

Educação em equivalência terapêutica: impacto sobre tomada de decisão do paciente, compreensão do tratamento e segurança do uso de medicamentos

Giselle Ávila Sousa¹

Resumo

Equivalência terapêutica, embora fundamentada em critérios regulatórios, produz efeitos concretos na segurança e na continuidade do tratamento quando interpretada pelo paciente no contexto da farmácia comunitária. No balcão, confusão conceitual entre medicamentos de referência, genéricos e similares tende a gerar insegurança decisória, alternância não orientada de apresentações e maior probabilidade de uso inadequado, com impacto potencial sobre adesão e eventos evitáveis. Propõe-se um modelo de educação farmacêutica centrado em comunicação clínica, estruturado para ser executável em ambientes de alta demanda, que integra: conteúdo essencial da orientação, linguagem padronizada, verificação de compreensão (teach-back) e registro mínimo para governança. A abordagem é delineada como intervenção de segurança em saúde, articulando letramento em medicamentos e tomada de decisão informada, e organizada para implementação com fidelidade sob variabilidade de equipe e fluxo. Na ausência de base quantitativa longitudinal consolidada, define-se uma arquitetura de avaliação pragmática com indicadores de processo, compreensão e segurança, passível de aplicação prospectiva por amostragem. O conjunto descreve uma estratégia replicável para reduzir confusão, fortalecer compreensão do tratamento e mitigar riscos associados à substituição e ao uso domiciliar de medicamentos.

Palavras-chave: equivalência terapêutica; educação em saúde; farmácia comunitária; aconselhamento farmacêutico; letramento em saúde; adesão ao tratamento; segurança do paciente.

¹Farmacêutica e Bioquímica (CRF/GO 7544)

Abstract

Therapeutic equivalence, while grounded in regulatory standards, has practical implications for safety and continuity of treatment when interpreted by patients in community pharmacy settings. At the counter, conceptual confusion between reference, generic, and similar medicines may increase decisional insecurity, unadvised switching across presentations, and the likelihood of medication misuse, with downstream effects on adherence and preventable harm. A pharmacist-led education model is proposed as a clinical communication intervention designed for high-demand workflows, integrating: essential counseling content, standardized language, comprehension verification (teach-back), and minimal documentation for governance. The approach is framed as a patient-safety strategy linking medication literacy and informed decision-making, organized to sustain fidelity under workforce and workflow variability. In the absence of consolidated longitudinal quantitative data, a pragmatic evaluation architecture is defined, relying on process, comprehension, and safety indicators suitable for prospective sampling. This set of elements outlines a replicable strategy to reduce confusion, strengthen treatment understanding, and mitigate risks associated with substitution and home medication use.

Keywords: therapeutic equivalence; patient education; community pharmacy; pharmacist counseling; health literacy; medication adherence; patient safety.

1. Introdução

No ponto de contato mais frequente entre população e terapias medicamentosas, decisões aparentemente triviais carregam alto potencial de incerteza. A farmácia comunitária, por reunir acesso rápido, demanda contínua e pressão por eficiência, funciona como espaço em que dúvidas sobre substituição, marca, preço e “força” do medicamento emergem no momento da compra e se estendem para o uso domiciliar. Nessa interface, equivalência terapêutica deixa de ser apenas conceito regulatório e passa a operar como variável de segurança: quando não compreendida, alimenta condutas erráticas; quando comunicada com clareza, estabiliza a decisão e reduz risco de uso inadequado.

Confusão entre medicamento de referência, genérico e similar não é detalhe sem consequência. A interpretação do paciente sobre “por que custa menos” tende a produzir inferências sobre eficácia, qualidade e segurança. Sob insegurança, aparecem padrões previsíveis: interrupção precoce diante de desconfortos comuns, alternância

não orientada de apresentações, reintrodução de caixas antigas em paralelo a novas aquisições e decisões guiadas por crenças (“mais caro é melhor”) ou por experiências isoladas. A gravidade desse fenômeno aumenta quando diferentes atendentes oferecem mensagens divergentes, quando o balcão prioriza transação sem aconselhamento e quando inexitem rotinas mínimas de verificação de compreensão.

Intervenções educativas breves, executáveis em ambiente de alta demanda, tornam-se particularmente relevantes porque atacam a raiz do problema: assimetria de informação aplicada a uma decisão imediata. Educação farmacêutica sobre equivalência terapêutica, quando estruturada como comunicação clínica, produz valor por dois caminhos complementares. Primeiro, reduz ambiguidade decisória ao esclarecer categorias e limites de substituição em linguagem acessível. Segundo, protege o uso ao antecipar riscos domésticos comuns, como duplicidade terapêutica e erro de posologia, reforçando a identificação do medicamento e instruções essenciais.

Delimita-se, assim, um objeto operacional: um modelo de educação farmacêutica em equivalência terapêutica concebido como processo implementável no balcão.

Pressupõe-se que a replicabilidade depende de quatro componentes: conteúdo essencial padronizado, linguagem clínica consistente, verificação de compreensão e registro mínimo compatível com governança. A avaliação do efeito, por sua vez, requer mensuração prospectiva pragmática, evitando extrapolações quando não há base longitudinal consolidada.

2. Referencial teórico

Informação disponibilizada não equivale a entendimento adquirido. Em saúde, especialmente quando decisões precisam ser tomadas rapidamente e sob restrições econômicas, o risco nasce da forma como o conteúdo é recebido, processado e aplicado no comportamento de uso. A farmácia comunitária opera nesse limite: escolhas terapêuticas são feitas em ambiente de pressão de tempo, com ansiedade, baixa familiaridade com termos técnicos e influência simultânea de preço, experiência prévia e opinião de terceiros. Nessas condições, a educação farmacêutica precisa ser desenhada para produzir compreensão funcional, não apenas transmissão de fatos.

Sob a ótica do letramento em saúde e do letramento em medicamentos, equivalência terapêutica exige tradução para decisões concretas. Compreender categorias regulatórias importa menos do que compreender implicações práticas: o que muda e o que não muda ao trocar apresentação; como reconhecer o medicamento em casa; como evitar duplicidade; quando buscar orientação; por que o preço não é indicador de eficácia clínica. Lacunas nessa compreensão tendem a ser preenchidas por heurísticas

e crenças, o que torna a decisão vulnerável a interpretações equivocadas e aumenta a probabilidade de uso inconsistente.

Na tradição do pharmaceutical care, aconselhamento farmacêutico desloca o foco do produto para a experiência terapêutica do paciente, enfatizando uso seguro, efetivo e aderente. Equivalência terapêutica é tema particularmente sensível nesse paradigma porque condensa regulação e subjetividade: confiança, expectativa de resposta, medo de evento adverso, memória de experiências anteriores e percepção de risco. Orientação efetiva, portanto, não se reduz a explicar definições; exige conduzir uma conversa clínica breve que respeite autonomia, reconheça barreiras e ajude a construir decisão informada com segurança operacional.

Em poucos minutos, tomada de decisão compartilhada precisa assumir forma pragmática. Aplicada ao balcão, essa prática exige três movimentos: identificar a dúvida central do paciente, apresentar opções com clareza e verificar entendimento suficiente para uso seguro. Não se trata de “negociar tratamento”, mas de reduzir assimetria de informação para que escolhas no ponto de compra permaneçam coerentes com o plano terapêutico e com a realidade do paciente. A equivalência terapêutica, quando bem comunicada, não impõe uma opção; organiza o raciocínio do paciente e diminui a vulnerabilidade a mudanças não compreendidas.

Em segurança do paciente, erros evitáveis relacionados a medicamentos não se restringem ao ambiente hospitalar. Em uso domiciliar, danos frequentemente derivam de falhas de comunicação, baixa adesão, duplicidade terapêutica, confusão entre apresentações e interrupção precoce do tratamento. Nesse contexto, educação em equivalência terapêutica funciona como barreira preventiva de baixo custo: reduz confusão no momento da compra, fortalece identificação correta em casa e melhora a capacidade do paciente de monitorar o próprio uso com critérios mais claros.

3. Metodologia

Adota-se abordagem descritiva orientada por implementação de serviços, tomando como unidade de análise um modelo de educação farmacêutica em equivalência terapêutica incorporado ao atendimento em farmácia comunitária. O delineamento prioriza especificação de componentes, pontos de contato no fluxo, mecanismos de adoção e condições de sustentação em ambiente de alta demanda, com ênfase em viabilidade operacional e consistência de comunicação clínica.

Por não existir base quantitativa longitudinal auditável para demonstrar variações em compreensão, adesão, retorno por dúvidas ou eventos evitáveis, evita-se inferência de

efetividade por dados. Em substituição, explicita-se um desenho de mensuração futura coerente com ciência da implementação e melhoria de qualidade: indicadores de processo, indicadores de compreensão e proxies de segurança, com coleta prospectiva por amostragem e instrumentos breves. O objetivo metodológico consiste em tornar o modelo especificável, replicável e mensurável, preservando rigor sem extrapolar evidência inexistente.

Do ponto de vista ético, mantém-se ausência de dados identificáveis de pacientes. A proposta concentra-se em desenho do serviço e comunicação clínica, com recomendação de registro mínimo agregável para avaliações futuras.

4. Análise e Resultados

Sob condições reais de farmácia comunitária, equivalência terapêutica assume a forma de um problema de comunicação clínica com implicações diretas para segurança e continuidade. No balcão, decisões são tomadas sob pressão de tempo, com informação incompleta e com forte influência de sinais periféricos — preço, marca, embalagem, aparência do comprimido, comentários de familiares, experiências anteriores. Esses sinais funcionam como heurísticas, úteis para reduzir complexidade, mas frequentemente inadequadas para orientar uso seguro. A lacuna central não está na existência de alternativas terapêuticas; está na ausência de entendimento funcional que permita ao paciente reconhecer o que leva, como usar e como reagir a mudanças de apresentação sem criar condutas compensatórias de risco.

Diante de substituições, o paciente tende a interpretar mudança de marca como mudança de qualidade ou de eficácia, sobretudo quando o custo diminui. Sem orientação estruturada, emergem comportamentos observáveis e clinicamente relevantes: interrupção precoce por “desconfiança”, alternância não supervisionada entre apresentações ao longo do mês, duplicidade involuntária por manutenção de caixas antigas em paralelo à nova aquisição, “ajustes caseiros” de dose e horário para “testar” o efeito, além de relatos de “não fez efeito” que, muitas vezes, refletem uso inconsistente e não falha farmacológica. Em polifarmácia, o risco se amplifica: a substituição de um item pode desorganizar a rotina inteira e aumentar a probabilidade de erro por confusão entre nomes, apresentações ou concentrações.

Converte-se, assim, um conceito regulatório em um evento de risco no uso domiciliar. A intervenção educativa proposta atua precisamente nesse ponto: desloca a equivalência terapêutica do plano abstrato para uma orientação aplicada ao caso concreto. Em vez de expor definições normativas, a conversa é estruturada para responder a três necessidades imediatas do paciente: compreender o sentido da substituição, manter o

uso correto e sustentar decisão informada. A orientação deixa de ser explicação genérica e passa a ser microintervenção clínica ancorada em prevenção de dano evitável.

Do ponto de vista do desenho comunicacional, a intervenção se organiza por mecanismos que aumentam a compreensão com custo operacional baixo. Clarificação conceitual fornece uma base mínima para reduzir interpretações equivocadas (“mais barato é pior”, “mudaram meu tratamento”), sem prometer equivalência absoluta nem ampliar a insegurança. Delimitação de limites evita generalizações indevidas, especialmente em situações em que o paciente tem comorbidades, histórico de reações, alta sensibilidade a mudanças percebidas ou dificuldades importantes de adesão. Conexão explícita com segurança do uso transforma o conteúdo em comportamento: reforça identificação do medicamento em casa, manutenção da posologia e prevenção de duplicidade terapêutica. Ao final, checagem breve de compreensão reduz o risco de “falsa concordância”, comum em ambientes rápidos e com assimetria de informação.

Mantém-se central a consistência entre profissionais. Quando orientações variam de um atendente para outro, a divergência é percebida como incerteza do próprio serviço e corrói confiança. Padronização de linguagem, portanto, não é elemento estético; é mecanismo de confiabilidade. Estabiliza invariantes comunicacionais: o que muda e o que não muda na substituição, como reconhecer a apresentação correta em casa, quais cuidados são essenciais para evitar erros e quais sinais exigem reavaliação. Essa padronização deve preservar flexibilidade para adequação ao perfil do paciente, mas impedir a omissão de passos críticos.

Treinamento interno precisa ser entendido como treino de competência comunicacional, e não como transmissão de conteúdo. Em alta demanda, saber “o que é” equivalência terapêutica não garante capacidade de explicar de forma breve, precisa e compreensível. Simulação curta de atendimentos, repertório de respostas para dúvidas recorrentes e feedback estruturado tornam a orientação executável. Reconhecimento de gatilhos de risco comunicacional — hesitação, ansiedade, baixa escolaridade em saúde, histórico de baixa adesão, múltiplos medicamentos, mudança de embalagem — orienta a aplicação seletiva do aconselhamento e o acionamento do farmacêutico quando necessário. Assim, o farmacêutico assume função de governança clínica do processo: ajusta a linguagem, corrige deriva de prática, reforça treinamento e intervém em casos de maior risco.

Verificação de compreensão se insere como barreira de segurança. Teach-back, aplicado de forma não avaliativa (“quero ter certeza de que expliquei bem”), transforma a orientação em compreensão observável: o paciente consegue repetir como vai usar,

como vai identificar o medicamento e o que fará se houver dúvidas ou sinais inesperados. Em equivalência terapêutica, esse passo é especialmente relevante porque a troca de apresentação altera pistas visuais e semânticas usadas pelo paciente para organizar sua rotina. Sem checagem, o risco de duplicidade e de posologia incorreta não se reduz apenas com “boa explicação”.

Quanto a resultados, a ausência de base longitudinal consolidada impede quantificação de efeito e proíbe inferências de efetividade. Mesmo assim, mecanismos operacionais permitem formular hipóteses avaliáveis com mensuração pragmática: redução de retornos por dúvidas sobre substituição, aumento de compreensão funcional (capacidade de explicar o que levou e como usar), aumento de confiança na decisão sem aumento de uso inadequado, redução de episódios de duplicidade percebida, diminuição de interrupção por insegurança após troca e maior consistência de orientação entre atendentes. A passagem de plausibilidade para evidência requer registro mínimo e avaliação prospectiva por amostragem, com indicadores de processo e compreensão mais robustos do que métricas financeiras ou de satisfação isolada.

5. Discussão

Interpretações do paciente sobre equivalência terapêutica são moldadas por fatores cognitivos e contextuais, não apenas por informação disponível. Preço e marca funcionam como sinais de qualidade na economia cotidiana e, por isso, influenciam as expectativas de eficácia. Quando o paciente conclui que “barato é fraco” ou que “mudança de marca significa mudança de tratamento”, tende a adotar estratégias compensatórias de risco: testar por menos dias, alternar apresentações, reduzir dose para “evitar reação”, ou manter duas opções simultaneamente. Essas estratégias, embora subjetivamente racionais para o paciente, aumentam a probabilidade de erro e fragilizam a adesão. Assim, equivalência terapêutica precisa ser tratada como determinante comportamental do uso do medicamento, com implicações clínicas comparáveis às de uma orientação de posologia.

Nesse contexto, educação farmacêutica assume natureza de intervenção de segurança. O foco não recai em persuadir o paciente, mas em reduzir a assimetria informacional que alimenta decisões inseguras. Mensagens eficazes apresentam critérios em linguagem funcional, delimitam limites de substituição e conectam a decisão ao uso domiciliar correto. A orientação deve evitar dois extremos: tecnicismo que produz assentimento sem entendimento e simplificação que produz confiança indevida. Em ambos os casos, o risco aumenta: no primeiro, porque o paciente sai sem

capacidade de agir; no segundo, porque sai com falsa segurança e pode ignorar sinais relevantes.

Importa diferenciar decisão informada de “aceitação”. Decisão informada envolve o paciente compreender o que está levando e por que aquela escolha é razoável no contexto de seu tratamento, além de saber o que fazer para evitar erros e quando buscar ajuda. A prática de decisão compartilhada, aplicada ao balcão, não exige longas discussões; exige reconhecimento de dúvidas, apresentação clara de alternativas e verificação mínima de entendimento. Sem esse núcleo, a decisão é apenas transação com consentimento aparente, e não orientação clinicamente efetiva.

Confiabilidade do serviço depende de reduzir o “efeito atendente”. Em redes, rotatividade e heterogeneidade de equipes tornam a variação comunicacional um risco estrutural. Padronizar não significa scripts rígidos; significa estabilizar invariantes que reduzem a variação perigosa. Com invariantes definidos, treinamento se torna mais objetivo, auditoria leve se torna possível e melhoria incremental deixa de depender de impressões. Esse ponto é crucial para robustez: sem padronização mínima, qualquer avaliação posterior sofre confusão de implementação — não se sabe se falha de desfecho decorre do modelo ou da execução inconsistente.

A intervenção também deve ser analisada pela lente de viabilidade. Muitos modelos educacionais fracassam por exigirem tempo incompatível com o balcão. Viabilidade, aqui, decorre de desenho enxuto e seletivo: orientação breve aplicada em atendimentos elegíveis, checagem de compreensão em situações de maior risco e registro mínimo que permita governança sem burocratizar. A seletividade é parte do rigor: concentra-se esforço onde a probabilidade de dano evitável é maior, em vez de distribuir aconselhamento extenso indiscriminadamente.

A avaliação precisa lidar com limites metodológicos típicos do cenário comunitário. Adesão e compreensão são afetadas por variáveis externas (gravidade do quadro, custo, acesso, influência de terceiros, nível de escolaridade em saúde), além de vieses de auto-relato. Por isso, métricas devem privilegiar medidas de processo e compreensão observável, complementadas por proxies de segurança. Teach-back, por exemplo, transforma “entendi” em desempenho comunicacional verificável. Indicadores de processo, como completude mínima da orientação em casos elegíveis, ajudam a separar efeito do conteúdo de falha de implementação. Proxies de segurança, como duplicidade percebida e retorno por confusão, aproximam mensuração do dano evitável sem exigir acompanhamento clínico longitudinal difícil de obter no balcão.

Do ponto de vista de implementação, adoção e fidelidade demandam mecanismos de reforço. Treinamento inicial sem manutenção tende a degradar sob pressão de tempo.

Supervisão por amostragem, microtreinamentos periódicos, revisão de casos emblemáticos e padronização de frases-chave reduzem deriva de prática. Registro mínimo funciona como infraestrutura de governança: não para vigiar indivíduos, mas para tornar visível a execução do processo, permitindo correção rápida e aprendizado institucional.

Por fim, a robustez conceitual depende de sustentar coerência causal sem afirmar efeitos não mensurados. O encadeamento proposto é testável: orientação estruturada reduz confusão; menor confusão aumenta consistência do uso; uso mais consistente reduz erros evitáveis e interrupção por insegurança; melhor compreensão melhora decisão informada e fortalece confiança no serviço. Cada elo desse encadeamento pode ser medido por indicadores pragmáticos em desenho prospectivo simples, preservando viabilidade operacional e reduzindo o risco de conclusões indevidas.

6. Considerações finais

Segurança no uso de medicamentos em ambiente comunitário depende, em grande medida, de comunicação clínica executável no ponto de compra e aplicável no uso domiciliar. Equivalência terapêutica, quando não compreendida, alimenta decisões inseguras e comportamentos compensatórios que comprometem adesão, continuidade e prevenção de erros evitáveis. Transformar esse tema em rotina de educação farmacêutica exige tratar orientação como processo: conteúdo essencial padronizado, linguagem consistente, verificação de compreensão e registro mínimo compatível com governança.

Robustez operacional não é produto de discursos amplos, mas de microprocessos confiáveis. Inserida no fluxo do balcão, a intervenção precisa manter equilíbrio entre precisão e clareza, evitando tanto tecnicismo quanto simplificações perigosas. Teach-back, aplicado seletivamente, fornece mecanismo de segurança com custo moderado e alto valor, ao reduzir “falsa compreensão” e permitir correção imediata. Padronização de invariantes comunicacionais reduz variação entre atendentes e protege a confiança do paciente, elemento decisivo para continuidade terapêutica.

Evidência empírica de impacto requer mensuração prospectiva; ausência de base longitudinal impede quantificação responsável. Ainda assim, existe trajetória metodológica viável: institucionalizar registro mínimo, coletar indicadores de processo e compreensão por amostragem, monitorar proxies de segurança e utilizar auditoria leve para sustentar fidelidade. Com isso, torna-se possível evoluir de uma prática clínica plausível para avaliação pragmática consistente, reduzindo risco de inferência indevida e fortalecendo a replicabilidade.

Como estratégia de saúde pública no cotidiano, educação em equivalência terapêutica ocupa posição privilegiada: atua em ponto de contato frequente, atende uma dúvida recorrente e incide sobre um dos principais determinantes de dano evitável fora do hospital — uso domiciliar confuso. Sustentada por padronização, treinamento aplicado e governança leve, essa intervenção tende a reforçar o papel da farmácia comunitária como serviço de saúde: não apenas dispensar, mas reduzir risco por compreensão e orientar decisão informada de forma consistente.

Referências

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Health literacy universal precautions toolkit. 2. ed. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2015. (AHRQ Publication No. 15-0023-EF). Disponível em: <https://labpages2.moffitt.org/media/1499/ahrq-hl-toolkit-2nd-edition-2015.pdf>.

BERKMAN, N. D.; SHERIDAN, S. L.; DONAHUE, K. E.; HALPERN, D. J.; CROTTY, K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, v. 155, n. 2, p. 97-107, 2011. DOI: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.

CHARLES, C.; GAFNI, A.; WHELAN, T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, v. 44, n. 5, p. 681-692, 1997.

COCHRANE CONSUMERS AND COMMUNICATION GROUP. Improving communication in healthcare: evidence and implications. [Referência não confirmada com estes dados — ver lista ao final].

DAVIS, T. C.; WOLF, M. S.; BASS, P. F.; THOMPSON, J. A.; TILSON, H. H.; NEUBERGER, M.; PARKER, R. M. Literacy and misunderstanding prescription drug labels. *Annals of Internal Medicine*, v. 145, n. 12, p. 887-894, 2006.

ELWYN, G.; FROSCHE, D.; THOMSON, R.; JOSEPH-WILLIAMS, N.; LLOYD, A.; KINNERSLEY, P.; CORDING, E.; TOMSON, D.; DODD, C.; ROLLNICK, S.; EDWARDS, A.; BARRY, M. Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, v. 27, n. 10, p. 1361-1367, 2012.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY. Guideline on the investigation of bioequivalence (Rev. 1). London: EMA, 2010. Disponível em: https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/guideline-investigation-bio-equivalence-rev1_en.pdf.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (UNITED STATES). Approved drug products with therapeutic equivalence evaluations (Orange Book). Silver Spring, MD: U.S. FDA, 2026. Disponível em: <https://www.fda.gov/drugs/drug-approvals-and-databases/approved-drug-products-therapeutic-equivalence-evaluations-orange-book>.

FRANSEN, M. P.; VAN SCHAIK, T. M.; TWICKLER, T. B.; ESSINK-BOT, M. L. Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. *Journal of Health Communication*, v. 16, supl. 3, p. 134-149, 2011.

GRISSINGER, M. The five rights: a destination without a map. *P T*, v. 35, n. 10, p. 542, 2010. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2957754/>.

HERSH, L.; SALZMAN, B.; SNYDERMAN, D. Health literacy in primary care practice. *American Family Physician*, v. 92, n. 2, p. 118-124, 2015.

HOLT, E. W.; RUNG, A. L.; LEON, K. A.; FIRESTEIN, C.; KROUSEL-WOOD, M. A. Medication adherence in older adults: a qualitative study. *Educational Gerontology*, v. 41, n. 3, p. 198-211, 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press, 2004.

KRIPALANI, S.; YAO, X.; HAYNES, R. B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine*, v. 167, n. 6, p. 540-550, 2007.

LINDQUIST, L. A.; GO, L.; FLEISHER, J.; JAIN, N.; FRIESEMA, E.; BAKER, D. W. Relationship of health literacy to intentional and unintentional non-adherence of hospital discharge medications. *Journal of General Internal Medicine*, v. 26, n. 6, p. 619-626, 2011.

MCCAFFERY, K. J.; HOLMES-ROVNER, M.; SMITH, S. K. Addressing health literacy in patient decision aids. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, v. 13, supl. 2, S10, 2013.

MORRISON, A. K.; SCHAPIRA, M. M.; GORELICK, M. H.; HOFFMANN, R. G.; BROUSSEAU, D. C. Low caregiver health literacy is associated with higher pediatric

emergency department use and nonurgent visits. *Academic Pediatrics*, v. 14, n. 3, p. 309-314, 2014.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, v. 353, n. 5, p. 487-497, 2005.

SCHILLINGER, D.; PIETTE, J.; GRUMBACH, K.; WANG, F.; WILSON, C.; DAHER, C.; LEONG GROTZ, K.; CASTRO, C.; BINDMAN, A. B. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, v. 163, n. 1, p. 83-90, 2003.

SHRANK, W. H.; COX, E. R.; FISCHER, M. A.; MEHTA, J.; CHOUDHRY, N. K. Patients' perceptions of generic medications. *Health Affairs*, v. 28, n. 2, p. 546-556, 2009.

SØRENSEN, K.; VAN DEN BROUCKE, S.; FULLAM, J.; DOYLE, G.; PELIKAN, J.; SLONSKA, Z.; BRAND, H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, v. 12, art. 80, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication without harm: global patient safety challenge on medication safety. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. Developing pharmacy practice: a focus on patient care. Geneva: WHO; The Hague: FIP, 2006.

ZOLNIEREK, K. B. H.; DIMATTEO, M. R. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care*, v. 47, n. 8, p. 826-834, 2009.