendo 8 sujeitos do sexo feminino (50%) e 8 sujeitos do sexo masculino (50%). A idade varia entre 20 e 78 anos, correspondendo a uma média de idades de 59 anos ( $DP \pm 17,7$ ). Relativamente à situação familiar é mais frequente estarem casados ou em união de facto ( $n = 14, 87,5\%$ ). No que respeita à situação profissional é mais comum os sujeitos estarem re formados ( $n = 7, 43,8\%$ ) e menos comum serem estudantes ou estarem em estágio não remunerado ( $n = 2, 12,5\%$ ) ou realizarem tarefas domésticas ( $n = 2, 12,5\%$ ). Observamos ainda, relativamente à escolaridade, que 6 sujeitos (37,5%) completaram o 1º ciclo do ensino básico e outros 6 sujeitos (37,5%) o ensino secundário.

**Tabela 1.** Caracterização Sociodemográfica da Amostra do Pré-Teste ( $n = 16$ )

	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Medidas descritivas</i>
<b>Sexo</b>			
Feminino	8	50%	
Masculino	8	50%	
<b>Idade</b>			
20-78 anos	16	100%	$M = 59$ $DP = 17,7$ $Min = 20$ $Max = 78$
<b>Situação familiar</b>			
Casados/unidos de facto	14	87,5%	
Solteiros	2	12,5%	
<b>Situação profissional</b>			
Estudantes ou em estágio não remunerado	2	12,5%	
Reformados	7	43,8%	
Tarefas domésticas	2	12,5%	
Empregados	5	31,3%	
<b>Nível de escolaridade</b>			
1º Ciclo do Ensino Básico	6	37,5%	
2º Ciclo do Ensino Básico	2	12,5%	
3º Ciclo do Ensino Básico	1	6,3%	
Ensino secundário	6	37,5%	
Ensino superior	1	6,3%	
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	

n = número de sujeitos da amostra; M = média; DP = desvio-padrão; Min = mínimo; Max = máximo

Primeiramente, importa referir que a adaptação linguística do teste não revelou alterações. As primeiras três questões compõe o domínio funcional do RALPH (Tabela 2). Na primeira pergunta a validação mostra-nos que temos um total de 8 (50%) de respostas corretas, 7 (43,8%) parcialmente correta e 1 (6,3%) errada. Na segunda questão, a validação mostra que existem 14 respostas corretas (87,5%) e 2 parcialmente corretas (12,5%). Relativamente à terceira questão, a validação indica que 7 participantes assinalam a resposta o doente não sabe (43,8%), 5 assinam a resposta correta (31,3%) e 4 a resposta parcialmente correta (25,0%).

**Tabela 2.** Distribuição das respostas no RALPH – domínio funcional ( $n = 16$ )

Domínio funcional	Validação da resposta			
	Perguntas	Correta $n$ (%)	Errada $n$ (%)	Parcialmente correta $n$ (%)
1. Para que vai tomar este medicamento?	8 (50,0%)	1 (6,3%)	7 (43,8%)	00
Como vai tomar este medicamento?	14 (87,5%)	00	2 (12,5%)	00
2. Na altura da venda do medicamento foi feita alguma referência se precisa de ter alguma precaução?	5 (31,3%)	4 (25,0%)	00	7 (43,8%)

Na Tabela 3 verificamos que na quinta questão os participantes responderam com mais frequência que sentiram alguma facilidade ( $n = 12$ ; 75%). O mesmo aconteceu na sexta ( $n = 11$ ; 68,8%) e sétima questão ( $n = 12$ ; 75,0%), observando-se que os participantes têm alguma facilidade no domínio comunicativo.

**Tabela 3.** Distribuição das respostas no RALPH – domínio comunicativo ( $n = 16$ )

Domínio comunicativo	Validação da resposta		
	Perguntas	Muita facilidade $n$ (%)	Alguma facilidade $n$ (%)
5. Imagine que tem uma dúvida sobre este medicamento, por exemplo sobre a forma como o deve tomar. Tem facilidade em colocar essa dúvida a um profissional de saúde (por exemplo, médico, farmacêutico, técnico de farmácia)?	4 (25,0%)	12 (75,0%)	00
6. Imagine que tem preocupações em relação a este medicamento (ex. efeitos secundários). Tem facilidade em discutir estas preocupações com um profissional de saúde (por exemplo, médico, farmacêutico, técnico de farmácia)?	5 (31,3%)	11 (68,8%)	00
7. Tem facilidade em obter informação sobre este medicamento numa linguagem acessível? Por exemplo, se quiser saber se pode tomar este medicamento ao mesmo tempo outro sem receita médica (paracetamol ou xarope para a tosse).	3 (18,8%)	12 (75,0%)	1 (6,3%)

Quanto à quarta questão, a maioria dos participantes ( $n = 12$ ; 75%) responderam que procuram a informação correta ou pede esclarecimentos a fontes de confiança. Na oitava questão, os participantes têm principalmente alguma facilidade ( $n = 7$ ; 43,8%) ou

não encontraram qualquer informação (n = 5; 31,3%). Na nona pergunta é mais comum assinalarem que não encontraram qualquer informação (n = 7; 43,9%). Por fim, na última questão, observamos que 13 participantes (81,3%) têm alguma facilidade em decidir com o profissional de saúde sobre o seu tratamento (Tabela 4).

**Tabela 4.** Distribuição das respostas no RALPH – domínio crítico (n = 16)

Domínio crítico		Validação da resposta		
Pergunta	Procura a informação correta ou pede esclarecimentos a fontes de confiança n (%)	Procura informação correta ou pede esclarecimentos, mas não a fontes de confiança n (%)	Não procura informação correta, nem pede esclarecimentos n (%)	
4. O que faz se a informação sobre o medicamento dada pelo farmacêutico for diferente da informação do médico?	12 (75,0%)	2 (12,5%)	2 (12,5%)	

Domínio crítico		Validação da resposta			
Perguntas	Muita facilidade n (%)	Alguma facilidade n (%)	Muita dificuldade n (%)	Alguma dificuldade n (%)	Não encontrou qualquer informação n (%)
8. Se encontrar informação sobre a sua doença ou sobre este medicamento num jornal ou internet, tem facilidade em confirmar se essa informação se aplica ao seu caso?	1 (6,3%)	7 (43,8%)	1 (6,3%)	2 (12,5%)	5 (31,3%)
9. Se encontrar informação sobre a sua doença ou sobre este medicamento num jornal ou na internet, tem facilidade em confirmar se essa informação é de confiança?	1 (6,3%)	3 (18,8%)	2 (12,5%)	3 (18,8%)	7 (43,8%)
10. Tem facilidade em decidir juntamente com o profissional de saúde sobre o tratamento para a sua doença, por exemplo, se deveria experimentar outro medicamento?	00	13 (81,3%)	00	1 (6,3%)	2 (12,5%)

Com base neste dados iniciais compreendemos que esta amostra de utentes parece apresentar níveis mais elevados de literacia no domínio funcional e no domínio crítico, evidenciando algumas capacidades básicas de leitura e escrita, bem como capacidade de análise e aplicabilidade da informação.

## Amostra principal

### Caracterização Sociodemográfica da Amostra – Amostra principal

Na Tabela 5 verificamos que a amostra principal deste estudo foi constituída por 102 indivíduos residentes na Região Centro de Portugal, sendo 70 indivíduos do sexo feminino (68,6%) e 32 do sexo masculino (31,4%), com uma média de idade de 48 anos (DP± 13,82). Relativamente à situação familiar observamos que é mais frequente a situação de casados ou em união de facto (60,8%), seguindo-se os que estão solteiros (27,5%) e em menor número os separados ou divorciados (7,8%) e os viúvos (3,9%). No que concerne à situação profissional, a maioria dos participantes estão empregados (77,5%). Quanto ao nível de escolaridade na nossa amostra predominam os indivíduos com o ensino superior (54,9%), seguindo-se os que têm o ensino secundário (17,6%).

**Tabela 5.** Caracterização Sociodemográfica da Amostra ( $n = 102$ )

Variáveis	<i>n</i>	%	Medidas descritivas
<b>Sexo</b>			
Feminino	70	68,6%	
Masculino	32	31,4%	
<b>Idade</b>			
<35 anos	23	22,5%	$M = 48$
35-45 anos	22	21,6%	$DP = 13,82$
45-55 anos	18	17,6%	$Min = 20$
≥55 anos	39	38,2%	$Max = 78$
<b>Situação familiar</b>			
Casados ou em união de facto	62	60,8%	
Separados ou divorciados	8	7,8%	
Solteiros	28	27,5%	
Viúvos	4	3,9%	
<b>Situação profissional</b>			
Estudantes/estágio não remunerado	1	1,0%	
Incapacitados permanentes	1	1,0%	
Desempregados	7	6,9%	
Reformados	9	8,8%	
Tarefas domésticas	2	2,0%	
Outra situação de inatividade	3	2,9%	
Empregados	79	77,5%	
<b>Nível de escolaridade</b>			
1º Ciclo do ensino básico	10	9,8%	
2º Ciclo do ensino básico	3	2,9%	
3º Ciclo do ensino básico	15	14,7%	
Ensino secundário	18	17,6%	
Ensino superior	56	54,9%	
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>	

*M = média; DP = desvio-padrão; Min = mínimo; Max = máximo*

### Análise Descritiva

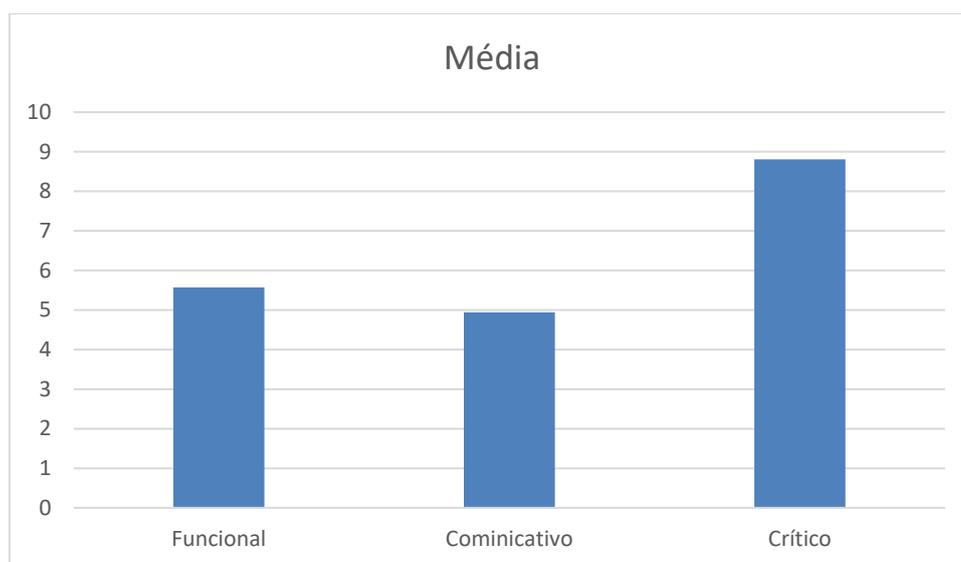
No que diz respeito à análise descritiva do instrumento RALPH (Tabela 6), observa-se que as pontuações nos domínios situam-se abaixo da média. Contudo, o que apresenta a média mais elevada é o domínio crítico ( $M = 8,81$ ;  $DP = 1,94$ ).

Os gráficos que se seguem à tabela apresenta os valores percentuais referentes a cada domínio do RALPH.

**Tabela 6.** Análise descritiva dos domínios do RALPH ( $n = 102$ )

	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Domínio funcional	3	10	5,57	1,77
Domínio comunicativo	3	12	4,94	2,11
Domínio crítico	5	15	8,81	1,94

**Gráfico 1.** Valores da média dos três domínios do RALPH



Sobre o grupo farmacoterapêutico, apresentado na Tabela 7, observamos que o mais frequente é o referente ao aparelho cardiovascular ( $n = 23$ ; 22,5%) e, logo de seguida, ao sistema nervoso central ( $n = 23$ ; 22,5%). Ainda verificamos o grupo das hormonas e medicamentos usados em doenças endócrinas a ser igualmente comum ( $n = 13$ ; 12,7%).

**Tabela 7.** Análise de frequências do grupo farmacoterapêutico ( $n = 102$ )

	<i>n</i>	%
Anti-Infeciosos	5	4,9%
Sistema nervoso central	23	22,5%
Aparelho cardiovascular	24	23,5%
Sangue	10	9,8%
Aparelho respiratório	1	1%
Aparelho digestivo	7	6,9%
Aparelho geniturinário	2	2%
Hormonas e medicamentos usados em doenças endócrinas	13	12,7%
Aparelho locomotor	6	5,9%
Medicação antialérgica	4	3,9%
Nutrição	2	2%
Medicamentos usados em infecções cutâneas	4	3,9%
Antineoplásicos	1	1%

*Aceitabilidade e Distribuição*

Através da Tabela 8 verificamos que a maioria dos participantes assinalou como correta na questão 1 ( $n = 97$ ; 95,1%) e na questão 2 ( $n = 88$ ; 86,3%). Já na questão 3, grande parte da amostra refere que não sabe ( $n = 70$ ; 68,6%).

**Tabela 8.** Distribuição das respostas no RALPH – domínio funcional ( $n = 102$ )

<b>Domínio funcional</b>	<b>Validação da resposta</b>			
	<b>Perguntas</b>	<b>Correta</b> <i>n</i> (%)	<b>Errada</b> <i>n</i> (%)	<b>Parcialmente</b> <b>correta</b> <i>n</i> (%)
3. Para que vai tomar este medicamento?	97 (95,1%)	2 (2,0%)	3 (2,9%)	00
4. Como vai tomar este medicamento?	88 (86,3%)	4 (3,9%)	00	10 (9,8%)
5. Na altura da venda do medicamento foi feita alguma referência se precisa de ter alguma precaução?	29 (28,4%)	00	3 (2,9%)	70 (68,6%)

Na Tabela 9 observamos que a maioria dos participantes assinalou que tem muita facilidade, tanto na questão 5 ( $n = 65$ ; 63,7%), como nas questões 6 ( $n = 50$ ; 49%) e 7 ( $n = 50$ ; 49%). Seguidamente, a resposta mais frequente nas três questões foi sentirem alguma facilidade (questão 5  $n = 28$ ; 27,5%; questão 6  $n = 29$ ; 28,4%; questão 7 ( $n = 36$ ; 35,3%).

**Tabela 9.** Distribuição das respostas no RALPH – domínio comunicativo ( $n = 102$ )

Domínio comunicativo	Validação da resposta			
	Perguntas	Muita facilidade <i>n</i> (%)	Alguma facilidade <i>n</i> (%)	Muita dificuldade <i>n</i> (%)
5. Imagine que tem uma dúvida sobre este medicamento, por exemplo sobre a forma como o deve tomar. Tem facilidade em colocar essa dúvida a um profissional de saúde (por exemplo, médico, farmacêutico, técnico de farmácia)?	65 (63,7%)	28 (27,5%)	6 (5,9%)	3 (2,9%)
6. Imagine que tem preocupações em relação a este medicamento (ex. efeitos secundários). Tem facilidade em discutir estas preocupações com um profissional de saúde (por exemplo, médico, farmacêutico, técnico de farmácia)?	50 (49%)	29 (28,4%)	20 (19,6%)	3 (2,9%)
7. Tem facilidade em obter informação sobre este medicamento numa linguagem acessível? Por exemplo, se quiser saber se pode tomar este medicamento ao mesmo tempo outro sem receita médica (paracetamol ou xarope para a tosse).	50 (49%)	36 (35,3%)	13 (12,7%)	3 (2,9%)

No que respeita à Tabela 10 verificamos que na questão 4, que se refere à informação divergente, a maioria dos participantes assinala que procura a informação correta ou pede esclarecimentos a fontes de confiança ( $n = 74$ ; 72,5%). Relativamente às respostas nas questões 8 e 9, observamos que o mais frequente é os participantes indicarem que sentem alguma facilidade (questão 8  $n = 44$ ; 43,1% e questão 9  $n = 46$ ; 45,1%). Por sua vez, na questão 10 é mais comum assinalarem a opção “o doente não quer participar na tomada de decisão” ( $n = 31$ ; 30,4%).

**Tabela 10.** Distribuição das respostas no RALPH – domínio crítico ( $n = 102$ )

<b>Domínio crítico</b>		<b>Validação da resposta</b>		
<b>Pergunta</b>	<b>Procura a informação correta ou pede esclarecimentos a fontes de confiança <i>n</i>(%)</b>	<b>Procura informação correta ou pede esclarecimentos, mas não a fontes de confiança <i>n</i>(%)</b>	<b>Não procura informação correta, nem pede esclarecimentos <i>n</i>(%)</b>	
4. O que faz se a informação sobre o medicamento dada pelo farmacêutico for diferente da informação do médico?	74 (72,5%)	18 (17,6%)	10 (9,8%)	

<b>Domínio crítico</b>		<b>Validação da resposta</b>				
<b>Perguntas</b>	<b>Muita facilidade <i>n</i>(%)</b>	<b>Alguma facilidade <i>n</i>(%)</b>	<b>Muita dificuldade <i>n</i>(%)</b>	<b>Alguma dificuldade <i>n</i>(%)</b>	<b>O doente não quer participar na tomada de decisão <i>n</i>(%)</b>	
8. Se encontrar informação sobre a sua doença ou sobre este medicamento num jornal ou internet, tem facilidade em confirmar se essa informação se aplica ao seu caso?	35 (34,3%)	44 (43,1%)	16 (15,7%)	7 (6,9%)	00	
9. Se encontrar informação sobre a sua doença ou sobre este medicamento num jornal ou na internet, tem facilidade em confirmar se essa informação é de confiança?	32 (31,4%)	46 (45,1%)	17 (16,7%)	7 (6,9%)	00	
10. Tem facilidade em decidir juntamente com o profissional de saúde sobre o tratamento para a sua doença, por exemplo, se deveria experimentar outro medicamento?	00	21 (39,2%)	40 (39,2%)	10 (9,8%)	31 (30,4%)	

Seguidamente, apresentamos na Tabela 11 a análise de diferenças nos domínios do RALPH em função do sexo dos participantes, tendo-se calculado o teste t de Student para amostras independentes. Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 11.** Análise de diferenças nos domínios do RALPH em função do sexo

<i>LSM</i>	<i>Sexo</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>Sig</i>
Funcional	Feminino	70	5,71	1,81	1,23	0,223
	Masculino	32	5,25	1,69		
Comunicativo	Feminino	70	4,76	2,14	-1,304	0,195
	Masculino	32	5,34	2,02		
Crítico	Feminino	70	8,71	2,02	-0,761	0,449
	Masculino	32	9,03	1,78		

$t$  = teste t de Student para amostra independentes; sig ( $p$ ) = nível de significância estatística ( $p < 0,05$ )

Na Tabela 12 podemos verificar os resultados da análise da variância nos domínios do RALPH em função da idade dos participantes, para a qual recorreremos ao cálculo da ANOVA.

Os resultados indicam que há diferenças estatisticamente significativas entre grupos no domínio funcional ( $p = 0,028$ ), no qual o grupo de participantes mais novos, ou seja, com idade inferior a 35 anos apresentam a pontuação média mais elevada ( $M = 6,48$ ;  $DP = 2,11$ ), comparando com os restantes grupos etários.

Também encontramos diferenças estatisticamente significativas entre grupos no domínio comunicativo ( $p = 0,023$ ), observando-se que o grupo de participantes mais velhos, ou seja, com idade igual ou superior a 55 anos apresentam uma pontuação média superior ( $M = 5,72$ ;  $DP = 2,51$ ), comparando com os outros grupos etários.

Ainda identificamos diferenças estatisticamente significativas entre grupos no domínio crítico ( $p = <0,021$ ), verificando-se que o grupo de participantes mais velhos ( $\geq 55$  anos) apresentam novamente uma pontuação média mais elevada ( $M = 5,72$ ;  $DP = 2,51$ ), comparando com os restantes grupos etários.

**Tabela 12.** Análise da variância nos domínios do RALPH em função da idade

<i>LSM</i>	<i>Idade</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Funcional	<35 anos	23	6,48	2,11	3,15	0,028
	[35-45[ anos	22	5,59	1,68		
	[45-55[ anos	18	5,39	1,94		
	$\geq 55$ anos	39	5,10	1,35		
Comunicativo	<35 anos	23	4,65	1,74	3,32	0,023
	[35-45[ anos	22	4,14	1,49		
	[45-55[ anos	18	4,61	1,81		
	$\geq 55$ anos	39	5,72	2,51		
Crítico	<35 anos	23	7,70	1,18	7,26	<0,001
	[35-45[ anos	22	8,32	1,39		
	[45-55[ anos	18	8,78	1,80		
	$\geq 55$ anos	39	9,77	2,21		

$F =$  ANOVA; sig ( $p$ ) = nível de significância estatística ( $p < 0,05$ )

A Tabela 13 apresenta os dados da análise da variância nos domínios do RALPH em função do nível de escolaridade, tendo-se calculado a ANOVA.

Os resultados revelam que há diferenças estatisticamente significativas entre grupos no domínio comunicativo ( $p = <0,001$ ), onde o grupo de participantes com um nível de escolaridade mais baixo, ou seja, com o 1º Ciclo do Ensino Básico obtiveram os valores médios mais elevados ( $M = 7,50$ ;  $DP = 2,36$ ), comparando com os restantes grupos de escolaridade.

O mesmo se verifica no domínio crítico, onde também se identificam diferenças estatisticamente significativas entre grupos ( $p = <0,001$ ), no qual os participantes que têm o 1º Ciclo do Ensino Básico apresentaram as pontuações médias mais elevadas ( $M = 11,00$ ;  $DP = 2,26$ ), comparativamente com os outros grupos de escolaridade.

**Tabela 13.** Análise da variância nos domínios do RALPH em função do nível de escolaridade

<i>LSM</i>	<i>Nível de escolaridade</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Funcional	1º Ciclo do EB	10	4,80	1,54	1,22	0,304
	2º Ciclo do EB	3	5,67	0,57		
	3º Ciclo do EB	15	5,20	1,37		
	Ensino secundário	18	5,28	1,84		
	Ensino superior	56	5,89	1,89		
Comunicativo	1º Ciclo do EB	10	7,50	2,36	9,18	<0,001
	2º Ciclo do EB	3	5,67	2,51		
	3º Ciclo do EB	15	6,27	2,40		
	Ensino secundário	18	4,28	1,52		
	Ensino superior	56	4,30	1,61		
Crítico	1º Ciclo do EB	10	11,00	2,26	8,41	<0,001
	2º Ciclo do EB	3	10,33	2,08		
	3º Ciclo do EB	15	9,93	1,98		
	Ensino secundário	18	8,22	1,89		
	Ensino superior	56	8,23	1,44		

$F =$  ANOVA; sig ( $p$ ) = nível de significância estatística ( $p < 0,05$ )

Em seguida, apresentamos na Tabela 14 a análise de diferenças nos domínios do RALPH em função da situação profissional dos participantes, usando-se para o efeito o teste t de Student para amostras independentes.

Os resultados mostram que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no domínio comunicativo ( $p = <0,029$ ), observando-se que o grupo de participantes não ativos apresenta uma pontuação média superior ( $M = 5,83$ ;  $DP = 1,46$ ), comparando com os participantes ativos profissionalmente.

Também existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no domínio crítico ( $p = <0,047$ ), constatando-se novamente que o grupo de participantes não ativos apresenta uma pontuação média mais elevada ( $M = 9,52$ ;  $DP = 2,29$ ), comparando com os participantes ativos.

**Tabela 14.** Análise de diferenças nos domínios do RALPH em função da situação profissional

<i>LSM</i>	<i>Situação profissional</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>Sig</i>
Funcional	Não ativos	23	5,83	1,46	0,897	0,374
	Ativos	79	5,49	1,86		
Comunicativo	Não ativos	23	5,78	2,31	2,210	0,029
	Ativos	79	4,70	2,00		
Crítico	Não ativos	23	9,52	2,29	2,010	0,047
	Ativos	79	8,61	1,80		

*t* = teste t de Student para amostra independentes; sig (*p*) = nível de significância estatística ( $p < 0,05$ )

## V. DISCUSSÃO

Como já foi mencionado anteriormente, o objetivo principal do presente estudo foi realizar a adaptação cultural e a validação do questionário RALPH para a população portuguesa.

Para realizarmos a adaptação cultural do RALPH foi necessário realizar um processo composto por seis etapas onde foi possível compreender que a tradução/adaptação realizada se encontrava adequada à população portuguesa e ao seu contexto.

Na versão final do RALPH recolhemos uma amostra de 102 sujeitos com uma média de idades de 40 anos. Com todos os dados recolhidos fomos determinar as características psicométricas do instrumento, tendo-se alcançado uma consistência interna aceitável (DeVellis, 1991). O que também é um bom indicador da adequação do trabalho realizado em prol da adaptação cultural do RALH para a população portuguesa.

Para analisar os **níveis de literacia relacionada com os medicamentos** realizamos um estudo descritivo que indicou que as pontuações dos participantes nos três domínios do RALPH situam-se abaixo da média, apontando para um nível baixo de literacia. Neste âmbito, a OMS (1998) definiu LS como o conjunto de competências cognitivas e sociais, bem como a capacidade dos indivíduos para obterem, avaliarem e compreenderem a informação sobre os medicamentos, de forma a promoverem uma boa saúde (Vervloet et al., 2018). Segundo Vervloet et al (2018), no contexto do uso de medicamentos, as competências de literacia de saúde farmacêutica são essenciais para o uso adequado e seguro de medicamentos. Contudo, a identificação de utentes com literacia farmacêutica inadequada na prática diária da farmácia é difícil. Por isso, a importância e pertinência deste estudo de validação do RALPH para a população portuguesa.

Foi igualmente revelante explorar os grupos farmacoterapêuticos mais frequentes, observando-se que os mais frequentes são o aparelho cardiovascular e, logo de seguida, o sistema nervoso central. Ainda verificamos o grupo das hormonas e medicamentos usados em doenças endócrinas a ser igualmente comum. A literatura refere nas últimas décadas têm sido realizados esforços relevantes no combate às doenças cardiovasculares, que resultaram em importantes reduções de incapacidades e também de mortalidade. Todavia, apesar destes esforços, as doenças cardiovasculares continuam a ser uma das principais causas de morte em Portugal (Almendra & Santana, 2020). Por isso, não

surpreende que na nossa amostra da população portuguesa, o grupo farmacoterapêutico mais comum seja o aparelho cardiovascular.

Relativamente à aceitabilidade e distribuição das respostas no RALPH, na amostra principal, especificamente no **domínio funcional**, ou seja, compreender as instruções, observamos que a maioria dos participantes assinalou como correta a questão 1 e a questão 2. Já na questão 3 (Na altura da venda do medicamento foi feita alguma referência se precisa de ter alguma precaução?), a maioria da amostra refere que não sabe, tal como acontece com a amostra do pré-teste. Quanto ao **domínio comunicativo**, isto é, encontrar e entender as informações sobre os medicamentos, que engloba as questões 5, 6 e 7, a validação da maioria das respostas aponta para muita facilidade, verificando-se o contrário na amostra do pré-teste. O **domínio crítico**, ou seja, requer analisar criticamente e aplicar as informações sobre os medicamentos e abrange as perguntas 4, 8, 9 e 10. Os resultados indicam que na pergunta 4 a validação das respostas aponta para os utentes procurarem a informação correta ou pedirem esclarecimentos a fontes de confiança. Nas questões 8 e 9 a maioria indica que tem alguma facilidade. Já questão 10 a maior parte da amostra refere ter muita dificuldade. A maioria dos resultados são semelhantes aos da amostra do pré-teste, há exceção da pergunta 10, que no pré-teste apontam para alguma facilidade.

De acordo com os resultados obtidos na análise descritiva dos domínios do RALPH, a nossa amostra constituída por utentes adultos, apresenta uma maior literacia no domínio crítico e menor no domínio funcional e comunicativo, revelando algumas dificuldades ao nível das capacidades básicas de leitura e escrita, bem como das capacidades de entendimento e aplicação de informação, expressando por isso mais preocupações (Nutbeam, 2000). A LS reduzida ou mais limitada aumenta o risco de maus resultados em saúde (Vervloet et al., 2018). Porém, também se verifica que em situação de dúvida e/ou incompreensão relacionada com o uso de medicamentos, procuram a informação correta ou pedem esclarecimentos a fontes de confiança. O que, segundo o estudo de Espanha et al (2016), possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde e a sua capacidade para procurar a informação e para assumir responsabilidades.

No que se refere ao sexo dos participantes, os nossos resultados indicam que não existem diferenças significativas nos domínios do RALPH. Porém, importa realçar que os participantes do sexo masculino apresentaram as pontuações mais elevadas nos domínios comunicativo e crítico, comparando com as participantes do sexo feminino que apenas obtiveram pontuações mais elevadas no domínio funcional. Logo, rejeitamos H1,

dado que nesta amostra, as mulheres não apresentam valores de literacia mais elevados do que os homens. Os nossos dados não apoiam a maioria dos estudos que apontam para níveis de literacia em saúde mais elevados em mulheres, quando comparadas com homens (Lee et al., 2005; Kunter et al., 2006).

No que respeita à idade dos participantes, verificamos que há diferenças significativas no domínio funcional, no qual os participantes com idades inferiores a 35 anos apresentaram a pontuação mais elevada. Por sua vez, nos domínios comunicativo e crítico foram os participantes com idade igual ou superior a 55 anos a obter os valores mais altos. Por isso, rejeitamos H2, uma vez que os participantes mais velhos apresentam valores de literacia mais elevados do que os mais novos. Os nossos dados contrastam com as primeiras conclusões do estudo original (Vervloet et al., 2018), que destaca que existe um número substancial de utentes com dificuldades em compreender informações sobre medicamento, o que pode ser justificado pela idade avançada dos mesmos (média de idade de 78 anos), o que não acontece na nossa investigação. Todavia, o nosso estudo corrobora o de Song et al. (2017), onde referem que a idade influencia a LS. Nos adultos jovens está mais presente a mediação pela leitura dos rótulos dos medicamentos, enquanto a mediação pela compreensão da instrução dos medicamentos ocorreu apenas entre os idosos. Assim, fica explícito que a leitura dos rótulos dos medicamentos e a compreensão das instruções de prescrição impactam a LS, afetando a adesão ao medicamento e consequentemente a qualidade de vida das pessoas.

Relativamente ao nível de escolaridade, os resultados indicam que há diferenças significativas nos domínios comunicativo e crítico, onde os participantes com um nível de escolaridade baixo alcançaram os valores mais elevados. Logo, rejeitamos H3. Por fim, quanto à situação profissional, os resultados obtidos mostram que há diferenças significativas nos domínios comunicativo e crítico, observando-se que os participantes não ativos profissionalmente apresentam a pontuação mais alta. Por estes motivos rejeitamos H4.

Neste âmbito, alguns investigadores (e.g., Barros et al., 2014; Christinne et al., 2011; Ng et al., 2017) justificam que as situações de baixa adesão à terapêutica e o uso inapropriado dos medicamentos estão sobretudo relacionados com dificuldades na comunicação e linguagem, que estão relacionadas às limitações de escolaridade ou alfabetização. Já Pedro et al (2016) salienta que à medida que o nível de escolaridade aumenta os níveis de LS tendem a ser superiores, enquanto níveis mais baixos de LS foram associados aos desempregados e reformados (não ativos).

Vários estudos identificam que a complexidade de prescrição, informação pouco esclarecida tanto (uso indevido de bula, confusão com as indicações do profissional de saúde) e o diálogo não claro dos profissionais de saúde a baixa literacia prejudicando o utente. E sugerem o uso de linguagem simples e precisa, uso de figuras para promover a leitura e interpretação das prescrições terapêuticas isto para as pessoas com níveis baixos de literacia.

Apesar do importante papel da bula, que deve ser usada para promover a segurança e uso eficaz dos medicamentos, esta não deve ser usada como substituição do profissional de saúde. Os profissionais de farmácia têm a responsabilidade de aconselhar os utentes sobre a administração do medicamento e podem, em alguns casos, discutir possíveis terapêuticas (genéricos) (Kairuz et al., 2015) Morais e Cruz (s.d.).

Os profissionais de saúde, incluindo profissionais de farmácia, devem garantir que as informações são fornecidas por meio do diálogo com o utente (abordagem de bom senso que inclui linguagem adaptada ao utente, simples) certificando-se de que o utente entendeu o esquema e as recomendações que foram fornecidas para que os resultados em saúde aumentem Morais e Cruz (s.d.).

Estratégias como intervenções individuais, alarmes de uso de medicamentos, informações sobre farmacoterapia, automonitorização e aconselhamento são eficazes para aumentar a adesão terapêutica e consequentemente resultados em saúde melhores Morais e Cruz (s.d.) WHO.

Assim, ao finalizarmos esta discussão consideramos que este estudo dá um contributo relevante para avanço da ciência na área da literacia relacionada com os medicamentos em Portugal. Os resultados apontam para algumas fragilidades no que respeita à literacia relacionada com os medicamentos e, torna-se pertinente continuar a explorar aprofundadamente esta temática, que continua a revelar-se uma área de pesquisa emergente. É crucial que a literacia farmacêutica ou relacionada com os medicamentos aumente, dotando as pessoas de capacidades para que consigam obter, avaliar e compreender informações básicas sobre farmacoterapia, o que fará com que tomem decisões terapêuticas de forma mais acertada (Vervloet et al., 2018).

## VI. CONCLUSÃO

A parte final desta dissertação remete para a reflexão sobre os contributos, limitações e sugestões para futuros estudos.

A forma como o medicamento é utilizado é determinante para a eficácia do tratamento, existindo ainda problemas de saúde associados ao seu uso inadequado. Por isso, é fundamental continuar a promover-se a literacia relacionada com os medicamentos, o que irá melhorar a adesão terapêutica, a saúde e bem-estar das pessoas, bem como os ganhos em saúde.

Sobre as limitações, como já foi referido, apesar do presente estudo poder contribuir para a expansão dos trabalhos nesta área, também apresenta as suas limitações. Uma das limitações prende-se com o facto da colheita de dados ter sido realizada *online*, durante a pandemia da COVID-19, o que pode ter condicionado alguns dos dados (o valor de consistência interna encontrada aponta nesse sentido). Outra limitação diz respeito à generalização dos resultados a outros contextos ou populações. Neste âmbito, importa mencionar que este estudo é observacional, transversal e analítico, motivo pelo qual não se podem realizar conclusões definitivas. A amostra não é representativa da população de utentes portugueses, pela sua dimensão reduzida, não permitindo assim a generalização de resultados.

Também consideramos que os resultados deste estudo oferecem linhas orientadoras importantes para investigações futuras. Como sugestão, considera-se importante incluir nas investigações amostras representativas e mais heterogéneas. Realizar um estudo nacional, ou seja, que inclua utentes de todas as regiões de Portugal Continental e Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores torná-lo-á representativo, podendo apresentar melhores características psicométricas. Contudo, apesar da dimensão reduzida da nossa amostra, o instrumento RALPH revelou uma consistência interna aceitável, o que demonstra a adequação do trabalho realizado no âmbito da adaptação cultural do RALH para a população portuguesa.

Conclui-se igualmente que o instrumento RALPH pode ajudar os farmacêuticos a identificar os utentes de alto risco, constituindo uma suporte fundamental aos farmacêuticos, que desta forma reconhecem os utentes com baixa LS. Deste modo, podem

personalizar os esclarecimentos e aconselhamento ao nível da literacia farmacêutica, ajudando os utentes a fazerem um uso mais seguro e adequado de medicamentos.

Com este estudo também obtivemos indicadores essenciais para o eventual desenvolvimento de sugestões de melhoria a nível da LS, de modo a atingir melhores níveis de segurança e qualidade nos cuidados prestados aos utentes. A comunicação, como pilar fundamental nas relações humanas, é de extrema importância na saúde na medida em que uma comunicação eficaz entre os vários profissionais de saúde melhora a qualidade, eficácia e eficiência dos serviços prestados nesta área, ajudando igualmente os utentes a desenvolverem a sua capacidade de análise crítica e de aplicar as informações sobre os medicamentos.

## VII. BIBLIOGRAFIA

- Almendra, R., & Santana, P. (2020). Mortality from cardiovascular diseases in the municipalities of mainland Portugal: spatiotemporal evolution between 1991 and 2017. *Geography, Environment, Sustainability*, 13(1), 128-133. Disponível em <https://doi.org/10.24057/2071-9388-2020-06>
- Aronson J. K. (2007). *Compliance, concordance, adherence*. *British journal of clinical pharmacology*, 63(4), 383–384. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2007.02893.x>
- Atkin, P.A., & Shenfield, G.M. (1995). Medication-related adverse reactions and the elderly: a literature review. *Adverse Drug React Toxicol Rev*, 14, 175-91.
- Barros, I. M. C., Alcântara, T. S., Mesquita, A. R., Santos, A. C. O., Paixão, F. P., & Lyra, D. P. (2014). The use of pictograms in the health care: A literature review. *Res Soc Adm Pharm*, 10(5), 704-19.
- Benavente, A., Rosa, A., Costa, A. F., & Ávila, P. (1995). *Estudo nacional de literacia: relatório preliminar*. Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Berkman, N., Sheridan, S, Donahue, K., Halpern, D., & Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Disponível em <http://annals.org/aim/article-abstract/747040/low-health-literacy-health-outcomes-updated-systematic-review>
- Brito Reis, L., Dussault, G., Ávila, P., & Dias, S. (2012). *O conhecimento sobre o medicamento e a literacia em saúde. Um estudo em adultos utentes de farmácias do concelho de lisboa*. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 4(2), 4-19. <https://doi.org/10.25756/rpf.v4i2.69>
- Budnitz, D.S., Shehab, N., Kegler, S.R., Richards, C.L. (2007). Medication Use Leading to Emergency Department Visits for Averse Drug Events in Older Adults. *Ann Intern Med*, 147, 755-765.
- Christinne, G., De Medeiros, R., Queiroz, P., Silva, D., Santos Da Silva, A., & Leal, L. B. (2011). Pictograms in pharmaceutical care: a review study. *Brazilian J Pharm*, 92(3), 96-103.
- Costa, R., Barbosa de Lima, V., Paiva, I. G., Pereira de Sousa, P. T., & Lima, L. G. (2008). Uso de medicamentos por idosos: algumas considerações. *Geriatrics & Gerontologia*, 3(2), 126-131.
- Debussche, X.; Lenclume, V., Balcou-Debussche, M., Alakian, D., Sokolowsky, C., Ballet, D., Elsworth, G., Osborne, R., & Huiart, L. (2018). Characterisation of health literacy strengths and weaknesses among people at metabolic and cardiovascular risk: Validity testing of the Health Literacy Questionnaire. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6154264/>
- Decreto-Lei nº 171/2013, de 2013-09-05. *Diário da República n.º 171/2013 - Série I*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- DeVellis, F. R. (1991). *Scale development: Theory and applications*. London: Sage Publications.
- Direção Geral da Saúde (2019). Manual de boas práticas literacia em saúde: capacitação dos profissionais de saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capitacao-dos-profissionais-de-saude.aspx>
- Duerden, M., Avery, T., & Payne, R. (2013). Polypharmacy and medicines optimisation: making it safe and sound. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/polypharmacy-and-medicines-optimisation>

- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2016) Literacia em saúde em Portugal. Disponível em [https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB\\_FINAL2016.pdf](https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf) [29 Outubro de 2018]
- Fick, D.M., Cooper, J.W., Wade, W.E., Waller, J.L., Maclean, J.R., & Beers, M.H. (2003). Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Arch Intern Med.*, 163, 2716-2724.
- Fulmer, T., Foreman, M.D., & Zwicker, C.D. (2003). Medication in older adults. In M. Mezey, T. Fulmer, I. Abraham, & D.A. Zwicker (Ditors), *Geriatric nursing protocols for best practice* (pp. 207-28). New York: Springer Publishing Company.
- Gallagher, P., & O' Mahony, D. (2008). Screening Tool of Older Persons potentially inappropriate Prescriptions: application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers criteria. *Age Ageing*, 37(6), 673-9.
- Guadalupe, S., & Cardoso, J. (2018). As redes de suporte social informal como fontes de provisão social em Portugal: o caso da população idosa. *Revista Sociedade e Estado*, 33(1), 215-25.
- Hajjar, E. R., Cafiero, A. C., & Hanlon, J. T. (2007). Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother*, 5, 345-51.
- Hammond, T., & Wilson, A. (2013). Polypharmacy and falls in the elderly : a literature review. *Nursing and Midwifery Studies*, 2, 171-175.
- Health Literacy Europe. (2013). Disponível em <https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu>
- Infarmed. Disponível em [http://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes-area-transversal/medicamentos\\_uso\\_humano](http://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes-area-transversal/medicamentos_uso_humano)
- Institute of Medicine Committee on Health Literacy. (2004). In L. Nielsen-Bohlman, A. M. Panzer & D. A. Kindig (Eds.), *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Johnson, J., Moser, L., & Garwood, C. (2013). Health literacy: A primer for pharmacists. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23686601>
- Kairuz, T.E., Bellamy, K.M., Lord, E., Ostini, R., & Emmerton, L.M. (2015). Health literacy among consumers in community pharmacy: perceptions of pharmacy staff. *Health Expect*, 18(5), 1041-1051. <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12077>
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2006). *Navigating health: The role of health literacy*. London: Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK.
- Koster, E., Philbert, D., Dijk, L., & Rademakers, J., Smet, P., Bouvy, M., & Vervloet, M. (2018). Recognizing pharmaceutical illiteracy in community pharmacy: Agreement between a practice-based interview guide and questionnaire based assessment. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741117308240>
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy* (NCES2006-483). U. S. Department of Education. National Center for Education Statistics. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED493284.pdf>
- Laroche, M.L., Charmes, J.P, Nouaille, Y., Picard, N., Merle, L. (2006). Is inappropriate medication use a major cause of adverse drug reactions in elderly? *Br J Clin Pharmacol*, 63(2), 177-186.

- Lee, R. L., & Loke, A. J. (2005). Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nursing, 22*(3), 209-220. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220304.x>
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2018). *Promover a saúde dos fundamentos à ação* (3ª Edição). Coimbra: Editora Almedina.
- Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., & Caughey, G. E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics, 17*(230), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>
- Mendes, Z., Crisóstomo, S., Marques, F., Martins, A. P., Rodrigues, V., & Ribeiro, C. (2010). Desperdício de medicamentos no ambulatório em Portugal. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/281281984\\_Desperdicio\\_de\\_medicamentos\\_no\\_ambulatorio\\_em\\_Portugal](https://www.researchgate.net/publication/281281984_Desperdicio_de_medicamentos_no_ambulatorio_em_Portugal)
- Ministério da Saúde: Retrato da Saúde (2018). Disponível em [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)
- Morais, M., & Cruz, R. (s.d.). Therapeutic adherence and pharmacy literacy: Review.
- Mortazavi, S. S., Shati, M., Keshtkar, A., Malakouti, S. K., Bazargan, M., & Assari, S. (2016). Defining polypharmacy in the elderly: a systematic review protocol. *BMJ Open, 6*, 1-4. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010989>
- Moura C, Acúrcio F, & Belo N. (2009). Drug-drug interactions associated with length of stay and cost of hospitalization. *J Pharm Pharmaceut Sci, 12*(3), 266-72.
- Ng, A. W. Y., Chan, A. H. S., & Ho, V. W. S. (2017). Comprehension by older people of medication information with or without supplementary pharmaceutical pictograms. *Appl Ergon, 58*, 167-75.
- Nielsen-Bohlman, L. (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington, D.C.: Institute of Medicine (U.S.), Committee on Health Literacy, National Academies.
- Nunes, A. M. (2017). Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal. *Revista Kairós Gerontologia, 20*(1), 133-154.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international, 15*, 259-267.
- Page, R. L., Linnebur, S. A., Bryant, L. L., & Ruscin, J. M. (2010). Inappropriate prescribing in the hospitalized elderly patient: defining the problem, evaluation tools, and possible solutions. *Clin Interv Aging, 5*, 75-87.
- Pantuzza, L. L. N., Nascimento, E., Botelho, S. F., Martins, M. A. P., Veloso, R. C. S. G., Nascimento, M. M. G., Vieira, L. B., & Reis, M. M. (2020). Mapping the construct and measurement of medication literacy: A scoping review. *Br J Clin Pharmacol., 87*, 1-22. <https://doi.org/10.1111/bcp.14490>
- Patel, A., Bakina, D., Kirk, J., Lutcken, S., Donnelly, T., Stone, W., ... Turkoz, H. (2018). Patient counseling materials: The effect of patient health literacy on the comprehension of printed prescription drug information. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 14*(9), 851-862.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v34n3/v34n3a08.pdf>

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (6ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Qvarfordt, M., Throfast, V., Petersson, G., & Hammar, T. (2021). Web-based education of the elderly improves drug utilization literacy: A randomized controlled trial. *Health Informatics Journal*, 27(1), 1-15. <https://doi.org/10.1177/1460458220977585>
- Reis, L., Dussault, G., Ávila, P. & Dias, S. (2012). O conhecimento sobre o medicamento e a literacia em saúde. Um estudo em adultos utentes de farmácias do concelho de lisboa. Disponível em <http://revista.farmacoterapia.pt/index.php/rpf/article/view/69/54>
- Roehl, B., Talati, A., & Parks, S. (2006). Medication Prescribing for Older Adults. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, 14(6), 33-39.
- Serviço Nacional de Saúde Retrato da Saúde. (2018). Disponível em [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)
- Song, S., Lee, S-M., Jang, S., Lee, Y.J., Kim, N-H., Sohn, H.R., & Suh, D.C. (2017). Mediation effects of medication information processing and adherence on association between health literacy and quality of life. *BMC Health Services Research*, 17(661), <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2598-0>
- Sørensen, K. (2019). Uma visão para a literacia em saúde na Europa. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 27- 32). Lisboa: Edições ISPA [ebook].
- Sørensen, K., & Brand, H. (2013). Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23479322>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. Disponível em <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R., & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24112855/>
- Tang, P. C., Ash, J. S., Bates, D. W., Overhage, J. M., & Sands, D. Z. (2006). Personal health records: definitions, benefits, and strategies for overcoming barriers to adoption. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(2), 121-6.
- Teixeira, C. S. S. (2017). *Polimedicação no idoso em contexto de cuidados de saúde primários: um estudo de caso*. Trabalho Final do Curso, Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2008). Problemas relacionados com medicamentos (PRM) no idoso. Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/Problemas-relacionados-com-medicamentos-no-idoso-2008.pdf>
- Vervloet, M., van Dijk, L., Rademakers, J., Bouvy, M., Smet, P., Philbert, D., & Koster, E. (2018). Recognizing and Addressing Limited PHarmaceutical literacy: Development of the RALPH interview guide. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.04.031>
- WHO (1998). Disponível em <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- WHO (2014). Health literacy and health behavior. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf?ua=1)

- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*, 8(2), 94-104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>. PMID: 15804318
- Williams, A., Manias, E., & Walker, R. (2008). Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. *J Adv Nurs*, 63, 132-43.

## **APÊNDICES**

## Pedido autorização ARS



Exma. Sr.ª  
Dra. Rosa Reis Marques  
Digmª Presidente do Conselho Diretivo da  
Administração Regional de Saúde do Centro, IP

24 de março de 2019

Assunto: Submissão de pedido de apreciação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro

O Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), no âmbito de uma dissertação do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Universidade de Coimbra está a desenvolver um estudo com o objetivo de adaptar e validar o questionário RALPH (Recognize and Address Limited PHarmaceutical literacy) para a população portuguesa.

Este questionário apresenta-se como um guião de entrevista para apoiar os farmacêuticos no reconhecimento da literacia relacionada com o medicamento. Com base nele, é possível aos farmacêuticos adaptar os conselhos que dão aos doentes com base na literacia que estes demonstram, de modo a melhor os apoiar na utilização dos medicamentos.

Solicito a V. Ex.ª todo o empenho no sentido deste projeto ser avaliado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

Segue em anexo o respetivo processo de submissão do pedido e disponibilizo-me, desde já, para quaisquer esclarecimentos que se considere necessários.

Melhores cumprimentos.

Pedro Lopes Ferreira  
Professor Catedrático  
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra  
Diretor do CEISUC

## Parecer ARS



A

### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b> <b>Parecer favorável, após resubmissão do consentimento informado</b>	<b>DESPACHO:</b> <i>Handwritten: Handwritten 27-06-2019</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. <i>Handwritten signature</i> Dr.º Roso Reis Marques Presidente,
--	--

<b>ASSUNTO:</b>	<b>"Literacia relacionada com o medicamento" - 50/2019</b>	<i>Handwritten signature</i> Dr. João Rodrigues Vice-Presidente,
-----------------	--	--

Esta Comissão de Ética deverá receber cópia do relatório final.

*Handwritten signature*  
Dr. Luís Militão Cobrei  
Vogal,  
  
*Handwritten signature*  
Dr. Mário Ruiv  
Vogal,

<b>Objetivo</b> O presente projeto tem os seguintes objetivos principais:  Adaptar e validar o questionário <i>Recognizing and Addressing Limited PHarmaceutical literacy (RALPH)</i> para a população portuguesa;  Avaliar os conhecimentos dos utentes de farmácias sobre o medicamento;  <i>Trabalho importante e versando área que carece de muito estudo por ser área de grande investimento pelas pessoas, famílias e terceiro pagador e sem os esperados resultados.</i>  <b>Métodos:</b> Para avaliar a literacia relacionada com o medicamento será utilizado o questionário RALPH desenvolvido em 2018 por Marcia Vervloet et al. Este questionário está adequado para o reconhecimento da literacia relacionada com o medicamento nos indivíduos utilizadores. Em 10 questões três domínios: capacidades básicas de leitura e de escrita, capacidades de entendimento e aplicação de informação, expressando preocupações) e capacidades de analisar e aplicar informação. Foi já feita tradução, adaptação e validação em português com metodologia em duas fases complementares.  <b>Amostra</b> A amostra deste estudo será composta por indivíduos, maiores de 18 anos de idade, de ambos os géneros, utentes das farmácias da região de Coimbra. O entrevistador será o profissional de farmácia ou o estagiário de saúde disponível. O método de aplicação do RALPH será por entrevista, na qual se irá também recolher informações sociodemográficas, tais como, género, idade, situação familiar, situação profissional e habilitações literárias. Antes desta aplicação, serão obviamente solicitadas as devidas autorizações às farmácias aderentes a este projeto.	
--	--

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

### *Aspetos éticos*

A participação neste estudo é totalmente voluntária, assegurando-se o direito de não participar, sem que isto represente qualquer tipo de prejuízo para o seu atendimento. Antes de decidir se deseja ou não participar neste estudo, cada utente deverá compreender os objetivos, riscos e benefícios da realização do estudo. Assim, antes da entrevista, será informado destes aspetos e ser-lhe-á dado um documento para manifestar o seu consentimento informado.

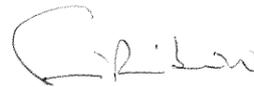
Assegura-se que, para a realização deste estudo, não haverá qualquer acesso à identificação dos participantes. Deste modo, para além de anónimo, garante-se a total confidencialidade e privacidade das informações recolhidas. As mesmas apenas se destinam a fins académicos e de investigação.

**Cronograma:** A iniciar após homologação de parecer favorável de Comissão de Ética.

Coimbra, 24 de junho de 2019



Luiz Miguel Santiago  
Relator



Carlos Fontes Ribeiro  
Presidente da Comissão de Ética

# Consentimento Informado



## CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsinquia" da Associação Médica Mundial (Helsinquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seul 2008; Fortaleza 2013)

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira por favor assinar este documento.

**Designação do estudo**

Literacia relacionada com o medicamento.

**Objetivo do estudo**

Está a ser convidado/a a participar num estudo que pretende avaliar os conhecimentos dos utentes de farmácias sobre os medicamentos que estão a tomar. Vão ser seguidos os critérios metodológicos cientificamente reconhecidos. Para tal, agradecemos a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

**Explicação do estudo**

A participação neste estudo pressupõe o preenchimento de um questionário no contexto da deslocação a farmácia. Prevê-se que o preenchimento deste questionário demore menos de 5 minutos. Nenhum procedimento será adicionado pela sua participação.

**Condições e financiamento**

A participação neste estudo é totalmente voluntária e, na eventualidade de não aceitar participar, não haverá qualquer prejuízo para si. Não existe também qualquer benefício pessoal imediato ao participar neste estudo, sendo que também não lhe acarretará qualquer custo do ponto de vista financeiro. Se assim o desejar, ser-lhe-á fornecido maior detalhe científico sobre o tema abordado e qualquer questão que queira colocar será prontamente esclarecida pela equipa de investigação. O estudo mereceu parecer favorável pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro. Além disto, este estudo não inclui qualquer retribuição à equipa de investigação pelo trabalho realizado.

**Confidencialidade e anonimato**

Este questionário é anónimo, não lhe sendo pedido que coloque qualquer identificação que o/a identifique. Garantimos a completa confidencialidade da informação.



## CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsinquia" da Associação Médica Mundial (Helsinquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seul 2008; Fortaleza 2013)

- Confirmando que expliquei à participante e abaixo indicada, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.
- Respondi a todas as perguntas que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período suficiente de reflexão para a tomada de decisão.
- Também garanti que, em caso de recusa, serão asseguradas as melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

**O investigador responsável**  
Nome: Diana Soares  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Identificação da participante**  
Nome: \_\_\_\_\_

**Participante**

- Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo/a farmacêutico/a investigador/a que o assina.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informada da possibilidade de livremente recusar a participação neste estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.
- Desta forma, aceito participar neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, durante a deslocação à farmácia, e permito a utilização dos dados anónimos que, de uma forma voluntária, forneço.
- Confio que estes dados serão somente utilizados para o estudo autorizado pela Comissão de Ética nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## Questionário



CENTRO DE ESTUDOS  
E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

### ESTUDO SOBRE LITERACIA RELACIONADA COM O MEDICAMENTO

As perguntas que se seguem destinam-se a testar o seu conhecimento sobre um medicamento.  
Pode achar que algumas delas são difíceis. Não há problema, faça o melhor que puder.

Medicamento em análise \_\_\_\_\_

O doente pediu para explicar a utilidade do medicamento?

- <sub>1</sub> Sim  
<sub>2</sub> Não

1. Pode dizer-me para que vai tomar este medicamento?

Resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- <sub>1</sub> Correta <sub>2</sub> Errada <sub>3</sub> Parcialmente correta <sub>4</sub> O doente diz que não sabe

2. Pode dizer-me como vai tomar este medicamento (de acordo com a receita médica)?  
(Se for necessário pergunte qual é a frequência e horário das tomas)

Resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- <sub>1</sub> Correta <sub>2</sub> Errada <sub>3</sub> Parcialmente correta <sub>4</sub> O doente diz que não sabe

3. Pode dizer-me se lhe foi dito se precisa de ter alguma precaução especial com a toma deste medicamento?  
Se sim, com palavras suas, qual foi essa precaução?

Resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- <sub>1</sub> Correta <sub>2</sub> Errada <sub>3</sub> Parcialmente correta <sub>4</sub> O doente diz que não sabe

4. O que faz se a informação sobre este medicamento dada pelo farmacêutico for diferente da informação que lhe deu o médico?  
Por exemplo, com que frequência deve tomar o equipamento.

Resposta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- <sub>1</sub> O utente procura a informação correta ou pede esclarecimentos a fontes de confiança  
<sub>2</sub> O utente procura a informação correta ou pede esclarecimentos, mas não necessariamente a fontes de confiança  
<sub>3</sub> O utente não procura a informação correta nem pede esclarecimentos

5. Imagine que tem **uma dúvida** sobre este medicamento, por exemplo sobre a forma como o deve tomar. Tem facilidade em colocar essa dúvida a um profissional de saúde (por exemplo, médico, farmacêutico, técnico de farmácia)?

Resposta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1 Muita facilidade   2 Alguma facilidade   3 Muita dificuldade   4 Alguma dificuldade

6. Imagine que tem **preocupações** em relação a este medicamento, por exemplo, sobre possíveis efeitos secundários. Tem facilidade em discutir estas preocupações com um profissional de saúde (por exemplo, médico, farmacêutico, técnico de farmácia)?

Resposta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1 Muita facilidade   2 Alguma facilidade   3 Muita dificuldade   4 Alguma dificuldade

7. Tem facilidade em obter informação sobre este medicamento **numa linguagem acessível**? Por exemplo, se quiser saber se pode tomar este medicamento ao mesmo tempo que outro sem receita médica (paracetamol ou xarope para a tosse)

Resposta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1 Muita facilidade   2 Alguma facilidade   3 Muita dificuldade   4 Alguma dificuldade  
5 O utente não procura informação. Razão: \_\_\_\_\_

8. Se encontrar informação sobre a sua doença ou sobre este medicamento num jornal ou na internet, tem facilidade em confirmar se essa informação **se aplica ao seu caso**?

Resposta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1 Muita facilidade   2 Alguma facilidade   3 Muita dificuldade   4 Alguma dificuldade  
5 O utente não encontrou qualquer informação. Razão: \_\_\_\_\_

9. Se encontrar informação sobre a sua doença ou sobre este medicamento num jornal ou na internet, tem facilidade em confirmar se essa informação **é de confiança**?

Resposta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1 Muita facilidade   2 Alguma facilidade   3 Muita dificuldade   4 Alguma dificuldade  
5 O utente não encontrou qualquer informação. Razão: \_\_\_\_\_

**10. Tem facilidade em decidir juntamente com o profissional de saúde sobre o tratamento para a sua doença, por exemplo, se deveria experimentar outro medicamento?**

Resposta: \_\_\_\_\_

- <sub>1</sub> Muita facilidade    <sub>2</sub> Alguma facilidade    <sub>3</sub> Muita dificuldade    <sub>4</sub> Alguma dificuldade  
<sub>5</sub> O doente não quer participar na tomada de decisão. Razão: \_\_\_\_\_

Por fim agradecemos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para fins estatísticos

Qual é o seu sexo?

- <sub>1</sub> Masculino  
<sub>2</sub> Feminino

Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

Qual é a sua situação familiar?

- <sub>1</sub> Solteiro/a  
<sub>2</sub> Casado/a ou em união de facto  
<sub>3</sub> Viúvo/a  
<sub>4</sub> Separado/a ou divorciado/a

Qual a sua situação profissional

*Se estiver em mais do que uma situação, escolha a situação a principal.*

- <sub>1</sub> Tem um emprego ou trabalho  
<sub>2</sub> Está desempregado  
<sub>3</sub> É estudante ou está em estágio/aprendizagem não remunerado  
<sub>4</sub> Está reformado do trabalho ou com reforma antecipada  
<sub>5</sub> É incapacitado permanente (impossibilidade permanente para o trabalho)  
<sub>6</sub> Ocupa-se de tarefas domésticas  
<sub>7</sub> Presta serviço cívico ou comunitário (obrigatório)  
<sub>8</sub> Tem outra situação de inatividade

Que grau de ensino é que completou?

*Caso não consiga identificar o seu nível de escolaridade, escolha a opção "Sem correspondência (anos/níveis antigos)" para aceder a uma lista de níveis antigos.*

*Se o nível de escolaridade mais elevado que completou foi obtido no estrangeiro, assinale o nível correspondente no sistema de ensino português.*

- <sub>1</sub> Nenhum  
<sub>2</sub> 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe  
<sub>3</sub> 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório  
<sub>4</sub> 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus  
<sub>5</sub> Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus  
<sub>6</sub> Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

**MUITO OBRIGADO PELO TEMPO E APOIO DISPENSADO AO PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO.**

## Sub-Grupo Farmacoterapêutico

	<i>n</i>	%
Relaxantes Musculares	2	2.0
Antiepiléticos e anticonvulsivantes	3	2.9
Psicofármacos	10	9.8
Venotrópicos	1	1.0
Antidislipídemicos	5	4.9
Antianémicos	4	3.9
Anticoagulantes e antitrombóticos	6	5.9
Antitússicos e expectorantes	1	1.0
Antiácidos e anti-ulcerosos	5	4.9
Modificadores Motilidade gastrointestinal	1	1.0
Outros medicamentos usados em disfunções geniturinárias	1	1.0
Hormonas da tiroide e antitiroideus	6	5.9
Anti-inflamatórios Não Esteróides	6	5.9
Anti-histaminicos	4	3.9
Vitaminas e sais minerais	2	2.0
Anti-infecciosos de aplicação na pele	1	1.0
Corticosteróides de aplicação tópica	2	2.0
Outros medicamentos e produtos usados em oftalmologia	1	1.0
Analgésicos e antipiréticos	8	7.8
Anti-Hiper_Diuréticos	5	4.9
Anti-Hiper_Modificadores Eixo Renina-Angiotensina	9	8.8
Anti-Hiper_Bloqueadores Canais Cálcio	1	1.0
Anti-Hiper_Depressores Actividade Adrenérgica	3	2.9
Antidiabéticos orais	7	6.9
Antibacteriano	5	4.9
Imunomoduladores	1	1.0
Medicamentos que atuam na boca e orofaringe	2	2.0