

REVISTA PORTUGUESA DE LITERACIA EM SAÚDE

Edição 1 · Outubro 2023



A importância da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico: Um instrumento facilitador à adesão do medicamento

The importance of health literacy in managing the therapeutic regimen: An instrument to facilitate medication adherence

Sandra Laia Esteves

Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde

Resumo

A Gestão do Regime Terapêutico (GRT) é um tipo de comportamento de adesão à toma da medicação. Os utentes com baixos níveis de Literacia em Saúde (LS), nomeadamente a população idosa, não possuem habilidades necessárias para entender e tomar decisões sobre cuidados de saúde ou seguir instruções acerca do uso do medicamento. A implementação de estratégias educativas favorece a capacitação do utente no acesso, compreensão e aplicação de informação nas tomadas de decisão a uma adequada adesão terapêutica. Com este estudo, pretendeu-se caracterizar a relação entre a evidência científica da GRT e as perceções e dificuldades que os utentes possuem em contexto real e apurar quais as estratégias que usam para gerir a sua medicação. Conduziu-se uma revisão sistemática e integrativa da literatura e um estudo exploratório descritivo com uma amostra não probabilística, por conveniência. Também se elaborou e aplicou um Instrumento Facilitador à Adesão do Medicamento. Constatou-se que os utentes com baixos níveis de LS têm maior probabilidade de interpretar erroneamente rótulos do medicamento, comprometendo a sua segurança. O uso correto de informação acerca do medicamento promove maiores níveis de LS: adesão, capacitação dos utentes a uma adequada e segura GRT.

PALAVRAS-CHAVE:

Literacia em Saúde, Comunicar em Saúde, Capacitação e Gestão do regime terapêutico.

Abstract

Therapeutic Regimen Management (TRM) is a type of medication adherence behavior. Users with low levels of Health Literacy (HL), namely the elderly population, lack the necessary skills to understand and make health care decisions or follow instructions about medication use. The implementation of educational strategies favors the empowerment of the user in accessing, understanding and applying information in decision making, to adequate therapeutic adherence.

This study aimed to characterize the relationship between scientific evidence of TRM and the perceptions and difficulties that users have in a real context and to know what strategies they use to manage their medication. A systematic and integrative literature review and an exploratory descriptive study to a non-probabilistic sample, by convenience, were conducted. A Medication Adherence Facilitator Tool is developed and applied. It was found that users with low levels of HL are more likely to misinterpret medication labels, compromising their safety. The correct use of information about the medication promotes higher levels of HL: adherence, empowerment of users to an appropriate and safe TRM.

KEYWORDS:

Health Literacy, Communicating in Health, Empowerment and therapeutic regimen management.

1. Introdução

O envelhecimento demográfico é um fenómeno que tem vindo a ser observado em todo o mundo, particularmente na Europa. A idade avançada, apesar de não ser considerada uma doença, contribui bastante para o consumo de cuidados de saúde. É evidente que a população idosa, dado ao declínio cognitivo e autonomia física, não possui habilidades necessárias para entender e tomar decisões sobre os cuidados de saúde ou seguir instruções acerca do uso do medicamento, particularmente quando polimedicados. Os utentes com baixos níveis de Literacia em Saúde (LS) revelam enormes dificuldades em compreender o uso do medicamento (como a indicação terapêutica e posologia) o que pode indiciar a troca de medicação, aumento de erros na toma e dosagem. O aumento do número de fármacos prescritos, o défice na autonomia física e cognitiva conduzem a um aumento da não-adesão ao tratamento (WHO, 2003).

A temática escolhida teve por base o interesse pessoal e relevância para a intervenção dos Profissionais na sua prática, enquanto prestadores de cuidados e agentes de mudança que facilitem aos utentes gerir a sua medicação, de forma acessível e segura.

Em contexto clínico, quando se questionam os utentes relativamente ao modo como tomam a sua terapêutica, são raros os que compreendem para que serve a medicação e quando a devem tomar.

Nesse sentido, propõe-se a seguinte questão: de que forma a Literacia em Saúde (LS) pode influenciar a Gestão do Regime Terapêutico (GRT) medicamentoso?

Como objetivo geral, assume-se conhecer as perceções e dificuldades que os utentes possuem acerca da GRT e as estratégias que usam para gerir a sua medicação (indicação terapêutica e posologia). Como finalidade estabelece-se elaborar uma proposta de um IFAM que integra um Guia Terapêutico e uma Etiqueta do Medicamento Orientadora (EMO), a fim de facilitar a adesão à GRT dos utentes. Assume-se que um guia orientador contribuirá para o conhecimento acerca do tipo de terapêutica que os utentes fazem e quando a devem fazer.

Para a concretização do referido guia, recorreu-se a uma vasta revisão sistemática da literatura em bases de dados científicas, como MEDLINE, PUBMED, EBSCO no horizonte temporal entre 2011 e 2018, utilizando os seguintes descritores: Literacia em Saúde, Comunicar em Saúde, Capacitação, Gestão do Regime Terapêutico.

2. Enquadramento teórico

2.1. Literacia em saúde

Sorensen et al. (2012) defendem que a LS está relacionada com a capacidade do indivíduo em compreender que fatores influenciam a sua saúde e como os gerir. Para Ávila et al. (2015), a LS é entendida como um conjunto de competências sociais que permitem aos indivíduos aceder, compreender e usar informação num contexto ambiental e tomar decisões para melhorar a sua saúde. Possibilita a promoção de mudança de comportamento que permite reequacionar e/ou reestruturar a prática do quotidiano que conduz à melhoria da saúde. Trata-se de um constructo multidimensional que envolve várias áreas a nível biopsicossocial, no qual o conhecimento, capacitação, motivação e decisões são importantes, ao longo do ciclo de vida dos indivíduos. Segundo o Institute of Medicine (IOM), a LS refere-se à capacidade das pessoas em entender e gerir informação sobre saúde (Wynia & Osborn, 2010).

Num estudo realizado em Portugal, a uma amostra de utentes do concelho de Lisboa, Ávila et al. (2012) pretenderam avaliar o conhecimento que os indivíduos possuem sobre o medicamento e a LS. Os autores concluíram que este conhecimento é influenciado de forma positiva por quem possui competências de LS.

A evidência científica revela que os indivíduos com limitações em LS, comparativamente com aqueles que detêm competências adequadas nesta literacia, apresentam dificuldade em entender informação sobre saúde e seguir instruções médicas, raramente utilizam serviços de saúde ou fazem-no de forma inapropriada

(recorrem mais às urgências), têm uma pior saúde física e mental, têm maiores taxas de internamento e uma esperança média de vida limitada, cometem mais erros ao tomar medicamentos, recebem menos serviços preventivos e têm custos de saúde mais elevados (Colorado Health Outcomes Program [CHOP], 2015).

As estratégias utilizadas para ultrapassar uma limitada LS incluem: utilizar linguagem clara, usar material para educação para a saúde acessível, dar formação a profissionais de saúde acerca dos problemas na LS e usar técnicas de melhoria da comunicação com os utentes (Wynia & Osborn, 2010).

Como o CHOP (2015) enuncia, um indivíduo com LS possui a capacidade de usar a leitura, a escrita e competências numéricas e verbais no contexto da saúde. A aquisição de LS depende, contudo, da complexidade da informação sobre saúde fornecida aos utentes. As principais precauções universais de LS incidem nos seguintes objetivos: simplificar a comunicação e confirmar a compreensão de todos os utentes, para que o risco de comunicação disfuncional seja minimizado; tornar o ambiente dos cuidados acessível e apoiar os esforços dos utentes em melhorar a sua saúde (CHOP, 2015).

A aquisição de adequados níveis de LS visa ainda um longo e complexo percurso a concretizar, no entanto cabe aos Profissionais de Saúde (PS) agir como agentes de mudança a proporcionar estratégias adequadas de Comunicação que promovam aumento dos níveis de LS na população.

2.2. Comunicar em saúde

Para Nunes (2010), *comunicar* é “um processo dinâmico, complexo e permanente, através do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens com o fim de compreender e serem compreendidos pelos outros” (p. 13). A comunicação é considerada um dos principais alicerces dos cuidados em saúde. Todas as interações nos serviços de saúde dependem de uma comunicação efetiva, desde marcar uma consulta, descrever sintomas, explicar riscos e benefícios dos tratamentos e entender instruções de cuidados, nomeadamente a GRT. Uma boa comunicação está relacionada com o aumento da satisfação do utente, adesão a recomendações médicas e com resultados em saúde (Wynia & Osborn, 2010).

A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2017) realça que a comunicação na saúde requer conhecimento, competência e empatia. Assim, o PS deve saber quando fa-

lar, o que dizer e como dizer. Apesar de a comunicação ser utilizada diariamente durante a prestação de cuidados de saúde, exige competências que devem ser apreendidas e praticadas, de forma a contribuir para o estabelecimento de comunicação eficaz em ambientes dinâmicos, comuns aos PS.

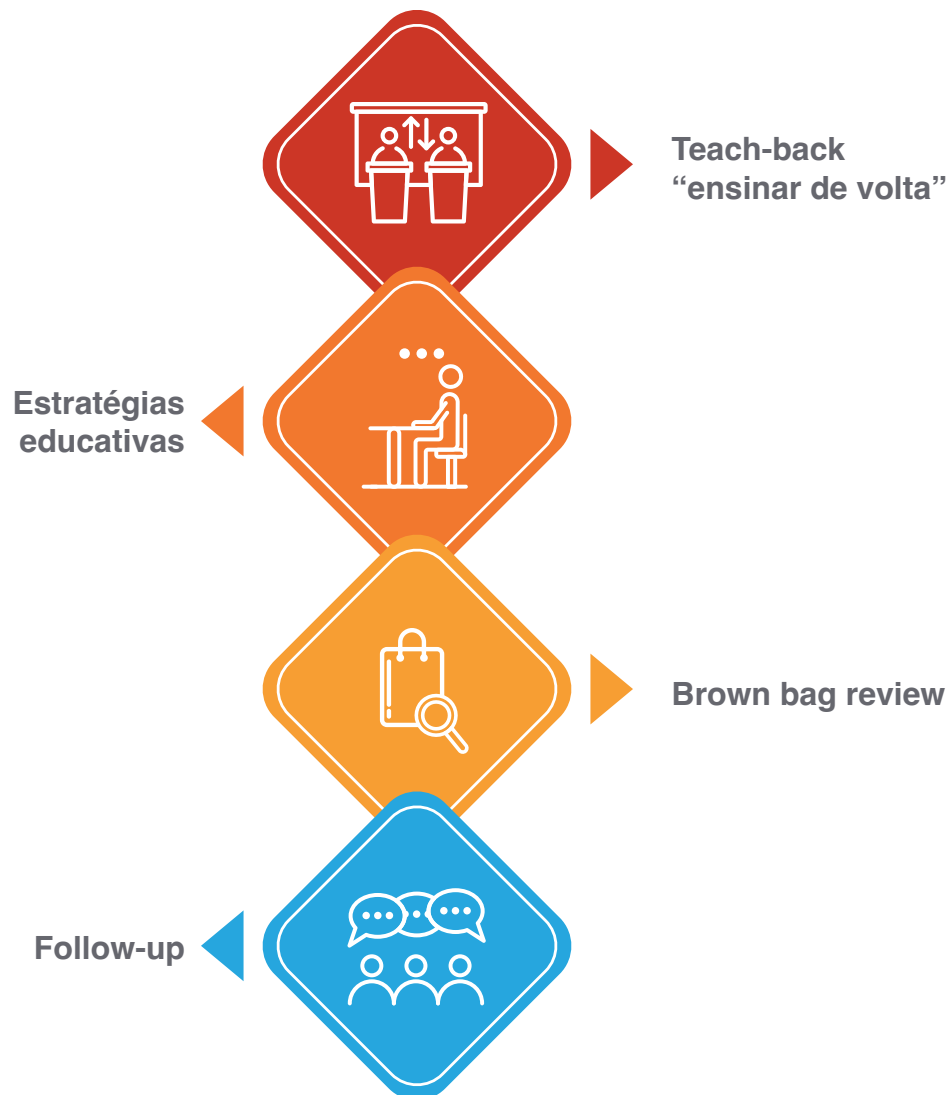
CHOP (2015) defende que é fulcral a existência de uma equipa que desenvolva esforços para que a comunicação nos cuidados de saúde seja clara e acessível. A aplicação de estratégias facilitadoras de comunicação ajudará os utentes a compreenderem informação relacionada com a sua saúde, o que permite que estes se sintam mais envolvidos no seu processo de saúde, aumentando as hipóteses de continuar o seu plano de tratamento.

Realça-se a importância de instituir e implementar diversas estratégias que promovam a segurança na comunicação de forma clara e efetiva na relação que o PS estabelece com o utente, nomeadamente: cumprimentar os utentes de forma cordial ao receber as pessoas com um sorriso de boas vindas e ao manter uma atitude amigável ao longo da consulta; estabelecer um contacto visual apropriado durante a interação, tendo em consideração as culturas, costumes e crenças; escutar atentamente e tentar não interromper os utentes enquanto falam; prestar atenção e responder às dúvidas e questões colocadas, usar linguagem simples, utilizando palavras comuns que poderiam ser usadas para explicar informação médica aos amigos e à família, e evitar o uso de jargão técnico (CHOP, 2015).

A existência de uma comunicação funcional na relação entre PS e utente otimiza os resultados de saúde, quer do utente, quer dos sistemas de saúde. Num estudo recente verificou-se que o PS, ao possuir competências comunicacionais baseadas no Modelo ACP: assertividade, clareza e positividade (Vaz de Almeida, 2016), influenciará o interlocutor a tomar decisões e gerir a sua própria saúde de forma adequada e mais consciente, nomeadamente melhorar a adesão terapêutica (promove melhor entendimento das instruções cedidas pelo PS) no que diz respeito ao acesso, à compreensão, à interpretação e ao uso da informação. Os PS, que participaram neste estudo, apontaram a assertividade como um comportamento ativo, a capacidade de escuta ativa e falar abertamente com o doente; a clareza associada ao uso de linguagem simples; e a positividade como uma orientação para um comportamento positivo do doente (Belim & Vaz de Almeida, 2018).

O uso de técnicas de melhoria da comunicação (CHOP, 2015), nomeadamente o método *teach-back*, o fornecimento de informação escrita “folhetos”, *brown bag review* e *follow-up*, é fulcral na relação interpessoal entre PS e utente, propício à existência de uma comunicação funcional (Figura 1).

Figura 1. Técnicas de melhoria de comunicação



Fonte: Baseado em CHOP, 2015.

Os PS podem e devem ajustar a sua comunicação aos utentes que possuem uma limitada LS. Salieta-se que a existência de uma comunicação eficaz e funcional do PS com o utente contribuirá para uma melhor adesão e mudanças comportamentais em prol da sua saúde e da sua segurança.

2.3. Gestão do regime terapêutico

A World Health Organization ([WHO], 2003) define *adesão ao regime terapêutico* como o grau ou extensão do comportamento da pessoa face à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida, que corresponde às diretrizes veiculadas pelo PS. Em suma, traduz-se numa relação de colaboração entre o PS e o utente na tomada de decisões sobre o tratamento.

A GRT é considerada um tipo de comportamento de adesão, que consiste em: “executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2000).

Na prática clínica é comum a GRT tornar-se um processo árduo, principalmente quando envolve uma faixa etária mais avançada. Almeida e Santos (2010) afirmam que, com o envelhecimento, existe um maior risco por parte dos idosos na administração da medicação devido à frequente polimedicação a que são sujeitos. No entanto, a resposta ao fármaco está também condicionada a outros fatores, como a idade, o peso, o sexo, a hora do dia da toma, dificuldades como a compreensão das indicações ou com a deglutição da terapêutica (comprimidos), levando muitas vezes ao abandono da terapêutica instituída. A estas dificuldades, acrescem muitas vezes a pouca confiança na eficácia do fármaco ou o receio pelos efeitos adversos, pelo que é fundamental a supervisão na administração dos medicamentos (Almeida & Santos, 2010). É importante conhecer os fatores que influenciam a adesão à GRT, de forma a poderem-se delinear estratégias que promovam a adesão, quer a nível educacional, quer a nível comportamental, ou ambas (WHO, 2003).

2.3.1 Fatores que comprometem a adesão à Gestão do Regime Terapêutico

A WHO (2003) defende que a adesão à GRT é influenciada e pode ser comprometida por multifatores sociais, económicos, culturais, com os profissionais e serviços de saúde, com o regime terapêutico, com a patologia de base e as comorbidades associadas, e ainda a fatores pessoais, como podemos verificar no Quadro 1.

Quadro 1. Fatores que comprometem a adesão à GRT

Analfabetismo (baixo nível educacional)

Desemprego

Baixo estatuto socioeconómico

Longas distâncias dos serviços de saúde

Elevado custo de medicação ou transportes (deslocações)

Caraterísticas da doença (complexidade, sintomatologia)

Comprometimento de aspetos cognitivos; Incapacidade física para GRT

Comunicação complexa (uso de jargão técnico) da parte do PS com os utentes/ cuidadores

Esquemas terapêuticos complexos (polimedicação): duração do tratamento

Fonte: Baseado em World Health Organization (2003).

O declínio cognitivo e as alterações neuro-sensoriais (hipoacusia e défice visual) tornam mais complexa e difícil a adesão ao regime terapêutico, assim como a correta utilização da medicação. O uso de linguagem técnica por parte dos Profissionais de Saúde (PS) também origina dificuldade na compreensão por parte dos utentes (WHO, 2003).

A WHO (2003) afirma que estes fatores influenciarão e comprometerão uma adequada adesão à GRT por dificuldade em iniciar o tratamento. Geralmente ocorre uma suspensão prematura do tratamento, omissões ou ainda esquecimentos face à toma e posologia, faltas às consultas e/ou aos retornos agendados, automedicação, ausência de modificação no estilo de vida ou hábitos necessários para a recuperação de uma boa saúde. Os idosos são quem mais consomem medicamentos e também recorrem com frequência a vários prescritores. Estes fatores associados às alterações fisiológicas da idade influenciarão a adesão ao regime terapêutico. O declínio cognitivo e as alterações neuro-sensoriais (hipoacusia e défice visual) tornam mais complexa e difícil a adesão ao regime terapêutico, assim como a correta utilização da medicação. O uso de linguagem técnica por parte dos PS também origina dificuldade na compreensão por parte dos utentes (WHO, 2003).

A adesão implica um papel ativo e de colaboração da pessoa no planeamento e implementação do seu regime terapêutico, tendo em conta a sua capacidade de tomar decisões, assumir as suas responsabilidades para conquistar a sua autonomia

(Sousa, 2003). A relação que se estabelece com os PS influencia a adesão, sendo determinante a qualidade desta interação. Dificilmente a pessoa seguirá um regime terapêutico se não confiar no PS (Sousa, 2003).

A falta de adesão ocorre quando o comportamento do doente não coincide com as recomendações do PS, tal como foi prescrito. Também poderá dever-se ao não cumprimento das indicações relativas a alterações nos hábitos de saúde e estilos de vida no sentido de adotar práticas saudáveis ou não comparecer a consultas médicas previamente marcadas, não cumprir os esquemas terapêuticos ou não realizar exames complementares de diagnóstico (WHO, 2003).

Acúrcio et al (2009) confirmam que cerca de 40% a 75% dos idosos com regimes terapêuticos rotineiros não os cumprem adequadamente. Os autores associam este incumprimento a diferentes fatores, tais como *défice* cognitivo (problemas de memória), diminuição da compreensão das instruções, falta de comunicação, aumento das limitações físicas e complexidade do regime terapêutico (Machado 2009).

Os idosos são os que apresentam níveis de LS mais baixos, no que diz respeito à utilização dos serviços de saúde, particularmente à medicação e à adesão ao regime terapêutico (Davis et al., 2006). Na prática são raros os utentes que compreendem para que serve a medicação, como tomar, quais as interações e possíveis efeitos adversos que podem ter (quando terapêutica combinada).

2.4. Literacia em saúde na gestão do regime terapêutico: O uso do medicamento

A idade avançada contribui bastante para o consumo de cuidados de saúde, com o conseqüente aumento dos custos, sendo as despesas com medicação uma fatia considerável desses custos (WHO, 2003). Verifica-se que os idosos estão polimedicados, tendo por vezes mais que um prescriptor, não existindo um acompanhamento adequado destas pessoas. A polimedicação refere-se à administração pelo doente de cinco ou mais medicamentos (Poudel et al., 2014).

A polimedicação acarreta custos económicos ao Sistema Nacional de Saúde e ao próprio utente. A necessidade de hospitalização pode atingir cerca de 62% da despesa e está frequentemente relacionada com a toma inapropriada de medicamentos (Almeida & Santos, 2010).

Outro dos estudos realizados em Portugal pretendeu avaliar a GRT medicamentosa e confirmou que, numa amostra de 37 indivíduos com idades superiores a 65 anos, estes tomam em média 7,3 medicamentos por dia e apenas 9 indivíduos souberam reconhecer a indicação da totalidade dos fármacos. As causas relatadas que propiciaram a variável “toma incorreta” são: esquecimento e troca dos medicamentos (relacionada com a complexidade dos esquemas terapêuticos) (Afonso et al., 2014).

A evidência científica revela que quanto maior o número de medicamentos prescritos ao doente, menor é a adesão à terapêutica, explicando que uma terapêutica mais numerosa pode resultar em dificuldades no seguimento dos esquemas terapêuticos (Almeida & Santos, 2010). Num estudo efetuado por Costa e Miranda (2014) o objetivo incidiu em melhorar a adesão terapêutica dos doentes polimedicados através da Preparação Individualizada da Medicação (PIM), uma experiência decorrida nas farmácias comunitárias portuguesas. A conclusão obtida mostra que a implementação da PIM conduziu a uma maior adesão à terapêutica como um instrumento facilitador na sua gestão. No entanto, sobre este tipo de PIM há estudos que alertam para a existência de muitos medicamentos que deverão ser mantidos no respetivo acondicionamento primário (original), de forma a manter as propriedades físicas, químicas, terapêuticas e microbiológicas sem constrangimentos temporais, pelo que não se deve optar por incluir na PIM (Church & Smith 2006). Há riscos e perigos, como o perigo de contaminações cruzadas durante a manipulação, riscos associados ao acondicionamento no mesmo compartimento de diferentes formas farmacêuticas, nomeadamente cápsulas e comprimidos de libertação modificada (Royal Pharmaceutical Society, 2013).

Os utentes que consigam gerir a sua medicação com segurança devem ser encorajados a fazê-lo e, quando são incapazes de o fazer, deve existir um treino adequado dos cuidadores, para que estejam aptos a administrar a medicação a partir da sua embalagem original. Nos países nos quais foram elaboradas normas e recomendações acerca do uso de dispositivo semelhante a caixas multidose, concluiu-se que o recomendável é os medicamentos serem preferencialmente dispensados e administrados a partir da sua embalagem original (Elliott, 2014; Haywood & Glass, 2016). As vantagens da utilização de informação verbal ou escrita associada ao uso do medicamento estão bem demonstradas – melhor conhecimento, melhor adesão à terapêutica e maiores benefícios terapêuticos (Flocke & Tarn, 2011).

A implementação de estratégias que favorecem o aumento de adesão à terapêutica incide em simplificar os esquemas terapêuticos, na prescrição de menor número de medicamentos possível; no evitamento de prescrições em dias alternados; no evitamento do fracionamento de comprimidos; na explicação sobre a utilidade dos medicamentos prescritos; no alerta de possíveis efeitos secundários; na adequação das formas farmacêuticas às capacidades de deglutição do doente; no recurso a instrumentos facilitadores como o uso de guias terapêuticos e rótulos legíveis/compreensíveis (através de associação de imagens uniformizadas); no aconselhamento de doentes analfabetos ou com problemas de esquecimento, de visão e de audição a solicitarem a colaboração de algum familiar ou cuidador; no uso de sinaléticas como calendários/tabelas de registo da toma da medicação, alarmes ou auxílio de profissionais ou cuidadores que possam apoiar a toma da medicação a partir das embalagens originais (e.g., Galvão, 2006; Elliott, 2014; Haywood & Glass, 2016).

Nos Estados Unidos da América (EUA) implementaram-se medidas (a utentes portadores de doenças crónicas polimedicados) que favorecessem a adesão terapêutica, nomeadamente o uso de alertas por intermédio de mensagens audíveis (os doentes recebem mensagens automatizadas ou personalizadas a lembrar e a incentivar a toma da medicação prescrita). Esta estratégia é acessível através dos telefones (fixo/móvel) dos utentes, como forma de lembretes diários baseados na prescrição clínica (Thakkar et al., 2016).

A existência de uma comunicação eficaz com o PS é crucial na obtenção de cuidados de saúde de qualidade, desde o planeamento à discussão dos esquemas terapêuticos prescritos, como clarificar a informação que consta em cada guia terapêutico (o nome do medicamento, para que serve, quando deve tomar e que qualquer esquema terapêutico deve possuir informação clara e acessível, e ainda informar o PS da medicação que cumpre (National Institute on Aging, 2017).

A intervenção do PS na relação com o utente face ao acompanhamento da GRT beneficiará a descodificação da informação, esclarecimento de dúvidas, como também o aumento de adesão e a prevenção de complicações associadas a esquecimentos/erros que possam trazer graves consequências para a saúde dos utentes.

3. Metodologia

Foi realizada uma revisão sistemática e integrativa da literatura. O presente estudo é exploratório descritivo, baseado numa amostra não probabilística, por conveniência (n=11). Foram delineados critérios de inclusão, como: idosos com idade superior a 65 anos, com funções cognitivas mantidas e com polimedicação (prescrições acima de 5 medicamentos). Foram contactados 20 idosos, via presencial, residentes no Concelho e Distrito de Castelo Branco (em meio rural). Apenas 11 cumpriam os critérios de inclusão, pelo que os restantes idosos (9) foram excluídos da amostra por não serem polimedicados.

No intuito de avaliar os conhecimentos que estes idosos possuíam acerca da gestão da sua própria medicação, foi aplicado um instrumento de recolha de dados que integrou quatro questões: a primeira solicitava uma caracterização sociodemográfica do utente; duas questões fechadas direcionadas ao regime terapêutico medicamentoso, nomeadamente a indicação terapêutica “para que serve a medicação” e posologia “quando a deve tomar”; a quarta questão era aberta, dando oportunidade ao utente de exprimir “que dificuldades sente em gerir a sua medicação”. Foi entregue um Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes, tendo sido garantida a sua confidencialidade e anonimato.

4. Apresentação de resultados

4.1. Caracterização da amostra

Relativamente à “*caracterização sociodemográfica*” da amostra estudada, esta contemplava cinco idosos do sexo masculino e seis do sexo feminino; com idades compreendidas entre os 65 e 94 anos; maioritariamente de estado civil casado/a, apenas uma idosa viúva. Relativamente às habilitações literárias, quatro idosos são analfabetos, dois cumpriram o 1.º ano do 1º ciclo e cinco completaram o 4.º

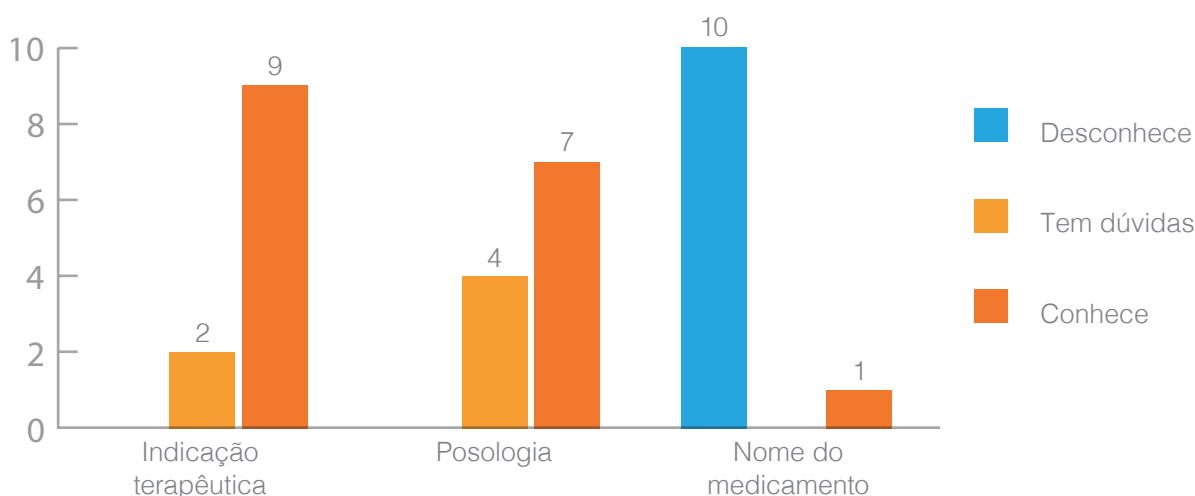
ano de escolaridade do ensino básico. Quanto ao nível socioeconómico, seis, quatro e um idosos beneficiam de pensão mínima, média e alta, respetivamente.

4.2. Perceções e dificuldades que os idosos possuem acerca da GRT e as estratégias que usam para gerir a sua medicação

Quanto aos “conhecimentos que possuem acerca da indicação terapêutica e posologia da medicação” que cumprem no seu quotidiano, cerca de nove idosos conhecem a indicação terapêutica da medicação que cumprem, apenas pelo *design* da embalagem original a que estão habituados. Nas situações em que o médico prescreve a mesma terapêutica, mas de laboratórios diferentes, possuindo a embalagem um *design* e apresentação diferentes, todos referem este aspeto como um grande obstáculo ficando a desconhecer a respetiva indicação terapêutica. A maioria dos intervenientes (dez idosos) confirma que desconhece o nome do medicamento e distingue a polimedicação que cumpre através do *design* da embalagem original (se for sempre a mesma), como descrito anteriormente.

Quanto à posologia, quatro idosos têm dúvidas e sete referem conhecê-la por intermédio do *design* e orientações escritas na embalagem. Os idosos com dúvidas acerca da posologia caracterizam-se pelo analfabetismo (Gráfico 1).

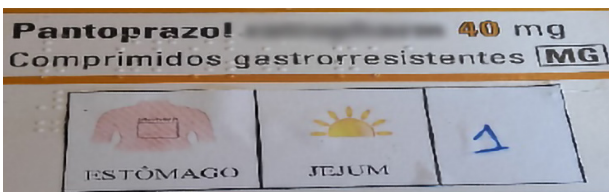
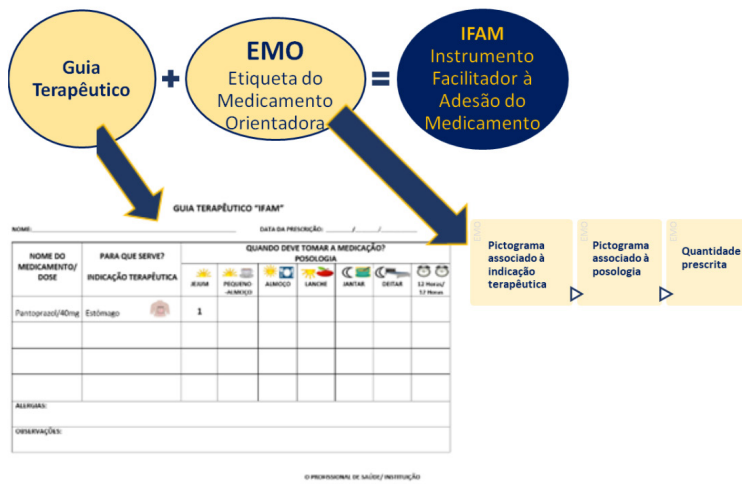
Gráfico1. Conhecimentos que a População-alvo possui acerca da GRT



Relativamente à questão relacionada com as “*dificuldades em gerir a própria terapêutica*”, a maioria dos intervenientes da amostra frisa que o fato de não saber ler dificulta a distinção da medicação, sendo que memoriza a indicação terapêutica associada ao *design* da embalagem original, o que não é seguro numa correta GRT.

Ao deparar-se com as dificuldades sentidas pelos utentes, apostou-se na elaboração de um Instrumento Facilitador à Adesão do Medicamento (IFAM) que integra um Guia Terapêutico e uma Etiqueta do Medicamento Orientadora “EMO”, ambos possuem linguagem simples e acessível; com imagens associadas à indicação terapêutica e posologia para fixar nas embalagens originais da terapêutica dos utentes, baseados na prescrição clínica. Este IFAM visa aumentar a adesão ao regime terapêutico e diminuir ou evitar erros na toma da medicação em indivíduos com baixa LS (Figura 2). Este IFAM, um suporte pedagógico, pretende também ser acessível aos indivíduos invisuais com a aplicação de *braille*, tendo em conta as considerações legais existentes que regulam esta matéria.

Figura 2. Instrumento Facilitador à Adesão do Medicamento



Fonte: Elaboração própria

5. Discussão

Tanto a literatura consultada como os resultados obtidos nesta intervenção revelam as mesmas dificuldades na GRT. Num estudo efetuado nos EUA (e.g., Cho et al., 2014), verificou-se que a uniformização do *design* da embalagem influencia a seleção correta desses medicamentos. Os resultados ilustraram que diferentes apresentações na rotulagem e no *design* da embalagem afetam significativamente a precisão e a eficiência da tomada de decisões dos doentes sobre a medicação, nomeadamente conhecer a sua indicação terapêutica e respetiva posologia.

Em Portugal, no âmbito da aplicação do Inquérito Europeu de LS, constatou-se que acima de 50% da população portuguesa apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, ou seja, não possui as habilidades necessárias para entender as informações sobre saúde, tomar decisões sobre cuidados de saúde ou seguir instruções sobre medicamentos (Ávila, Espanha & Mendes, 2015).

A implementação de estratégias de comunicação clara e acessível ajuda o utente a envolver e integrar informação útil nos seus planos de cuidados, o que favorece o aumento da adesão terapêutica. No que respeita aos rótulos de medicação, os doentes com baixos níveis de LS possuem três vezes mais probabilidade de interpretar erroneamente os rótulos das embalagens dos medicamentos. A dificuldade em compreender o rótulo da embalagem do medicamento afeta negativamente as orientações do seu uso. Dada esta realidade, é recomendável melhorar e facilitar a legibilidade das embalagens dos medicamentos, como adicionar imagens de fácil compreensão relacionadas com a gestão da medicação (simplificar os esquemas terapêuticos) (Johnson et al., 2013).

6. Conclusão

Pesquisar, interpretar, informar e aplicar informação clara e acessível acerca da saúde são estratégias propícias ao aumento dos níveis de LS dos utentes, capacitando-os nas tomadas de decisões de forma mais consciente e esclarecida, nomeadamente na GRT medicamentoso.

A existência de uma comunicação em saúde clara e acessível é fundamental para que a intervenção dos PS, enquanto agentes de mudança de comportamento, seja mais eficiente e segura. Os contributos que permitem uma comunicação funcional estão relacionados com a clareza e simplicidade da linguagem utilizada, com a assertividade, positividade e empatia (Belim & Vaz de Almeida, 2018). Estas ferramentas são consideradas uma solução chave na otimização de um aumento dos níveis de LS, da segurança do doente (promovendo a sua maior compreensão, acesso e avaliação), da segurança dos PS na comunicação com os utentes.

O uso correto de informação acerca do medicamento traduz melhor conhecimento, melhor adesão e maiores benefícios terapêuticos, o que proporciona aumento dos níveis de LS. Na prática clínica, são notórios estes aspetos: os utentes com baixos níveis de LS revelam enormes dificuldades em compreender o uso do medicamento, em saber gerir a sua própria terapêutica, desconhecem a indicação terapêutica (para que serve) e os poucos que conhecem associam-na ao *design* da embalagem original (estratégia de memorização). Estes comportamentos são preocupantes e facilmente propícios a graves consequências que podem comprometer a saúde dos utentes, como a troca de medicação, aumento de erros na toma e dosagem. Estes comportamentos geram, por sua vez, aumento dos gastos em saúde que, conseqüentemente, se torna um fator crítico para a sustentabilidade do SNS.

Com este estudo, contribui-se para a melhoria das práticas dos PS, que podem implementar estratégias comunicacionais (de forma verbal e escrita) facilitadoras da capacitação dos utentes e cuidadores a uma adequada e segura GRT, para o aumento dos níveis de LS e da adesão terapêutica do utente, para a redução de custos de saúde, melhor qualidade de vida e bem-estar dos utentes, com vista à obtenção de ganhos de saúde.

Referências

- Acúrcio, F., et al. (2009). Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Revista Assoc Med Bras*, 55(4), 468-474.
- Afonso, D., Almeida, A., Alves, P., Coelho, P., Costa, T., Pinto, C., & Silva, R. (2014). Idosos em contexto comunitário: Gestão ineficaz do regime terapêutico e risco de queda. Universidade Portuguesa Católica.
- Almeida, A., & Santos, M. (2010). Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 149-162.
- Ávila, P., Espanha, R., & Mendes, R.V. (2015). *Literacia em saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ávila, P., Dias, S., Dussault, G., & Reis, L. (2012). O conhecimento sobre o medicamento e a literacia em saúde. Um estudo em adultos utentes de farmácias do concelho de Lisboa. *Revista Portuguesa Farmacoter*, 4, 87-102.
- Belim, C., & Vaz de Almeida C. (2018) Communication competences are the key! A model of communication for the health professional to optimize the health literacy – Assertiveness, clear language and positivity. *Journal of Healthcare Communications*, 3. ISSN 2472-1654, 1-13.
- Cho, J., Miller, S., Simpson, T., & Shooter, S. (2014). Effects of over-the-counter medication product family packaging design on knowledge acquisition and consumer preferences. *New York, USA. DETC.35328*, 1-10
- Church, C., & Smith, J. (2006). How stable are medicines moved from original packs into compliance aids? *The Pharmaceutical Journal*, 276, 75-81.
- Colorado Health Outcomes Program. (2015). *AHRQ health literacy universal precautions toolkit*. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2000). *CIPE: Classificação internacional para a prática de enfermagem - Versão Beta*. IGIF.

Costa, F., & Miranda, I. (2014). *Projeto SOS Pharma idoso teste à implementação do serviço de Preparação Individualizada da Medicação em Farmácia Comunitária* [Dissertação de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas]. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Davis, T., Wolf, M., Bass, P., Middlebrooks, M., Kennen, E., & David, W. (2006). Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *Journal of General Internal Medicine, 21*, 847-851.

Direção Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de Saúde*. Norma número 001/2017.

Elliott, A. (2014). Appropriate use of dose administration aids. *Aust Prescr, 37*, 46-50. www.nps.org.au/attachments/appropriate-use-of-doseadministration-aids.pdf

Flocke, S., & Tarn, D. (2011). New Prescriptions: How well do patients remember important information? *Fam Med, 43*, 254-259.

Galvão C. (2006). O idoso polimedicado: Estratégias para melhorar a prescrição. *Rev Port Clin Geral, 22*(6), 747-52.

Haywood, A., & Glass, D. (2016). Evidence of stability of medicines repackaged in compliance aids: A review. *Curr Drug Saf, 11*(1), 69-77. www.eurekaselect.com/135205/article

Johnson, J., Moser, L., & Garwood, C. (2013). Health literacy: A primer for pharmacists. *American Society of Health-System Pharmacists, 949-955*. <https://doi.org/10.2146/ajhp120306>

Machado, M. (2009). *Adesão ao regime terapêutico representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros* [Dissertação de mestrado em Educação (especialização em Educação para a Saúde)]. Universidade do Minho.

National Institute on Aging. (2017). *Tracking your medications work sheet*. <https://www.nia.nih.gov/health/talking-with-doctor-worksheets>

Nunes, J.M. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. https://www.mgfamiliar.net/_literature_41723/comunicacao-em-contexto-clinico

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-20. Diário da República, 2.^a Série – N.º 28 – 10 de fevereiro (2015): Despacho nº1400-A/2015.

Poudel, A., Peel, N., Nissen, L., Mitchell, C., Gray, L., et al. (2014). Potentially inappropriate prescribing in older patients discharged from acute care hospitals to residential aged. *Ann Pharmacother*, 48(11), 1425–1433. <https://doi.org/10.1177/1060028014548568>

Royal Pharmaceutical Society. (2013). *Improving patient outcomes. The better use of multi-compartment compliance aids*. www.rpharms.com/support-pdfs/rps-mca-july-2013.pdf

Sorensen, K., Broucke, S.V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., & Slonska, Z. et al. (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.

Sousa, S., [et al]. (2011) Polimedicação em doentes idosos: Adesão à terapêutica. *Revis Port Clinic Geral*, 27, 176-182.

Thakkar, J., Kurup, R., Laba, T.L., Santa, K., Thiagalingam, A., et al. (2016). Mobile telephone text messaging for medication adherence in chronic disease. *JAMA Internal Medicine*, 176(3), 340-349.

Vaz de Almeida, C. (2016). Acolher, capacitar, encaminhar - Literacia em saúde: Os caminhos para uma maior capacitação dos profissionais de saúde. *Congresso ACE, Suplemento Informação*, 8-15.

World Health Organization-WHO. (2003). *Adherence to long term therapies. Evidence for action*. WHO.

Wynia, M.K., & Osborn, C.Y. (2010). Health literacy and communication quality in health care organizations. *Journal of Health Communication*, 15 (Suppl 2), 102–115.

Nota biográfica:

Sandra Laia Esteves é Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Vice-Presidente do Conselho Fiscal da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. Graduada em Literacia em Saúde pelo ISPA; Graduada em Gestão em Saúde; Graduada em Urgências Obstétricas e Neonatais. Experiência profissional no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central na área da mulher; criança, adolescente e na área jovem – Hospital Dona Estefânia; adulto e idoso – Hospital de São José. Enfermeira Supervisora de Ensinos Clínicos em contexto do Curso de Especialização e Mestrado em Enfermagem Comunitária. Interesse pela área de Comunicação em Saúde e Literacia Digital, autora de alguns instrumentos audiovisuais pedagógicos no âmbito “Segurança no Comunicar” - <https://www.youtube.com/@sandralaia275/about>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5191-1718>

Email: sandralaiaesteves@gmail.com