



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

SARA ISABEL OLIVEIRA BARBOSA

***Conhecimento dos utentes acerca da medicação:
grupos farmacológicos de maior conhecimento e
fatores que o influenciam***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
CARLOS ALEXANDRE DE SEIÇA CARDOSO DUARTE
INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA

FEVEREIRO/2022

Conhecimento dos utentes acerca da medicação: grupos farmacológicos de maior conhecimento e fatores que o influenciam

Sara Isabel Barbosa^{1,2}; Inês Rosendo ^{1,3}; Carlos Seiça Cardoso^{1,4}.

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal; Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-48, Coimbra, Portugal

² sara_barbosa2@hotmail.com

³ inesrcs@gmail.com; Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro

⁴ carlos.asc4@gmail.com; Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Figueira da Foz Norte

ÍNDICE

Índice de Tabelas	6
Lista de Abreviaturas	7
Resumo	8
Palavras-Chave	8
Abstract.....	9
Keywords	9
Introdução.....	10
Materiais e Métodos	12
Colheita de dados.....	12
Análise estatística.....	13
Resultados.....	14
Discussão	19
Conclusão.....	22
Agradecimentos.....	23
Referências Bibliográficas	24
Anexos.....	25

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela exemplificativa do questionário utilizado.

Tabela 2 – Caracterização da amostra – variáveis nominais e ordinais.

Tabela 3 – Caracterização da amostra – variáveis contínuas.

Tabela 4 – Variáveis em estudo com respectivas médias de scores e níveis de significância.

Tabela 5 – Correlação entre variáveis contínuas e Scores F e D.

Tabela 6 – Regressão linear entre variáveis e Scores F e D.

Tabela I (Anexos) – Níveis de significância relativos às categorias farmacológicas.

Tabela II (Anexos) – Análise da média das respostas sobre o efeito dos fármacos por grandes e pequenas classes farmacológicas.

Tabela III (Anexos) – Análise da média das respostas sobre a doença para a qual os fármacos foram prescritos por grandes e pequenas classes farmacológicas.

Anexo I – Autorização da Comissão de Ética da Autoridade Regional de Saúde da região Centro.

Anexo II – Modelo do questionário utilizado.

LISTA DE ABREVIATURAS

aGLP1 – Análogo do GLP1

ARA – Antagonista dos recetores da angiotensina

ARS – Administração Regional de Saúde

BCC – Bloqueador dos canais de cálcio

DOAC – Anticoagulantes orais direitos

FRCV – Fatores de risco cardiovascular

IBP – Inibidor da bomba de prótons

iDPP4 – Inibidor da dipeptidil peptidase 4

IECA – Inibidor da enzima de conversão da angiotensina

INE – Instituto Nacional de Estatística (Portugal)

iSGLT2 – Inibidor do cotransportador sódio-glicose 2

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MF – Médico de Família

ScoreF – Média das classificações atribuídas às respostas dos utentes acerca do efeito dos fármacos

ScoreD – Média das classificações atribuídas às respostas dos utentes acerca da doença para a qual os fármacos foram prescritos

SSRI – Inibidor seletivo da recaptção da serotonina

SU – Sulfonilureia

SNC – Sistema Nervoso Central

USF – Unidades de Saúde Familiar

RESUMO

Introdução: O conhecimento de um utente acerca da sua medicação crónica influencia a sua adesão terapêutica, sendo a falta de conhecimento um dos principais fatores justificativos dos erros terapêuticos. Os baixos níveis de conhecimento da população portuguesa, verificados em estudos anteriores, associados à baixa literacia desta população parecem contribuir para um aumento da não adesão terapêutica assim como da morbimortalidade associada. Este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento dos utentes acerca da sua medicação crónica, com vista a perceber as variáveis que o influenciam e estabelecer quais as categorias farmacológicas com maior e menor grau de conhecimento.

Metodologia: Estudo transversal, observacional, com a colaboração a 15 médicos de família de 12 Unidades de Saúde Familiar da Autoridade Regional de Saúde da região centro. Aos utentes participantes foi questionado se sabiam para que servia cada fármaco da sua medicação crónica (função) e se sabiam a que doença se dirigia. Posteriormente, as respostas recolhidas de cada utente foram classificadas pelo próprio médico assistente. A amostra foi analisada com recurso a testes One-way ANOVA, correlação de Pearson, análise multivariada com GLM (General Linear Model) e regressão linear, com intervalo de confiança a 95% ($p_{\text{value}} < 0,05$).

Resultados: Obteve-se um total de 231 questionários. Maiores níveis de escolaridade, utentes divorciados, maiores rendimentos e quando é o próprio utente a comprar e a preparar a sua medicação associaram-se a maiores scores de conhecimento. Além disso, as variáveis idade, número de doenças crónicas na lista de problemas e número de fármacos que o utente toma correlacionam-se inversamente com os scores de conhecimento. Apenas a idade, escolaridade, número de doenças crónicas na lista de problemas e número de fármacos que o utente toma têm poder explicativo. Existiram, ainda, diferenças estatisticamente significativas entre classes e subclasses farmacológicas: verificou-se maiores níveis de conhecimento para analgésicos, antipiréticos e antidiabéticos e menores scores de conhecimento para antianémicos, fármacos utilizados no metabolismo do osso e do cálcio e no tratamento da gota, antieméticos e antivertiginosos assim como anticoagulantes e antitrombóticos.

Conclusão: Este estudo demonstrou que o conhecimento acerca da medicação crónica da população da região centro de Portugal situa-se próximo do que é considerado como conhecimento correto, revelando bons scores. A escolaridade completa, estado civil, rendimentos do utente variam na razão direta do conhecimento, enquanto a idade, número de doenças crónicas na lista de problemas e número de fármacos que o utente toma relacionam-se inversamente com os scores de conhecimento. Constatou-se, ainda, existirem classes farmacológicas com maior e menor conhecimento, o que poderá ajudar na orientação futura da capacitação dos utentes quando essas classes farmacológicas são prescritas.

PALAVRAS-CHAVE: Conhecimento, Medicação, Adesão terapêutica, Cuidados primários, Questionários.

ABSTRACT

Introduction: Patients' knowledge about their chronic medication influences therapeutic adherence, and the lack of knowledge is one of the main factors that justifies therapeutic errors. Portuguese population's low levels of knowledge and their low literacy seem to contribute to an increase of non-adherence to therapy as well as associated morbidity and mortality. This study aimed to assess the patients' knowledge about their chronic medication to understand possible variables that influence it and establish which pharmacological categories have a greater and lesser degree of knowledge.

Methods: Cross-sectional, observational study, with the contribution of 15 attending physicians from 12 Unidades de Saúde Familiar of the Autoridade Regional de Saúde of the central region. Participated patients were asked if they knew what each drug of their chronic medication was for (function) and for what disease was it prescribed. Subsequently, all patients' responses were classified by the attending physician. The sample was characterized using One-way ANOVA, Pearson's correlation, multivariate analysis with GLM (General Linear Model) and linear regression tests, with a confidence interval of 95% ($p_{\text{value}} < 0,05$).

Results: An average of 231 questionnaires were collected. Higher levels of education, divorced patients, higher incomes and when the user himself buys and prepares his medication were associated with higher knowledge scores. Furthermore, age, number of chronic diseases and number of drugs that the patient takes were inversely correlated with knowledge. Only age, education level, number of chronic diseases and number of drugs that the user takes have explanatory power. There are also significant statistical differences between pharmacological classes and subclasses: was found higher levels of knowledge for analgesics, antipyretics and antidiabetics and lower knowledge scores for antianemics, drugs used in bone and calcium metabolism and in the treatment of gout, antiemetics and anti-vertigo as well as anticoagulants and antithrombotics.

Conclusion: With this study we accomplish that Portugal's central region populations' knowledge about chronic medication is closer to what is considered correct knowledge, revealing good scores. Education level, marital status and patient's income vary in direct proportion with knowledge, while age, number of chronic diseases and number of drugs that patient takes are inversely related with knowledge scores. Also, there are pharmacological classes with greater and lesser knowledge which may help, in the future, how to capacitate patients when those farmacological classes are prescribed.

KEYWORDS: Knowledge, Medication, Therapeutic adherence, Primary care, Questionnaires.

INTRODUÇÃO

A progressiva integração do utente no processo de decisão médica representa uma grande evolução dos cuidados de saúde primários nos últimos anos.¹ O conhecimento acerca da medicação é um dos principais fatores que influencia a adesão terapêutica: o desconhecimento nesta área promove o seu uso incorreto e, com isso, uma diminuição da eficácia terapêutica.¹⁻⁴ *Fletcher et al* consideram que a comunicação médico-utente ainda tem falhas em Medicina, nomeadamente na transmissão da informação necessária ao correto consumo terapêutico⁶, sendo das principais justificações para que a eficácia terapêutica seja inferior relativamente ao verificado em ambiente controlado⁵.

García-Delgado et al definem o conhecimento do utente acerca da sua medicação como “o conjunto de informações adquiridas pelo doente da sua medicação, necessárias para o seu correto uso, e que inclui o objetivo terapêutico (indicação e eficácia), o modo de uso (posologia, regime, via de administração e duração da terapêutica), segurança (efeitos adversos, precauções, contraindicações e interações) e a sua conservação”.^{1,2}

Quando questionados, os utentes consideram não receber informação suficiente relativamente ao custo, duração e motivo para a terapêutica instituída¹, sendo que a falta de tempo nas consultas poderá ser a principal razão para este facto.¹ Esta falta de conhecimento é responsável por cerca de 20,0% dos erros terapêuticos.⁶ *Lan Ko et al* defendem que, ao nomear a sua medicação, o doente reflete o grau de compreensão relativo ao seu regime terapêutico e, com isso, um melhor conhecimento dos efeitos adversos e melhores níveis de adesão terapêutica. Nesse estudo, apenas 40% dos utentes demonstraram algum conhecimento acerca da sua medicação.⁴

Em vários estudos nesta área mais de 50,0% dos utentes inquiridos desconheciam algum tipo de informação acerca da sua medicação e apenas 17,0% a 29,4% demonstraram algum tipo de conhecimento.² Segundo *Perera et al*, 46,0% dos utentes em estudo revelaram conhecimento considerado pobre.² *Menolli et al* considerou que apenas 46,6% dos utentes inquiridos tinham informação necessária para o uso correto da sua medicação.² Num estudo sobre a população portuguesa, em 2013, *Rubio et al* demonstrou que 65,9% não possuíam qualquer conhecimento acerca da sua medicação e que 60,5% a 88,8% dos portugueses não tinham informação suficiente para o uso correto da sua medicação habitual.² Tudo isto parece contribuir para um aumento da não-adesão terapêutica e morbimortalidade associadas, incrementando a despesa pública em saúde^{2,3}.

A evidência atual mostra que o conhecimento de um utente sobre a sua medicação diminui inversamente com a idade⁵ (nomeadamente a partir dos 75 anos⁶), o número de comorbilidades existentes e, conseqüentemente, de medicamentos prescritos.^{5,6} Também a escolaridade é um dos fatores influenciadores: níveis de escolaridade mais elevados associam-se a um maior conhecimento terapêutico.^{3,4}

Desta forma, a implementação de estratégias em cuidados de saúde primários que visem melhorar a comunicação médico-utente poderá promover uma diminuição da incidência da não-adesão terapêutica assim como dos reinternamentos hospitalares por complicações.³

Pretende-se determinar o nível de conhecimento dos utentes acompanhados em cuidados de saúde primários relativamente à sua medicação crónica e definir as principais classes farmacológicas com maior e menor grau de conhecimento. Por fim, procura-se definir possíveis variáveis associadas a maior e menor nível de conhecimento.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal, observacional, realizado em 12 Unidades de Saúde Familiar (USFs) da Administração Regional de Saúde (ARS) da região centro que decorreu entre outubro e dezembro de 2021. A amostra calculada em <http://www.raosoft.com/samplesize.html> partindo da população adulta da região centro foi de 385 pessoas. Os pressupostos éticos foram cumpridos neste estudo, tendo a aprovação da Comissão de Ética da ARS Centro (Anexo I). Todos os utentes inquiridos deram o seu consentimento informado, livre e esclarecido, para participação no estudo.

COLHEITA DE DADOS

Foi pedida colaboração, por conveniência, a 15 médicos de família (MF) de 12 USFs da ARS Centro. No momento em que foi solicitada a renovação de medicação crónica por parte do utente, cada MF apresentou o estudo bem como os seus objetivos, solicitando a cada utente que manifestasse o seu consentimento para participação no estudo. Foram recrutados os dois primeiros e os dois últimos utentes de cada dia que recorreram a consulta programada e fizeram pedido de renovação de receituário crónico com o seu MF no período de estudo. Foram incluídos utentes com mais de 18 anos pertencentes ao ficheiro clínico dos médicos colaboradores, com agendamento de consulta programada no período em estudo e com literacia, de acordo com o senso dos clínicos, para compreensão do estudo e questionários utilizados.

A todos os utentes que aceitaram participar, foi questionado se sabiam para que servia cada fármaco da sua medicação crónica (função) e se sabiam a que doença se dirigia, através do preenchimento de uma tabela, em formato de questionário Google Forms online, criado pelo grupo responsável pelo estudo, como se exemplifica a seguir (Anexo II).

Tabela 1: Tabela exemplificativa do questionário utilizado.

Nome do fármaco	Para que serve?	Para que doença?

Legenda: Tabela exemplificativa do questionário utilizado, em que “Para que serve?” refere-se ao efeito do fármaco e “Para que doença?” a doença para a qual o fármaco foi prescrito.

O questionário foi preenchido pelo MF utilizando as palavras utilizadas pelo utente para descrever o “Para que serve?” e “Para que doença?”, sem tecer juízos nem orientar as respostas. Foram, ainda, recolhidos dados biométricos e sociais para melhor caracterização da amostra. As respostas recolhidas de cada utente foram, depois, classificadas pelo próprio MF utilizando uma pontuação de 1 a 3: “Não é este o efeito pretendido (1) / Incompleto (2) / É este o efeito pretendido (3)” e “Não é esta a doença para a qual foi prescrito (1) / Incompleto (2) / É esta a doença para a qual foi prescrito (3)”. Utilizando-se o somatório das pontuações obtidas por cada fármaco, divididas pelo número de fármacos avaliados para cada utente, obtiveram-se 2 scores: ScoreF – Média das

classificações atribuídas às respostas dos utentes acerca do efeito dos fármacos e ScoreD – Média das classificações atribuídas às respostas dos utentes acerca da doença para a qual os fármacos foram prescritos. Para cada *score*, maiores pontuações representavam maior nível de conhecimento.

Procedeu-se, ainda, à avaliação da média das respostas por classes farmacológicas, tendo-se definido um grupo de Grandes Classes Farmacológicas e outro de Pequenas Classes Farmacológicas de acordo com a classificação e codificação definidas pelo Infarmed no prontuário terapêutico⁷ (Tabelas II e III). Foram comparadas as pontuações sobre o conhecimento acerca de cada fármaco e doença para cada grupo farmacológico, de forma a identificar que classes se associam a maiores scores de conhecimento.

Os dados recolhidos foram transcritos para uma base de dados Excel, de forma anonimizada. Cada utente teve a atribuição de um código de forma que apenas o MF conseguisse identificar a que utente pertence cada questionário. A informação recolhida ficou na posse dos MF que colaboraram no estudo e foi apenas guardada pelo tempo necessário até ao tratamento e análise dos dados.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise dos dados recorreu-se ao programa estatístico IBM SPSS Statistics 27.

A amostra foi caracterizada através de análise descritiva: para as variáveis contínuas (número de doenças crónicas na lista de problemas, número de fármacos que o utente toma e número de consultas desde 1/01/2019 até à data de realização do questionário) calculou-se a média, mínimo, máximo e desvio-padrão; para as variáveis nominais e ordinais, obtiveram-se tabelas de frequência.

O principal objetivo foi estabelecer qual o nível de conhecimento por parte dos utentes e quais os fatores que o influenciam. Para isso, foram utilizados os testes One-way ANOVA, correlação de Pearson, análise multivariada com GLM (General Linear Model) e regressão linear. Foi considerado um intervalo de confiança a 95% e consideraram-se diferenças estatisticamente significativas aquelas com $p < 0,05$ (valor α).

RESULTADOS

Obteve-se uma amostra de 231 utentes, 62,3% (n = 144) do sexo feminino (Tabela 2), com uma média de idade de 66,19 anos (Tabela 3). Dos questionários recolhidos 99,6% (n = 230) foram em contexto de consulta presencial (Tabela 2).

A maioria dos utentes tinha apenas completado o 4º ano de escolaridade (37,2% (n = 86)), logo seguida dos que tinham completado o 12º ano (15,6% (n = 36)). A maioria dos utentes era casados 65,8% (n = 152) ou viúvos 14,3% (n = 33). Vivem acompanhados 77,9% (n = 180) dos utentes inquiridos (Tabela 2).

Relativamente aos rendimentos, 31,6% (n = 73) têm rendimentos inferiores ao rendimento mínimo nacional e 41,1% (n = 95) têm rendimento superior (Tabela 2).

Em 87,4% (n = 202) dos casos, são os próprios utentes a comprar a sua medicação e em 96,5% (n = 223) são os próprios a preparar a sua medicação (Tabela 2).

Tabela 2: Caracterização da amostra – variáveis nominais e ordinais.

Variáveis	% (n)
Consulta presencial?	
Não	0,4 (1)
Sim	99,6 (230)
Sexo	
Masculino	37,7 (87)
Feminino	62,3 (144)
Escolaridade Completa	
Inferior ao 4º ano	7,8 (18)
4º ano	37,2 (86)
6º ano	9,5 (22)
9º ano	13,9 (32)
12º ano	15,6 (36)
Licenciatura	13,9 (32)
Mestrado	1,7 (4)
Doutoramento	0,4 (1)
Estado Civil	
Solteiro(a)	10 (23)
Casado(a)	65,8 (152)
Divorciado(a)	9,5 (22)
União de facto	0,4 (1)
Viúvo(a)	14,3 (33)
Vive sozinho(a)?	
Não	77,9 (180)
Sim	22,1 (51)
Rendimentos do utente	
Inferior ao rendimento mínimo nacional	31,6 (73)
Equivalente ao rendimento mínimo nacional	27,3 (63)
Superior ao rendimento mínimo nacional	41,1 (95)
Quem compra a medicação do utente?	
O utente	87,4 (202)
Outra pessoa	12,6 (29)
Quem prepara a medicação do utente?	

	O utente	96,5 (223)
	Outra pessoa	3,5 (8)
Número de doenças crónicas na lista de problemas		
	1 – 2	13,4 (31)
	3 – 4	22,9 (53)
	5 – 6	24,7 (57)
	7 – 8	16,5 (38)
	9 – 10	11,3 (26)
	> 10	10,4 (24)
Número de fármacos que o utente toma		
	1 – 2	23,0 (53)
	3 – 4	30,8 (71)
	5 – 6	24,7 (57)
	7 – 8	16,0 (37)
	9 – 10	2,6 (6)
	> 10	3,0 (7)

Legenda: Caracterização da amostra: frequência e percentagem (%) das variáveis.

Os utentes inquiridos tinham, em média, 6 doenças crónicas, uma média de 4 fármacos incluídos na sua medicação habitual e uma média de 8 consultas programadas desde 1/01/2019 até à data da realização do questionário (Tabela 3).

Obteve-se uma média das classificações atribuídas às respostas dos utentes acerca do efeito dos fármacos (ScoreF) de 2,467 e uma média das classificações atribuídas às respostas dos utentes acerca da doença para a qual os fármacos foram prescritos (ScoreD) de 2,492 (Tabela 3).

Tabela 3: Caracterização da amostra – variáveis contínuas.

Variáveis	Média	Mínimo	Máximo	DP
Idade	66,19	28	91	12,877
Número de doenças crónicas na lista de problemas	6,17	1	21	3,561
Número de fármacos que o utente toma	4,61	1	15	2,570
Número de consultas realizadas*	8,04	0	21	4,431
ScoreF (Média das classificações atribuídas às respostas dos utentes acerca do efeito dos fármacos)	2,467	1,00	3,00	0,590
ScoreD (Média das classificações atribuídas às respostas dos utentes acerca da doença para a qual os fármacos foram prescritos)	2,492	1,00	3,00	0,571

Legenda: Caracterização da amostra – mínimo, máximo, média e desvio-padrão das variáveis ScoreF, ScoreD, idade, número de doenças crónicas na lista de problemas, número de fármacos que o utente toma e número de consultas realizadas. *desde 1/01/2019 até à data de realização do questionário; DP – desvio-padrão.

Da análise das variáveis descritas anteriormente, verificou-se que maiores níveis de escolaridade ($p(\text{ScoreF}) < 0,001$; $p(\text{ScoreD}) = 0,010$), utentes divorciados ($p(\text{ScoreF}) = 0,001$; $p(\text{ScoreD}) = 0,017$), maiores rendimentos ($p(\text{ScoreF}) < 0,001$; $p(\text{ScoreD}) = 0,022$) e quando é o próprio utente a comprar ($p(\text{ScoreF}) = 0,001$; $p(\text{ScoreD}) = 0,001$) e a preparar a sua medicação ($p(\text{ScoreF}) = 0,039$) relativamente a outra pessoa, se associaram significativamente a maiores scores de conhecimento tanto sobre o efeito como sobre a doença a que se destinam (Tabela 4).

Tabela 4: Variáveis em estudo com respetivas médias de scores e níveis de significância.

Variáveis	Conhecimento fármacos (ScoreF)	pvalue	Conhecimento doença (ScoreD)	pvalue
Sexo				
Masculino	2,479	0,822	2,444	0,326
Feminino	2,460		2,520	
Escolaridade		< 0,001		0,010
Inferior ao 4º ano	1,946		2,257	
4º ano	2,267		2,368	
6º ano	2,611		2,603	
9º ano	2,562		2,502	
12º ano	2,688		2,604	
Licenciatura	2,772		2,696	
Mestrado	3,000		3,000	
Doutoramento	a	a		
Estado Civil		0,001		0,017
Solteiro(a)	2,427		2,379	
Casado(a)	2,528		2,555	
Divorciado(a)	2,643		2,556	
União de facto	a		a	
Viúvo(a)	2,130	2,266		
Vive sozinho(a)?		0,116		0,815
Não	2,496		2,496	
Sim	2,366	2,475		
Rendimentos do utente		< 0,001		0,022
Inferior ao rendimento mínimo nacional	2,232		2,355	
Equivalente ao rendimento mínimo nacional	2,601		2,624	
Superior ao rendimento mínimo nacional	2,559	2,509		
Quem compra a medicação do utente?		0,001		0,001
O utente	2,517		2,540	
Outra pessoa	2,118	2,154		
Quem prepara a medicação do utente?		0,039		0,001
O utente	2,482		2,514	
Outra pessoa	2,045	1,858		
Idade		< 0,001		< 0,001
Número de doenças crónicas na lista de problemas		0,653		0,007

Número de fármacos que o utente toma	0,002	< 0,001
Número de consultas realizadas*	0,067	0,381

Legenda: Variáveis em estudo com respetivos ScoreF (Média das classificações atribuídas às respostas dos utentes acerca do efeito dos fármacos) e ScoreD (Média das classificações atribuídas às respostas dos utentes acerca da doença para a qual os fármacos foram prescritos); *desde 1/01/2019 até à data de realização do questionário; a: sem valores porque n = 1.

Verificou-se, ainda, que a idade estava inversa e significativamente relacionada com o ScoreF (-0,390; $p < 0,001$) e ScoreD (-0,326; $p < 0,001$) assim como o número de doenças crónicas na lista de problemas (ScoreD: -0,091; $p = 0,007$) e número de fármacos que o utente toma (ScoreF: -0,397, $p = 0,020$; ScoreD: -0,349, $p < 0,001$) (Tabela 5).

Tabela 5: Correlação entre variáveis contínuas e Scores F e D.

Variáveis	Correlação de Pearson	pvalue
Idade	ScoreF	-0,390
	ScoreD	-0,326
Número de doenças crónicas na lista de problemas	ScoreF	0,653
	ScoreD	0,007
Número de fármacos que o utente toma	ScoreF	0,020
	ScoreD	< 0,001

Legenda: Correlação entre Scores F e D e idade, número de doenças crónicas na lista de problemas e número de fármacos que o utente toma.

Procurou-se desenvolver um modelo com as variáveis encontradas para compreender o seu poder explicativo. Aplicou-se uma regressão linear para o ScoreF sendo que apenas a escolaridade ($p < 0,002$), idade ($p = 0,005$) e número de fármacos que o doente toma ($p < 0,001$) mostraram poder explicativo independente no modelo. Assim, a função $F = 2,739 + 0,085 \times \text{escolaridade} - 0,009 \times \text{idade} - 0,055 \times \text{n}^\circ \text{ de fármacos que o utente toma}$, apresenta capacidade explicativa com um coeficiente (R^2) de 0,267.

Do mesmo modo, aplicou-se uma regressão linear para o ScoreD revelando que apenas a idade ($p < 0,001$), número de fármacos que o utente toma ($p < 0,001$) e número de doenças crónicas na lista de problemas ($p = 0,008$) mostraram poder explicativo no modelo. Assim, a função $D = 3,424 -$

0,011 x idade – 0,079 x nº de fármacos que o utente toma + 0,031 x nº de doenças crónicas, apresenta capacidade explicativa com coeficiente (R^2) de 0,192.

Tabela 6: Regressão linear entre variáveis e Scores F e D.

Score F	R (p)	Score D	R (p)
Idade	-0,009 (p = 0,005)	Idade	- 0,011 (p < 0,001)
Escolaridade	0,085 (p < 0,002)	Número de doenças crónicas na lista de problemas	0,031 (p = 0,008)
Número de fármacos que o utente toma	-0,055 (p < 0,001)	Número de fármacos que o utente toma	- 0,079 (p < 0,001)
R^2	0,267	R^2	0,192

Legenda: Regressão linear para os Scores F e D.

No que diz respeito à análise por classes farmacológicas, constata-se um total de 15 grandes classes farmacológicas, sendo as mais referidas pelos utentes inquiridos os antihipertensores (22,6%; n = 169), antilipídicos (20,4%; n = 154), SNC/Psicofármacos (12,3%; n = 92) e antidiabéticos (10,7%; n = 76), e 64 pequenas classes farmacológicas, sendo as mais utilizadas as estatinas (16,0%; n = 122), metformina (3,9%; n = 30) e antagonistas dos recetores da angiotensina (ARAs) (2,0%; n = 15).

Existem diferenças estatisticamente significativas entre categorias farmacológicas, tanto no que diz respeito às grandes classes como às subclasses de fármacos, relativamente ao conhecimento dos utentes acerca da sua medicação e da doença para que foi prescrita, todos com p < 0,001 (Tabela I).

Constatam-se, no que diz respeito à avaliação do efeito do fármaco referido pelo utente, menores scores de conhecimento para os medicamentos antianémicos (e, entre estes, menores scores para os compostos de ferro por via oral), seguidos dos fármacos utilizados no metabolismo do osso e do cálcio (nomeadamente, bifosfonatos) e dos fármacos utilizados no tratamento da gota (nomeadamente, alopurinol). Por outro lado, verificaram-se maiores scores para os antidiabéticos (nomeadamente, associações de metformina, iDPP4, SU e iSGLT2; iDPP4 isolados e associações de metformina e iDPP4), seguidos dos fármacos analgésicos e antipiréticos assim como analgésicos estupefacientes (Tabela II).

Por outro lado, e no que diz respeito à avaliação da doença referida pelo utente para a qual o fármaco foi prescrito, verificaram-se menores scores de conhecimento para as classes farmacológicas de antieméticos e antivertiginosos, seguidos dos anticoagulantes, dos antitrombóticos (com menores scores para a subclasse de antiagregantes plaquetários) e dos fármacos utilizados no metabolismo do osso e do cálcio (nomeadamente, bifosfonatos). Os maiores scores foram obtidos para as classes de analgésicos e antipiréticos, seguidos dos antiparkinsonianos (nomeadamente, dopaminomiméticos) e dos antidiabéticos (mais especificamente, insulinas, iDPP4 isolados e associações de metformina e iDPP4) (Tabela III).

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram para o ScoreF uma média de 2,467 e de 2,492 para o ScoreD, o que significa que a média de conhecimento da amostra inquirida, quer em termos de efeitos dos fármacos como das doenças para as quais foram prescritos, está mais próxima do que é considerado como conhecimento máximo (sendo que 3 corresponde ao máximo e 1 ao mínimo), revelando, em geral, bons scores na população da região centro.

Com a análise dos dados, constatou-se que as variáveis sexo, vive sozinho(a) e número de consultas desde 1/01/2019 até à data de realização do questionário não se associaram significativamente aos níveis de conhecimento sobre os fármacos.

Por outro lado, para as variáveis idade, escolaridade completa, estado civil, rendimentos do utente, quem compra e quem prepara a medicação do utente, número de doenças crónicas na lista de problemas e número de fármacos que o utente toma, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas, sendo potenciais fatores influenciadores do conhecimento. Mais especificamente, percebemos que o conhecimento varia na razão direta da escolaridade e rendimentos. Utentes divorciados apresentaram maiores scores de conhecimento relativamente aos utentes em estado de viuvez e maiores níveis de conhecimento são, também, percebidos quando é o próprio utente a comprar e a preparar a sua medicação.

Relativamente aos dados obtidos acerca das variáveis viuvez e rendimentos, não se tendo encontrado qualquer relação previamente estabelecida na literatura, os menores scores de conhecimento associados à viuvez podem estar relacionados com a necessidade de ter de saber mais sobre os fármacos pela falta de apoio conjugal com que os utentes se deparam após o falecimento do cônjuge. Por outro lado, maiores níveis de escolaridade estão também associados, na sua maioria, a maiores rendimentos e estes, por sua vez, a maiores scores de conhecimento, tal como já foi descrito. Assim, torna-se fundamental a explicação da medicação e seus objetivos, sobretudo no que diz respeito aos utentes com menores níveis de escolaridade. Para isso, é necessário garantir o tempo necessário e adaptar a comunicação ao nível de compreensão do utente, de forma a obter um maior cumprimento e benefício das terapêuticas instituídas.

As variáveis idade, número de doenças crónicas e número de fármacos que o utente toma variam inversamente com o conhecimento, isto é, utentes mais jovens, com baixo número de doenças crónicas e, conseqüentemente, baixo número de medicamentos crónicos, associam-se a maiores níveis de conhecimento; contrariamente a utentes mais idosos, com elevado número de doenças crónicas e, por sua vez, elevado número de medicamentos crónicos, que se associam a scores de conhecimento mais baixos.

Os resultados obtidos vão ao encontro dos dados da literatura, nomeadamente a evidência de que o conhecimento diminui inversamente com a idade⁵, o número de comorbilidades existentes e, conseqüentemente, de medicamentos prescritos^{5,6}, assim como níveis de escolaridade mais elevados associam-se a um maior conhecimento terapêutico.^{3,4}

Efetivamente, segundo Pedro Augusto Simões, 19,3% dos utentes inquiridos têm 3 a 4 patologias crónicas na sua lista de problemas e 17,2% têm mais de 11 patologias, sendo que 37,9% dos utentes tinham mais de 10 fármacos na sua medicação habitual¹⁰. Por isso mesmo, e tendo em conta que 22,3% da população portuguesa é idosa⁸ constituindo, assim, um dos grandes desafios da medicina atual, é cada vez mais importante atendermos e darmos a estes utentes a importância que lhes é devida de forma a diminuir a baixa adesão à terapêutica e, com isso, a morbimortalidade associada.

Neste estudo, 22,9% (n = 53) dos utentes tinham 3 a 4 patologias crónicas e 10,4% (n = 24) tinham 11 ou mais patologias, sendo que 30,8% (n = 71) tinham 3 a 4 fármacos na sua medicação habitual e 3,0% tinham 11 ou mais fármacos, sendo consistentes com os dados da literatura referidos acima.

Contudo, ao analisarmos o modelo por regressão linear, apenas as variáveis idade, escolaridade e número de fármacos que o doente toma têm poder explicativo para o ScoreF ($R^2 = 0,267$) e apenas as variáveis idade, número de doenças crónicas na lista de problemas e número de fármacos que o doente toma têm poder explicativo para o ScoreD ($R^2 = 0,192$). Isto significa que apenas essas variáveis são independentes na influência do conhecimento: o número de doenças crónicas na lista de problemas é independente do número de fármacos tomados, sendo que o número de doenças influencia o conhecimento sobre as doenças para a quais os fármacos foram prescritos, independentemente do número de fármacos que o utente toma. Já no que diz respeito ao conhecimento do efeito dos fármacos, o que conta é o número de fármacos que o utente toma e, ainda, a escolaridade, provavelmente por ser uma questão mais complexa (mecanismo de ação/efeito).

No que diz respeito à análise das classes farmacológicas constatou-se que existem, efetivamente, diferenças de conhecimento entre classes e subclasses. Desde logo, verificaram-se maiores scores de conhecimento, em relação à avaliação do efeito do fármaco, em antidiabéticos, fármacos analgésicos e antipiréticos e analgésicos estupefacientes. Em relação à avaliação da doença para a qual o fármaco foi prescrito, analgésicos e antipiréticos e antiparkinsonianos também demonstraram níveis de conhecimento superiores.

Isto parece estar relacionado, em parte, com a taxa de prescrição destes fármacos na população em geral: segundo o Infarmed, as classes farmacológicas aqui obtidas como de maior conhecimento inserem-se nas classes terapêuticas com maior utilização em Portugal: antidiabéticos 6,0% (sendo a metformina a mais prescrita, com 2,1%) e analgésicos e antipiréticos 2,9% (sendo o paracetamol o mais prescrito com 2,1%)⁹. Efetivamente, os fármacos com maior prevalência associam-se maiores scores de conhecimento: 10,7% (n = 84) utentes inquiridos tinham um antidiabético na sua medicação crónica, sendo que esta classe farmacológica foi das que apresentou maiores scores de conhecimento. Acrescenta-se que, em 2018, 13,6% da população portuguesa era diabética¹⁰ e 21,4% da amostra, num estudo acerca de polifarmacoterapia em 2018, tinha biguanida/metformina como medicação habitual¹¹.

O facto de a classe de analgésicos e antipiréticos se associarem a maiores scores de conhecimento pode estar relacionado com a importância dada pela população em geral à dor e com o impacto que este sintoma tem no quotidiano do utente. Além disso, constituem uma classe farmacológica extremamente manuseada e adaptada diariamente pelos próprios utentes e, em alguns casos, até vendida sem necessidade de receita médica. No caso dos antiparkinsonianos, o facto de serem destinados a patologias com grande impacto na qualidade de vida dos doentes pode influenciar positivamente o conhecimento sobre a doença a que se destinam.

Por outro lado, para as classes de antianémicos, fármacos utilizados no metabolismo do osso e do cálcio e fármacos utilizados no tratamento da gota, obtiveram-se menores níveis de conhecimento em relação à avaliação do efeito e da doença a que se referiam. Isto parece estar relacionado com o facto de serem classes farmacológicas com menor taxa de prescrição e, portanto, menos conhecidas pela população em geral: na amostra estudada, apenas 1,3% (n = 10) dos utentes faziam antianémicos, 7,2% (n = 55) faziam anticoagulantes e antitrombóticos e apenas 1,3% (n = 10) tinham antieméticos e antivertiginosos na sua medicação crónica. Além disso, a percentagem de utentes com prescrição de medicamentos para o sangue (que inclui tanto antianémicos como antiacoagulantes e antitrombóticos), segundo um estudo conduzido por Pedro Augusto Simões em 2018, era de apenas 36,9%¹¹. Assim, consideram-se estas classes como sendo de menor manuseamento e conhecimento por parte da população em geral, sendo essencial dispensar o tempo necessário à explicação do objetivo e efeito destes, aquando da sua prescrição inicial e/ou renovação, diminuindo a falta de conhecimento verificada.

Este estudo apresenta algumas limitações. Desde logo, a dimensão da amostra inicialmente estabelecida de 385 utentes não foi cumprida, obtendo-se apenas um total de 231 questionários. Isto pode estar relacionado, por um lado, com a falta de adesão dos utentes ao preenchimento do questionário em tempos COVID-19, por outro lado, com a dificuldade no cumprimento dos prazos de recolha de dados por parte dos médicos colaboradores, que estão também sobrecarregados com tarefas nesta fase pandémica.

O facto de a amostra ser constituída apenas por utentes da região centro de Portugal pode também constituir um viés de seleção, dificultando a generalização dos dados. Ainda neste campo, os dados refletem os resultados de utentes com MF, que são utilizadores de consultas nos cuidados primários, desconhecendo-se os resultados de conhecimento para utentes sem acompanhamento regular, perspetivando-se que sejam, previsivelmente, mais baixos.

Da mesma forma, o facto da participação no estudo, através do preenchimento de questionário, ser voluntária pode também constituir um viés de autoseleção na medida em que utentes mais preocupados com a sua saúde têm uma mente mais aberta para a participação neste tipo de estudos. Acrescenta-se, ainda, que um dos critérios de exclusão no estudo foi “utentes que apresentavam literacia para compreensão do estudo e questionários utilizados” o que pode ter constituído um viés de seleção, uma vez que ao excluirmos utentes com baixa literacia estamos, conseqüentemente, a excluir doentes com menor nível de conhecimento. Acresce o facto de esta seleção não ter sido realizada com

base em nenhum instrumento estandardizado, mas antes pelo senso clínico dos médicos que colaboraram, o que pode trazer heterogeneidade nos critérios de seleção.

De referir, ainda, que a variável “número de consultas desde 1/01/2019 até à data de realização do questionário” pode estar enviesada pelo período de 2 anos da pandemia COVID-19, correspondendo a um número subestimado ao que seria na realidade não-pandémica, o que pode explicar a inexistência de poder explicativo nesta variável, assumindo uma maior uniformização do número de contactos entre os utentes que participaram.

Também os próprios médicos colaboradores apontaram limitações em relação ao questionário utilizado: referiram alguma dificuldade no preenchimento dos campos “Para que serve?” e “Para que doença?” por redundância na sua elaboração e porque, segundo os próprios, a maioria dos utentes sabiam referir para que patologia é cada fármaco, mas não o seu efeito.

CONCLUSÃO

Com este estudo, conclui-se que o conhecimento acerca da medicação crónica da população desta amostra apresenta um valor próximo do que é considerado como conhecimento correto (situando-se, portanto, entre o conhecimento parcial e total), constituindo um bom *outcome* do esforço dos profissionais de saúde nesse sentido.

Quanto maior a idade, o número de doenças crónicas e de fármacos que o utente toma habitualmente e quanto menor a escolaridade, menor o conhecimento. Sendo a população envelhecida uma grande percentagem da população portuguesa, constituindo um dos grandes desafios da medicina atual, é essencial dar a atenção necessária a estes utentes, de forma a diminuir a baixa adesão à terapêutica e, com isso, a morbimortalidade.

Em suma, deverão ser explicadas todas as informações necessárias à correta compreensão da doença e manuseamento dos fármacos prescritos principalmente aos utentes mais idosos, com baixo nível de escolaridade, garantindo para isso todo o tempo e cuidados necessários ao utente.

Fornece-se, ainda, evidência sobre as classes farmacológicas com menores níveis de conhecimento (antianémicos, fármacos utilizados no metabolismo do osso e do cálcio e fármacos utilizados no tratamento da gota), reforçando-se a necessidade de capacitar os utentes aquando da prescrição/renovação destas classes farmacológicas.

Em estudos futuros, poderá ser interessante avaliar a realidade de outras regiões de Portugal e tentar relacionar com o nível de conhecimento da região centro, sendo necessário melhorar o questionário utilizado para esse fim assim como estabelecer a estandardização dos critérios de seleção e, se possível, incluir utentes sem acompanhamento regular com o MF. Num futuro próximo, sugere-se manter as medidas já estabelecidas com o objetivo de, pelo menos, manter o atual nível de conhecimento acerca da medicação crónica dos utentes e intervir nas classes farmacológicas descritas como de menor conhecimento, melhorando o conhecimento acerca destas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os demais colaboradores envolvidos na recolha de dados, pela sua disponibilidade e resiliência em altura tão difícil como a da pandemia COVID-19, mais especificamente: Dr^a Alexandra Léon e Dr^a Susana Martins (USF Penela), Dr^a Ana Sofia Martins e Dr^a Ana Teresa Nogueira (USF Coimbra Sul), Dr^a Andreia Maciel (USF Polis), Dr^a Cátia Sólis (USF São Julião da Figueira), Dr^a Dídia Cruz (USF Coimbra Centro), Dr Guilherme Costa (USF Manuel da Cunha), Dr João Pestana (USF Topázio), Dr^a Leonor Carreira (USF Leiria), Dr^a Maria Felício (USF Vitrius), Dr^a Maria Inês Queiroz (USF Mondego), Dr^a Mariana Bernardo (USF Fernando Namora), Dr^a Letícia Furtado e Dr^a Sara Nascimento (USF Cruz de Celas). A todos o meu muito obrigada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Nair, K., Dolovich, L., Cassels, A., McCormack, J., Levine, M., Gray, J., *et al.* What patients want to know about their medications. Focus group study of patient and clinician perspectives. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2002; 48: 104–110.
- ² Rubio, J. S., García-Delgado, P., Iglésias-Ferreira, P., Mateus-Santos, H., & Martínez-Martínez, F. Measurement of patients' knowledge of their medication in community pharmacies in Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(1): 219–228.
- ³ Carvalho, T. P., Okuno, M., Campanharo, C., Lopes, M., & Batista, R. Patients' knowledge about medication prescription in the emergency service. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018; 71(2): 329–335.
- ⁴ Ko, M. L., Wei, K. L., Ho, Y. J., Peng, P. H., & Lu, H. Knowledge of medications among patients with glaucoma in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi*. 2019; 118(1 Pt 3): 457–462.
- ⁵ Fletcher, S. W., Fletcher, R. H., Thomas, D. C., & Hamann, C. Patients' understanding of prescribed drugs. *Journal of community health*. 1979; 4(3): 183–189.
- ⁶ Schwartz, D., Wang, M., Zeitz, L. & Goss, M. E. Medication errors made by elderly, chronically ill patients. *American journal of public health and the nation's health*. 1962; 52(12): 2018–2029.
- ⁷ *Prontuário Terapêutico online*. Infarmed, 2016. [Documento na Internet] Disponível em: <https://app10.infarmed.pt/prontuario/index.php>.
- ⁸ *PORDATA, Base de Dados Portugal Contemporâneo*. INE (Instituto Nacional de Estatística), 2020. [Documento na Internet] Disponível em: [https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios+\(percentagem\)-3018](https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios+(percentagem)-3018).
- ⁹ *Monitorização do Consumo de Medicamentos em Meio Ambulatório*. Infarmed. 2017. [Documento na Internet] Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/02/Rel_Ambulat%C3%B3rio_dez17.pdf
- ¹⁰ Raposo, J. Diabetes: Factos e Números: 2016, 2017 e 2018. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2020; 15 (1): 19-27.
- ¹¹ Simões, P. A., Santiago, L. M., Maurício, K., & Simões, J. A. Prevalence Of Potentially Inappropriate Medication In The Older Adult Population Within Primary Care In Portugal: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Patient preference and adherence*. 2019; 13: 1569–1576.

ANEXOS

Tabela I: Níveis de significância relativos às categorias farmacológicas.

Classe de Fármacos	pvalue
Grandes Classes Farmacológicas	
Avaliação Efeito Fármaco	< 0,001
Avaliação Doença	< 0,001
Pequenas Classes Farmacológicas	
Avaliação Efeito Fármaco	< 0,001
Avaliação Doença	< 0,001

Legenda: Níveis de significância das categorias de Grande e Pequena Classe de fármacos, relacionando com a resposta dos utentes acerca do efeito do fármaco e doença para a qual foi prescrito.

Tabela II: Estatística da avaliação do efeito por grandes e pequenas classes farmacológicas.

Grandes Classes Farmacológicas*	Pequenas Classes Farmacológicas*	% (n)	Média	Estatística do teste padrão
4.1 Antianêmicos		1,3 (10)	1,80	0,200
	4.1.1 Compostos de ferro por via oral	0,9 (7)	1,71	0,286
	4.1.2 Medicamentos para o tratamento das anemias megaloblásticas	0,4 (3)	2,00	< 0,001
9. Aparelho locomotor	9.6 Fármacos utilizados no metabolismo do osso e do cálcio/ 9.6.2 Bifosfonatos	1,3 (10)	1,80	0,200
	9.3 Fármacos utilizados no tratamento da gota/ Alopurinol	1,8 (14)	1,86	0,231
2. Fármacos para o SNC	2.7 Antieméticos e antivertiginosos/ B-histina	1,3 (10)	2,00	0,298
	2.6 Antiepiléticos e anticonvulsivantes	1,3 (10)	2,10	2,777
2.5 Antiparkinsonianos	2.5.2 Dopaminomiméticos	0,3 (2)	2,00	< 0,001
4.3 Anticoagulantes e antitrombóticos		7,2 (55)	2,04	0,111
	4.3.1.3 Antiagregantes plaquetários	4,9 (37)	1,97	0,137
	4.3.1.4 DOACs	2,2 (17)	2,18	0,196
	4.3.1 Outros anticoagulantes	0,1 (1)	a	a
6.2 Antiácidos e antiulcerosos	6.2.2.3 Modificadores da secreção gástrica/IBP	7,6 (57)	2,18	0,109
8. Hormonas utilizadas nas doenças endócrinas	8.3 Hormonas tiroideias e antitiroideas/ Levotiroxina	3,9 (30)	2,20	0,147
2.9 SNC/Psicofármacos		12,3 (94)	2,32	0,710
	2.9.1/ 2.9.3 Associação de SSRI e antipsicótico	0,5 (4)	2,00	0,408
	2.9.1/ 2.9.2/ 2.9.3 Associação de SSRI, antipsicótico e ansiolítico	0,5 (4)	2,00	0,408
	2.9.3 Associação de SSRI e antidepressivos tricíclicos	1,2 (9)	2,11	0,111
	2.9.1/ 2.9.3 Associação de SSRI, antidepressivos tricíclicos e ansiolítico	0,7 (5)	2,20	0,490
	2.9.1/ 2.9.3 Associação de ansiolítico e antidepressivo tricíclico	0,5 (4)	2,25	0,250
	2.9.3 Antidepressores/SSRI	2,1 (16)	2,25	0,194
	2.9.1/ 2.9.3 Associação de SSRI e ansiolítico	1,6 (12)	2,33	0,188
	2.9.1 Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	4,2 (32)	2,44	0,127
	2.9.2 Antipsicóticos	0,5 (4)	2,50	0,289
	2.9.3 Antidepressores/Tricíclicos e afins	0,3 (2)	2,50	0,500
	2.9.2/ 2.9.3 Associação de SSRI, antipsicóticos e tricíclicos	0,1 (1)	a	a
	2.9.1/ 2.9.3 Associação de antipsicótico e ansiolítico	0,1 (1)	a	a
	5.1 Antiasmáticos e broncodilatadores		1,7 (14)	2,33
5.1.7.2 Associações de broncodilatadores e corticóides		1,0 (8)	2,63	0,263
5.1.7.1 Associações de broncodilatadores com antagonistas colinérgicos		0,3 (2)	2,00	1,000
5.1.4 Xantinas		0,1 (1)	a	a
5.1.3.2 Antagonista dos leucotrienos		0,1 (1)	a	a
5.1.2 Antagonistas colinérgicos		0,1 (1)	a	a
5.1.7 Associação de antagonista colinérgico e antagonista dos leucotrienos		0,1 (1)	a	a
7.4 Fármacos utilizados nas alterações geniturinárias		2,8 (21)	2,33	0,174
	7.4.2.1 Fármacos para a retenção urinária	2,6 (20)	2,30	0,179
	7.4.2.2 Fármacos para a incontinência urinária	0,1 (1)	a	a
3.7 Antidislipidêmicos		20,4 (155)	2,43	0,640
	3.7 Associações fixas de medicamentos dirigidos a FRCV/Estatinas + IECAS + BCC	0,3 (2)	1,00	< 0,001
	3.7 Fibratos	0,5 (4)	1,25	0,250
	3.7 Associações de estatinas e fibratos	0,8 (6)	2,00	0,447
	3.7 Estatinas	16,0 (122)	2,46	0,071
	3.7 Associação de estatina e ezetimibe	2,4 (18)	2,67	0,140
	3.7 Ezetimibe	0,3 (2)	3,00	< 0,001
	3.7 Ômega 3	0,1 (1)		
3.4 Antihipertensores		22,6 (173)	2,45	0,056
	3.4.1.6 Associações fixas de diuréticos	0,5 (4)	1,75	0,250
	3.4 Associações fixas de B-bloqueantes, diuréticos e IECA	0,8 (6)	1,83	0,307
	3.4 Associação de ARAs, B-bloqueante e diurético	0,3 (2)	2,00	< 0,001
	3.4 Associações fixas de ARAs e diuréticos	1,2 (9)	2,11	0,261

3.4 Associação fixa de IECA e BCC	2,0 (15)	2,13	0,256	
3.4 Associações fixas de IECAs e B-bloqueantes	0,5 (4)	2,25	0,250	
3.4 Associações fixas de B-bloqueantes, ARAs e diuréticos	1,7 (13)	2,31	0,208	
3.4 Associações fixas de B-bloqueantes e ARAs	1,2 (9)	2,33	0,289	
3.4 Associações fixas de B-bloqueantes e diuréticos	0,5 (4)	2,50	0,289	
3.4 Associação fixa de BCC e diuréticos	0,3 (2)	2,50	0,500	
3.4.2.1 IECAs	2,1 (16)	2,50	0,204	
3.4 Associações fixas de BCC e ARAs	1,8 (14)	2,57	0,202	
3.4 Associação de ARAs, BCC e diuréticos	1,4 (10)	2,60	0,163	
3.4 Associação de B-bloqueante, BCC e IECA	0,4 (3)	2,67	0,333	
3.4.3 BCC	0,9 (7)	2,71	0,184	
3.4 Associações fixas de B-bloqueantes e BCC	1,0 (8)	2,75	0,164	
3.4.1.1 Diuréticos tiazídicos	0,5 (4)	2,75	0,250	
3.4.4.2 B-bloqueantes	1,4 (11)	2,82	0,182	
3.4 Associações fixas de IECA, BCC e diuréticos	0,8 (6)	2,83	0,167	
3.4.2.2 ARAs	2,0 (15)	2,87	0,133	
3.4 Associações de IECA e diuréticos	0,9 (7)	3,00	< 0,001	
3.4.4.3 Agonistas alfa 2 centrais	0,1 (1)	a	a	
3.4.4.2.3 Bloqueadores alfa e beta	0,1 (1)	a	a	
3.4.1.2 Diuréticos de ansa	0,1 (1)	a	a	
3.4 Associação de IECA, ARA e B-bloqueante	0,1 (1)	a	a	
8.4 Antidiabéticos	10,7 (84)	2,53	0,080	
8.4.2 Sulfonilureias	0,3 (2)	1,00	< 0,001	
8.4.2 Associação de metformina, iDPP4 e iSGLT2	0,6 (5)	2,00	0,408	
8.4.2 Associação insulina, metformina e iDPP4	0,4 (3)	2,33	0,667	
8.4.2 Associação de metformina, aGLP1 e iSGLT2	0,4 (3)	2,33	0,667	
8.4.2 Associação metformina e iSGLT2	1,2 (9)	2,56	0,176	
8.4.1 Insulinas	0,9 (7)	2,57	0,297	
8.4.2 Biguanidas/Metformina	3,9 (30)	2,63	0,131	
8.4.2 iSGLT2	0,5 (4)	2,50	0,500	
8.4.2 Associação metformina e iDPP4	1,0 (8)	2,75	0,164	
8.4.2 iDPP4	0,5 (4)	2,75	0,250	
8.4.2 Associação metformina, iDPP4, SU e iSGLT2	0,4 (3)	3,00	< 0,001	
8.4.2 Associação iDPP4, metformina e insulina	0,1 (1)	a	a	
8.4.2 Associação insulina e iDPP4	0,1 (1)	a	a	
8.4.2 Associação SU, metformina e iDPP4	0,1 (1)	a	a	
8.4.2 Associação metformina e aGLP1	0,1 (1)	a	a	
8.4.2 Associação metformina e inibidores da alfa-glicosidase intestinal	0,1 (1)	a	a	
8.4.2 Associação insulina, iDPP4, metformina e iSGLT2	0,1 (1)	a	a	
2.10 SNC/ Analgésicos e antipiréticos	2.10 Analgésicos e antipiréticos/ Paracetamol	1,3 (10)	2,70	0,213
2.12 SNC/ Analgésicos estupefacientes	2.12 Analgésicos estupefacientes/ Tramadol	1,2 (9)	3,00	< 0,001

Legenda: Estatística da avaliação do efeito por grandes e pequenas classes farmacológicas – obtenção da média das respostas dos utentes sobre o efeito dos fármacos por grandes e pequenas classes farmacológicas.

*codificação segundo o *Prontuário Terapêutico*⁷; a: sem valores atribuídos porque n = 1. (SNC: Sistema Nervoso Central; DOACs: anticoagulantes orais diretos; IBP: inibidor da bomba de protões; SSRI: inibidores seletivos da recaptção da serotonina; FRCV: fatores de risco cardiovascular; IECAs: inibidor da enzima de conversão da angiotensina; BCC: bloqueador dos canais de cálcio; ARA: antagonista dos recetores da angiotensina; iDPP4: Inibidor da dipeptidil peptidase 4; aGLP1: análogo do GLP1; iSGLT2: inibidor do cotransportador sódio-glicose 2; SU: sulfonilureia).

Tabela III: Estatística da avaliação da doença por grandes e pequenas classes farmacológicas.

Grandes Classes Farmacológicas*	Pequenas Classes Farmacológicas*	% (n)	Média	Estatística do teste padrão
2. Fármacos para o SNC	2.7 Antieméticos e antivertiginosos/B-histina	1,3 (10)	1,80	0,327
	2.6 Antiepiléticos e anticonvulsivantes	1,3 (10)	2,20	0,076
4.3 Anticoagulantes e antitrombóticos		7,2 (55)	1,88	0,111
	4.3.1.3 Antiagregantes plaquetários	4,9 (37)	1,78	0,129
	4.3.1.4 DOACs	17 (2,2)	1,94	0,218
	4.3.1 Outros anticoagulantes	0,1 (1)	a	a
9. Aparelho locomotor	9.6 Fármacos que atuam no metabolismo do osso e do cálcio/ 9.6.2 Bifosfonatos	1,3 (10)	1,90	0,233
	9.3 Fármacos utilizados no tratamento da gota/ Alopurinol	1,8 (14)	2,36	0,225
4.1 Antianêmicos		1,3 (10)	2,10	0,277
	4.1.2 Medicamentos para o tratamento das anemias megaloblásticas	0,4 (3)	1,67	0,333
	4.1.1 Compostos de ferro por via oral	0,9 (7)	2,29	0,260
6.2 Antiácidos e antiulcerosos	6.2.2.3 Modificadores da secreção gástrica/IBP	7,6 (57)	2,17	0,110
2.9 SNC/ Psicofármacos		12,3 (94)	2,32	0,076
	2.9.1/ 2.9.3 Associação de SSRI e antipsicótico	0,5 (4)	1,75	0,250
	2.9.2 Antipsicóticos	0,5 (4)	2,00	0,408
	2.9.1/ 2.9.3 Associação de ansiolítico e antidepressivo tricíclico	0,5 (4)	2,00	0,408
	2.9.1/ 2.9.3 Associação de SSRI, antidepressivos tricíclicos e ansiolítico	0,7 (5)	2,20	0,490
	2.9.1/ 2.9.3 Associação de SSRI e ansiolítico	1,6 (12)	2,25	0,250
	2.9.1/ 2.9.2/ 2.9.3 Associação de SSRI, antipsicótico e ansiolítico	0,5 (4)	2,25	0,250
	2.9.3 Associação de SSRI e antidepressivos tricíclicos	1,2 (9)	2,33	0,167
	2.9.1 Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	4,2 (32)	2,34	0,124
	2.9.3 Antidepressores/Tricíclicos e afins	0,3 (2)	2,50	0,500
	2.9.3 Antidepressores/SSRI	2,1 (16)	2,56	0,203
	2.9.2/ 2.9.3 Associação de SSRI, antipsicóticos e tricíclicos	0,1 (1)	a	a
	2.9.1/ 2.9.2 Associação de antipsicótico e ansiolítico	0,1 (1)	a	a
	5.1 Antiasmáticos e broncodilatadores		1,7 (14)	2,40
5.1.7.2 Associações de broncodilatadores com antagonistas colinérgicos		0,3 (2)	1,00	< 0,001
5.1.7.1 Associações de broncodilatadores e corticoides		1,0 (8)	2,63	0,183
5.1.4 Xantinas		0,1 (1)	a	a
5.1.3.2 Antagonista dos leucotrienos		0,1 (1)	a	a
5.1.2 Antagonistas colinérgicos		0,1 (1)	a	a
5.1.7 Associação de antagonista colinérgico e antagonista dos leucotrienos		0,1 (1)	a	a
7.4 Fármacos utilizados nas alterações genitourinárias		2,8 (21)	2,33	0,174
	7.4.2.1 Fármacos para a retenção urinária	2,6 (20)	2,30	0,179
	7.4.2.2 Fármacos para a incontinência urinária	0,1 (1)	a	a
3.7 Antidislipídicos		20,4 (55)	2,47	0,059
	3.7 Fibratos	0,5 (4)	1,75	< 0,001
	3.7 Associações fixas de medicamentos dirigidos a FRCV/Estatinas + IECAS + BCC	0,3 (2)	2,00	< 0,001
	3.7 Associações de estatinas e fibratos	0,8 (6)	2,17	0,307
	3.7 Ezetimibe	0,3 (2)	2,50	0,500
	3.7 Estatinas	16,0 (122)	2,52	0,066
	3.7 Associação de estatina e ezetimibe	2,4 (18)	2,56	0,145
	3.7 Ômega 3	0,1 (1)	a	a
8. Hormonas utilizadas em doenças endócrinas	8.3 Hormonas da tireóide e antitiroideos/ Levotiroxina	3,9 (30)	2,47	0,133
3.4 Antihipertensores		2,6 (173)	2,52	0,053
	3.4.1.6 Associações fixas de diuréticos	0,5 (4)	1,75	0,479
	3.4 Associações fixas de B-bloqueantes, diuréticos e IECA	0,8 (6)	2,17	0,307
	3.4 Associação de ARAs, B-bloqueante, BCC e diurético	0,3 (2)	2,00	< 0,001
	3.4 Associação fixa de BCC e diuréticos	0,3 (2)	2,00	1,000
	3.4 Associação de ARAs, BCC e diuréticos	1,4 (10)	2,30	0,213
	3.4 Associações fixas de ARAs e diuréticos	1,2 (9)	2,33	0,289

	3.4 Associação fixa de IECA e BCC	2,0 (15)	2,33	,0252
	3.4 Associações fixas de B-bloqueantes e ARAs	1,2 (9)	2,44	,0242
	3.4 Associações fixas de B-bloqueantes, ARAs e diuréticos	1,7 (13)	2,46	0,183
	3.4 Associações fixas de BCC e ARAs	1,8 (14)	2,50	0,203
	3.4 Associações fixas de IECAs e B-bloqueantes	0,5 (4)	2,50	0,289
	3.4.2.1 IECAs	2,1 (16)	2,50	0,183
	3.4.3 BCC	0,9 (7)	2,57	0,202
	3.4 Associações fixas de IECA, BCC e diuréticos	0,8 (6)	2,67	0,211
	3.4 Associações fixas de B-bloqueantes e diuréticos	0,5 (4)	2,75	0,250
	3.4.2.2 ARAs	2,0 (15)	2,80	0,145
	3.4 Associações fixas de B-bloqueantes e BCC	1,0 (8)	2,88	0,125
	3.4.4.2 B-bloqueantes	1,4 (11)	2,91	0,091
	3.4 Associação de B-bloqueante, BCC e IECAs	0,4 (3)	3,00	< 0,001
	3.4 Associações de IECA e diuréticos	0,9 (7)	3,00	< 0,001
	3.4.1.1 Diuréticos tiazídicos	0,5 (4)	3,00	< 0,001
	3.4.4.3 Agonistas alfa 2 centrais	0,1 (1)	a	a
	3.4.4.2.3 Bloqueadores alfa e beta	0,1 (1)	a	a
	3.4.1.2 Diuréticos de ansa	0,1 (1)	a	a
	3.4 Associação de IECA, ARA e B-bloqueante	0,1 (1)	a	a
2.12 SNC/ Analgésicos estupefacientes	2.12 Analgésicos estupefacientes/ Tramadol	1,2 (9)	2,56	0,242
2.10 SNC/ Analgésicos e antipiréticos	2.10 Analgésicos e antipiréticos/ Paracetamol	1,4 (10)	2,60	0,221
8.4 Antidiabéticos		10,7 (84)	2,75	0,065
	8.4.2 Sulfonilureias	0,3 (2)	1,00	< 0,001
	8.4.2 Associação de metformina, iDPP4 e iSGLT2	0,6 (5)	2,25	0,479
	8.4.2 Associação insulina, metformina e iDPP4	0,4 (3)	2,33	0,667
	8.4.2 Associação metformina, iDPP4, SU e iSGLT2	0,4 (3)	2,50	0,500
	8.4.2 iSGLT2	0,5 (4)	2,50	0,500
	8.4.2 Associação de metformina, aGLP1 e iSGLT2	0,4 (3)	2,67	0,333
	8.4.2 Biguanidas/Metformina	3,9 (30)	2,77	0,104
	8.4.2 Associação metformina e iSGLT2	1,2 (9)	2,89	0,111
	8.4.2 Associação metformina e iDPP4	1,0 (8)	3,00	< 0,001
	8.4.2 iDPP4	0,5 (4)	3,00	< 0,001
	8.4.2 Insulinas	0,9 (7)	3,00	< 0,001
	8.4.2 Associação iDPP4, metformina e insulina	0,1 (1)	a	a
	8.4.2 Associação insulina e iDPP4	0,1 (1)	a	a
	8.4.2 Associação SU, metformina e iDPP4	0,1 (1)	a	a
	8.4.2 Associação metformina e aGLP1	0,1 (1)	a	a
	8.4.2 Associação metformina e inibidores da alfa-glicosidase intestinal	0,1 (1)	a	a
	8.4.2 Associação insulina, iDPP4, metformina e iSGLT2	0,1 (1)	a	a
2.5 Antiparkinsonianos	2.5.2 Dopaminomiméticos	0,3 (2)	3,00	< 0,001

Legenda: Estatística da avaliação da doença por grandes e pequenas classes farmacológicas – obtenção da média das respostas dos utentes sobre a doença para a qual os fármacos foram prescritos por grandes e pequenas classes farmacológicas. *codificação segundo o Prontuário Terapêutico⁷; a: sem valores atribuídos porque n = 1. (SNC: Sistema Nervoso Central; DOACs: anticoagulantes orais diretos; IBP: inibidor da bomba de prótons; SSRI: inibidores seletivos da recaptção da serotonina; FRCV: fatores de risco cardiovascular; IECAs: inibidor da enzima de conversão da angiotensina; BCC: bloqueador dos canais de cálcio; ARA: antagonista dos recetores da angiotensina; iDPP4: Inibidor da dipeptidil peptidase 4; aGLP1: análogo do GLP1; iSGLT2: inibidor do cotransportador sódio-glicose 2; SU: sulfonilureia).



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL:</p> <p>Favorável</p>	<p>DESPACHO:</p> <p><i>Rejeita a proposta do CES de parecer favorável.</i> 29.07.2021</p>
---	--

ASSUNTO: 66/2021 - Título: "Conhecimento dos utentes acerca da medicação: grupos farmacológicos de maior desconhecimento e fatores que o influenciam"
Investigadores: Sara Isabel Oliveira Barbosa, Carlos Seixá Cardoso, Inês Rosendo e Silva - FMUC e USF Condeixa

[Handwritten signatures and stamps]
Dr. João Rodrigues
Dr. João Rodrigues
Dr. João Rodrigues

Será pedida a colaboração de um médico de família (MF) de cada uma das 10 Unidades Funcionais da ARS Centro seleccionadas, durante um período de 2 semanas até se atingir o total calculado (enviada a forma de cálculo). No momento em que seja solicitada renovação de medicação crónica, cada MF apresentará o estado bem como os seus objetivos, solicitando a cada utente que manifeste o seu consentimento, devidamente lido e esclarecido, para participação. O questionário deve ser preenchido pelo médico utilizando as palavras do utente para descrever o "para que serve" e "que doença" e sem ter juízos nem orientar as respostas, ainda que o utente possa (e deva) esclarecer depois da colheita dos dados. Serão ainda recolhidos dados biométricos e sociais para melhor caracterização da amostra (idade, sexo, escolaridade, estado civil, se vive sozinho, rendimento superior ou inferior relativamente ao salário mínimo, percepção do médico sobre o conhecimento do doente (numa escala de 0 a 10), número doenças crónicas na lista de problemas, quem compra/prepara a medicação para tomar (se o próprio ou não, número de consultas desde 1/01/2019 até à data com o próprio MF excluindo renovação não presencial/MCDT/baixas – se não se aplica, deixar em branco).

Os dados recolhidos serão transcritos para uma base de dados excel criada para o efeito, removendo-se dados identificativos dos participantes. Cada utente terá a atribuição de um código, de forma a que apenas o MF consiga identificar a que utente pertence cada resposta. A informação recolhida ficará na posse dos MF que colaborem com o estado e serão apenas guardadas pelo tempo necessário até tratamento dos dados.

O consentimento informado está em "boa e devida forma"

O relator e Presidente da CES da ARS do Centro
[Handwritten signature]
Prof. Doutor Carlos A Fontes Ribeiro

Anexo II – Modelo do questionário utilizado.

Avaliação do conhecimento dos utentes acerca da sua medicação crónica

Código de Identificação: USF _____

Consulta presencial? Sim Não

Perceção do médico sobre o grau de literacia do utente (de 0 a 10, em que 0 = sem literacia e 10 = literacia máxima): _____

Dados biométricos

Idade: _____

Sexo: Feminino Masculino

Escolaridade completa: Inferior ao 4º ano 4º ano 6º ano 9º ano 12º ano Licenciatura
Mestrado Doutoramento

Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) União de facto Viúvo(a)

Vive sozinho(a)? Sim Não

Rendimentos: Inferior ao rendimento mínimo nacional Equivalente ao rendimento mínimo nacional
Superior ao rendimento mínimo nacional

Medicação – Quem a compra? O utente Outra pessoa

Medicação – Quem a prepara? O utente Outra pessoa

Número de doenças crónicas na lista de problemas: _____

Número de consultas desde 1/01/2019 até à data*: _____

* com o próprio médico de família, excluindo as seguintes consultas não presenciais: pedidos/resultados de exames/MCDT e documentos/relatórios.

Avaliação do conhecimento do utente acerca da medicação (a questionar na consulta)

Nome do fármaco	Para que serve?	Para que doença?

Avaliação das respostas do utente pelo médico assistente

Nome do fármaco	<u>Avaliação da resposta: Para que serve?</u>	<u>Avaliação da resposta: Para que doença?</u>
	É este o efeito pretendido <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é este o efeito pretendido <input type="checkbox"/>	É esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/>
	É este o efeito pretendido <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é este o efeito pretendido <input type="checkbox"/>	É esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/>
	É este o efeito pretendido <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é este o efeito pretendido <input type="checkbox"/>	É esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/>
	É este o efeito pretendido <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é este o efeito pretendido <input type="checkbox"/>	É esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/>
	É este o efeito pretendido <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é este o efeito pretendido <input type="checkbox"/>	É esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/>
	É este o efeito pretendido <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é este o efeito pretendido <input type="checkbox"/>	É esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/>
	É este o efeito pretendido <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é este o efeito pretendido <input type="checkbox"/>	É esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/>
	É este o efeito pretendido <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é este o efeito pretendido <input type="checkbox"/>	É esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/>
	É este o efeito pretendido <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é este o efeito pretendido <input type="checkbox"/>	É esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/>
	É este o efeito pretendido <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é este o efeito pretendido <input type="checkbox"/>	É esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não é esta a doença para a qual foi prescrito <input type="checkbox"/>