

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**FACULDADE DE FARMÁCIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE ASSOCIADO AO  
CONHECIMENTO DE MEDICAMENTOS: REVISÃO INTEGRATIVA.**

**VIRGÍNIA PETRINI MASZLOCK**

**PORTO ALEGRE, 2017**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**FACULDADE DE FARMÁCIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE ASSOCIADO AO CONHECIMENTO  
DE MEDICAMENTOS: REVISÃO INTEGRATIVA.

Dissertação apresentada por **Virgínia  
Petrini Maszlock** para obtenção do  
GRAU DE MESTRE em Assistência  
Farmacêutica

Orientadora: Prof. Dr. Tânia Alves Amador

Porto Alegre, 2017

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, em nível de Mestrado Acadêmico da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 18 de maio de 2017, pela Banca Examinadora constituída por:

Profa. Dr. Edyane Cardoso Lopes, Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

Profa. Dr. Maria Cristina Werlang, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Profa. Dr. Tatiane da Silva Dal-Pizzol, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

#### CIP - Catalogação na Publicação

Maszlock, Virgínia Petrini

Letramento funcional em saúde associado ao conhecimento de medicamentos: revisão integrativa. / Virgínia Petrini Maszlock. -- 2017.

118 f.

Orientadora: Tânia Alves Amador.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Letramento em saúde. 2. Revisão integrativa. 3. Assistência Farmacêutica. 4. Alfabetização em saúde. 5. Medicamentos. I. Amador, Tânia Alves, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

A todos os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde, que, mesmo com as adversidades e complexidades encontradas diariamente, trabalham e lutam pelo fortalecimento do SUS.

A todos os profissionais da educação do país, do básico ao ensino superior. Admiráveis lutadores sociais nas suas tarefas de ensino e construção de uma realidade melhor para indivíduos, famílias e sociedade.



## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Vera Alice, que me inspirou a valorizar o ato de educar.

Ao meu pai, Volnei Lourenço, pelo apoio, nos momentos alegres e tristes deste percurso.

À minha avó, Armelinda, exemplo de autossuperação e que sempre me fez acreditar em meus sonhos.

À minha irmã, Vitória, pelas sugestões, pelos comentários sempre pertinentes, pelo bom humor.

Ao meu noivo, Robledo, por incentivar meu crescimento profissional, por acreditar em meu potencial e pelo amor dedicado em todas as horas.

À minha orientadora, Dr<sup>a</sup>. Tânia Alves Amador, por sua sabedoria, pela paciência ao lidar com minhas inquietações; pelo direcionamento à pesquisa e pelo acréscimo substancial de novos saberes. A você, meu especial respeito profissional e agradecimento por sua disponibilidade e confiança em mim depositada, neste momento significativo de minha vida.

À minha colega de mestrado, Juliana, pelo compartilhar de conhecimentos, pela companhia, pela escuta amiga, pelo bom-humor, pelas dicas.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, pela dedicação, profissionalismo, competência e responsabilidade na condução deste programa.

Ao meu chefe na Vigilância Sanitária do município de Cachoeirinha, Antonio, pela compreensão, apoio e amizade.

À enfermeira e colega, Gisele, pelo exemplo profissional na Saúde Pública, pelo exemplo de mestre, e pelo incentivo ao meu mestrado.

Às alunas de graduação, Catieli, Carla e Suelen, por compartilharem seus momentos da graduação comigo.



“Understanding is a two-way street.”

(Eleanor Roosevelt)

“A maior parte do tempo de um escritor é passado na leitura, para depois escrever;  
uma pessoa revira metade de uma biblioteca para fazer um só livro.”

(Samuel Johnson)



## RESUMO

A partir da hipótese de que pessoas leigas, ou seja, “não profissionais” de saúde, apresentam baixo conhecimento sobre medicamentos, o estudo teve por objetivo identificar por meio de uma revisão integrativa as variáveis que interferem no letramento em saúde relacionado ao uso de medicamentos por pacientes atendidos em serviços de saúde. Trata-se de uma revisão integrativa que por definição sintetiza resultados obtidos em pesquisas oferecendo informações amplas sobre um tema, e pode ter diferentes finalidades, como definir conceitos, revisar teorias ou analisar métodos de estudos, permite a inclusão simultânea de pesquisa quase-experimental e experimental e combinando dados de literatura teórica e empírica. Realizada no período de janeiro a abril de 2016, foram utilizadas as bases de dados MEDLINE/PubMed, LILACS, SciELO, Google Acadêmico e BDTD. O levantamento abrangeu publicações nacionais e internacionais, em português, inglês ou espanhol, no intervalo de janeiro/1996-janeiro/2016, usando as palavras chave “*health literacy*”, “*health education*”, “*medication knowledge*”, “*patient medication knowledge*”, “*patient*”, “*medication*”, “*education*” e “*patient\*participation*”. Os critérios de inclusão foram: idade  $\geq 18$  anos, ambos os sexos, qualquer país ou nível socioeconômico; usar técnicas de medir letramento e os de exclusão: estudos com grupos étnicos e camadas sociais pré-definidos; crianças ou seus cuidadores, gravidez, doenças específicas, etc. Foram identificados 637 estudos e excluídos 609 por diversos motivos, restando 28 na amostra final. Os países com maior número de estudos recuperados foram Estados Unidos, Brasil e Espanha, respectivamente, sendo a maior concentração a partir de 2009. Em relação ao delineamento científico dos estudos: 23 eram de natureza quantitativa, 3 qualitativos e 2 mista (quali-quantitativo). As principais questões sobre medicamentos estudadas foram: relação entre o nível educacional e o letramento funcional em saúde, a relação entre conhecimento de medicamentos, adesão à terapia e intervenções educativas. Sobre os métodos para identificar/avaliar o letramento em saúde o TOFHLA, a sua versão reduzida (S-TOFHLA) e REALM foram usados em dois estudos cada um deles. Em 17 estudos os questionários foram desenvolvidos pelos próprios pesquisadores e em três estudos foi também avaliada a adesão pelo Morisky-Green. A pesquisa de letramento em saúde pode auxiliar em programas sobre o uso racional de medicamento, pois parece existir uma correlação positiva entre letramento funcional em saúde e conhecimento sobre medicamentos, e este conhecimento está positivamente relacionado à adesão à terapia medicamentosa.

**Palavras-chave:** Alfabetização em Saúde. Letramento em Saúde. Atenção Farmacêutica. Conhecimentos. Medicamentos. Revisão Integrativa.



## ABSTRACT

Based on the hypothesis that lay people, i.e. "non-professionals" of health, have low knowledge regarding medicines, this study aimed to identify, through an integrative review, the variables that affect the health literacy related to the use of medicines by patients treated in health services. This is an integrative review which summarizes results obtained in scientific researches offering comprehensive information on a topic and can have different purposes, such as defining concepts, revising theories or analyzing study methods, it allows the simultaneous inclusion of quasi-experimental research and experimental, combining data from the theoretical and empirical literature. The research was carried out from January to April 2016, during this period, the database from MEDLINE/PubMed, LILACS, SciELO, Google Academic and BDTD were used. The search included national and international publications, in Portuguese, English or Spanish, in the period from January 1996 to January 2016, using the keywords "health literacy", "health education", "medication knowledge", "patient medication knowledge", "Patient", "medication", "education "and" patient\*participation". The inclusion criteria were: age>18 years old, both sexes, any country or socioeconomic level; to use literacy and exclusion techniques: studies with pre-defined ethnic groups and social strata; children or their caregivers, pregnancy, specific diseases, etc. 637 studies were identified and 609 were excluded for several reasons, leaving 28 in the final sample. The countries with the highest number of studies recovered were the United States, Brazil and Spain, respectively, with the highest concentration starting from 2009. Regarding the scientific design of the studies: 23 were quantitative, 3 qualitative and 2 mixed (qualitative-quantitative). The main questions related to the studied drugs were: the relationship between educational level and functional literacy in health, the relationship between knowledge of medicines, adherence to therapy and educational interventions. On methods to identify/evaluate health literacy in health, TOFHLA, its reduced version (S-TOFHLA) and REALM were used in two studies each of them. In 17 studies the questionnaires were developed by the researchers themselves and in three studies the adhesion by Morisky-Green was also evaluated. The health literacy research can assist programs on the rational use of medicines since there seems to be a positive correlation between functional literacy in health and knowledge about medicines, and this knowledge is positively related to adherence to drug therapy.

**Keywords:** Health Literacy. Pharmaceutical Care. Knowledge. Medicines. Integrative Review.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Tipos de revisões sistemáticas, 2017.	40
Figura 2 - Critérios de inclusão e exclusão, 2017.	48
Quadro 1 - Árvore hierárquica do registro “ <i>health literacy</i> ” no MeSH, 2017. Adaptado de MEDLINE/PubMed, 2016.	49
Figura 3 - Combinações utilizadas das palavras chave com operadores lógicos, 2017.	50
Quadro 2 - Classificação do nível de evidência segundo Melnik; Fineout-Overholt, 2005.	51
Figura 4 - Fluxograma de seleção dos artigos elegíveis de acordo com os critérios de inclusão e exclusão na revisão integrativa segundo o fluxograma dos critérios PRISMA, 2017.	54
Quadro 3 - Periódicos e repositórios dos estudos selecionados, 2017.	55
Gráfico 1 - Porcentagem de publicações obtidas, 2017.	56
Gráfico 2 - Quantidade de publicações no período, 2017.	56
Gráfico 3 – Porcentagem de estudos por países que realizaram estudos sobre letramento funcional em saúde e medicamentos incluídos na revisão integrativa, 2017.	57
Gráfico 4 – Número de participantes de 25 estudos classificados pelo sexo dos participantes, 2017.	58
Gráfico 5 – Porcentagem de instrumentos utilizados nos estudos selecionados, 2017.	59
Figura 5 - Linha histórica e cronológica dos estudos nacionais e internacionais sobre letramento em saúde e conhecimento de medicamentos, 2017.	70



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estudos que avaliaram o consumo médio de medicamentos por cada paciente, 2017.	58
Tabela 2 - Características metodológicas dos estudos selecionados para revisão integrativa sobre letramento em saúde direcionado ao uso de medicamentos, 2017.	61
Tabela 3 - Desenho científico dos estudos selecionados para a revisão integrativa sobre letramento em saúde direcionado ao uso de medicamentos, 2017.	67
Tabela 4 - Análise da qualidade dos estudos segundo os critérios do STROBE ( <i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i> ), 2017.	68
Tabela 5 - Análise da qualidade dos estudos qualitativos segundo os critérios do COREQ ( <i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i> ), 2017.	69
Tabela 6 - Categorias de acordo com o objetivo dos estudos da revisão integrativa sobre letramento em saúde direcionado ao uso de medicamentos, 2017.	71
Tabela 7 – Coincidências apresentadas entre estudos e categorias nos estudos incluídos na revisão integrativa sobre letramento em saúde direcionada ao uso de medicamentos, 2017.	74



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ECR	Ensaio clínico randomizado
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
LFS	Letramento Funcional em Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe
MEDLINE	<i>Medical Literature Library of Medicine</i>
MeSH	<i>Medical Subject Heading</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PRISMA	<i>Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-analyses</i>
REALM	<i>Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine</i>
RI	Revisão Integrativa
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library</i>
S-TOFHLA	<i>Short Test of Functional Health Literacy in Adults</i>
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
TOFHLA	<i>Test of Functional Health Literacy in Adults</i>
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.
WHO	<i>World Health Organization</i>



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	27
2.1 Saúde, ambiente e informação.....	27
2.2 Educação em Saúde.....	29
2.3 Simbologia do medicamento.....	30
2.4 Letramento e Letramento em Saúde.....	33
2.5 Prática baseada em evidências científicas e revisão integrativa.....	39
3 JUSTIFICATIVA.....	45
4 OBJETIVOS.....	45
4.1 Objetivo Geral.....	45
4.2 Objetivos Específicos.....	45
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	47
5.1 Identificação do problema.....	47
5.2 Busca na literatura.....	48
5.3 Avaliação dos dados.....	50
6 RESULTADOS.....	53
7 DISCUSSÃO.....	77
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS.....	91
ANEXO A - Instrumento de coleta de Ursi ER, 2006.....	111
ANEXO B – Critérios STROBE.....	113
ANEXO C – Critérios COREQ.....	115
ANEXO D – Critérios CONSORT.....	117



## 1 INTRODUÇÃO

Os medicamentos têm sido usados como principal terapia para a resolução de problemas de saúde. Nos países em desenvolvimento, a compra de medicamentos alcança entre 30 e 40% dos gastos em saúde. Muitas destas compras são atos de automedicação dos próprios pacientes (HARDON; HODGKIN; FRESLE, 2004). Os pacientes geralmente escolhem os medicamentos de acordo com prescrições anteriores ou por sugestões recebidas de pessoas não qualificadas (ARRAIS *et al.*, 1997). No Brasil, o gasto com medicamentos tem aumentado significativamente nos últimos anos. Segundo dados do Ministério da Saúde o investimento em medicamentos passou de R\$ 3 bilhões em 2003 para R\$ 12,4 bilhões em 2014<sup>1</sup>.

Os usuários de medicamento podem, por exemplo, desconhecer alternativas de baixo custo e de qualidade como os medicamentos genéricos ou, com consequências mais sérias, realizar escolhas inadequadas, tratamentos incompletos ou uso desnecessário, como no caso de doenças autolimitadas (ARRAIS *et al.*, 1997). Além disso, pode-se evitar a compra de alguns medicamentos, se eles constarem das listas dos serviços públicos de distribuição gratuita (HARDON; HODGKIN; FRESLE, 2004). Os profissionais da saúde sabem que o acesso ao medicamento não tem uma relação direta com os resultados positivos para a saúde do usuário. Uma parte destas aquisições é realizada sem orientação ao paciente sobre como usar o medicamento corretamente e não são oferecidas informações a respeito do horário adequado, posologia, efeitos adversos frequentes, problemas com a descontinuidade do tratamento e o motivo para os quais o medicamento foi prescrito (NAVES *et al.*, 2010; REIS, 2010).

Em uma situação ideal, o profissional de saúde que orienta um paciente sobre o uso do medicamento deveria também reconhecer a capacidade do indivíduo em assimilar e processar a informação, pois há diferenças em como as pessoas lidam com as informações recebidas. Ações educativas podem auxiliar os indivíduos a identificar o que é o fármaco em um medicamento, comparar preços, buscar alternativas mais baratas ou gratuitas e tomar o medicamento corretamente, e esse conhecimento

---

<sup>1</sup> Ministério quadruplica investimento em medicamento. Site do Governo Federal. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/12/ministerio-quadruplica-investimento-na-oferta-de-medicamentos>. Acesso em: 12 mar 2017.

impacta no resultado do tratamento (HARDON; HODGKIN; FRESLE, 2004). Em oposição a essa premissa, as farmácias, especialmente as públicas, não oferecem, geralmente, a estrutura para que os profissionais realizem essa orientação com tranquilidade. O sistema de saúde brasileiro, que busca fundamentar-se na atenção primária, precisaria refletir sobre como estabelecer vínculos com os usuários, para garantir uma efetiva assistência de saúde que gere resultados qualitativos (NAVES *et al.*, 2010).

A literatura em saúde apresenta estudos para compreender os fatores preditivos do conhecimento sobre medicamentos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) acredita que o letramento é um dos fatores que contribuem para melhorar o conhecimento sobre medicamentos (HARDON; HODGKIN; FRESLE, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984). Reis, (2010), em sua dissertação de mestrado, pondera que:

No contexto da saúde, a literacia, é uma competência necessária para dialogar e comunicar, para ler informação escrita, interpretar documentos (gráficos, tabelas, rótulos), usar dispositivos (termômetro, debitômetro, tensiômetro), calcular o momento e a dose a administrar de um medicamento (NIELSEN-BOHLMAN, 2004) [...] a capacidade de cada indivíduo para obter, utilizar e compreender a informação e os serviços básicos de saúde de forma a tomar decisões apropriadas (NIELSEN-BOHLMAN apud REIS, 2010, p.13).

Compreender que letramento em saúde não é somente a habilidade de ler, mas também entendimento da informação, por exemplo, saber calcular doses envolve matemática e um raciocínio um pouco mais complexo. Outro exemplo ilustrativo refere-se a indivíduos que não sabem verificar a temperatura corporal, ou ainda, que não conseguem dosar um medicamento líquido. Então, letramento é mais complexo que saber simplesmente ler e ao compreendermos como cada paciente se relaciona com as informações, quais as competências que esses indivíduos têm para processar as informações sobre o uso de medicamentos, maior será a possibilidade de obtermos bons resultados para a saúde.

O termo letramento em saúde passou a ser incorporado apenas recentemente na literatura em saúde, devido ao interesse de algumas disciplinas científicas, como a medicina, enfermagem, psicologia, sociologia, serviço social e economia (SERRÃO *et al.*, 2015). No Brasil e no mundo várias avaliações têm sido realizadas para medir o

letramento em saúde de pacientes que utilizam medicamentos, seja para verificar a influência na adesão ao tratamento, seja para verificar se grupos específicos de pessoas conhecem sobre medicamentos. Apesar desses inúmeros estudos, o letramento em saúde é pouco conhecido entre estudantes de Farmácia, farmacêuticos e outros profissionais de saúde.

A presente pesquisa parte da hipótese que pessoas com menos anos de estudo e/ou pessoas sem formação na área da saúde, tenham um baixo letramento em saúde e, portanto, o objetivo geral foi identificar e avaliar estudos com temas relacionados a medicamentos e associados ao letramento funcional em saúde, direcionado ao uso de medicamentos que tenham sido realizados com pacientes em serviços de atendimento em saúde, como hospitais, ambulatórios ou farmácias e similares, em todo o mundo.



## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Saúde, ambiente e informação**

Considera-se como recursos básicos para a saúde, a renda, abrigo e alimentação. Contudo, para promover e garantir saúde, além da existência destes três fatores é necessária a informação, em um ambiente que oportunize opções saudáveis de bens, serviços, condições econômicas, sociais e culturais, ou seja, a totalidade do ambiente em que vivemos e nos relacionamos. A ligação das pessoas com seus ambientes de vida constituem a base para a abordagem sócio-ecológica da saúde (STOKOLS, 1992). Assim a OMS conceituou promoção da saúde como “o processo de habilitar pessoas a melhorarem e aumentarem o controle sobre suas condições de saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984).

A promoção da saúde representa uma estratégia mediadora entre as pessoas e o meio, uma síntese de suas escolhas e responsabilidades de saúde. Essa perspectiva é derivada do conceito de saúde como sendo o grau em que um indivíduo ou um grupo, são capazes de compreender suas aspirações e satisfazer suas necessidades, mas também modificando ou cooperando com o ambiente para torná-lo mais saudável. Dessa forma, é vista como um recurso para a vida cotidiana, não como objetivo de vida e habilita o indivíduo a controlar e se responsabilizar por uma rotina de cuidados espontâneos e organizados. Diversos métodos complementam a promoção da saúde, como a comunicação, educação, legislação e atividades locais desenvolvidas na comunidade, mas para isso é necessário acesso contínuo à informação (HARDON; HODGKIN; FRESLE, 2004).

A informação e educação fornecem a base para fazer escolhas em saúde. As mídias de massas e as novas tecnologias da informação são especialmente importantes, pois como disseminadoras de informação aumentam o conhecimento das pessoas. Quando a informação é dada sozinha, sem os recursos para promover saúde, ela pode gerar sentimentos de ansiedade e impotência nos indivíduos. Nesse sentido, é necessária uma revisão dos conhecimentos, habilidades e práticas em saúde usuais da população ao se propor políticas de promoção à saúde, pois a informação pode não alcançar as pessoas, devido a suas expectativas, crenças, preferências e capacidades,

fazendo aumentar as desigualdades sociais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984).

Para Rattner (1980), a noção de tecnologia sofreu uma redução equivocada de significado para corresponder meramente ao conjunto de máquinas e equipamentos produtivos. Essa redução de sentido deu destaque aos instrumentos. Porém, retirou um aspecto importante: a relação entre ser humano e objetos. Estes instrumentos apenas ganham relevância no trabalho quando utilizados por pessoas. Logo, a relação é inversa: são as relações sociais que estabelecem o uso dos instrumentos pelos homens e não as características dos instrumentos (RATTNER, 1980).

Mendes Gonçalves (1994) ampliou o significado, trazendo uma forma particular de tecnologia, a que é constituída pelo saber e seus desdobramentos, tanto materiais quanto imateriais, na produção de serviços de saúde. É um conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, uma rede de relações sociais, em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social. Os objetos de trabalho devem ser entendidos como um momento de operação do saber, só compreensíveis e operantes neste contexto (MENDES GONÇALVES, 1994).

Merhy (2002) retoma esta ideia e segundo ele, falar em tecnologia é ter sempre como referencial o trabalho e que o trabalho é uma ação intencional sobre o mundo para produzir “coisas” (bens ou produtos) que podem ser materiais (duros) ou imateriais (simbólicos), desde que satisfaçam necessidades. As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde se relacionam com serviços de saúde como sendo locais de produção de relações e de bens/produtos. As tecnologias em saúde são classificadas em três tipos: leve, leve-dura e dura (MERHY *et al.*, 2002):

**Leve:** são as tecnologias de relações, como a produção de vínculo, autonomização (relação entre profissional e paciente, que produz graus de autonomia, capacidade de autogestão ou “modo de caminhar na vida”), acolhimento e gestão de processos de trabalho. A efetivação da tecnologia leve se expressa como processos de produção de relações “interseçoras<sup>2</sup>”, o encontro com o usuário final, que representa, em última instância, as diferentes intencionalidades dos vários trabalhadores de saúde.

---

<sup>2</sup> Relações interseçoras: quando um trabalhador de saúde se encontra com um usuário, em um processo de trabalho clínico dirigido para a produção dos atos de cuidar, estabelece-se entre eles um espaço interseçor. Esse espaço é semelhante ao espaço de interseção entre dois conjuntos matemáticos (MERHY, 2007b).

**Leve-dura:** são os saberes bem estruturados que direcionam o trabalho (tecnologias-saberes), são os conhecimentos produzidos, como a clínica médica, clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, etc. A clínica e a epidemiologia são saberes tecnológicos porque ambos são saberes produzidos comprometidamente com a realização de intervenções produtivas do trabalho humano sobre os processos da vida (como a saúde e a doença).

**Dura:** são as máquinas, normas e estruturas organizacionais. Ao considerarmos as definições de tecnologias em saúde de Merhy, podemos estabelecer uma associação indireta entre elas e o acesso à saúde, pois se as relações entre os profissionais e o paciente produzem autonomia e autogestão no cuidado, a informação, o letramento, a educação contribui para a tomada de decisão em saúde. Ou seja, disponibilizar produtos e serviços sem que haja o verdadeiro entendimento para o uso dessas tecnologias “duras” não constitui um verdadeiro acesso à saúde.

O objetivo dos serviços de saúde, não é a cura propriamente dita, mas a produção do cuidado, por meio do qual será possível atingir a cura e a saúde, os desfechos verdadeiramente almejados (MERHY, 2007a). Em geral, o usuário dos serviços de saúde não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e responsabilização dos serviços em torno de si e pelo seu problema de saúde. De fato, quando o objetivo do cuidado concentra-se nas lesões e dores, sem considerar o cuidado ao paciente, os profissionais de saúde sentem-se inclinados a utilizar instrumentos e exames complexos para lidar com sintomas tidos como difusos e descontextualizados (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Além das várias ferramentas-máquinas usadas para examinar o paciente, p. ex., raios-X e exames de laboratório, e dos saberes profissionais (do médico, da enfermagem, do psicólogo, etc.) existe uma tecnologia na produção de processos relacionais que deve ser usada em benefício do paciente. Todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado e deveria ser capacitado para atuar no campo das chamadas “tecnologias leves”(MERHY, 2007a).

## **2.2 Educação em Saúde**

“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. [...] a palavra verdadeira, que é trabalho [...] é transformar o mundo” (FREIRE, 2007 p.90). Torna-se responsabilidade dos profissionais da saúde atentar e

praticar a educação em saúde como processo educativo de construção de conhecimentos, contribuindo para aumentar a autonomia do cuidado pelas pessoas. A população deve apropriar-se do tema e debater com os profissionais e gestores do setor, para alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (FERNANDES; BACKES, 2010).

A Política para Promoção da Saúde, do Ministério da Saúde, de 2006, preconizava como uma das estratégias para implementação desta política a qualificação de profissionais para atuarem na área de educação popular promovendo saúde (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Esta prática criaria uma aproximação democrática entre cidadão e órgão público, fortalecendo conceitos de educação, controle social e participação popular (FERNANDES; BACKES, 2010). Esse pressuposto da política coaduna com o descrito por Paulo Freire (FREIRE, 1985) em que “a educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados” (FREIRE, 1985, p.46).

A tarefa do educador em saúde é a de levar o indivíduo ao entendimento das questões ligadas à saúde, e então, de acordo com a necessidade, ele próprio saberá como agir desde que a educação oferecida seja transformadora, criativa e tenha real valor cotidiano (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004). Para que as pessoas alcancem um nível adequado de saúde, elas devem ser capacitadas a identificar e satisfazer suas necessidades básicas de saúde, adotando mudanças de comportamentos, práticas e atitudes. A educação em saúde operacionaliza essas mudanças, contribuindo para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar formas e meios de preservar e melhorar a saúde (SCHIAVO; MOREIRA, 1997).

### **2.3 Simbologia do medicamento**

Hoje em dia há um esforço para extinguir o antigo modelo clínico tradicional, o qual ainda hoje persiste como cultura institucional - em alguns serviços públicos de saúde e em alguns privados - envolvendo profissionais e usuários. Esse modelo tradicional foi fruto do capitalismo, onde a concepção de doença era pautada por um processo de trabalho que não estava direcionado ao doente e sim à doença, centrado na

queixa-conduta para resolver aspectos curativos (ALMEIDA; MELLO; NEVES, 1991).

Esta cultura foi apoiada no saber técnico-científico, e utilizava predominantemente intervenções que não priorizavam as necessidades de saúde da população (FERRI *et al.*, 2007). Contribuíram para o problema, as pressões sociais, a estrutura do sistema de saúde e o intenso marketing (TUNEU VALLS *et al.*, 2000).

A farmacoterapia analisava a eficácia e a efetividade necessárias da opção medicamentosa e tornou-se acessível e rápida, porém, deveria considerar também a segurança para o paciente (TUNEU VALLS *et al.*, 2000). Os medicamentos quando utilizados para a manutenção deste modelo assistencial, não levavam em consideração o paciente em seus aspectos sociais, sendo utilizados apenas como uma tecnologia dura. Pois os medicamentos, quando verdadeiramente necessários e utilizados de forma racional, contribuem para a saúde das pessoas. Devem satisfazer às necessidades do usuário na sua singularidade, estabelecendo relações com os aspectos emocional, cultural e social (FERRI *et al.*, 2007).

A industrialização do setor saúde no período pós-guerra trouxe consigo a hegemonia do medicamento industrializado em larga escala. Este fenômeno ampliou o afastamento da construção de uma terapia baseada no diálogo, na cultura e sociedade e vem acarretando uma preocupação crescente quanto à utilização de medicamentos (PERINI; ACURCIO, 2000). É possível encontrar o medicamento como a causa de problemas de saúde, como o cumprimento inadequado do tratamento, a automedicação, interações medicamentosas, reações adversas, intoxicações, falhas terapêuticas e erros de medicação (BAENA *et al.*, 2001; LAPORTE; CAPELLÀ, 1962). Assim, foi possível emergir estudos que criticavam os efeitos da mercantilização no campo da saúde e dos medicamentos, e sobre a iatrogenia médica e farmacológica (ILLICH, [s.d.]). Surgiu o termo medicalização social, entendido como a tendência a considerar as dificuldades da vida como problemas médicos ou instância de dominação política e controle dos cidadãos. Mesmo após isso, o medicamento, continua exercendo, de modo geral, uma função simbólica, a qual obscurece os determinantes sociais das doenças (LEFÈVRE, 1983).

O medicamento é visto como um produto especial, fruto do conhecimento científico. Isto ocorre devido à promoção da ideia de que é possível, por meio do consumo, encurtar a distância entre o desejo de saúde e sua realização (cura). Assim, os medicamentos são os instrumentos que fazem a passagem do desejo à realidade. Porém, não se deve privilegiar as ações curativas em detrimento das ações preventivas, estas últimas, o foco da Saúde Pública. O simbolismo do medicamento pressupõe que a doença seja vista apenas como um fato orgânico, combatido através do consumo de mercadorias “remédios” (LEFÈVRE, 1983). O medicamento é um símbolo de saúde acessível economicamente dentro do mercado de oferta e procura de bens e serviços em saúde. No imaginário coletivo, o medicamento é visto com diversos significados e sentidos: estético (status, poder, sucesso, força, beleza, juventude), religioso (ação mágica, milagrosa), crenças, valores, comportamentos, atitudes e anseios. Repleto de simbolismo, o medicamento é valorizado como instrumento de adequação aos valores culturais impostos (NASCIMENTO, 2005).

É necessário buscar as causas sociais e comportamentais da doença, com mudanças de hábitos, nem sempre desejados pelos pacientes. Porque o medicamento é um dos componentes, não obrigatórios, de um processo longo em busca da saúde ou de prevenir doenças, não sendo necessariamente, a etapa final no processo de cura (LEFÈVRE, 1987).

A não adesão ao tratamento medicamentoso prescrito tem causado preocupação entre os profissionais de saúde, juntamente com outros fatores que influem sobre o uso racional de recursos terapêuticos (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). A adesão ao prescrito por um profissional da saúde depende de uma espécie de triagem feita pelo paciente, para que venha a acontecer, enquanto as indicações populares, de amigos ou da família, são aceitas mais facilmente. Portanto, o meio social e cultural afetam os critérios do uso de medicamentos e direcionam a adesão, no cuidado de saúde integral (HARDON; HODGKIN; FRESLE, 2004).

Segundo Kidd e Altman (2000), a adesão à terapia medicamentosa é construção de um processo decisório que considera determinantes sociais, crenças, aprendizagens sociais e enfrentamento da doença. Deve ser utilizado um modelo multicamada para entender como esse processo ocorre. Esta construção deve ser compreendida não só no

nível individual, mas também nos níveis da comunidade e sociedade como um todo (KIDD; ALTMAN, 2000). O número de doses ou os efeitos adversos dificultam a adesão dependendo da percepção que o paciente tem disso. A própria doença é um fator interferente dependendo da forma como o paciente a enfrenta e aos seus sintomas. Quando o profissional de saúde consegue atingir o universo cultural do paciente, ele influencia positivamente na adesão estabelecendo uma comunicação e relacionamento efetivos, incluindo valorização do consumo como benefício cotidiano (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). O projeto terapêutico adquire um formato conforme o modelo de atenção à saúde realiza o encontro entre as práticas de saúde e as necessidades de saúde do paciente (MERHY, 2000). O paciente é um ser social, dotado de expectativas, conhecimentos, interesses, e que tem valores socioculturais, que produzem sentidos e “ressignificações” sobre o uso ou resistência ao uso medicamentoso em seu processo ou estado crônico de adoecimento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

## **2.4 Letramento e Letramento em Saúde**

O letramento é o conjunto de habilidades e conhecimentos de leitura, oralidade, escrita, cálculo básico, e compreensão de materiais impressos de práticas sociais e culturais de leitura e de escrita de um indivíduo ou um grupo (KIRSCH, 2001). Por isso, o letramento deve ser entendido num sentido mais amplo do que a alfabetização, como fenômeno que influencia também, indiretamente, os indivíduos que não dominam a escrita (TFOUNI; MONTE-SERRAT; MARTHA, 2013). O termo, com o sentido que lhe damos hoje, vem da palavra inglesa *literacy*, usada nos Estados Unidos e Inglaterra e traduzida para a língua portuguesa do Brasil. Em Portugal, usa-se o termo *literacia*, mais próximo do termo em inglês. Na França, usa-se a palavra *illettrisme*, que caracteriza as pessoas que não integraram o aprendizado em seus hábitos diários, ou seja, não leem ou escrevem. *Illettré*, em francês, é aquele que lê e escreve mal, que não sabe usar a leitura e a escrita (RIBEIRO, 1997; SOARES, 2004).

O termo letramento funcional passou a ser difundido mundialmente a partir da publicação de um estudo internacional sobre os níveis de leitura e escrita, realizado por Gray em 1956, para a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO):

Uma pessoa é funcionalmente letrada quando adquire o conhecimento e as habilidades em leitura e escrita que a capacitam efetivamente a todas as atividades nas quais o letramento é normalmente necessário em sua cultura ou grupo. (GRAY, S. W., 1969, p.24).

É necessário ter habilidades de letramento em saúde para ler informações, interpretar rótulos, usar dispositivos médicos (como um termômetro) ou calcular<sup>3</sup> a dose de um medicamento. Essas habilidades dependem de capacidades que são mediadas pela educação e afetadas pela cultura e pelos serviços de saúde (NIELSEN-BOHLMAN; PANZER; KINDIG, 2004). Assim, a adesão a uma terapia, o nível de conhecimento e compreensão sobre doenças e estilos de vida serão diferentes conforme o nível de letramento em saúde (ANDRUS *et al.*, 2002).

O termo “letramento em saúde” teria sido usado pela primeira vez em 1974, por Scott Simonds<sup>4</sup> (SØRENSEN *et al.*, 2012; TONES, 2002). De acordo com Ratzan, (2001), Simonds descreveu o termo como sendo parte do sistema educacional, onde as crianças deveriam receber padrões mínimos de acordo com a série escolar, durante toda a formação.

Letramento em Saúde é a capacidade cognitiva para entender e interpretar o significado da informação de saúde, nas formas escrita, falada ou digital. Essa habilidade impacta positivamente a autonomia das pessoas para tomarem decisões em saúde e incorporá-las no cotidiano (ADAMS *et al.*, 2009). As sociedades tornaram-se mais modernas e complexas, as pessoas passaram a receber cada vez mais informação de saúde, mas isso não significa necessariamente, que exista um bom entendimento da mesma. Os indivíduos são desafiados a fazer escolhas de estilo de vida saudável e a empreender jornadas pessoais e familiares por meio da complexidade dos sistemas de saúde, mas não são preparados ou apoiados para essas tarefas. A sociedade contemporânea comercializa estilos de vida pouco saudáveis e os sistemas de educação muitas vezes não proporcionam às pessoas as competências adequadas para compreender, avaliar e utilizar informação como forma de melhorar a saúde. Assim, o

---

<sup>3</sup> Também chamada de “numeralidade em saúde”, do inglês health numeracy (GOLBECK *et al.*, 2005). Em 2005 foi apresentada uma definição para esta habilidade: “é a capacidade para acessar, processar, interpretar, comunicar e atuar com valores numéricos, dados quantitativos, entender gráficos e probabilidades para tomar suas decisões em saúde de modo eficaz.” (GOLDBECK, AHLERS-SCHMIDT, PASCHAL, DISMUKE, 2005, p.375).

<sup>4</sup> SIMONDS SK apud TONES K, 2002 e SORENSEN *et al.*, 2012: SIMONDS SK. Health education as social policy. Health Education Monograph 1974, n.2, p.1-25.

letramento em saúde é fundamental para o bem-estar de uma sociedade (NUTBEAM, 2000).

Em 2004, o *Institute of Medicine* (IOM) (NIELSEN-BOHLMAN; PANZER; KINDIG, 2004) apresentou o conceito para letramento em saúde como sendo:

O nível em que os indivíduos alcançam a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas em saúde e os serviços necessários para tomar decisões apropriadas para a saúde (RATZAN & PARKER, 2000 apud NIELSEN-BOHLMAN; PANZER; KINDIG, 2004, p.2).

O letramento em saúde se realiza quando “as expectativas e preferências de um indivíduo que está buscando informação em saúde encontram as expectativas e preferências daqueles que fornecem a informação e os serviços”. O letramento em saúde surge da convergência entre educação, serviços de saúde e os fatores sociais e culturais. Por isso, é igualmente importante o modo como a mídia, o mercado de consumo e as agências governamentais fornecem a informação em saúde (NIELSEN-BOHLMAN; PANZER; KINDIG, 2004).

Existem diferentes tipos de letramento com diferentes aplicações em atividades cotidianas. Esses tipos de letramento foram classificados com base nos diferentes graus de autonomia que eles possam fornecer aos indivíduos (FREEBODY; LUKE, 1990). Baseada nessa ideia e na ligação entre letramento e letramento em saúde, Nutbeam, (2000) propôs três níveis diferentes de letramento em saúde:

**Letramento Funcional em Saúde:** comunicação de informações sobre os riscos para a saúde e sobre como usar o sistema de saúde. Tal ação tem metas limitadas direcionadas a um melhor conhecimento dos riscos à saúde e dos serviços de saúde e ao cumprimento das ações prescritas. Geralmente, tais atividades resultam em benefício individual, mas podem ser direcionadas para a população (por exemplo, programas de imunização e rastreio). Normalmente, tais abordagens não convidam a comunicação interativa, nem promovem o desenvolvimento de habilidades e autonomia. Exemplos dessa forma de ação incluem a produção de folhetos informativos e educação tradicional do paciente.

**Letramento Interativo em Saúde:** Foco no desenvolvimento de habilidades pessoais em um ambiente de apoio. Esta abordagem é direcionada para melhorar a capacidade pessoal de agir de forma independente com o conhecimento adquirido, melhorar a motivação e autoconfiança. Exemplos dessa forma de ação podem ser encontrados em muitos programas educacionais

de saúde escolar voltados ao desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais e resultados comportamentais.

**Letramento Crítico em Saúde:** reflete os resultados de desenvolvimento cognitivo e de habilidades orientados para apoiar uma ação social e política eficaz, bem como a ação individual. Dentro desse paradigma, a educação para a saúde pode envolver a comunicação de informações e o desenvolvimento de habilidades que investigam a viabilidade política e as possibilidades organizacionais de várias formas de ação para abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. Este tipo de letramento em saúde está mais ligado ao benefício da população, juntamente com os benefícios para o indivíduo. Neste caso, a educação para a saúde está direcionada para melhorar a capacidade individual e comunitária de atuar sobre determinantes sociais e econômicos da saúde.

A maior parte das pesquisas realizadas sobre letramento utilizaram o LFS, o qual é importante, porque esta capacidade é a base a partir da qual as capacidades complementares (letramentos do tipo interativo e crítico) podem ser construídas (NUTBEAM, 2008). O tema configura-se como um campo de pesquisa relativamente novo, tendo sido criados vários, que variavam de acordo com o entendimento do que seria o letramento e do que deveria ser a abrangência de letramento em saúde (NIELSEN-BOHLMAN; PANZER; KINDIG, 2004). Em 2012, Sorensen *et al.* (2012) realizaram uma revisão sistemática da literatura para identificar definições e mapas conceituais sobre letramento em saúde. Foram encontradas 17 definições e 12 mapas conceituais. Este foi o conceito gerado baseado nas 17 definições encontradas na literatura:

O letramento em saúde está ligado ao letramento e implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para acessarem, compreenderem, avaliarem e aplicarem as informações de saúde, a fim de fazerem julgamentos e tomarem decisões no cotidiano a respeito de cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida (SORENSEN *et al.*, 2012, p.3).

Para medir o LFS foram criados instrumentos padronizados e que servem de referência para as pesquisas da área. A revisão sistemática realizada por Altin *et al.* (2014) identificou 17 artigos sobre 17 instrumentos desenvolvidos e validados para a medição de LFS. Os autores definiram como critérios: o período de tempo entre janeiro de 2009 e abril de 2013, instrumentos direcionados para adolescentes e adultos

e publicações disponíveis na língua inglesa. A variedade encontrada de instrumentos foi devida ao fato de os instrumentos serem construídos a partir de uma definição multidimensional do LFS, correspondendo a mais de dois terços de todos os instrumentos encontrados. Segundo os autores, também se encontrou uma tendência para a medição mista (autorrelato e teste direto) em 41%. Em geral, quase um terço dos instrumentos foi elaborado com base em instrumentos anteriores, como REALM ou TOFHLA.

Uma revisão sistemática realizada por Nguyen *et al.* (2015) identificou, entre janeiro de 1966 e setembro de 2013, 95 publicações consideradas relevantes (artigos originais a respeito de validação de instrumentos novos, traduzidos ou modificações de instrumentos de LFS existentes). Nestas publicações, foram encontradas 109 medidas originais de LFS, pois algumas publicações relatavam medidas múltiplas. Das 109 medidas de LFS encontradas na revisão, 58 (53%) avaliaram LFS geral e 51 (47%) avaliam LFS em um contexto específico. Dezesete (16%) das 109 medidas foram versões reduzidas de um instrumento de LFS, 22 (20%) foram versões assemelhadas ao REALM e 15 (14%) foram versões assemelhadas ao TOFHLA. Os tópicos abordados nas medidas dentro de um contexto específico de LFS variaram bastante: desde artrite a cirurgia vascular, com muitos deles enfocados em odontologia, diabetes, câncer, nutrição e HIV. Setenta e dois eram na língua inglesa HL e 37 em outras línguas. A seguir são descritos alguns dos questionários mais encontrados na literatura (APOLINARIO *et al.*, 2012; CALAMUSA *et al.*, 2012; MARKS *et al.*, 2010).

***Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)***: Foi desenvolvido nos Estados Unidos para auxiliar médicos da atenção primária a identificar adultos com limitações na habilidade de leitura (DAVIS, T. C. *et al.*, 1991). Foi baseado no *Wide Range Achievement Test (WRAT)*, um teste de letramento em que o respondente lê em voz alta uma lista de palavras. Avalia a pronúncia das palavras. O REALM é um instrumento de triagem que fornece uma rápida estimativa do nível de leitura de um paciente adulto para termos médicos comuns e palavras leigas para partes do corpo e doenças. São 125 palavras, escolhidas de materiais usados na atenção primária. As palavras são divididas em três colunas, de acordo com o número de sílabas, em ordem crescente de dificuldade. O REALM possui uma versão em espanhol, denominada *Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults (SAHLSA)*. Além do teste de reconhecimento de palavras (presente no REALM) foi acrescentado

um teste de compreensão com questões de múltipla escolha (LEE *et al.*, 2006). No SAHLSA, o participante deve ler em voz alta cinquenta termos clínicos e escolher, de uma lista de duas opções, a palavra que possui o significado mais próximo com o termo clínico. O REALM possui uma versão curta (REALM-S). Esta versão consiste em 66 palavras simples organizadas em colunas contendo termos de uma ou duas sílabas e de três sílabas ou mais. Foi desenvolvido para reduzir o tempo de administração. O teste leva de dois a três minutos para ser administrado e pontuado. A pontuação bruta varia de 0 a 66 pontos (DAVIS *et al.*, 1993). O REALM-S foi validado em português, sendo denominado *The Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults –SAHLPA* (APOLINARIO *et al.*, 2012). Outras versões mais curtas do REALM: *REALM-shortened version* (REALM-R) (BASS; WILSON; GRIFFITH, 2003) e *REALM-Short Form* (REALM-SF) (ARZULLAH *et al.*, 2007), com oito e sete itens, respectivamente.

***Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)***: Foi desenvolvido nos Estados Unidos, especificamente para medir letramento funcional em saúde. O teste foi desenvolvido com materiais hospitalares (folhetos e informação ao paciente, instruções para testes diagnósticos, instruções contidas em rótulos, etc). O TOFHLA possui uma parte auto-administrada, que utiliza o procedimento de Cloze modificado. O teste de compreensão de leitura possui 50 itens e consiste em três trechos onde cada quinta e sétima palavra é excluída e, para cada espaço em branco, o respondente deve selecionar a palavra que melhor completa a sentença, de uma lista de quatro opções. A parte administrada pelo entrevistador consiste em 17 itens de habilidade numérica. O tempo de administração do teste dura aproximadamente 22 minutos (PARKER *et al.*, 1995). A pontuação bruta obtida deve ser convertida em três categorias de letramento: inadequado, marginal ou adequado. O TOFHLA possui uma versão abreviada, denominada *Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)*. É uma versão na qual se reduziram as 50 questões de compreensão e as 17 questões de numeralidade para 36 e 4, respectivamente. O tempo de duração foi reduzido para 12 minutos (BAKER *et al.*, 1999). O instrumento S-TOFHLA foi traduzido para a língua portuguesa em estudo realizado nos anos de 2006 e 2007 na cidade de São Paulo. A pesquisa mostrou que o instrumento é adequado para avaliar o LFS na população brasileira (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009). O S-TOFHLA também foi traduzido e adaptado para o hebraico: *Hebrew Health Literacy Test (HHLT)*. Os itens foram adaptados para o sistema de saúde israelense. A parte de compreensão de leitura possui 8 itens e a parte de numeralidade, 4 itens (BARON-EPEL *et al.*, 2007).

***Newest Vital Signs (NVS)***: O NVS foi desenvolvido por um painel de especialistas em letramento em saúde para pesquisar letramento limitado na atenção primária (WEISS *et al.*, 2005). O objetivo do teste é ser uma alternativa mais curta de entrevista comparado a outros já utilizados. Testa habilidades de leitura, interpretação e numeralidade. Um entrevistador faz seis perguntas relacionadas a informações contidas em um rótulo de informações nutricionais de um pote de sorvete. Um ponto é dado para cada resposta correta. As

pontuações são categorizadas como alta probabilidade de letramento marginal/inadequado, possibilidade de letramento marginal/inadequado e letramento adequado.

GARCÍA DELGADO *et al.*, 2009, propuseram uma definição para o “conhecimento do paciente sobre seu medicamento” (CPM) que considera desde o alvo terapêutico até o armazenamento correto:

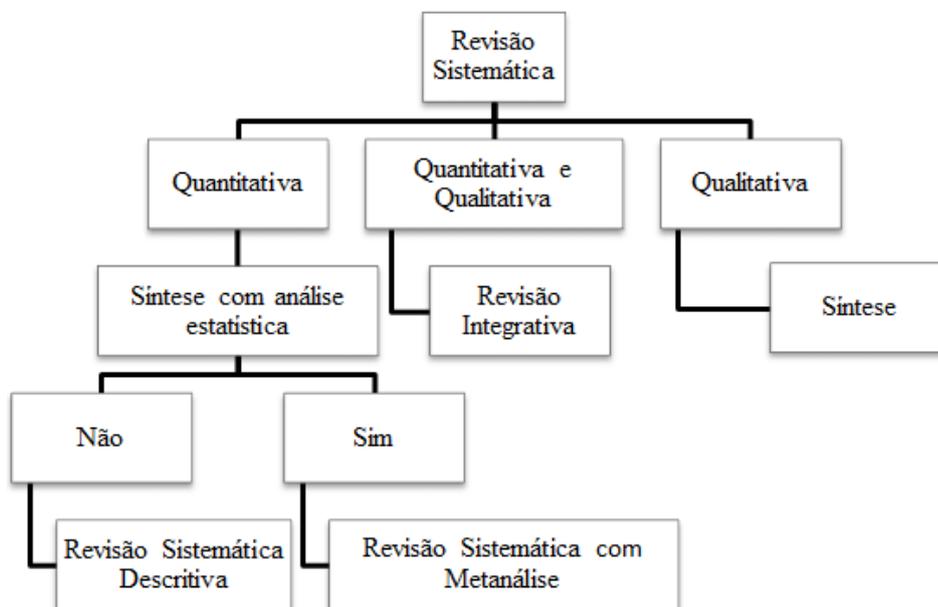
O conjunto de informação adquirida pelo paciente, sobre seu medicamento, necessário para um correto uso deste, que inclua o objetivo terapêutico (indicação e efetividade), o processo de uso (posologia, forma de administração e duração do tratamento), a segurança (efeitos adversos, precauções, contraindicações e interações) e sua conservação (GARCÍA DELGADO, GARRALDA, PAREJO, LOZANO, MARTINEZ, 2009, p.665).

O conhecimento sobre o medicamento em uso pelo paciente pressupõe que essas informações são necessárias para alcançar o objetivo terapêutico, portanto quando se deseja que o plano terapêutico do paciente resulte em benefícios à sua saúde, é necessário compreender quais as informações estão realmente sendo processadas e serão utilizadas no manejo do medicamento. É importante que o profissional de saúde defina qual o conjunto de informações que deseja que seu paciente tenha a respeito do medicamento que ele faz uso. A partir da definição deste conjunto, será possível estabelecer um objetivo terapêutico mais claro para que ambos, profissional e paciente, alcancem.

## **2.5 Prática baseada em evidências científicas e revisão integrativa**

A medicina baseada em evidências tem sua origem ideológica em Paris, em meados do século XIX (SACKETT, D. L *et al.*, 1996). Esta prática, inicialmente utilizada na medicina, estendeu-se para outras áreas da saúde, originando a prática baseada em evidências (PBE). O movimento da PBE teve origem simultânea na McMaster University (Ontario, Canadá) e na Universidade de York (Reino Unido). A partir de 1990, este movimento começou a receber mais ênfase em países como Canadá, Inglaterra e Estados Unidos. No Brasil, esse movimento desenvolveu-se bastante na medicina e na enfermagem (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003). A PBE favoreceu a produção de todos os tipos de revisão de literatura (revisões

sistemáticas, integrativas, qualitativas e metanálises<sup>5</sup>) (WHITTEMORE; KNALFL, 2005). A Figura 1 esquematiza os tipos de revisões de literatura existentes e as categorias de revisões sistemáticas.



**Figura 1** - Tipos de revisões sistemáticas, 2017.

**Fonte:** de-La-Torre-Ugarte-Guanilo; Takahashi; Bertolozzi, (2011).

Os métodos para conduzir revisões da literatura na área da saúde vêm sendo usados desde a década de 1970, como forma de sintetizar os resultados de estudos primários e aumentar a generalização de informações sobre um fenômeno (GANONG, 1987; JACKSON, G., 1980). O conceito e a forma da revisão integrativa também vêm sendo discutidos e aprimorados desde essa época. Em 1980, Jackson propôs uma definição para a revisão integrativa, como sendo aquela em que o revisor está primariamente interessado em inferir generalizações sobre questões importantes a partir de um conjunto de estudos que diretamente abordam estas mesmas questões. Além disso, usando o método padrão para estudos primários como estrutura, ele propôs uma metodologia para revisões integrativas com seis etapas (GANONG, 1987; JACKSON, 1980). Whitemore e Knafel (2005) propuseram uma atualização do

<sup>5</sup>A metanálise não deve ser considerada uma revisão e sim, uma análise estatística sobre uma coleção de resultados de análises originados de estudos individuais (GLASS, 1976). O propósito é integrar os resultados, produzindo estimativas que resumam o todo (estimativas metanalíticas). Uma revisão sistemática da literatura é a reunião de estudos semelhantes, com avaliação crítica de suas metodologias (FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W., 2006; RODRIGUES, C. L.; ZIEGELMANN, 2010).

método de realização das revisões integrativas. Segundo eles, os métodos para revisões de literatura existentes não incluíam as especificidades da revisão integrativa.

A revisão integrativa (RI) sintetiza a literatura disponível, apresenta o estado da arte, retirando conclusões de vários estudos e fornecendo uma compreensão abrangente do fenômeno em particular ou problema de saúde. Três tipos de RI foram descritas na literatura: metodológica (revisão crítica e análises de desenhos e metodologias de diversos estudos); teórica (revisão crítica de teorias sobre um tema particular) e empírica (revisão crítica de estudos empíricos quantitativos e/ou qualitativos sobre um tema particular, com análise de resultados e relação entre variáveis) (BROOME, 1993).

Uma revisão integrativa tem o potencial de construir conhecimento e contribuir para o desenvolvimento teórico com aplicação direta na prática de saúde (WHITTEMORE; KNALFL, 2005), correspondendo ao objetivo da PBE. A RI permite a inclusão de pesquisas experimentais e não experimentais, a fim de compreender melhor um fenômeno de interesse. Além disso, podem ser executadas para uma variedade de propósitos: definir conceitos, rever teorias, revisar evidências e analisar questões metodológicas. Conforme apontou Sorensen *et al.*, (2012), as pesquisas existentes sobre LFS divergiram em âmbito, método e qualidade e, como resultado, existem achados emergentes em diferentes países.



### 3 JUSTIFICATIVA

O medicamento, como foi visto anteriormente, representa uma tecnologia que vem sendo considerada, por si só, como a resolução para problemas de saúde, acesso à saúde e melhoria de qualidade de vida. Devido, muito provavelmente por causa dessa relação simbólica, gestores de sistemas de saúde e profissionais desconsiderem outros fatores que são necessários para a efetividade do produto e benefício ao paciente. Ao mesmo tempo, muitas pesquisas que são desenvolvidas para compreender problemas relacionados ao uso de medicamentos, como por exemplo, a não adesão ao tratamento, as tecnologias leves, discutidas por Merhy, deixam de ser usadas como rotina na prática clínica. Produzir vínculo, entre os profissionais e os indivíduos que necessitam do serviço de saúde, pode ser fundamental para se alcançar um salto de qualidade na atenção à saúde.

Se o conhecimento da doença e do tratamento confere ao paciente maior autonomia em relação ao autocuidado, compreender as limitações dos pacientes e capacitar pessoas para lidar com essa questão pode proporcionar subsídios importantes na promoção e recuperação da saúde de indivíduos e comunidades. Além disso, esse conhecimento pode influenciar políticas públicas de capacitação de profissionais, como os agentes de saúde, que lidam mais intimamente com os pacientes. A pesquisa sobre letramento em saúde (de “não profissionais da saúde” ou, em definição usada para este estudo, de “pessoas leigas”), quando associado ao conhecimento de medicamentos possui muitos estudos em várias partes do mundo, de natureza quantitativa e qualitativa. Em revisão sistemática (SØRENSEN *et al.*, 2012) de 12 mapas conceituais encontrados na literatura para letramento em saúde, apenas um mapa abordou, especificamente, a importância do medicamento, como sendo um de quatro fatores individuais e sistêmicos, inter-relacionados ao LS: 1) conhecimento da doença e do autocuidado; 2) comportamento de risco para a saúde; 3) cuidado preventivo e consultas médicas de rotina e, 4) adesão ao tratamento medicamentoso (LEE; AROZULLAH; CHO, 2004).

Segundo Starfield (2002), dois tipos de pesquisa são necessários na atenção primária: a pesquisa básica e a pesquisa relacionada às políticas de saúde. A pesquisa básica inclui os métodos de medição, enquanto que a pesquisa relacionada às políticas

contribui com informações para a tomada de decisões em saúde (STARFIELD, 2002). O tema desta dissertação pode contribuir na compreensão de aspectos que antecedem o planejamento e ações educativas em saúde e também de construção de políticas em saúde. Considerando essas questões e a amplitude dos estudos em LFS, acredita-se relevante sistematizar, por meio de uma revisão integrativa, o conhecimento acumulado sobre letramento direcionado ao uso de medicamento e que essa sistematização possa contribuir para programas de educação, informação em saúde e aprimorar as ações dos profissionais de saúde em relação aos usuários de terapia farmacológica.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Identificar por meio de uma revisão integrativa as variáveis que interferem no letramento em saúde relacionado ao uso de medicamentos por pacientes atendidos em serviços de saúde.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- a) Identificar temas relacionados a medicamentos mais estudados;
- b) Identificar as variáveis que interferem no conhecimento sobre o uso de medicamentos;
- c) Caracterizar os estudos quanto ao tipo de fonte de informação;
- d) Caracterizar os estudos quanto ao método e objetivos;
- e) Identificar instrumentos para mensurar o LFS



## 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma revisão integrativa, utilizando a proposta de Whitemore e Knafli (2005). A revisão integrativa possui a vantagem de permitir uma abordagem com diferentes métodos e a apresentação de várias perspectivas sobre um fenômeno, incluindo desenhos qualitativos. De acordo com esses autores, uma RI deve obedecer as seguintes etapas:

- a) identificação do problema;
- b) busca na literatura;
- c) avaliação dos dados;
- d) análise dos dados (redução e exibição dos dados: comparação de dados, desenho da conclusão e verificação).

### 5.1 Identificação do problema

Para conduzir as buscas, foi utilizada a estratégia PICOD (CUNHA, P. L. P.; CUNHA, C. S.; ALVES, P. Ferreira, 2014). Esta estratégia foi desenvolvida a partir de uma adaptação da ferramenta PICO<sup>6</sup> (AKOBENG, 2005; SACKETT, David L *et al.*, 2000), que representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (desfecho). Esses quatro componentes auxiliam a construção da pergunta para a busca bibliográfica (AKOBENG, 2005).

Para nortear a pesquisa foi definido que os pacientes envolvidos deveriam ser atendidos em farmácias e ambulatórios (P), que seriam identificados quais os instrumentos que usados para medir LFS (I) e suas respectivas comparações (C) quais os principais temas sobre medicamentos estavam sendo pesquisados (O) e quais os desenhos de estudo que foram usados (D).

Quanto ao tipo de população, definiram-se como participantes dos estudos “pessoas leigas” (ou seja, da “comunidade” ou “não profissionais da saúde” ou “pacientes”) em qualquer local do mundo, desde que as pesquisas fossem realizadas em serviços de saúde, como hospitais, ambulatórios ou farmácias.

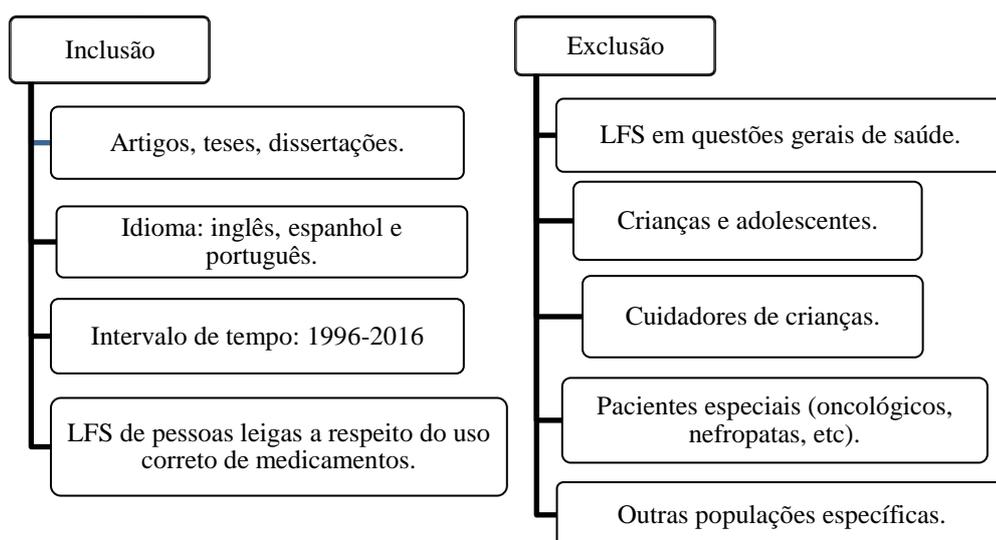
Foram incluídos na revisão, artigos, teses e dissertações em português, inglês ou espanhol, publicados nos últimos 20 anos; com participantes com 18 anos ou mais, de

---

<sup>6</sup> SACKETT *et al.*, 2000 apud AKOBENG AK, 2005: SACKETT DL, STRAUSS SE, RICHARDSON WS, *et al.* *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. London: Churchill-Livingstone, 2000.

ambos os sexos, de qualquer país e nível socioeconômico; que tivessem por objetivo identificar o letramento funcional em saúde de pessoas leigas a respeito do uso correto de medicamentos, usando técnicas ou instrumentos para medir letramento.

Após análise dos artigos, foram excluídos da revisão, artigos nos quais a hipótese de baixo letramento estava associada a grupos étnicos específicos e níveis sociais. Além desses, excluíram-se também pesquisas com crianças ou seus cuidadores, estudos com estados transientes (letramento na gravidez), com minorias étnicas, imigrantes, estudos em duplicidade nas bases de dados e trabalhos que tratassem do tema especificamente para populações com doenças que requerem tratamento especializado (p. ex., pacientes HIV positivos, pacientes oncológicos, nefropatas, etc.) em função da dificuldade de generalização dos resultados. Na Figura 2 estão sintetizados os critérios de inclusão e exclusão.

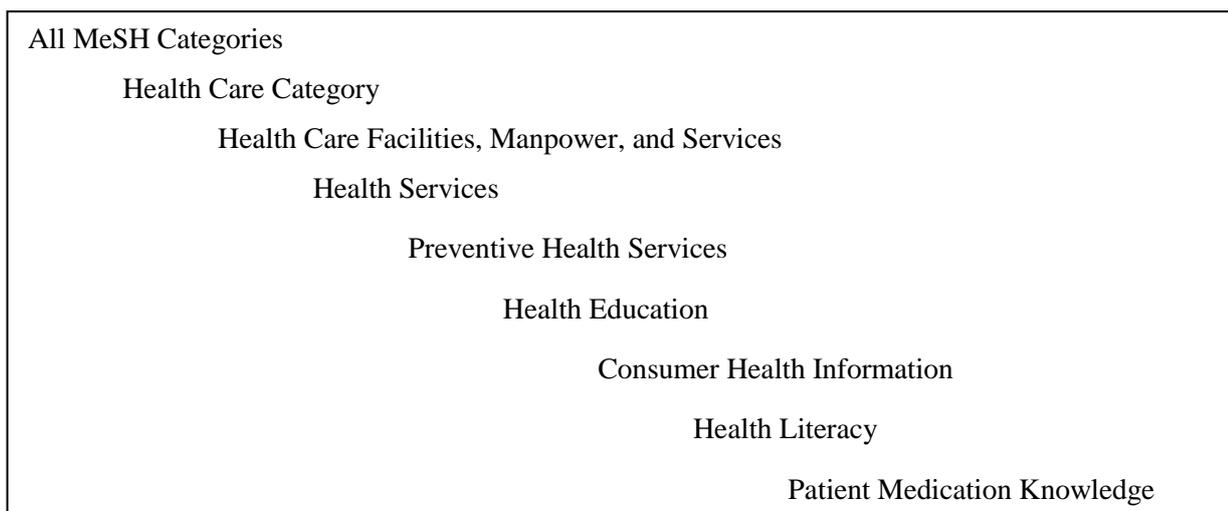


**Figura 2** - Critérios de inclusão e exclusão, 2017.

**Fonte:** Elaborado pela autora.

## 5.2 Busca na literatura

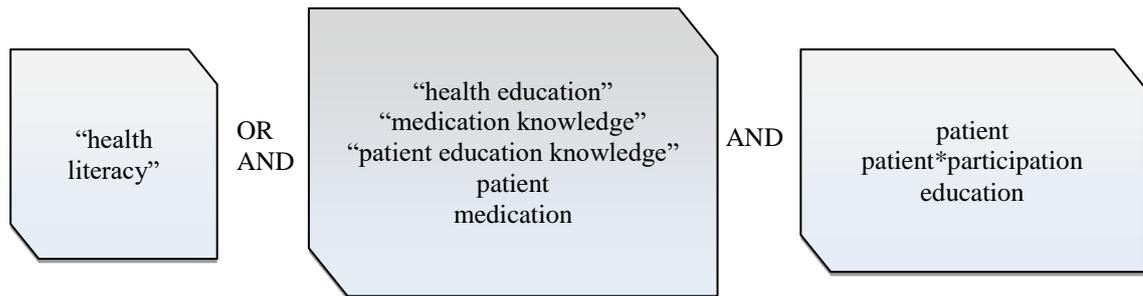
A busca foi realizada entre janeiro e abril de 2016. Foi feita uma pesquisa nos seguintes vocabulários controlados/indexados para indexação de artigos: *Medical Subject Heading* (MeSH) e *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS). Foi visto que a árvore hierárquica na base MEDLINE/PubMed para o descritor MeSH “*health literacy*” possui o termo “*patient medication knowledge*” na última posição desta, conforme o Quadro 1.



**Quadro 1** - Árvore hierárquica do registro “health literacy” no MeSH, 2017.

**Fonte:** Adaptado de MEDLINE/PubMed, 2016.

O uso do descritor controlado “*patient medication knowledge*” nas bases de dados mostrou-se menos abrangente do que quando combinado com “health literacy” e outros termos (controlados ou não). Foi incluído o descritor controlado “*health literacy*” na estratégia de busca para ser mais abrangente. Como as palavras-chaves são estabelecidas pelos autores e não são representadas, necessariamente, pelos termos controlados escolhidos para a indexação na base de dados. Assim, a busca foi elaborada com os termos: “*health literacy*”, “*health education*”, “*medication knowledge*”, “*patient medication knowledge*”, “*patient*”, “*medication*”, “*education*”, “*patient\*participation*” (este último não é um termo indexado e foi assumido como palavra-chave da pesquisa para aumentar os resultados possíveis). As palavras-chaves foram combinadas de diferentes formas, a fim de atender a necessidade da pesquisa. Os termos foram combinados entre si utilizando os operadores lógicos AND e OR conforme mostrado na Figura 3. Quando necessário, a inserção desses limites foi adaptada aos recursos disponíveis nas demais bases de dados. Cinco bases de dados foram utilizadas: *Medical Literature Library of Medicine* (MEDLINE) via PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), Scientific Eletronic Library (SciELO), Google Acadêmico e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).



**Figura 3** - Combinações utilizadas das palavras chave com operadores lógicos, 2017.  
**Fonte:** Elaborado pela autora.

A busca de estudos contemplou a procura em bases de dados eletrônicas, busca manual em periódicos, referências dos estudos selecionados e contato com pesquisadores. Optou-se por não restringir a busca apenas com estudos disponíveis na íntegra. Para obter os artigos não disponíveis na íntegra foi utilizado-se a rede social *Research Gate* ou contato com os autores via e-mail. Mesmo assim, restaram oito estudos não disponíveis na íntegra. Além disso, recuperou-se informação sobre uma dissertação com material não publicado e então, fez-se o contato com os autores via e-mail.

A seleção dos estudos foi realizada de acordo com a proposta de Gil (2002), que sugere três tipos de leitura: exploratória, realizada para verificar se a obra consultada atende às intenções do pesquisador (leitura do título); seletiva, para determinar qual material de fato interessa à pesquisa (leitura dos resumos) e analítica, com a finalidade de ordenar e resumir as informações. Foi realizada uma busca manual nas listas de referências dos estudos selecionados. A seleção dos estudos nas referências bibliográficas foi feita de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão. Todos os estudos desta revisão, mesmo aqueles que foram excluídos nas etapas subsequentes, foram armazenados no gerenciador de referências bibliográficas Mendeley Desktop.

### 5.3 Avaliação dos dados

Os artigos selecionados foram compilados em fichas de leituras e classificados, utilizando o instrumento de coleta de dados de Ursi, (2005) adaptado por Souza, Silva e Carvalho, (2010) (Anexo A). As seguintes informações foram retiradas dos estudos: ano de publicação, periódico, país de origem, delineamento, local do estudo, público-

alvo, tamanho amostral, objetivos, variáveis sociodemográficas, econômicas e instrumentos empregados para avaliar o letramento.

Para a análise da qualidade ou nível de evidência foi escolhida a hierarquia de evidência de Melnyk e Fineout-Overholt, (2005) (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011). Segundo seus autores, esta hierarquia é mais abrangente, pois inclui revisões sistemáticas de evidências qualitativas, as chamadas metasíntese. O Quadro 2 apresenta os critérios para classificação desta hierarquia de evidências.

NÍVEL DE EVIDÊNCIA	CRITÉRIO
I	Revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos controlados (ECR) relevantes. Manuais clínicos baseados nas revisões sistemáticas ou metanálises.
II	Um ou mais ECR.
III	Ensaio controlado não-randomizado.
IV	Caso-controle ou coorte.
V	Revisão sistemática de estudos descritivos ou qualitativos.
VI	Um estudo descritivo ou qualitativo.
VII	Opinião de autoridades ou e/ou comitês de especialistas.

**Quadro 2** - Classificação do nível de evidência científica segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2005), 2017. **Fonte:** Melnyk BM, Fineout-Overholt E.7

Para os estudos com delineamento observacional quantitativo, foi verificado o atendimento aos critérios descritos STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) traduzido para o português (MALTA *et al.*, 2010). Para um aprofundamento da análise, foi utilizada a versão do *checklist* para Estudos Seccionais, disponível no sítio eletrônico da iniciativa STROBE (VON ELM *et al.*, 2007) (Anexo B).

Na avaliação dos critérios, adotou-se a forma do estudo de Mendes *et al.* (MENDES *et al.*, 2012), com cada um dos 22 critérios recebendo uma pontuação de 0 ou 1, “não atende” ou “atende”, respectivamente. Os artigos foram classificados de acordo com Mataratzis, Accioly e Padilha, (2010): a) quando preenche mais de 80% dos critérios STROBE; b) quando alcança 50%-80% dos critérios STROBE; e c) quando preenche menos de 50% dos critérios.

<sup>7</sup> Adaptado de: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice and cultivating a spirit of inquiry. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2<sup>nd</sup> ed, 2011. p.12.

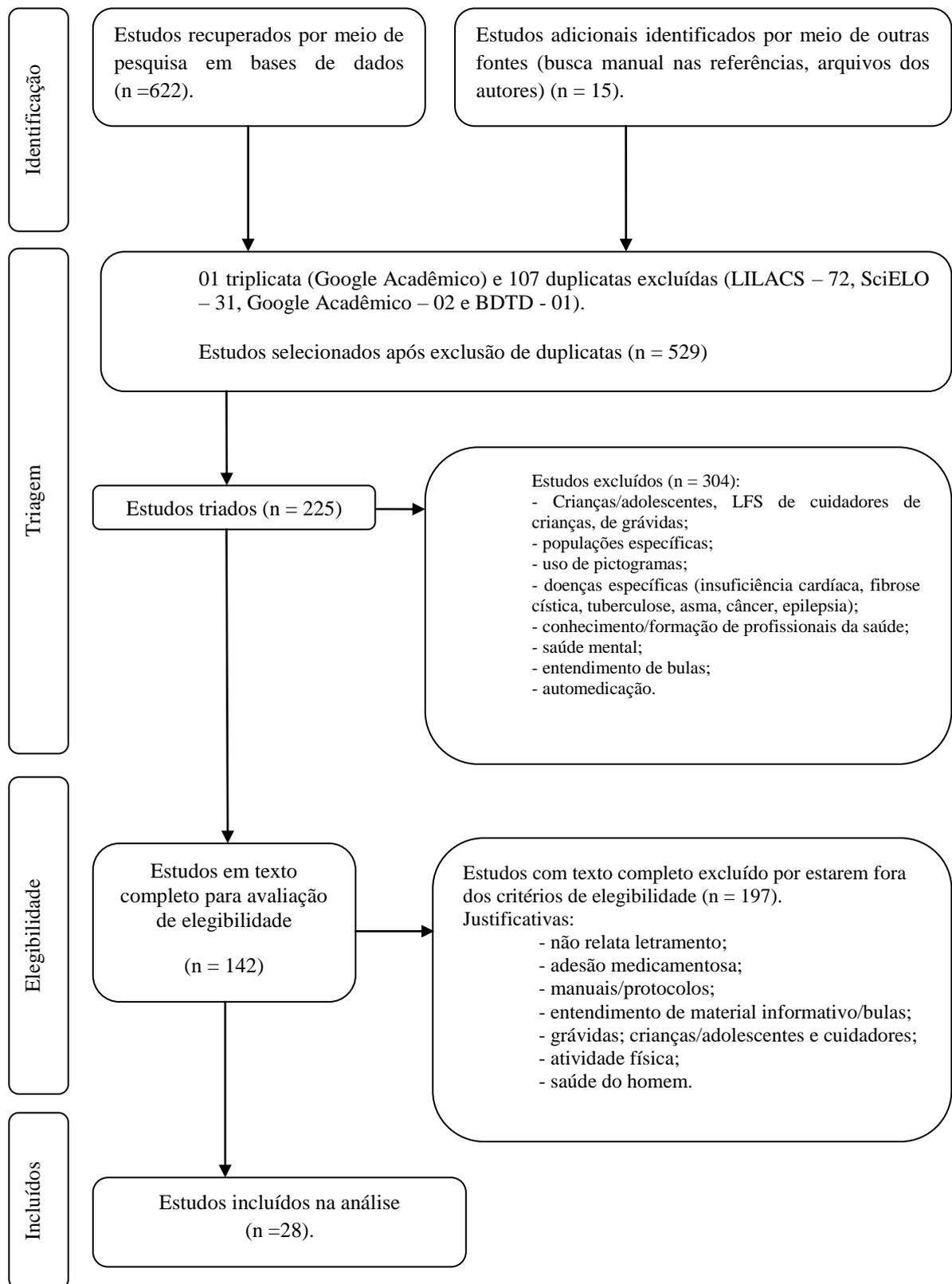
A avaliação da qualidade metodológica de estudos qualitativos foi realizada usando os critérios COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007) (Anexo C). Foi atribuída a cada um dos 32 critérios uma pontuação de 0 a 1, “não atende/não apresenta” e “atende/apresenta”, respectivamente. Adaptou-se o método de Mataratzis, Accioly e Padilha (2010), usado anteriormente. Para o ensaio clínico randomizado foi utilizado o CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*) (MOHER *et al.*, 2012) (Anexo D).

## 6 RESULTADOS

A busca inicial indicou 622 estudos, sendo 155 estudos na base de dados LILACS, 200 na BDTD, 110 na PubMed/Medline, 97 na SciELO e 60 no Google Acadêmico. Foram excluídas: uma triplicata, por ser o mesmo artigo em três idiomas diferentes e 107 duplicatas. Também foram avaliados os títulos dos estudos e foram excluídos 304 títulos. Foram selecionados 213 títulos para a leitura dos resumos, 83 estudos foram excluídos após a leitura dos respectivos resumos, restando 142 trabalhos para serem lidos na íntegra, sendo 50 da base LILACS, 24 da BDTD, oito da PubMed/Medline, 26 da SciELO e 22 do Google Acadêmico. Após a leitura na íntegra foram excluídos 113 trabalhos que não atenderam aos critérios de inclusão do presente estudo. Assim, foram selecionados inicialmente 17 estudos. Complementarmente foi realizada uma busca manual nas referências destes artigos, buscando outros estudos. Foram identificados sete títulos já encontrados na busca anterior e vinte e seis títulos com conteúdo relacionado à pesquisa. Destes, foram lidos os resumos e selecionados 15 artigos para serem lidos na íntegra. Ao final, selecionaram-se onze artigos, adicionados aos dezessete anteriores (Figura 4). Recuperaram-se quatro revisões, que não foram incluídas na seleção de estudos<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> De acordo com alguns pesquisadores, é obrigatório excluir as revisões dos resultados primários selecionados para a revisão (GOMES; CAMINHA, 2014).



**Figura 4** - Fluxograma de seleção dos artigos elegíveis, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, na revisão integrativa segundo o fluxograma dos critérios PRISMA (MOHER *et al.*, 2009), 2017.

**Fonte:** Elaborado pela autora.

A proporção de estudos oriundos da busca manual nas referências dos estudos previamente selecionados correspondeu a 39% do total dos artigos. Estes estudos não foram recuperados na busca das bases, muito provavelmente por as palavras-chave dos artigos não corresponderem às utilizadas nesta pesquisa, como por exemplo: “*knowledge*” e “*counselling*”. Vários estudos sobre LFS e medicamentos foram localizados na pesquisa feita nas referências bibliográficas, porém a maioria destes estudos não foi incluída, pois não se adequava aos critérios de inclusão e às palavras-chave (p.ex., aconselhamento ao paciente internado e na alta hospitalar, estudos com população composta apenas por pacientes com letramento baixo ou inadequado, estudos sobre letramento para um medicamento apenas).

Quanto aos periódicos dos artigos selecionados, foram identificadas vinte e duas revistas diferentes, com destaque para “*Patient Education and Counseling*”, “*Research in Social and Administrative Pharmacy*” e “*Revista de Saúde Pública*” com dois artigos cada uma. Entre as dissertações, encontraram-se três repositórios diferentes (Quadro 3).

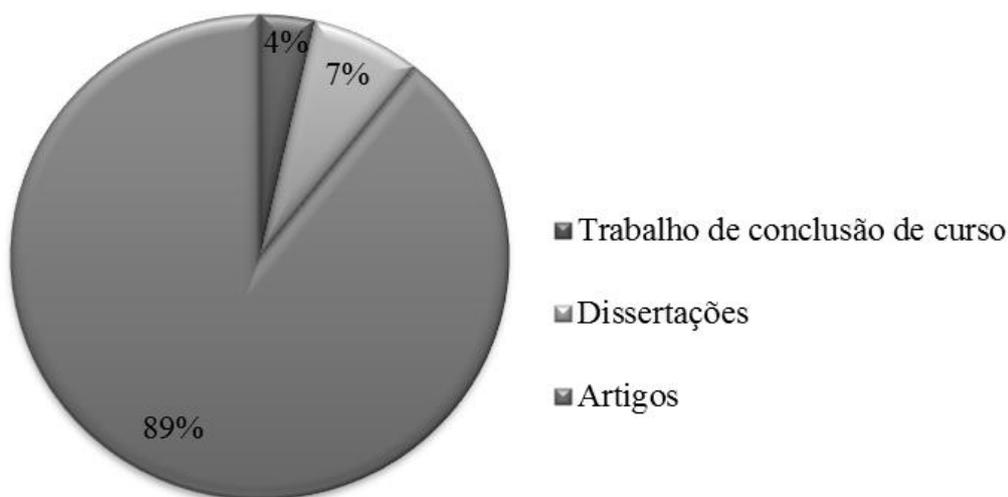
PERIÓDICOS	Annals in Thoracic Medicine
	Annals of Pharmacotherapy
	Archives of Internal Medicine
	Atención Primaria
	Biomédica: revista del instituto nacional de salud
	BMC Geriatrics
	Cadernos de Saúde Pública
	Ciência e Saúde Coletiva
	Drug Information Journal
	Eastern Mediterranean Health Journal
	European journal of heart failure
	Gaceta Sanitária
	International journal of preventive medicine
	Journal of Clinical Nursing
	Journal of the american society of hypertension: JASH
	Patient Education and Counseling
	Pharmacoepidemiology and drug safety
	PLOS One
	Research in Social and Administrative Pharmacy
	Revista de Saúde Pública
	The American journal of geriatric pharmacotherapy
	The Patient: Patient Centered outcomes research
REPOSITÓRIOS	Repositório Universidade Nova
	Biblioteca Digital USP
	Repositorio Universidade Coruña

**Quadro 3** - Periódicos e repositórios dos estudos selecionados, 2017.

**Fonte:** Elaborado pela autora.

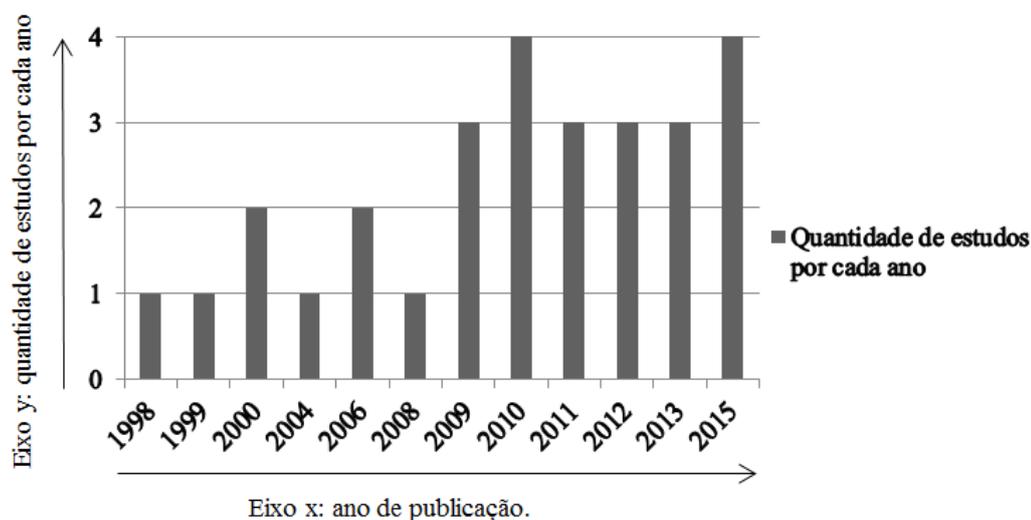
Foi possível identificar que os estudos foram publicados em periódicos interdisciplinares (50%), seguidos de periódicos multidisciplinares (27,3%). Periódicos da área farmacêutica corresponderam a 13,6%.

Ao analisar o tipo de publicação, verificou-se que vinte e cinco eram artigos científicos, duas dissertações e um trabalho de conclusão de curso, conforme o Gráfico 1.



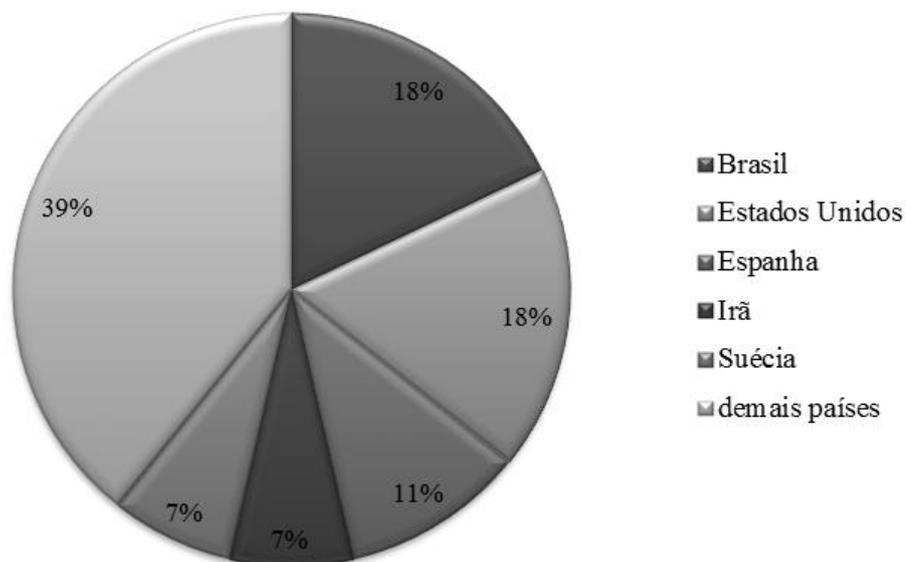
**Gráfico 1** - Porcentagem de publicações obtidas, 2017.  
**Fonte:** Elaborado pela autora.

Quanto ao ano de publicação, verificou-se um predomínio de estudos no ano de 2015 e 2010 (quatro estudos cada ano), seguido de 2013, 2012, 2011 e 2009 (três estudos cada ano). O detalhamento está apresentado no Gráfico 2.



**Gráfico 2** - Quantidade de publicações no período, 2017.  
**Fonte:** Elaborado pela autora.

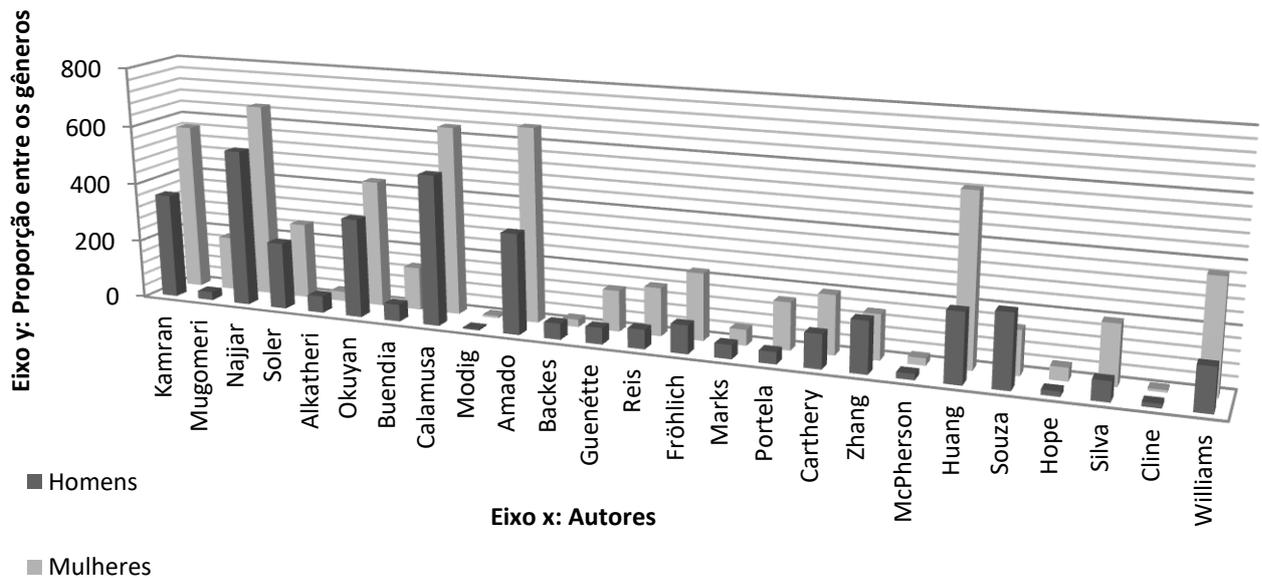
Em relação ao país de realização dos estudos, houve mais estudos realizados nos Estados Unidos (cinco), Brasil (cinco), Espanha (três). Irã e Suécia, dois estudos em cada um destes países (Gráfico 3).



**Gráfico 3** - Porcentagem de estudos por países que realizaram estudos sobre letramento funcional em saúde e medicamentos, incluídos na revisão integrativa, 2017.

**Fonte:** Elaborado pela autora.

O público-alvo foi composto de adultos de ambos os sexos, em todos os estudos, com exceção dos estudos de Garjani *et al.* (2009), Ryan e Chambers (2000) e Vázquez (2013) que não citaram esta informação. Apenas cinco estudos continham mais homens do que mulheres entre os participantes (ALKATHERI; ALBEKAIRY, 2013; BACKES; KUO, 2012; CLINE *et al.*, 1999; SOUZA, 2006; ZHANG *et al.*, 2009). Em vinte e cinco estudos avaliados havia a indicação do número de participantes. O Gráfico 4 apresenta o número de indivíduos incluídos em cada um destes estudos, nos quais predominou o sexo feminino.



**Gráfico 4** - Número de participantes de 25 estudos classificados pelo sexo dos participantes, 2017. **Fonte:** Elaborado pela autora.

Onze estudos avaliaram o consumo médio de medicamentos, que variou de 2,3 até 9 medicamentos por paciente (Tabela 1). As classes farmacológicas mais envolvidas nos estudos estiveram os anti-hipertensivos, antidiabéticos, diuréticos, sedativos e analgésicos.

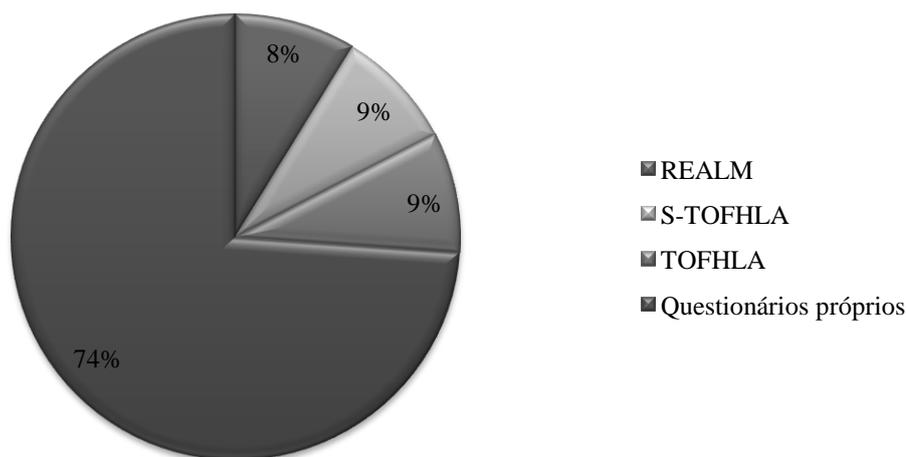
**Tabela 1** - Estudos que avaliaram o consumo médio de medicamentos por cada paciente, 2017.

ESTUDO	CONSUMO MÉDIO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTE
(REIS, 2010)	4
(BUENDIA, 2012)	4,2
(CLINE <i>et al.</i> , 1999)	7,5
(GUÉNETTE; MOISAN, 2011)	8,5
(MARKS <i>et al.</i> , 2010)	5,9
(MODIG <i>et al.</i> , 2012)	9
(NAJJAR <i>et al.</i> , 2015)	4,5
(PORTELA <i>et al.</i> , 2010)	2,6
(RYAN; CHAMBERS, 2000)	5
(SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000)	2,4
(SOLER <i>et al.</i> , 2015)	2,3

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Quanto aos instrumentos utilizados, dezessete estudos utilizaram questionários desenvolvidos pelos próprios pesquisadores. Kamran *et al.* (2015) e Williams *et al.* (1998) utilizaram o TOFHLLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*). Backes e Kuo (2012) e Carthery-Goulart *et al.* (2009) utilizaram a

versão reduzida do teste (S-TOFHLA). Marks, Schectman, Groninger, Plews-Ogan *et al.* (2010) e Zhang *et al.* (2009) utilizaram o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) como comparativo de seus instrumentos. A porcentagem de estudos e os tipos de instrumentos de medição do LFS usados está representada no Gráfico 5.



**Gráfico 5** – Porcentagem dos instrumentos utilizados nos estudos selecionados, 2017.

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Amado Guirado *et al.* (2011), Buendia (2012) e Okuyan, Sancar e Izzetin (2013) mediram, além do LFS, a adesão, por meio do teste de Morisky-Green. Okuyan, Sancar e Izzetin (2013) utilizaram a escala de Morisky-Green para avaliar a adesão ao tratamento, a qual é amplamente utilizada, com objetivo para esta finalidade. No questionário próprio sobre conhecimento dos medicamentos usados pelos participantes deste estudo, havia uma pergunta sobre adesão (atitude do participante em relação às doses perdidas) a qual foi diretamente associada à adesão ao tratamento, sem, no entanto, ter sido considerada para o cálculo do conhecimento dos pacientes sobre o tratamento medicamentoso.

O intervalo de idades variou entre 18 e 110 anos. Os estudos de Buendia (2012), Brito Reis (2010) e Mugomeri (2015) selecionaram indivíduos com idade acima de 30 anos. Cline *et al* (1999), Guenette e Moisan (2011), Modig *et al* (2012) e Najjar *et al* (2015) selecionaram indivíduos com idades acima de 60 anos. O menor tamanho amostral foi de 12, e o maior, de 1206 indivíduos. Dezoito

amostras foram obtidas por conveniência, correspondendo a 64,2% dos casos. Cinco amostras foram obtidas de modo aleatório (18%), duas estratificadas (7,2%) e duas foram randômicas (7,2%) (Tabela 2). O detalhamento das características metodológicas dos estudos está apresentado na Tabela 2.

**Tabela 2** - Características metodológicas dos estudos selecionados para revisão integrativa sobre letramento em saúde direcionada ao uso de medicamentos, 2017.

Nº DO ESTUDO	AUTOR/PAÍS	ANO	N	FAIXA ETÁRIA (ANOS)	SEXO/n	INSTRUMENTOS	TIPO DE AMOSTRA	LOCAL
1	(KAMRAN <i>et al.</i> , 2015) Irã	2015	924	18-24, 25-35, 36-45, 46-55 e 56-65. Média: 37 anos	M: 567 H: 357	TOFHLA, <i>General Health Questionnaire</i> (GHQ-12 itens).	Multi-estágio estratificada	06 locais públicos na cidade de Ardabil (instituições públicas, comunitárias, proximidades de lojas e de hospitais).
2	(MUGOMERI <i>et al.</i> , 2015) Lesoto	2015	212	31-86	M: 184 H: 28	Questionário próprio.	Conveniência	Hospitais e clínicas dos dez distritos do país.
3	(NAJJAR <i>et al.</i> , 2015) Palestina	2015	1192	60-110	M: 659 H: 533	Questionário próprio.	Aleatória estratificada.	NI
4	(SOLER <i>et al.</i> , 2015) Espanha	2015	484	18-34, 35-64, ≥65 anos	M: 257 H: 227	Questionário elaborado com criação do Indicador Global de Uso Racional (IGUR).	Estratificada	Vinte centros de atenção primária de Barcelona.
5	(ALKATHERI; ALBEKAIRY, 2013) Arábia Saudita	2013	90	<40 (22,2%), 40-59 (34,4%), ≥60 (43,3%)	M: 33 H: 57	Questionário próprio	Conveniência	Centro de saúde de nível terciário (ambulatorial e hospitalar).

*Continua*

**Tabela 2** - Características metodológicas dos estudos selecionados para revisão integrativa sobre letramento em saúde direcionada ao uso de medicamentos. 2017.*Continuação*

Nº DO ESTUDO	AUTOR/PAÍS	ANO	N	FAIXA ETÁRIA (ANOS)	SEXO/n	INSTRUMENTOS	TIPO DE AMOSTRA	LOCAL
6	(OKUYAN; SANCAR; IZZETTIN, 2013) Turquia	2013	765	20-91 Média: 55 anos	M: 430 H: 335	Morisky-Green e Questionário adaptado do estudo de McPherson <i>et al.</i>	Conveniência	Sessenta farmácias comunitárias de Istambul.
7	(VÁZQUEZ, 2013) Espanha	2013	100	>18 anos.	NI	Questionário baseado nos testes de Morisky-Green e Haynes-Sackett.	Aleatória	Unidade de Hipertensão do Complexo Hospitalar Universitário de Ferrol (CHUF)
8	(BUENDIA, 2012) Colômbia	2012	202	<30 Média: 62 anos	M: 145 H: 57	Morisky-Green, BMQ-General	Conveniência	Centro privado de atenção ambulatorial de Bogotá.
9	(CALAMUSA <i>et al.</i> , 2012) Itália	2012	1206	18-29 (9,5%), 30-44 (30,3%), 45-59 (29,4%), ≥60 (30,7%).	M: 637 H: 508	Questionário próprio.	Aleatória/ randômica	06 lojas de departamentos.
10	(MODIG <i>et al.</i> , 2012) Suécia	2012	12	68-88	M: 7 H: 5	Questionário próprio.	Conveniência	Domicílios dos participantes.

**Tabela 2** - Características metodológicas dos estudos selecionados para revisão integrativa sobre letramento em saúde direcionada ao uso de medicamentos. 2017.*Continuação*

Nº DO ESTUDO	AUTOR/PAÍS	ANO	N	FAIXA ETÁRIA (ANOS)	SEXO/n	INSTRUMENTOS	TIPO DE AMOSTRA	LOCAL
11	(AMADO GUIRADO <i>et al.</i> , 2011) Espanha	2011	868	18-80 Média: 63 anos	M:657 H: 339	Batalla, Haynes-Sackett, Morisky-Green, contagem de comprimidos e recomendações de hábitos saudáveis.	Randomizada (intervenção e controle).	Centros de saúde primários de Barcelona e região metropolitana
12	(BACKES; KUO, 2012) Estados Unidos	2011	79	>18 anos Média: 50 anos	M: 25 H: 54	S-TOFHLA	Conveniência	03 farmácias universitárias
13	(GUÉNETTE; MOISAN, 2011) Canadá	2011	193	65-69 (29%), 70-74 (28,5%), 75-79 (23,3%), 80-84 (14%), ≥85 (5,2%)	M:138 H:55	Questionário próprio.	Randômica	Domicílios dos participantes, em Quebec.
14	(REIS, 2010) Portugal	2010	233	45-64	M: 162 H: 65	Questionário próprio.	Aleatória/ randômica	Farmácias comunitárias de Lisboa
15	(FRÖHLICH; PIZZOL; MENGUE, 2010) Brasil	2010	320	18-40 (40,9%), 41-60 (41,3%), >60(17,8%).	M:225 H: 95	Questionário baseado no modelo de Presser, 2004.	Conveniência	Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Santa Cruz do Sul, RS.

**Tabela 2** - Características metodológicas dos estudos selecionados para revisão integrativa sobre letramento em saúde direcionada ao uso de medicamentos. 2017.*Continuação*

Nº DO ESTUDO	AUTOR/PAÍS	ANO	N	FAIXA ETÁRIA (ANOS)	SEXO/n	INSTRUMENTOS	TIPO DE AMOSTRA	LOCAL
16	(MARKS <i>et al.</i> , 2010) Estados Unidos	2010	100	18-24, 25-35, 36-45, 46-55 e 56-65. Média: 62 anos	M:53 H: 47	<i>Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) e Medication Knowledge Score (MKS).</i>	Conveniência	Clínica de medicina interna e cuidados primários da Universidade de Virginia.
17	(PORTELA <i>et al.</i> , 2010) Brasil	2010	199	18-84 Média: 49 anos	M: 159 H: 40	Questionário próprio.	Conveniência	Quatro unidades básicas do Programa Saúde da Família (PSF) do município de Esperança, PB.
18	(CARTHERY-GOULART <i>et al.</i> , 2009) Brasil	2009	312	19-81 Média: 47 anos	M:198 H: 114	S-TOFHLA	Conveniência	Hospitais públicos de São Paulo (SP).
19	(GARJANI <i>et al.</i> , 2009) Irã	2009	700	NI	NI	Questionário próprio	Aleatória/ Randômica	35 farmácias comunitárias de Tabriz.
20	(ZHANG <i>et al.</i> , 2009) Singapura	2009	423	>18 anos. Média: 43,8 anos	M: 151 H: 172	REALM, Questionário elaborado FHLT ( <i>Functional Health Literacy Test</i> ).	Conveniência	Hospital

**Tabela 2** - Características metodológicas dos estudos selecionados para revisão integrativa sobre letramento em saúde direcionada ao uso de medicamentos. 2017.*Continuação*

Nº DO ESTUDO	AUTOR/PAÍS	ANO	N	FAIXA ETÁRIA (ANOS)	SEXO/n	INSTRUMENTOS	TIPO DE AMOSTRA	LOCAL
21	(MCPHERSON <i>et al.</i> , 2008) Estados Unidos	2008	44	<65 (38,6%) ≥65 (61,4%)	M:24 H:20	Questionário próprio.	Conveniência	Ambulatório do Sistema de Saúde da Universidade de Maryland.
22	(HUANG <i>et al.</i> , 2006) Taiwan	2006	799	19-89 Média: 48 anos	M: 568 H: 231	Questionário próprio.	Conveniência	31 universidades comunitárias
23	(SOUZA, 2006) Brasil	2006	275	>20 anos	M: 147 H: 244	Questionário próprio	Estratificada	Domicílios dos participantes.
24	(HOPE <i>et al.</i> , 2004) Estados Unidos	2004	61	>50 anos Média: 65 anos	M: 44 H: 17	<i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i> , conhecimento e habilidades com a medicação (estudo de Murray <i>et al.</i> , 1986), conhecimento da doença (versão modificada do instrumento de Ni <i>et al.</i> , 1999) e <i>Medication Event Monitoring System</i> (MEMS).	Conveniência	NI

**Tabela 2** - Características metodológicas dos estudos selecionados para revisão integrativa sobre letramento em saúde direcionada ao uso de medicamentos. 2017.*Conclusão*

Nº DO ESTUDO	AUTOR/PAÍS	ANO	N	FAIXA ETÁRIA (ANOS)	SEXO/n	INSTRUMENTOS	TIPO DE AMOSTRA	LOCAL
25	(RYAN; CHAMBERS, 2000) Irlanda do Norte	2000	15	68-85 Média: 75 anos	NI	<i>Abbreviated Mental Test</i> (Qureshi & Hodkinson, 1974) e Questionário próprio.	Conveniência	Unidade de avaliação e reabilitação.
26	(SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000) Brasil	2000	264	>18 anos Média: 57 anos	M: 198 H: 66	Questionário próprio.	Conveniência	Ambulatório do Serviço de Medicina Interna do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).
27	(CLINE <i>et al.</i> , 1999) Suécia	1999	22	70-79 Média: 79 anos	M: 08 H: 14	Questionário próprio.	Conveniência	Domicílios dos participantes.
28	(WILLIAMS <i>et al.</i> , 1998) Estados Unidos	1998	516	>18 anos	M: 372 H: 144	TOFHLA e questionário próprio	Conveniência	Clínicas de dois hospitais públicos urbanos.

Nota - M: mulheres; H: homens; NI: não informado

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Quanto ao desenho metodológico dos estudos selecionados, foram encontrados de natureza quantitativos, qualitativos e dois de natureza mista (quali-quantitativo) (Tabela 3).

**Tabela 3** - Desenho científico dos estudos selecionados para a revisão integrativa sobre letramento em saúde direcionado ao uso de medicamentos, 2017.

METODOLOGIA	<i>F</i>	%
<b>Quantitativos</b>		82,14
Transversais	20	
Ensaio Clínico Controlado Randomizado	01	
Quase-experimental (antes e depois)	01	
Ecológico	01	
<b>Qualitativos</b>		10,71
Técnica de Entrevista	02	
Antes e depois	01	
<b>Mistos (quali-quantitativos)</b>	02	7,14

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Quanto à análise do nível de evidência de acordo com o proposto por Melnik e Fineout-Overholt (2005) (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011), 27 estudos apresentaram nível de evidência VI, apenas um estudo foi de nível II, do tipo ensaio clínico randomizado (AMADO GUIRADO *et al.*, 2011).

Entre os estudos quantitativos foram encontrados vinte e quatro estudos observacionais, os quais foram avaliados pelos critérios STROBE. Sob esse critério de avaliação, quatro estudos (17%) atenderam as recomendações para serem enquadrados na categoria A da classificação STROBE. A maioria foi categorizada como B (ou seja, atendeu mais de 50% dos critérios). A pontuação obtida pelos estudos e a classificação de qualidade adotada nesta revisão estão apresentados na Tabela 4.

**Tabela 4** - Análise da qualidade dos estudos segundo os critérios do STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*), 2017.

CLASSIFICAÇÃO DA QUALIDADE DOS ESTUDOS	%	PONTOS	F	REFERÊNCIA
A	17	19	2	(REIS, 2010) (WILLIAMS <i>et al.</i> , 1998)
		18	2	(SOUZA, 2006) (GUÉNETTE; MOISAN, 2011)
B	83	17	2	(BUENDIA, 2012) (KAMRAN <i>et al.</i> , 2015)
		16	4	(BACKES; KUO, 2012) (ZHANG <i>et al.</i> , 2009) (MARKS <i>et al.</i> , 2010) (CALAMUSA <i>et al.</i> , 2012)
		15	8	(GARJANI <i>et al.</i> , 2009)(NAJJAR <i>et al.</i> , 2015) (CARTHERY-GOULART <i>et al.</i> , 2009) (FRÖHLICH; PIZZOL; MENGUE, 2010) (MCPHERSON <i>et al.</i> , 2008) (MUGOMERI <i>et al.</i> , 2015) (PORTELA <i>et al.</i> , 2010) (SOLER <i>et al.</i> , 2015)
		14	2	(OKUYAN; SANCAR; IZZETTIN, 2013) (SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000)
		13	4	(VÁZQUEZ, 2013) (HOPE <i>et al.</i> , 2004) (ALKATHERI; ALBEKAIRY, 2013) (HUANG <i>et al.</i> , 2006)

Nota - Atende critérios do STROBE: A= 100-80%; B=80-50%; C=menor que 50%.

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Foi encontrado um ensaio clínico randomizado (AMADO GUIRADO *et al.*, 2011) que foi avaliado pelo CONSORT (MOHER *et al.*, 2012). Este estudo alcançou 15,5 pontos e classificação B.

Foram encontrados três estudos qualitativos (CLINE *et al.*, 1999; MODIG *et al.*, 2012; RYAN; CHAMBERS, 2000) os quais foram avaliados pelos critérios COREQ (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007) e dois estudos quali-quantitativos (PORTELA *et al.*, 2010; SOLER *et al.*, 2015) que foram avaliados pelos critérios STROBE e COREQ (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). Tendo em vista o

reduzido número de trabalhos qualitativos e quali-quantitativos selecionados, optou-se por manter na análise os estudos com qualidade C. Os pontos e os resultados da avaliação da qualidade estão apresentados na Tabela 5.

**Tabela 5** - Análise da qualidade dos estudos qualitativos segundo os critérios do COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*), 2017.

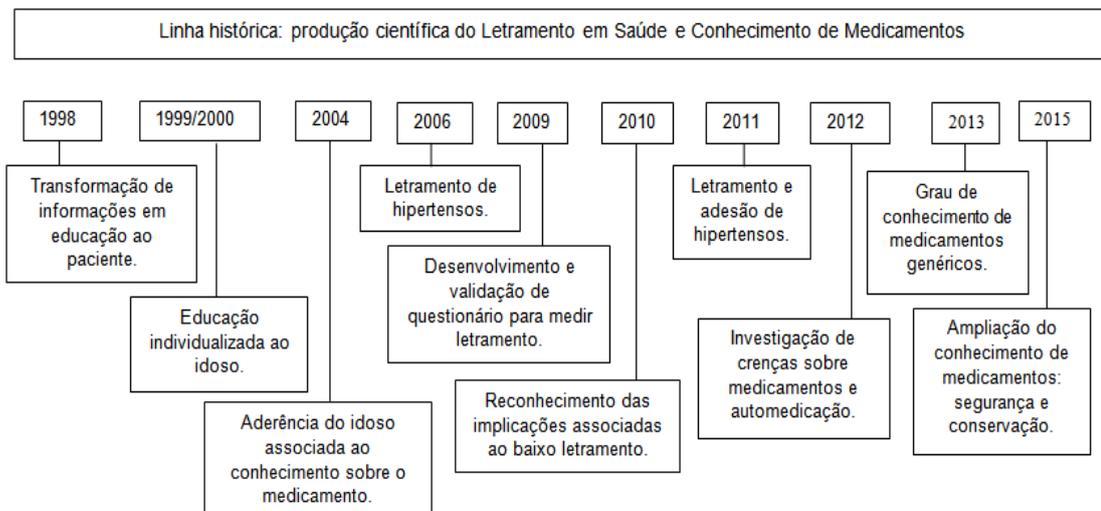
CLASSIFICAÇÃO DA QUALIDADE DOS ESTUDOS	PONTOS	REFERÊNCIA	%
B	27	(MODIG <i>et al.</i> , 2012)	20
C	13	(RYAN; CHAMBERS, 2000)	80
C	11	(PORTELA <i>et al.</i> , 2010)	
C	09	(CLINE <i>et al.</i> , 1999)	
C	2	(SOLER <i>et al.</i> , 2015)	

Nota - Atende critérios do COREQ: A= 100-80%; B=80-50%; C=menor que 50%.

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Os dois estudos que adotaram abordagem quali-quantitativa obtiveram classificação C (PORTELA *et al.*, 2010; SOLER *et al.*, 2015). Estes priorizaram o detalhamento das partes quantitativas, a descrição das etapas qualitativas foi pouco extensa, diminuindo a pontuação dos estudos pelo critério COREQ. No resumo de (SOLER *et al.*, 2015) os autores descreveram seu estudo como “descritivo, transversal, quantitativo” e, na parte de métodos, como “semiquantitativo”. O estudo utilizou grupo focal.

Foi elaborada uma linha cronológica dos estudos, na qual foi possível visualizar os diferentes enfoques com o passar dos anos (Figura 5).



**Figura 5** - Linha histórica e cronológica dos estudos nacionais e internacionais sobre letramento em saúde e conhecimento de medicamentos, 2017.

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Nesta revisão, categorizaram-se os estudos de acordo com os objetivos dos mesmos, sendo possível criar sete categorias. As distintas categorias são apresentadas na Tabela 6.

**Tabela 6** - Categorias de acordo com o objetivo dos estudos da revisão integrativa sobre letramento em saúde direcionado ao uso de medicamentos. 2017.

CATEGORIA	F	REFERÊNCIA	OBJETIVOS DOS ESTUDOS	PRINCIPAIS RESULTADOS <sup>REF</sup>
Ações educativas em LFS e conhecimento de medicamentos	5	(GARJANI, A. <i>et al.</i> , 2009)· (RYAN; CHAMBERS, 2000)· (ALKATHERI; ALBEKAIRY, 2013)· (AMADO GUIRADO <i>et al.</i> , 2011)· (HUANG <i>et al.</i> , 2006)·	Relação entre: 1) Nível educacional e LFS sobre o conhecimento de medicamentos (ALKATHERI; ALBEKAIRY, 2013) . 2) Intervenção educativa e adesão à terapia (AMADO GUIRADO <i>et al.</i> , 2011). 3) Intervenção educativa e conhecimento de medicamentos (GARJANI, A. <i>et al.</i> , 2009; HUANG <i>et al.</i> , 2006; RYAN; CHAMBERS, 2000).	1) Bom conhecimento sobre medicamentos e há correlação significativa entre as variáveis (ALKATHERI; ALBEKAIRY, 2013). 2) Intervenção educativa não impacta significativamente na adesão (AMADO GUIRADO <i>et al.</i> , 2011). 3) Intervenção educativa tem correlação positiva sobre o conhecimento de medicamentos (GARJANI, A. <i>et al.</i> , 2009; HUANG <i>et al.</i> , 2006; RYAN; CHAMBERS, 2000).
LFS e conhecimento de medicamentos na Farmácia Comunitária.	3	(OKUYAN; SANCAR; IZZETTIN, 2013)· (REIS, 2010)· (BACKES; KUO, 2012)	Relação entre: 1) Conhecimento dos medicamentos e adesão à terapia (OKUYAN; SANCAR; IZZETTIN, 2013). 2) LFS e conhecimento dos medicamentos (BACKES.; KUO, 2012; REIS, 2010).	1) Bom conhecimento sobre medicamentos e há correlação significativa entre as 2 variáveis (OKUYAN; SANCAR; IZZETTIN, 2013). 2) o LFS influencia positivamente o conhecimento de medicamentos (BACKES.; KUO, 2012; REIS, 2010).

Continua

**Tabela 6** - Categorias de acordo com o objetivo dos estudos da revisão integrativa sobre letramento em saúde direcionado ao uso de medicamentos. 2017.*Continuação*

CATEGORIA	F	REFERÊNCIA	OBJETIVOS DOS ESTUDOS	PRINCIPAIS RESULTADOS <sup>REF</sup>
LFS e conhecimento de medicamentos de pacientes ambulatoriais	4	(CARTHERY-GOULART <i>et al.</i> , 2009) (PORTELA <i>et al.</i> , 2010) (SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000)	1) Relação entre LFS e nível educacional (CARTHERY-GOULART <i>et al.</i> , 2009)  2) Medida do conhecimento de medicamentos nos pacientes (PORTELA <i>et al.</i> , 2010; SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000)	1) Há correlação positiva entre anos de estudo e LFS (CARTHERY-GOULART <i>et al.</i> , 2009)  2) Resultados conflitantes entre os dois estudos (PORTELA <i>et al.</i> , 2010; SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000)*.
LFS e conhecimento de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos.	6	(VÁZQUEZ, 2013) (BUENDIA, 2012) (SOUZA, 2006) (WILLIAMS <i>et al.</i> , 1998) (MCPHERSON <i>et al.</i> , 2008) (MUGOMERI <i>et al.</i> , 2015)	Relação entre:  1) Conhecimento dos medicamentos e adesão à terapia (BUENDIA, 2012; MCPHERSON <i>et al.</i> , 2008; MUGOMERI <i>et al.</i> , 2015; SOUZA, 2006; VÁZQUEZ, 2013).  2) LFS e conhecimento de medicamentos (WILLIAMS <i>et al.</i> , 1998)	1) Bom conhecimento sobre medicamentos e há correlação positiva entre as 2 variáveis (BUENDIA, 2012; MCPHERSON <i>et al.</i> , 2008; MUGOMERI <i>et al.</i> , 2015; SOUZA, 2006; VÁZQUEZ, 2013).  2) Bom conhecimento sobre medicamentos e há correlação significativa entre as 2 variáveis (WILLIAMS <i>et al.</i> , 1998).
LFS e Automedicação.	2	(KAMRAN <i>et al.</i> , 2015) (CALAMUSA <i>et al.</i> , 2012)	Relação entre LFS e automedicação (CALAMUSA <i>et al.</i> , 2012; KAMRAN <i>et al.</i> , 2015)	Relação positiva entre LFS e automedicação (CALAMUSA <i>et al.</i> , 2012; KAMRAN <i>et al.</i> , 2015).

**Tabela 6** - Categorias de acordo com o objetivo dos estudos da revisão integrativa sobre letramento em saúde direcionado ao uso de medicamentos. 2017.*Conclusão*

CATEGORIA	F	REFERÊNCIA	OBJETIVOS DOS ESTUDOS	PRINCIPAIS RESULTADOSREF
LFS e conhecimento de medicamentos por Idosos.	5	(HOPE <i>et al.</i> , 2004), (MODIG <i>et al.</i> , 2012), (NAJJAR <i>et al.</i> , 2015), (CLINE <i>et al.</i> , 1999), (GUÉNETTE; MOISAN, 2011).	1) Relação entre conhecimento dos medicamentos e adesão à terapia (CLINE <i>et al.</i> , 1999; HOPE <i>et al.</i> , 2004; NAJJAR <i>et al.</i> , 2015)  2) Medida do conhecimento de medicamentos de idosos (GUÉNETTE; MOISAN, 2011; MODIG <i>et al.</i> , 2012)	1) Os idosos apresentam falhas de adesão. (CLINE <i>et al.</i> , 1999; HOPE <i>et al.</i> , 2004)  2) Relação positiva entre conhecimento e adesão (NAJJAR <i>et al.</i> , 2015)  3) Os idosos têm um entendimento razoável do propósito dos medicamentos (GUÉNETTE; MOISAN, 2011; MODIG <i>et al.</i> , 2012)
Instrumentos de Medida de LFS e conhecimento de medicamentos.	4	(ZHANG <i>et al.</i> , 2009), (MARKS <i>et al.</i> , 2010), (FRÖHLICH; PIZZOL; MENGUE, 2010), (SOLER <i>et al.</i> , 2015).	Desenvolver e avaliar um instrumento (FRÖHLICH; PIZZOL; MENGUE, 2010; MARKS <i>et al.</i> , 2010; SOLER <i>et al.</i> , 2015; ZHANG <i>et al.</i> , 2009).	O uso dos instrumentos detectou lacunas de conhecimento para ações educativas (FRÖHLICH; PIZZOL; MENGUE, 2010; MARKS <i>et al.</i> , 2010; SOLER <i>et al.</i> , 2015; ZHANG <i>et al.</i> , 2009)..

Nota - \*O estudo de (PORTELA *et al.*, 2010) encontrou diversos graus de conhecimento referente aos medicamentos prescritos, sendo insuficientes os conhecimentos dos pacientes sobre a terapia medicamentosa. Este estudo foi realizado em quatro unidades básicas de saúde na Paraíba. O estudo de Silva, Schenkel e Mengue encontrou que a maioria dos pacientes possuía suficiente nível de informação para a utilização segura para a utilização segura dos medicamentos prescritos. Este estudo foi realizado em um ambulatório de Medicina Interna de um hospital universitário no Rio grande do Sul.

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Os estudos foram analisados comparativamente para averiguar coincidências entre as conclusões dos pesquisadores e entre as diferentes categorias, os dados estão apresentados na Tabela 7.

**Tabela 7** - Coincidências apresentadas entre estudos e categorias nos estudos incluídos na revisão integrativa sobre letramento em saúde direcionada ao uso de medicamentos, 2017.

CARACTERÍSTICA DO ESTUDO	F	REFERÊNCIA
O aconselhamento prévio por profissional de saúde afeta positivamente o conhecimento sobre medicamentos.	7	(RYAN; CHAMBERS, 2000) (ALKATHERI; ALBEKAIRY, 2013) (BACKES; KUO, 2012) (AMADO GUIRADO <i>et al.</i> , 2011) (OKUYAN; SANCAR; IZZETTIN, 2013) (REIS, 2010) (HUANG <i>et al.</i> , 2006)
Nível educacional afeta positivamente o conhecimento sobre medicamentos.	8	(ALKATHERI; ALBEKAIRY, 2013) (BACKES; KUO, 2012) (CARTHERY-GOULART <i>et al.</i> , 2009) (OKUYAN; SANCAR; IZZETTIN, 2013) (REIS, 2010) (CALAMUSA <i>et al.</i> , 2012) (FRÖHLICH; PIZZOL; MENGUE, 2010) (HUANG <i>et al.</i> , 2006)
Nível educacional negativamente associado à idade.	3	(ALKATHERI; ALBEKAIRY, 2013) (BACKES; KUO, 2012) (HUANG <i>et al.</i> , 2006)

*Continua*

**Tabela 7** - Coincidências apresentadas entre estudos e categorias nos estudos incluídos na revisão integrativa sobre letramento em saúde direcionada ao uso de medicamentos, 2017.

*Continuação*

CARACTERÍSTICA DO ESTUDO	F	REFERÊNCIA
LFS/conhecimento de medicamentos negativamente associado à idade.	4	(NAJJAR <i>et al.</i> , 2015) (CARTHERY-GOULART <i>et al.</i> , 2009) (OKUYAN; SANCAR; IZZETTIN, 2013) (HUANG <i>et al.</i> , 2006)
Necessidade de estratégias educativas diferenciadas com idosos.	2	(CARTHERY-GOULART <i>et al.</i> , 2009) (CLINE <i>et al.</i> , 1999)
LFS positivamente associado ao gênero (feminino)	2	(ALKATHERI; ALBEKAIRY, 2013) (REIS, 2010)
Satisfação do cliente/paciente com a ação educativa.	2	(GARJANI, A. <i>et al.</i> , 2009) (RYAN; CHAMBERS, 2000)
Baixa adesão ao tratamento.	2	(AMADO GUIRADO <i>et al.</i> , 2011) (HUANG <i>et al.</i> , 2006)
Desconhecimento do nome do medicamento, indicação, dose e reações adversas.	2	(PORTELA <i>et al.</i> , 2010) (SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000)

**Fonte:** Elaborado pela autora.



## 7 DISCUSSÃO

Na busca inicial foi encontrada grande diversidade de artigos sobre LFS e medicamentos, em diversos países, enfocando populações específicas ou em geral, em diferentes faixas etárias e abordando diferentes aspectos de LFS, conforme a mudança do conceito ao longo do tempo. Nesta pesquisa optou-se por selecionar os artigos de acordo com o conceito utilizado pelo IOM e em populações mais gerais, para elucidar o estado da arte sobre LFS. Realizando a busca manual, pôde-se perceber que os artigos não continham as palavras chave “*health literacy*”, o que evidencia que o assunto é amplo, sendo alvo de várias pesquisas, mas que muitos pesquisadores não incluem seus achados na amplitude do tema de letramento funcional em saúde, o que demonstra que apesar do grande interesse no mundo todo, o tema letramento ainda não foi de todo assimilado. Evidenciou-se uma grande variedade de periódicos selecionados nesta pesquisa, conseqüentemente uma variedade de artigos publicados em diferentes partes do mundo, sugerindo interesse no tema LFS e conhecimento de medicamentos. O Brasil foi um dos países com maior número de publicações nos resultados desta seleção. Isto pode ser devido à escolha das bases de dados, como SciELO, LILACS e BDTD.

Conforme a avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados, os artigos quantitativos observacionais foram elaborados atendendo vários dos critérios STROBE, com a grande maioria deles (83%), obtendo classificação B. Notou-se que houve mais estudos quantitativos (23 estudos) que qualitativos (3 estudos) e dois artigos de classificação mista (quali-quantitativos), demonstrando uma prevalência de estudos quantitativos, provavelmente pela maior facilidade de realização desses estudos. Entre os qualitativos e quali-quantitativos, a maioria deles (80%) obteve classificação C nos critérios COREQ. Isto pode ser devido às diferenças da metodologia qualitativa, sendo ainda pouco frequente o uso dos critérios COREQ, em relação aos critérios STROBE, mais utilizado. Porém a pontuação de qualidade deve ser encarada com cuidado, pois ela é obtida por meio da quantidade de informação no estudo. Nas pesquisas publicadas em revistas, a limitação do espaço impede a inclusão de algumas informações. Geralmente as dissertações obtêm pontuações de qualidade mais altas que os artigos (BROOME, 1993).

Conforme observado na linha histórica (Figura 5), criada para esta revisão, foi possível encontrar mudanças na finalidade dos estudos de LFS e conhecimento de medicamentos, as quais são discutidas de acordo com a faixa de tempo, a seguir:

Em 1998, os farmacêuticos estavam interessados em medir o LFS dos indivíduos a fim de implementar ações educativas. Dois acontecimentos nos Estados Unidos podem ter contribuído para esta mudança. Um deles foi um estatuto norte-americano de 1990, chamado “*Omnibus Budget Reconciliation Act*” ou apenas OBRA’ 90. Este estatuto unificou as legislações anteriores sobre aconselhamento farmacêutico ao paciente, as quais entraram em vigor em 1993 (JESSE; JOSEPH, 2008). O outro acontecimento foi o movimento chamado de *Pharmaceutical Care*, associado à publicação de Hepler e Strand (1990). Na Comunidade Europeia, as atividades do farmacêutico na área de educação do paciente continuaram limitadas à prestação de informação por escrito através das bulas e dos rótulos constantes dos produtos (BLOM *et al.*, 1998).

Nos anos 1999 e 2000, percebe-se que a educação ao paciente, especialmente o idoso, está em foco na área de enfermagem. As autoras Ryan e Chambers (2000), são pesquisadoras da área de enfermagem, preocupadas com a educação direcionada ao paciente idoso, por ser um tipo de paciente com perfil de várias doenças crônicas e vários medicamentos, sendo passíveis os erros de medicação. Não só a educação aos idosos, mas também uma educação individualizada, pois acreditam que a educação em grupo não contemplaria as diferenças individuais de experiência e conhecimento.

Já em 2004, o interesse pelo letramento de pacientes idosos com doenças crônicas, volta-se para a sua relação com a adesão à terapêutica medicamentosa (HOPE *et al.*, 2004). Em 2006, surge estudo que preocupa-se com o conhecimento de pacientes hipertensos no Brasil (SOUZA, 2006). No ano 2009, as pesquisas mostram a preocupação dos pesquisadores com a forma de medir o letramento por meio de questionários, sendo que alguns trabalhos são realizados usando questionários desenvolvidos para a própria pesquisa (ZHANG *et al.*, 2009).

Nos estudos de 2010 é encontrada relação entre o nível de letramento baixo e o cumprimento da terapia medicamentosa e, também, com a falta de compreensão de instruções, incapacidade de ler rótulos, baixa adesão aos regimes terapêuticos e

incapacidade de compreender e assimilar os conselhos dados pelos profissionais da saúde (MARKS *et al.*, 2010; PORTELA *et al.*, 2010).

Em 2011 encontramos estudos sobre a eficácia de ações educativas no aumento da adesão à terapêutica, particularmente de pacientes hipertensos (AMADO GUIRADO *et al.*, 2011). A auto-medicação, considerada importante especialmente em lugares nos quais o acesso aos serviços de saúde é limitado aparece em estudo de 2012 relacionando ao baixo letramento em saúde. Esse fato é importante, pois a auto-medicação que contribua para saúde e segurança do paciente requer que as pessoas sejam capazes de reconhecer os sintomas e escolher o medicamento mais apropriado, estar ciente dos riscos e procurar os profissionais de saúde quando necessário (CALAMUSA *et al.*, 2012). A decisão pela automedicação depende de conhecimento, atitudes e práticas em saúde e também fatores culturais e sociais (BUENDIA, 2012). Conhecer o LFS de uma comunidade pode contribuir para a criação de estratégias que minimizem o baixo conhecimento e pouca consciência do risco da automedicação.

A pesquisa de LFS aparece, em estudo de 2013, relacionando à prescrição e comercialização de medicamentos genéricos na Espanha (VÁZQUEZ, 2013). Em 2015, a elaboração de questionários fica mais sofisticada, passa-se a exigir mais conhecimentos do paciente que garantam uso adequado, baseado no letramento (SOLER *et al.*, 2015). Os conhecimentos considerados necessários passam a ser também: dosagem, duração do tratamento, administração, indicação, eficácia, segurança, efeitos adversos, contraindicações, Interações e conservação.

A divisão dos artigos selecionados em sete categorias demonstra a variedade de pesquisas realizadas sobre LFS e conhecimento de medicamentos em pessoas leigas. A leitura e análise de conteúdo dos vinte e oito artigos foram norteadas pelas categorias apresentadas na Tabela 5.

#### CATEGORIA 1: AÇÕES EDUCATIVAS EM LFS E CONHECIMENTO DE MEDICAMENTOS:

Nesta categoria, Alkatheri e Albekairy (2013) mediram o conhecimento de medicação do paciente através de quatro perguntas: 1.O paciente reconhece seus medicamentos? 2.O paciente sabe a indicação de seus medicamentos? 3.O paciente sabe o esquema de dosagem de seus medicamentos? 4.O paciente conhece os

principais efeitos colaterais de seus medicamentos? Estes autores encontraram que o entendimento dos efeitos colaterais necessitou de uma escolaridade maior. Segundo Baker (2006) é recomendado medir os conceitos básicos de saúde e de doenças dos participantes antes de uma ação educativa, pois assim é possível entender as necessidades educacionais e realizar um planejamento nivelado com o grau de letramento em saúde dos participantes, evitando assim o desinteresse deles pela ação. Esse conhecimento pode orientar o planejamento de ações voltadas para educação em grupos de pacientes ou mesmo de educação continuada para agentes comunitários ou outros profissionais de saúde. Uma limitação no estudo de Alkatheri e Albekairy (2013) foi a falta da medida de numeralidade.

Para analisar a efetividade de ações educativas, Amado Guirado *et al.*, (2011), realizaram um ensaio clínico randomizado de doze meses e não encontraram diferenças na pressão arterial e no índice de massa corporal dos participantes. Por isso, os autores concluíram que ações educativas não impactam na adesão à medicação hipertensiva quando os pacientes são hipertensos de longa data. Contudo, observa-se que o conhecimento sobre medicamentos e a aderência ao tratamento aumentaram, sem alterar as variáveis clínicas. Para além das conclusões dos pesquisadores, cabe salientar a dificuldade de comparação com outros estudos, visto que conhecimento foi medido pelo instrumento BATALLA, um teste menos utilizado que o TOFHLA e REALM. A adesão foi medida pelo teste de Morisky-Green, que possui algumas limitações, como, por exemplo, uma tendência para superestimar a não adesão e impedir que o paciente expresse suas dificuldades e seu entendimento a respeito do tratamento. Leite e Vasconcelos (2003) citam a necessidade de que o paciente e entrevistador tenham uma relação de confiança, para que o entrevistado seja sincero e o teste adquira validade. O constrangimento do entrevistado, seu desejo de responder o que seria o correto e a pressão, mesmo que não intencional podem comprometer o teste. No estudo de Amado Guirado *et al.* (2011) os autores citam que a proximidade que os pacientes adquiriram com a enfermeira durante a intervenção, pode ter dificultado a mudança de comportamento esperada.

Huang *et al.* (2006) realizaram em Taiwan, um programa educativo sobre o conhecimento de medicamentos, de âmbito nacional. Os autores concluíram que a

adesão à terapêutica é mais difícil de ser alcançada, mas ter conhecimento sobre medicamentos é necessário para mudar o comportamento.

O desenvolvimento de intervenções educacionais orientadas para promover o LFS deve objetivar o aumento de conhecimento sobre saúde e sobretudo, o desenvolvimento de competências pessoais para motivar as pessoas a melhorarem seus níveis de saúde. Os profissionais de saúde, principalmente aqueles que trabalham nos serviços públicos, devem encorajar seus pacientes, no intuito de obterem mudanças nos determinantes sociais de saúde, melhorando os perfis epidemiológicos de suas comunidades de atuação (SERRÃO *et al.*, 2015).

#### CATEGORIA 2: LFS E CONHECIMENTO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA COMUNITÁRIA.

Nesta categoria ressalta-se a importância dos farmacêuticos compreenderem o letramento dos usuários das farmácias. No estudo de Backes e Kuo (2012), os pacientes com LFS inadequado foram menos hábeis em nomear corretamente seus medicamentos, as dosagens e o modo de administração. Segundo Brito Reis (2010), o farmacêutico deve conhecer o nível de LFS da sua população e investir em estratégias de comunicação em saúde. Okuyan, Sancar e Izzetin, (2013), encontraram relação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre conhecimento sobre a medicação e adesão. Níveis baixos de conhecimento e baixa adesão foram encontrados entre idosos.

#### CATEGORIA 3: LFS E CONHECIMENTO DE MEDICAMENTOS DE PACIENTES AMBULATORIAIS

Nesta categoria classificamos dois estudos que entrevistaram pacientes em hospitais (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009; SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000) e um, em uma Unidade Básica de Saúde (PORTELA *et al.*, 2010). No estudo de Carthery-Goulart *et al.* (2009), apenas 32,4% da amostra teve desempenho inadequado usando o instrumento de medida S-TOFHLA. Nesta parcela predominou pessoas com pouca escolaridade (de um a sete anos de estudo). Em outro estudo, também de 2009, os pesquisadores apresentaram como limitação dos conceitos de LS existentes a falta da dimensão “pública”. Para eles, não deveriam ser abordadas apenas as competências e capacidades individuais. O ambiente social, político e econômico impactam muito na saúde e não deveriam ser omitidos das pesquisas com LFS (FREEDMAN *et al.*, 2009).

É importante avaliar a dimensão pública porque, segundo estes autores, habilita a sociedade a fazer escolhas saudáveis e direcionar políticas públicas de acordo com suas necessidades (FREEDMAN *et al.*, 2009). Nos três estudos desta categoria, os autores concluíram que são necessárias ações voltadas para a formação dos profissionais prescritores, a fim de melhorar a comunicação com os pacientes.

Nós acreditamos que, especialmente para o Brasil, considerando a estrutura do sistema de saúde, não somente médicos, mas agentes comunitários que lidam com pacientes em sua rotina diária e com quem os pacientes criam vínculos, além de farmacêuticos e enfermeiros, que auxiliam os pacientes na dispensação e também no uso do medicamento deveriam conhecer e se apropriar das técnicas e dos resultados de estudos sobre letramento para auxiliar em sua prática de trabalho. O trabalho em conjunto dos profissionais da saúde pode resultar na solução dos problemas dos usuários em relação ao tratamento e aos medicamentos, bem como as falhas de informação durante a consulta (NUNES; AMADOR; HEINECK, 2008). Para Duarte, Silva e Cardoso (2007) deve existir um constante movimento de educação permanente para os agentes comunitários de saúde. Para que estes trabalhadores desenvolvam plenamente suas capacidades e realizem um trabalho comunitário participativo, reflexivo e transformador.

#### CATEGORIA 4: LFS E CONHECIMENTO DE MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS E ANTIDIABÉTICOS

Entre os seis estudos, incluídos nesta categoria, quatro pesquisaram letramento de pacientes hipertensos (BUENDIA, 2012; MUGOMERI *et al.*, 2015; SOUZA, 2006; VÁZQUEZ, 2013), um pesquisou letramento em pacientes diabéticos e hipertensos (WILLIAMS *et al.*, 1998) e outro apenas em pacientes hipertensos (MCPHERSON *et al.*, 2008). Dos que pesquisaram letramento em hipertensão, Buendia (2012), avaliou o impacto das crenças sobre os conhecimentos e conseqüentemente, a adesão à medicação. O autor encontrou relação negativa: cerca de 48% dos pacientes referiram esquecer de tomar o medicamento e cerca de 40% não sabiam os órgãos lesionados pela pressão arterial não controlada.

Mugomeri *et al.* (2015) encontrou aproximadamente 36% de conhecimentos inadequados para hipertensão e 44% para os medicamentos. Cento e trinta e sete (64,6

%) pacientes falharam em tomar seus medicamentos conforme prescrito pelo menos uma vez dentro de um período de seis meses e desses, 16% dobraram a dose da medicação para recuperar a dose perdida. Enquanto que, Souza (2006), encontrou que os percentuais de conhecimento de recomendações saudáveis são superiores aos percentuais de execução das recomendações. Quando perguntados sobre o que deve ser feito para controlar a pressão alta, “fazer dieta sem sal” foi respondido por 52,70% dos indivíduos que referiram hipertensão. E apenas 28,31% responderam que fazem a restrição ao sal.

A resposta “deve-se fazer dieta para perder/manter peso” foi dada por 17,11%. Referiram que fazem dieta para perder/manter peso 6,89% dos hipertensos. A resposta “deve-se fazer atividade física” foi dada por 17,03% dos hipertensos, mas a afirmação de que faz atividade física foi dada por 7,42%. Em relação ao conhecimento da medicação os resultados foram inversos: do total de hipertensos, 78,69% afirmaram que tomam medicação de rotina. A resposta deve-se “tomar medicação de rotina” para controlar a pressão alta foi obtida de 47,10% dos hipertensos, ou seja, não houve o reconhecimento da importância dos medicamentos e suas ações. O estudo de Vázquez, (2013), também encontrou altos percentuais de conhecimento, como por ex., 83% dos participantes possuía bons conhecimentos da doença. Porém, igualmente ao estudo de Souza, o percentual de pacientes verdadeiramente cumpridores do tratamento foi também menor, apenas 37%. Williams *et al* (1998) consideram diabetes e hipertensão como boas representantes das doenças crônicas, por serem prevalentes e requererem cuidado diário por parte dos pacientes. Neste estudo foi encontrado que quase metade (48%) dos pacientes diabéticos e hipertensos tinham letramento inadequado, com menos conhecimento das doenças.

#### CATEGORIA 5: LFS E AUTOMEDICAÇÃO

A publicidade em diferentes meios de comunicação é uma potente fonte de informação e influencia a decisão pela automedicação, principalmente nos indivíduos mais jovens (NÄRHI; HELAKORPI, 2007; SPADARO, 2003). Atualmente, há várias informações sobre saúde nos meios eletrônicos (blogs, redes sociais, revistas eletrônicas, compra on-line, emails) formando uma rede intensamente inserida no dia a dia das pessoas, a qual pode induzir à automedicação (LEFÈVRE, 1999). No passado,

as pessoas ficavam limitadas a uma pequena quantidade de recursos contendo informação médica, a maioria dirigida a profissionais de saúde e não à população em geral (revistas dirigidas a profissionais da saúde ou a proprietários de estabelecimentos farmacêuticos). Hoje em dia, existe uma grande variedade de informações sobre saúde (programas de televisão, revistas e blogs sobre hábitos saudáveis, alimentação, exercícios, etc.). Entretanto, a necessidade em tornar os pacientes consumidores informados dos serviços de saúde é proporcional à quantidade de novas fontes de informação que surgem (SERRÃO *et al.*, 2015).

Dois estudos foram incluídos nessa categoria. No primeiro, Calamusa *et al.*, (2012) encontraram falta de conhecimento de interações medicamentosas. Uma confusão entre os conceitos de contraindicações de medicamentos e efeitos colaterais foi encontrada em 30%. Um ponto forte deste estudo foi a inclusão da medida de numeralidade dos participantes. Foi solicitado aos participantes que calculassem o número máximo de comprimidos permitido por dia, de acordo com as instruções do folheto “tomar um dois tabletes uma ou duas vezes ao dia”. Mais da metade dos participantes deu a resposta correta de numeralidade, com uma associação significativa com o nível de escolaridade (82% ensino superior versus 18% ensino primário/médio,  $p < 0,0001$ ).

O estudo de Kamran *et al.* (2015), encontrou relação significativa entre LFS e estado geral de saúde com a automedicação. A prevalência de automedicação entre os participantes com a saúde física e mental auto-avaliados em pobre e muito pobre foi significativamente maior do que os outros participantes ( $P < 0,001$ ).

#### CATEGORIA 6: LFS E CONHECIMENTO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS

Há um declínio nas funções cognitivas dos idosos, o qual pode ter relação com a piora do LFS conforme o aumento de idade e isto impacta na forma como os profissionais de saúde devem instruir os idosos sobre temas em saúde (BAKER *et al.*, 2000).

Quatro estudos aferiram o LFS em idosos. Cline *et al.* (1999) e Hope *et al.* (2004) estudaram LFS e adesão entre idosos com insuficiência cardíaca. A conclusão nestes estudos foi de que a adesão tem correlação com o conhecimento de medicamentos em três itens, na dose, frequência e indicação (HOPE *et al.*, 2004). No

estudo de Cline *et al* (1999), de um total de 22 pacientes, 12 (55 %) conseguiram nomear corretamente os medicamentos prescritos, porém 11 (50%) não souberam indicar as doses prescritas e 14 (64%) não souberam explicar o momento (parte do dia, junto às refeições). Na avaliação global, seis (27%) pacientes foram considerados não-aderentes e 16 (73%) foram considerados como possivelmente aderentes à medicação prescrita.

O número de participantes no estudo de Hope *et al.*, (2004) foi maior: 61 pacientes. Destes, apenas 20% sabia corretamente por que “tomavam os medicamentos” (indicação), um percentual maior sabia as dosagens (66%) e o momento de administrar (49%). O estudo de Modig *et al* (2012), de natureza qualitativa, concentrou-se nas experiências dos idosos e classificou em duas categorias principais “confortável/inseguro com a informação”. Os idosos se sentiam confortáveis quando confiavam nos medicamentos, no prescritor e quando recebiam ou sabiam onde encontrar a informação. Se sentiam inseguros em situações de ansiedade, se a disponibilidade de cuidados médicos diminuía ou se não recebiam informação suficiente.

Najjar *et al.* (2015) encontrou níveis maiores de conhecimento e adesão entre os participantes do sexo masculino, ao contrário dos três estudos anteriores, em que os pesquisadores não relataram diferenças de resultados entre sexo, e de dois outros estudos, de outras categorias (CALAMUSA *et al.*, 2012; REIS, 2010), que encontraram mais participantes mulheres. Os idosos que viviam por conta própria também apresentaram os melhores resultados. De acordo com Ryan e Chambers (2000), os idosos que não possuem alguém responsável pela administração e controle dos seus medicamentos sozinhos, acreditam que fazer um bom controle de sua medicação é o que os mantém independentes. Na realidade brasileira, muitos idosos são iletrados em saúde. Isto é devido a uma condição histórica-cultural. Entre os anos 1930 e 1950, o ensino elementar era restrito apenas às classes sociais mais altas (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2009). Esta característica cultural deve ser levada em consideração em abordagens de LFS em idosos no Brasil.

## CATEGORIA 7: INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LFS E CONHECIMENTO DE MEDICAMENTOS

Nesta categoria nós observamos os instrumentos que os pesquisadores criaram para medir o LFS associado a medicamentos em suas pesquisas. Acreditamos que os motivos que levam os pesquisadores a criar instrumentos próprios são as divergências existentes na literatura quanto à acurácia dos questionários padronizados. Estes instrumentos de letramento em saúde foram examinados pelo comitê instituído pelo IOM. O comitê concluiu que a maioria das ferramentas atualmente disponíveis para medir letramento em saúde medem apenas habilidades de leitura e não incluíam outras habilidades (escrever, falar, calcular, ler e escutar). Além disso, medir as habilidades de leitura de adultos através do "nível de escolaridade" seria uma estimativa imprecisa (NIELSEN-BOHLMAN; PANZER; KINDIG, 2004). Os instrumentos de medida de LFS mais utilizados, REALM e TOFHLA, medem capacidades gerais, nenhum dos dois faz uma análise abrangente das capacidades de um indivíduo. Devido aos vários conceitos atribuídos ao LFS ao longo do tempo, não há consenso entre os pesquisadores de como se deve medir o LFS (BAKER, 2006), sendo necessário desenvolver novas ferramentas para medir o LFS (NIELSEN-BOHLMAN; PANZER; KINDIG, 2004).

Por isso, nesta categoria selecionamos quatro estudos nos quais os pesquisadores desenvolveram diferentes instrumentos de medida de LFS e conhecimento de medicamentos. Soler *et al.* (2015) desenvolveram um indicador global de uso racional de medicamentos (IGUR), composto por dois indicadores (atitude e opinião). Frölich, Pizzol e Mengue, (2010) desenvolveram um instrumento levando em consideração a complexidade da prescrição e relacionando-a com o nível de conhecimento. Marks *et al* (2010) e Zhang *et al* (2009) compararam seus testes com o REALM, o qual foi considerado por eles o “padrão-ouro” para comparar instrumentos (BAKER, 2006). Marks, Schectman, Groninger, Margaret e Plews-Ogan *et al.*, (2010) desenvolveram o *Medication Knowledge Score* (MKS), o qual avalia conhecimento de nome, dose, indicação e efeito colateral. Zhang *et al* (2009) desenvolveram um teste para a população de língua inglesa de Singapura, chamado

*Functional Health Literacy Tests* (FHLT) de 21 itens, o qual se mostrou confiável, obteve forte correlação de pontuação quando comparado com o REALM.

Jordan, Osbourne e Buchbinder (2011) avaliaram as propriedades psicométricas dos questionários publicados sobre LFS. TOFHLA e REALM foram os instrumentos que possuem as propriedades psicométricas mais fortes. Porém, nenhum dos instrumentos avaliados por Jordan, Osbourne e Buchbinder (2011) mediu completamente a capacidade de buscar, entender e usar informações sobre saúde. Isso põe em xeque sua relevância geral e utilidade. A variabilidade na abordagem de medição nos instrumentos reflete a visão de que o letramento em saúde é um conceito complexo e multifacetado, ainda em evolução. Esse contexto possibilita diferentes abordagens. Para adaptar a informação em saúde às necessidades de um paciente, um instrumento de letramento em saúde deveria idealmente ser capaz de descrever claramente as habilidades individuais de um paciente e quais áreas precisam ser melhoradas. Sem uma compreensão clara do que diferentes categorias dentro de uma alfabetização em saúde significam, é difícil saber como aplicar a Informação em um contexto clínico ou de saúde pública.

Como em outras áreas do conhecimento, a aferição do letramento não foi totalmente consensual, entretanto, subsídios sobre a capacidade de absorver um determinado conhecimento que possa contribuir para melhoria do tratamento dos pacientes é importante na prática dos profissionais que se envolvem com o tratamento medicamentoso dos pacientes.



## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas sobre LFS e conhecimento de medicamentos são úteis como ferramentas de *screening* do grau de compreensão do LFS na população leiga de um determinado local. As abordagens dentro do tema constituíram-se em verdadeiro leque de opções, tendo sido necessário fazer a classificação dos estudos em grupos. Os resultados, de modo geral, variaram bastante dependendo da região em que o estudo foi realizado e estas diferenças podem ser associadas ao nível sociocultural dos participantes.

Além disto, conforme já está estabelecido na literatura sobre o tema, o LFS está associado ao nível educacional do indivíduo, tendo relação positiva sobre o último, ou seja, o nível educacional faz melhorar o LFS do indivíduo e suas habilidades de interpretação de materiais impressos. As iniciativas que pareceram mais promissoras foram aquelas que associaram o LFS e conhecimento de medicamentos à adesão, com técnicas de acompanhamento dos pacientes por um determinado período. Mesmo assim, há particularidades apontadas pelos pesquisadores, principalmente em pacientes hipertensos crônicos, em que os índices de adesão não melhoraram substancialmente. Por isso, mais pesquisas sobre o tema de LFS e conhecimento de medicamentos são necessárias, e talvez com estudos que avaliem a acurácia de novos instrumentos de medição do letramento.

Quanto aos métodos, embora existam diferentes testes para medir o letramento em saúde, dois dos instrumentos mais utilizados (REALM e TOFHLA) apresentam limitações. Por isso, vários pesquisadores criaram seus próprios instrumentos. A utilização de instrumentos, de modo geral, tem como benefício guiar a comunicação entre o profissional e o paciente e contribuir para melhorar a elaboração de atividades e materiais educativos. Diante da escassez da literatura brasileira sobre o tema, ressalta-se a importância de ampliar a discussão da avaliação do letramento em saúde sobre medicamentos pelos profissionais de saúde do Brasil, especialmente farmacêuticos, visto que é um tema relativamente desconhecido entre essa categoria. O desenvolvimento de pesquisas voltadas para construir e validar outros instrumentos de avaliação do letramento em saúde, ou mesmo para validação dos instrumentos

apresentados nesta revisão e ainda não validados para a população brasileira pode ser objeto de pesquisas.

O campo do LS é muito abrangente, porém, o conhecimento sobre medicamentos não deve ser subestimado. Vários pesquisadores do tema LFS acreditam que o instrumento ideal deve ser capaz de medir os vários aspectos do LFS. Porém os instrumentos esbarram na complexidade do LFS. Uma boa medida necessita ser abrangente, o que acarreta o aumento de itens de avaliação nos instrumentos. Assim sendo, as informações ficam diluídas nos instrumentos (p.ex. acesso ao serviço de saúde, compreensão sobre a sua doença, educação em saúde, entendimento de uma prescrição, etc). O TOFHLA leva em torno de 25 minutos de administração. Versões mais curtas foram elaboradas, para facilitar a execução das medidas junto aos participantes. O medicamento é um importante componente das práticas em saúde. O TOFHLA utiliza rótulos de prescrições e avalia a capacidade numérica necessária para entendê-los. Portanto, acreditamos que um instrumento específico para medir o LFS específico sobre medicamentos contribuiria para auxiliar os usuários e auxiliar a prática da assistência em saúde.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, R. J. *et al.* Health literacy: a new concept for general practice? **Australian family physician**, 2009. v. 38, n. 3, p. 144–147.

AKOBENG, A. K. Principles of evidence based medicine. **Archives of disease in childhood**, 2005. v. 90, n. 8, p. 837–840. Disponível em:  
<<http://adc.bmj.com/cgi/doi/10.1136/adc.2005.071761>>.

ALKATHERI, A. M.; ALBEKAIRY, A. M. Does the patients' educational level and previous counseling affect their medication knowledge? **Annals oin thoracic medicine**, 2013. v. 8, n. 2, p. 105–108. Disponível em:  
<<http://www.thoracicmedicine.org/article.asp?issn=1817-1737;year=2013;volume=8;issue=2;spage=105;epage=108;auiast=Alkatheri>>.

ALMEIDA, M. C. P. De; MELLO, D. F. De; NEVES, L. A. De S. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva rede básica de saúde em ribeirão preto. **Rev bras enferm**, 1991. v. 44, n. 213, p. 64–75.

ALTIN, S. V. *et al.* The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. **Bmc public health**, 2014. v. 14, n. 1, p. 1207. Disponível em:  
<<http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1207>>.

AMADO GUIRADO, E. *et al.* Conocimiento y adherencia a la terapia antihipertensiva en atención primaria: resultados de un ensayo clínico. **Gaceta sanitaria**, 2011. v. 25, n. 1, p. 62–67.

ANDRUS, M. R. *et al.* Health literacy : a review. **Pharmacotherapy**, 2002. v. 22, n. 3, p. 282–302.

APOLINARIO, D. *et al.* Avaliação breve de alfabetismo em saúde em português para adultos. **Rev saúde pública**, 2012. v. 46, n. 4, p. 702–11.

ARZULLAH, A. M. *et al.* Development and validation of a short-form, rapid estimate of adult literacy in medicine. **Medical care**, 2007. v. 45, n. 11. Disponível em: <[http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2007/11000/Development\\_and\\_Validation\\_of\\_a\\_Short\\_Form,\\_Rapid.4.aspx](http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2007/11000/Development_and_Validation_of_a_Short_Form,_Rapid.4.aspx)>.

ARRAIS, P. S. *et al.* Perfil da automedicação no brasil. **Journal of public health**, 1997. v. 31, n. 1, p. 71–7.

BACKES, A. C.; KUO, G. M. The association between functional health literacy and patient-reported recall of medications at outpatient pharmacies. **Research in social and administrative pharmacy**, jul. 2012. v. 8, n. 4, p. 349–354. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2011.08.001>>.

BAENA, M. I. *et al.* Problemas relacionados con los medicamentos en usuarios de un servicio de urgencias hospitalario: resultados de la validación de un cuestionario. **Pharmaceutical care españa**, 2001. v. 3, n. 5, p. 345–357.

BAKER, D. W. *et al.* Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient education and counseling**, 1999. v. 38, n. 1, p. 33–42. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14528569%5Cnhttp://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&uid=1999-11796-004>>.

\_\_\_\_\_ *et al.* The association between age and health literacy among elderly persons. **The journals of gerontology series b: psychological sciences and social sciences**, 1 nov. 2000. v. 55, n. 6, p. S368–S374. Disponível em: <<http://psychogerontology.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/geronb/55.6.S368>>.

BAKER, D. W. The meaning and the measure of health literacy. **Journal of general internal medicine**, 2006. v. 21, n. 8, p. 878–883.

BARON-EPEL, O. *et al.* Validation of a hebrew health literacy test. **Patient education and counseling**, jul. 2007. v. 67, n. 1–2, p. 235–239. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399107000602>>.

BASS, P. F.; WILSON, J. F.; GRIFFITH, C. H. A shortened instrument of literacy screening. **J gen intern med**, 2003. v. 18, p. 1036–1038.

BLOM, L. *et al.* Patient education in 20 dutch community pharmacies: analysis of audiotaped patient contacts. **International journal of pharmacy practice**, 1998. v. 6, n. 2, p. 72–76.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2006.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. *In*: RODGERS, BETH. KNAFL, K. (Org.). **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. 2ed. ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1993, p. 231–50.

BUENDIA, J. A. [Attitudes, knowledge and beliefs of patient about anti-hypertensive drugs]. Colombia: **Biomedica : revista del instituto nacional de salud**, 2012. v. 32, n. 4, p. 578–584.

CALAMUSA, A. *et al.* Factors that influence italian consumers' understanding of over-the-counter medicines and risk perception. Ireland: **Patient education and**

**counseling**, jun. 2012. v. 87, n. 3, p. 395–401.

CARTHERY-GOULART, M. T. *et al.* Performance of a brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Rev saúde pública**, 2009. v. 43, n. 4, p. 631–8. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n4/124.pdf>>.

CLINE, C. M. J. *et al.* Non-compliance and knowledge of prescribed medication in elderly patients with heart failure. **European journal of heart failure**, 1999. v. 1, n. 2, p. 145–149.

CUNHA, P. L. P.; CUNHA, C. S.; ALVES, P. Ferreira. **Manual revisão bibliográfica sistemática integrativa: a pesquisa baseada em evidências**. Belo Horizonte: Anima, 2014.

DAVIS, T. C. *et al.* Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. Department of Family Medicine, Louisiana State University Medical Center, School of Medicine, Shreveport 71130-3932.: **Family medicine**, 1991. v. 23, n. 6, p. 433–435. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/MED/1936717>>.

\_\_\_\_\_ *et al.* Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. Department of Internal Medicine, Louisiana State University Medical Center School of Medicine, Shreveport.: **Family medicine**, 1993. v. 25, n. 6, p. 391–395. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/MED/8349060>>.

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, C.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Revisão sistemática: noções gerais. **Rev esc enferm usp**, 2011. v. 45, n. 5, p. 1260–1266. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a33.pdf>>.

DUARTE, L. R.; SILVA, D. S. J. R.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação programa com agentes comunitários de saúde. **Comunic, saúde, educ**, 2007. v. 11, n. 23, p. 439–447.

ELM, E. VON *et al.* Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (strobe) statement: guidelines for reporting observational studies. **Bmj: british medical {...}**, 2007. v. 335, n. October, p. 20–22.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de paulo freire. **Revista brasileira de enfermagem**, ago. 2010. v. 63, n. 4, p. 567–573. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019592011>>.

FERRI, M. N. *et al.* As tecnologias leves como geradoras de leves geradoras satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface - comunicação, saúde, educação**, 2007. v. 11, n. 23, p. 515–530.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. Revisões sistemáticas. *In*: MARCHIORI, R. (Org.). **Epidemiologia clínica. elementos essenciais**. 4.ed. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 240–249.

FREEBODY, P.; LUKE, A. Literacies programs: debates and demands in cultural context. **An australian journal of tesol**, 1990. v. 5, n. 3, p. 7–16.

FREEDMAN, D. A. *et al.* Public health literacy defined. **American journal of preventive medicine**, 2009. v. 36, n. 5, p. 446–451. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.001>>.

FREIRE, P. Extensão ou comunicação? **Extensão ou comunicação?** 8.ed. ed. Rio de Jan: Paz e Terra, 1985, p. 46.

\_\_\_\_\_. A dialogicidade. essência da educação como prática da liberdade. **Pedagogia do oprimido**. 46.ed. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007, p. 90.

FRÖHLICH, S. E.; PIZZOL, T. D. S. D.; MENGUE, S. S. Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atenção primária. **Rev saúde pública**, 2010. v. 44, n. 6, p. 1046–1054.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. **Rev esc enferm usp**, 2003. v. 37, n. 4, p. 43–50.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in nursing & health**, 1987. v. 10, n. 1, p. 1–11. Disponível em:  
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3644366>>.

GARCÍA DELGADO, P. *et al.* Validación de un cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. **Atención primaria**, dez. 2009. v. 41, n. 12, p. 661–668. Disponível em:  
<<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2009.03.011>>.

GARJANI, A. *et al.* Relationship of pharmacist interaction with patient knowledge of dispensed drugs and patient satisfaction. **Eastern mediterranean health journal**, 2009. v. 15, n. 4, p. 934–943.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GLASS, G. V. Primary, secondary, and meta-analysis of research. **Educational researcher**, 1976. v. 5, n. 10, p. 3–8.

GOLBECK, A. L. *et al.* A definition and operational framework for health numeracy. **American journal of preventive medicine**, 2005. v. 29, n. 4, p. 375–376.

GOMES, I. S.; CAMINHA, I. D. O. Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as ciências do movimento humano. **Movimento**, 2014. v. 20, n. 1, p. 395–411.

GRAY, S. W. The teaching of reading and writing. **Unesco**, 1969.

GUÉNETTE, L.; MOISAN, J. Elderly people's knowledge of the purpose of their medicines. **American journal geriatric pharmacotherapy**, 2011. v. 9, n. 1, p. 49–57. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.amjopharm.2011.02.007>>.

HARDON, A.; HODGKIN, C.; FRESLE, D. What influences medicines use by consumers. **How to investigate the use of medicines by consumers**. Amsterdam: WHO, 2004, p. 91.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American journal of hospital pharmacy**, 1990. v. 47, p. 533–542.

HOPE, C. J. *et al.* Barriers to adherence in elderly heart failure patients. **Therapeutic innovation & regulatory science**, 1 out. 2004. v. 38, n. 4, p. 331–341. Disponível em: <<http://dij.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/009286150403800404>>.

HUANG, Y.-M. *et al.* Effects of a national health education program on the medication knowledge of the public in taiwan. **Annals of pharmacotherapy**, 2006. v. 40, n. 1, p. 102–108. Disponível em:

<<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-32344446536&partnerID=40&md5=7fa4f680c318b1208eec565f4ba36c2f>>.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3.ed. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, [s.d.].

JACKSON, G. Methods for integrative reviews. **Review of educational research**, 1980. v. 50, p. 438–460.

JESSE, C. V.; JOSEPH, L. F. I. Obra '90 at sweet sixteen: a retrospective review. **Us pharmacist**, 2008. v. 33, n. 3, p. 59–65. Disponível em:

<<https://www.uspharmacist.com/article/obra-90-at-sweet-sixteen-a-retrospective-review>>.

JORDAN, J. E.; OSBORNE, R. H.; BUCHBINDER, R. Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. **Journal of clinical epidemiology**, 2011. v. 64, n. 4, p. 366–379. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.005>>.

KAMRAN, A. *et al.* Associations between self-medication, health literacy, and self-perceived health status: a community-based study. Iran: **International journal of preventive medicine**, 2015. v. 6, p. 66.

KIDD, K. E.; ALTMAN, D. G. Adherence in social context. **Controlled clinical trials**, 2000. v. 21, n. 5 Suppl, p. 184S–7S.

KIRSCH, I. S. The international adult literacy survey (ials): understanding what was measured. **Ets research report series**, 2001. v. 2001, n. 2, p. i-61. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2333-8504.2001.tb01867.x/abstract%5Cnhttp://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/j.2333-8504.2001.tb01867.x/asset/ets201867.pdf?v=1&t=iea97rxt&s=4c86f6034261dfd250d8b93f96791d85d9174ee7%5Cnhttp://onlinelibrary.wil>>.

LAPORTE, J. R.; CAPELLÀ, D. Mecanismos de producción y diagnóstico clínico de los efectos indeseables producidos por medicamentos. *In*: LAPORTE, J. R.; TOGNONI, G. (Org.). **Principios de epidemiología del medicamento**. Barcelona: Masson, 1962, p. 95–109.

LEE, S. Y. D. *et al.* Development of an easy-to-use spanish health literacy test. **Health services research**, 2006. v. 41, n. 4 I, p. 1392–1412.

\_\_\_\_\_; AROZULLAH, A. M.; CHO, Y. I. Health literacy, social support, and health: a research agenda. **Social science & medicine**, 2004. v. 58, n. 7, p. 1309–1321. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953603003290>>.

LEFÈVRE, F. A função simbólica dos medicamentos. **Rev saúde pública**, 1983. v. 17, p. 500–3.

\_\_\_\_\_. A oferta e a procura de saúde imediata através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. **Rev saúde pública**, 1987. v. 21, n. 1, p. 64–7.

\_\_\_\_\_. A saúde como fato coletivo. **Saúde e sociedade**, 1999. v. 8, n. 2, p. 83–91. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901999000200005&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901999000200005&lang=pt)>.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. Da P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa : elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & saúde coletiva**, 2003. v. 8, n. 3, p. 775–782.

MALTA, M. *et al.* Iniciativa strobe : subsídios para a comunicação de estudos observacionais strobe initiative : guidelines on. **Rev saúde pública**, 2010. v. 44, n. 3, p. 559–565.

MARKS, J. R. *et al.* The association of health literacy and socio-demographic factors with medication knowledge. **Patient education and counseling**, mar. 2010. v. 78, n. 3, p. 372–376. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399109003127>>. Acesso em: 30 jul. 2016.

MATARATZIS, P. S. R.; ACCIOLY, E.; PADILHA, P. D. C. Deficiências de micronutrientes em crianças e adolescentes com anemia falciforme: uma revisão sistemática. **Revista brasileira de hematologia e hemoterapia**, 2010. v. 32, n. 3, p. 247–256. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-84842010000300012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842010000300012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>.

MCPHERSON, M. L. *et al.* Association between diabetes patients' knowledge about medications and their blood glucose control. **Res social adm pharm**, 2008. v. 4, n. 1, p. 37–45. Disponível em: <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18342821%5Cnhttp://www.rsap.org/article/S1551-7411\(07\)00003-4/abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18342821%5Cnhttp://www.rsap.org/article/S1551-7411(07)00003-4/abstract)>.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice and cultivating a spirit of inquiry. *In*: MELNYK BM, F.-O. E. (Org.). **Evidence-based practice in nursing & healthcare. a guide to best practice**. 2nd. ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2011, p. 12.

MENDES, K. G. *et al.* Prevalência de síndrome metabólica e seus componentes na transição menopáusicas: uma revisão sistemática prevalence of metabolic syndrome and its components in the menopausal transition: a systematic review. **Cadernos de saúde pública**, 2012. v. 28, n. 8, p. 1423–1437.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de são paulo**. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1994.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - comunicação, saúde educação**, 2000. v. 6, n. 2, p. 109–116.

\_\_\_\_\_. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Org.). **Agir em saúde. um desafio para o público**. 2.ed. ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 119–122.

\_\_\_\_\_. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3.ed. ed. São Paulo: Hucitec, 2007a, p. 117–129.

\_\_\_\_\_. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3.ed. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b, p. 57.

MODIG, S. *et al.* Frail elderly patients' experiences of information on medication. a qualitative study. England: **Bmc geriatrics**, 2012. v. 12, p. 46.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the prisma statement. **Plos med**, 21 jul. 2009. v. 6, n. 7, p. e1000097. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pmed.1000097>>.

\_\_\_\_\_ *et al.* Consort 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **International journal of surgery**, 2012. v. 10, n. 1, p. 28–55.

MUGOMERI, E. *et al.* Knowledge of disease condition and medications among hypertension patients in lesotho. **Journal of the american society of hypertension : jash**, out. 2015.

NAJJAR, A. *et al.* Knowledge and adherence to medications among palestinian geriatrics living with chronic diseases in the west bank and east jerusalem. **Plos one**, 5 jun. 2015. v. 10, n. 6, p. e0129240. Disponível em: <<http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0129240>>.

NÄRHI, U.; HELAKORPI, S. Sources of medicine information in finland. **Health policy**, 2007. v. 84, n. 1, p. 51–57.

NASCIMENTO, M. C. Do. Medicamentos, comunicação e cultura. **Ciência & saúde coletiva**, 2005. v. 10, n. 0, p. 179–193.

NAVES, J. D. O. S. *et al.* Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciência & saúde coletiva**, 2010. v. 15, p. 1751–1762.

NGUYEN, T. H. *et al.* State of the science of health literacy measures: validity implications for minority populations. **Patient education and counseling**, 2015. v. 98,

n. 12, p. 1492–1512. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.013>>.

NIELSEN-BOHLMAN, L.; PANZER, A. M.; KINDIG, D. A. What is health literacy. *In*: NIELSEN-BOHLMAN, L. (Org.). **Health literacy: a prescription to end confusion**. Washington: National Academies Press, 2004, p. 368. usar para discussão.

NUNES, C. C.; AMADOR, T. A.; HEINECK, I. O medicamento na rotina de trabalho dos agentes comunitários de saúde da unidade básica de saúde santa cecília, em porto alegre, rs, brasil. **Saude e sociedade**, 2008. v. 17, n. 1, p. 85–94. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/08.pdf>>.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health promotion international**, 2000. v. 15, n. 3, p. 259–267. Disponível em: <<http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259>>.

NUTBEAM, D. The evolving concept of health literacy. **Social science and medicine**, 2008. v. 67, n. 12, p. 2072–2078. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>>.

OKUYAN, B.; SANCAR, M.; IZZETTIN, F. V. Assessment of medication knowledge and adherence among patients under oral chronic medication treatment in community pharmacy settings. **Pharmacoepidemiology and drug safety**, fev. 2013. v. 22, n. 2, p. 209–214. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/pds.3275>>.

OLIVEIRA, H. M. De; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Revista brasileira de enfermagem**, 2004. v. 57, n. 6, p. 761–763. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a28>>.

PARKER, R. M. *et al.* The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. **J gen intern med**, 1995. v. 10, p. 537–541.

PERINI, E.; ACURCIO, F. A. Farmacoepidemiologia. *In*: GOMES, M. J. V. de M.; REIS, A. M. M. (Org.). **Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. 1.ed. ed. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 87–8.

PORTELA, A. D. S. *et al.* Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos? **Ciência & saúde coletiva**, 2010. v. 15, p. 3523–3528.

RATTNER, H. Inovação tecnológica e progresso técnico nas teorias de desenvolvimento econômico. **Tecnologia e sociedade: uma proposta para os países subdesenvolvidos**. 1.ed. ed. São Paulo: Brasiliense, 1980, p. 13–27.

RATZAN, S. C. Health literacy: communication for the public good. From Duplicate 1 (Health literacy: communication for the public good - Ratzan, S C)Revisão/DiscussãoFrom Duplicate 2 (Health literacy: communication for the public good - Ratzan, Scott C)10.1093/heapro/16.2.207: **Health promot int**, 1 jun. 2001. v. 16, n. 2, p. 207–214. Disponível em: <<http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=11356759&retmode=ref&cmd=prlinks%5Cnhttp://heapro.oxfordjournals.org/content/16/2/207.full.pdf>>.

REIS, L. A. De S. B. **O conhecimento sobre o medicamento e a literacia em saúde**. [S.l.]: [s.n.], 2010.

RIBEIRO, V. M. Alfabetismo funcional: referências conceituais e metodológicas para a pesquisa. **Educação & sociedade**, 1997. v. 18, n. 60, p. 144–158.

RODRIGUES, C. L.; ZIEGELMANN, P. K. Metanálise: um guia prático. **Revista hcpa**, 2010. v. 30, n. 4, p. 436–447.

RYAN, A. A.; CHAMBERS, M. Medication management and older patients: an individualized and systematic approach. **Journal of clinical nursing**, 1 set. 2000. v. 9, n. 5, p. 732–741. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2702.2000.00422.x>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

SACKETT, D. L. *et al.* Evidence based medicine: what it is and what it isn't. **Bmj**, 1996. v. 313, n. 7050, p. 170–171. Disponível em: <<http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.313.7050.170c>>.

SACKETT, D. L. *et al.* **Evidence-based medicine: how to practice and teach ebm**. London: Churchill-Livingstone, 2000.

SCHIAVO, M. R.; MOREIRA, E. **Guia de produção e uso de materiais educativos: resumo: versão preliminar**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 1997.

SERRÃO, C. *et al.* **Literacia em saúde: um desafio na e para a terceira idade - manual de boas práticas**. Porto: Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto ESE - Escola Superior de Educação ESE - inED – Centro de Investigação e Inovação em Educação, 2015.

SILVA, T. Da; SCHENKEL, E. P.; MENGUE, S. S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cadernos de saúde pública**, 2000. v. 16, n. 2, p. 449–455.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e

perspectivas. *In*: MOROSINI, M. V. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. 1.ed. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 240.

SOARES, M. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. **Revista brasileira de educação**, 2004. v. 25, n. 1, p. 5–17. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n25/n25a01.pdf>>.

SOLER, R. P. *et al.* Establecimiento de los conocimientos, actitudes y opiniones de la población sobre el uso racional de medicamentos. **Atención primaria**, ago. 2015. v. 47, n. 7, p. 446–455. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656714003886>>.

SØRENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **Bmc public health**, 25 dez. 2012. v. 12, n. 1, p. 80. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>>.

SOUZA, J. J. G. De. **Hipertensão arterial referida e uso de anti-hipertensivos em adultos na cidade de são paulo, 2003: um estudo de base populacional**. [S.l.]: [s.n.], 2006.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D. Da; CARVALHO, R. De. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, 2010. v. 8, n. 1, p. 102–106. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)>.

SPADARO, R. European union citizens and sources of information about health. **Eurobarometer**, 2003. n. March.

STARFIELD, B. Necessidades de pesquisa em atenção primária. **Atenção primária:**

**equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 1.ed ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 726.

STOKOLS, D. Establishing and maintaining healthy environments: toward a social ecology of health promotion. **American psychologist**, 1992. v. 47, n. 1, p. 6–22. Disponível em: <<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0003-066X.47.1.6>>.

TFOUNI, L. V.; MONTE-SERRAT, D. M.; MARTHA, D. J. B. A abordagem histórica do letramento : ecos da memória na atualidade. **Scripta**, 2013. v. 17, n. 32, p. 23–48.

TONES, K. Health literacy: new wine in old bottles? 10.1093/her/17.3.287: **Health education research**, 1 jun. 2002. v. 17, n. 3, p. 287–290. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1093/her/17.3.287>>.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criterio for reporting qualitative research (coreq): a 32- item checklist for interviews and focus group. **International journal of qualitative in health care**, 2007. v. 19, n. 6, p. 349–357.

TUNEU VALLS, L. *et al.* Problemas relacionados con los medicamentos en pacientes que visitan un servicio de urgencias. **Pharmaceutical care españa**, 2000. v. 2, n. 3, p. 117–192.

URSI, E. S. “**prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**”. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php>>.

VÁZQUEZ, N. F. Grado de conocimiento de los pacientes hipertensos en la era de la receta electrónica y los genéricos. **Repositorio universidade coruña**, 2013.

WEISS, B. D. *et al.* Quick assessmnet of literacy in primary care:the newest vital sign. **Annals of family medicaine**, 2005. v. 3, p. 514–522.

WHITTEMORE, R.; KNALFL, K. The integrative review: update methodology. **Journalof advanced nursy**, 2005. v. 52, n. 3, p. 546–53.

WILLIAMS, M. V *et al.* Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. **Arch intern med**, 1998. v. 158, n. 2, p. 166–172. Disponível em: <<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=191123>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion : a discussion document on the concept and principles : summary report of the working group on concept and principles of health promotion, copenhagen, 9-13 july 1984.** (WHO & R. O. for Europe, Org.). **World health organization. health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at working group on concepts and principles.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1984. Disponível em: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/107835>>.

ZHANG, X.-H. *et al.* Development and validation of a functional health literacy test. England: **The patient: patient-centered outcomes research**, set. 2009. v. 2, n. 3, p. 169–178. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2165/11314850-000000000-00000>>.

**ANEXOS**

---



**ANEXO A - Instrumento de coleta de Ursi ER, 2006.**  
 Reproduzido de Souza, Silva & Carvalho, 2010.

<b>A. Identificação</b>	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome
	Local de trabalho
	Graduação
País	
Idioma	
Ano de publicação	
<b>B. Instituição sede do estudo</b>	
Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
<b>C. Tipo de publicação</b>	
Publicação de enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outra área da saúde.	
Qual?	
<b>D. Características metodológicas do estudo</b>	1. Tipo de publicação
	1.1 Pesquisa
	( ) Abordagem quantitativa
	( ) Delineamento experimental
	( ) Delineamento quase-experimental
	( ) Delineamento não-experimental
	( ) Abordagem qualitativa
	1.2 Não pesquisa
	( ) Revisão de literatura
	( ) Relato de experiência
( ) Outras	
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção
	( ) Randômica
	( ) Conveniência
	( ) Outra
	3.2 Tamanho (n)
	( ) Inicial
	( ) Final
	3.3 Características
	Idade
	Sexo: M ( ) F ( )
Raça	
Diagnóstico	
Tipo de cirurgia	
3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos	
4. Tratamento dos dados	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente
	5.2 Variável dependente
	5.3 Grupo controle: sim ( ) não ( )
	5.4 Instrumento de medida: sim ( ) não ( )
	5.5 Duração do estudo
5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção	
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico
	7.2 Nível de significância
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados
	8.2 Quais são as recomendações dos autores
9. Nível de evidência	
<b>E. Avaliação do rigor metodológico</b>	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	



## ANEXO B – Critérios STROBE

(Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology).

	Item No	Recommendation
<b>Title and abstract</b>	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
<b>Introduction</b>		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
<b>Methods</b>		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
Continued on next page		
<b>Results</b>		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
<b>Discussion</b>		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
<b>Other information</b>		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based
*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.		
Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <a href="http://www.plosmedicine.org/">http://www.plosmedicine.org/</a> , Annals of Internal Medicine at <a href="http://www.annals.org/">http://www.annals.org/</a> , and Epidemiology at <a href="http://www.epidem.com/">http://www.epidem.com/</a> ). Information on the STROBE initiative is available at <a href="http://www.strobe-statement.org">www.strobe-statement.org</a> .		



**ANEXO C – Critérios COREQ**  
*(Consolidated criteria for Reporting Qualitative research –Checklist)*

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personaf characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	



## ANEXO D – Critérios CONSORT

(Consolidated Standards of Reporting Trials)

Table 1 | CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial\*

Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
<b>Title and abstract</b>			
	1a	Identification as a randomised trial in the title	
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts <sup>45,46</sup> )	
<b>Introduction</b>			
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	
	2b	Specific objectives or hypotheses	
<b>Methods</b>			
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	
	4b	Settings and locations where the data were collected	
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	
Sample size	7a	How sample size was determined	
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	
<b>Randomisation:</b>			
Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence	
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how	
	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	
Statistical methods	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	

\* See text for details.

