

ADESÃO À TERAPÊUTICA MÉDICA: O DESENVOLVIMENTO E A VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO

Sílvia Castro^{1,6}, Andreia Matas^{2,6}, Joana Silva^{3,4}, João Gomes^{5,6}, & Henrique Pereira^{□7,8,9}

¹Unidade Local de Saúde da Guarda, Portugal, silviaaacaastro1969@gmail.com

²Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, Portugal, andrea_matas@hotmail.com

³Unidade de Saúde Familiar de Araceti, Arazede, Portugal, joana.oliveira.silva@hotmail.com;

⁴Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

⁵Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Portugal, jomes84@gmail.com

⁶Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior, Portugal

⁷Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – Universidade da Beira Interior, Portugal, hpereira@ubi.pt

⁸Research Centre in Sports Sciences, Health Sciences and Human Development (CIDESD), Vila Real, Portugal

⁹Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS-UBI), Covilhã, Portugal

RESUMO: A adesão à terapêutica médica pode ser entendida como o processo pelo qual os doentes respeitam uma dada prescrição/recomendação médica. Para medir essa adesão, é possível a aplicação de questionários. No entanto, a disponibilidade deste tipo de instrumento está muito condicionada à adesão em patologias específicas, não havendo um questionário geral que a medisse em Portugal. Para preencher esta lacuna, desenvolveu-se a presente investigação. Tratou-se de um procedimento de construção/desenvolvimento e validação de um questionário que respeitou as análises de fiabilidade, de conteúdo e de constructo. O desenvolvimento envolveu a criação de um painel técnico para revisão de literatura e consultoria médica. Após o pré-teste, disseminou-se o questionário por via online, constituído por 35 itens, juntamente com um questionário sociodemográfico e um questionário de avaliação do Locus de Controlo para a Saúde. As respostas dos 222 indivíduos que participaram neste estudo permitiram calcular uma medida de consistência interna muito boa ($\alpha=0,80$). Da submissão dos itens à Análise Fatorial Exploratória ($KMO=0,751$), obteve-se uma solução fatorial com duas dimensões ($\alpha=0,81$ e $\alpha=0,75$, respetivamente). Também se obtiveram resultados positivos para a validade convergente (adesão à terapêutica*locus de controlo para a saúde= $0,412$; $p<0,001$). O questionário de avaliação da adesão à terapêutica médica desenvolvido e validado na presente investigação tem boas propriedades psicométricas e está apto à avaliação da adesão em contexto clínico e de investigação nesta área.

Palavras-Chave: Adesão à terapêutica médica, questionário.

ADHERENCE TO MEDICAL THERAPY: THE DEVELOPMENT AND THE VALIDATION OF A QUESTIONNAIRE

ABSTRACT: Adherence to medical therapy can be understood as the process by which patients respect a given medical prescription/recommendation. To measure this

□ Universidade da Beira Interior, Convento de Santo António, 6201-001, Covilhã – Portugal. Email: hpereira@ubi.pt

QUESTIONÁRIO DE ADESÃO À TERAPÊUTICA MÉDICA

adherence, it is possible to apply questionnaires. However, the availability of this type of instrument is highly conditioned on adherence to specific pathologies, and there is no general questionnaire to measure it in Portugal. To fill this gap, the present investigation was developed. This was a procedure of construction / development and validation of a questionnaire that respected reliability, content and construct analyzes. The development involved the creation of a technical panel for literature review and medical consultancy. After the pre-test, the questionnaire was disseminated online, consisting of 35 items, together with a sociodemographic questionnaire and a questionnaire to assess the Health Locus of Control. The responses of the 222 individuals who participated in this study made it possible to calculate a measure of very good internal consistency ($\alpha = 0,80$). From the submission of items to Exploratory Factor Analysis (KMO = 0,751), a factorial solution with two dimensions was obtained ($\alpha = 0,81$ and $\alpha = 0,75$, respectively). Positive results were also obtained for convergent validity (adherence to therapy*control locus for health = 0,412; $p < 0,001$). The questionnaire for assessing adherence to medical therapy developed and validated in the present investigation has good psychometric properties and is capable of assessing adherence in a clinical and research context in this area.

Keywords: Adherence to medical therapy, questionnaire

Recebido a 15 de Outubro de 2020/ Aceite a 22 de Outubro de 2020

A adesão às terapêuticas prescritas é um tema de extrema importância, quer na gestão eficaz da doença na prática clínica, quer pelo seu papel fundamental na gestão da medicação, particularmente no que diz respeito à doença crónica (Cramer et al., 2008; Vrijens, et al., 2012), uma vez que se estima um impacto económico mundial das doenças crónicas em cerca de 65% das despesas para a saúde em todo o mundo (Munger et al., 2007). A utilização do termo “adesão” nem sempre é fácil. Têm-se usado as expressões cumprimento (compliance) e adesão à terapêutica (adherence) de forma indistinta ao longo do tempo em vários estudos realizados. Por exemplo, “compliance” foi definida como o ponto em que o comportamento de uma pessoa coincide com o conselho médico ou de saúde (Baumgartner et al., 2018, p. 2). Tal conceito assenta numa premissa (que posteriormente foi questionada) de mera obediência da parte do paciente em relação a indicações médicas impositivas. Posteriormente, foi proposto o termo adesão, através do qual se reconhece que o paciente não é um sujeito passivo, devendo a adesão ser um sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue (Bugalho & Carneiro, 2001). Para tal, é necessária uma abordagem bio-psicosocial que encare os doentes como parceiros ativos no percurso terapêutico. Neste sentido, os comportamentos de não-adesão devem ser entendidos como respostas dos indivíduos à falta de coincidência entre as suas ideias e as do médico relativamente aos seus problemas e/ou tratamentos (Donovan & Blake, 1992; Klein & Gonçalves, 2005).

De uma forma geral, a adesão à terapêutica refere-se ao processo pelo qual os doentes tomam os medicamentos de acordo com uma dada prescrição/recomendação médica, integrando três componentes distintas entre si: iniciação (também descrita na literatura como adesão primária e sempre que o paciente toma a primeira dose do medicamento prescrito), implementação (tendo em conta a posologia prescrita até à última dose) e descontinuação (marca o fim do tratamento, não sendo tomadas mais doses posteriormente). O período entre a iniciação e a descontinuação denomina-se persistência (Andrade et al., 2006; Halpern et al., 2006; Raebel et al., 2013; Vrijens et al., 2012).

A adesão à terapêutica é habitualmente expressa como uma fração ou percentagem das doses prescritas e que foram realmente tomadas pelo doente durante um período específico. As taxas de

adesão são tipicamente mais elevadas entre os doentes com condições agudas quando comparadas com doentes com condições crónicas; a persistência entre doentes com condições crónicas é baixa, baixando mais acentuadamente após os primeiros seis meses de tratamento (Cramer et al., 2003; Haynes et al., 2002; Jackevicius et al., 2002).

A falta de adesão ocorre quando o comportamento do paciente não coincide com as recomendações do médico ou de outro profissional de saúde, não se circunscrevendo a definição do conceito apenas a desvios na aplicação do regime terapêutico tal como foi prescrito, mas também ao facto de não seguir as indicações relativas a alterações nos hábitos de saúde e estilos de vida no sentido de adotar práticas saudáveis, bem como não comparecer a consultas médicas previamente marcadas ou não realizar exames complementares de diagnóstico (Osterberg & Blaschke, 2005). Na realidade muita investigação tem sido desenvolvida no sentido de captar a dimensão do fenómeno, dadas as importantes repercussões que a falta de adesão assume na saúde pública, podendo resultar no agravamento do estado de saúde do paciente, ocasionando, eventualmente, erros diagnósticos e de tratamento e, mesmo, obrigar a prescrições posteriores de mais fármacos, à necessidade da realização de novos procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos mais dispendiosos e complexos, a ida a mais consultas, a utilização de serviços de urgência, o aumento de hospitalizações e/ou despesas desnecessárias (Epstein & Cluss, 1982).

As causas da não-adesão à medicação são complexas. A Organização Mundial de Saúde definiu cinco grupos de fatores, designados “dimensões”, compreendendo fatores socioeconómicos, relativos à terapêutica, relativos ao doente, relativos às condições de saúde e sistema de saúde (Jüngst et al., 2019). Em relação aos fatores socioeconómicos, a variável género, apesar de frequentemente avaliada, não tem demonstrado uma relação consistente com o grau de adesão terapêutica (Vermeire et al., 2001). No que diz respeito à idade, com o avançar da idade a adesão à terapêutica fica mais comprometida no contexto do envelhecimento da população (Griffith, 1990), no entanto, outros estudos concluem que a adesão nos idosos pode ser igual ou superior por comparação com faixas etárias mais jovens (Elliott et al., 2005), pois entre estes pode haver diminuição da adesão por falta de supervisão, maior autonomia, devido à autoimagem e influências sociais (Bugalho & Carneiro, 2001). O baixo nível de escolaridade, mas sobretudo o baixo rendimento, o desemprego ou a falta de estabilidade no emprego, o isolamento social do paciente ou a distância geográfica da farmácia e das unidades de cuidados de saúde que obrigam a custos adicionais devido às distâncias a percorrer, o meio social, a instabilidade habitacional, o facto de o indivíduo pertencer ou não a um núcleo familiar estruturado, uma situação conjugal estável, o apoio das redes sociais para cumprir o tratamento, são também condicionantes da adesão (Levy & Feld, 1999). No que diz respeito aos fatores associados ao próprio tratamento, os mais relevantes são a duração e complexidade do tratamento (Goldberg et al., 1998). Dentro dos fatores referentes à doença, a gravidade da doença e dos sintomas surgem paradoxalmente, essencialmente se não envolvem dor, em segundo plano como explicação para a falta de adesão às terapêuticas. Os fatores com maior relevância são a cronicidade da doença, a ausência de sintomatologia ou condições sintomáticas moderadas, a existência de uma ou mais doenças concomitantes, especialmente se afetar a capacidade cognitiva do indivíduo (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001) e, ainda, a forma como a doença irá progredir e as suas desvantagens específicas (Cabral & Silva, 2010). A patologia psiquiátrica, nomeadamente a depressão e as personalidades hipocondríacas, também a condicionam (Bugalho & Carneiro, 2001). Finalmente, os fatores ligados à relação do paciente com os profissionais e serviços de saúde são cada vez mais reconhecidos como determinantes para a adesão à terapêutica. É relevante a confiança que o paciente tem no tratamento em si, mas também a qualidade do vínculo que o doente estabelece com o médico e a confiança que nele deposita, bem como nos cuidados de saúde em geral (Marinker & Shaw, 2003).

A adesão à terapêutica tem sido monitorizada desde Hipócrates. Mesmo atualmente, os relatos dos próprios doentes podem, simples e eficazmente, medir a adesão. No entanto, os métodos mais acessíveis para medir a adesão podem ser divididos em diretos e indiretos. São exemplos de

QUESTIONÁRIO DE ADESÃO À TERAPÊUTICA MÉDICA

métodos diretos a observação da toma da medicação, medida das concentrações sanguíneas e/ou urinárias do fármaco ou seu metabolito e medida do nível sanguíneo do marcador biológico. Os métodos indiretos incluem perguntar ao doente sobre a dificuldade ou facilidade em tomar a terapêutica prescrita, avaliar a resposta clínica, proceder à contagem dos comprimidos, taxas de renovação da prescrição, questionários dirigidos aos doentes/autorrelatos dos doentes, uso de monitorização eletrónica da medicação, medição de marcadores fisiológicos, pedir ao doente a realização de diários de medicação e avaliar a adesão das crianças pedindo a colaboração do cuidador. Embora alguns métodos de medição da adesão possam ser preferidos em situações clínicas ou de investigação específicas, uma combinação de medidas pode aumentar a eficácia dessa avaliação (Osterberg & Blaschke, 2005).

Neste sentido, a inquirição da adesão à terapêutica pela via do questionário tem sido utilizada amplamente, sobretudo na avaliação da adesão à terapêutica numa patologia específica (por exemplo, questionário MBG para avaliar a adesão terapêutica na hipertensão arterial) (Alfonso et al., 2008), não tendo sido encontrado nenhum instrumento para a avaliação mais global da adesão à terapêutica na realidade portuguesa. Dadas estas circunstâncias, o objetivo dos autores foi construir e validar um questionário de adesão às prescrições médicas, para uma amostra portuguesa, que possa ser usado por vários médicos que pretendam avaliar esta medida no seu trabalho.

MÉTODO

Participantes

Foram obtidos um total de 222 questionários válidos. Os participantes são, maioritariamente do género feminino (75,2%), com uma média de idade de 43,29 anos ($DP: \pm 11,197$) e com uma amplitude que varia entre os 18 e os 73 anos. A maioria dos inquiridos é casada ou vive em união de facto (66,2%), vive num meio urbano (82,5%), tem formação universitária (71,2%), pertence a um grupo socioeconómico médio (62,6%) e trabalha por conta de outrem (62,6%). Na amostra, os inquiridos com e sem patologia distribuem-se equitativamente (49,5%) e 55% tomam medicação regularmente. Quanto o estilo de vida verificou-se que apenas 17,6% são fumadores, 37,4% consomem bebidas alcoólicas e 46,8% praticam atividade física (ver quadro 1).

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Idade	Média	43,29
	(Desvio Padrão)	(DP: 11,197)
	Amplitude	18 – 73
Género <i>n</i> (%)	Feminino	67 (75,2)
	Masculino	54 (24,3)
Estado Civil <i>n</i> (%)	Solteiro	36 (16,2)
	Casado/União de Facto	147 (66,2)
	Divorciado/Separado	22 (9,9)
	Viúvo	4 (1,8)
	Outro	12 (5,4)
Local de Residência <i>n</i> (%)	Meio urbano	183 (82,5)
	Meio Rural	38 (17,1)
Estatuto Socio Económico <i>n</i> (%)	Baixo	11 (5,0)
	Baixo-Médio	38 (17,1)
	Médio	139 (62,6)
	Médio-Alto	31 (14,0)
	Alto	1 (0,5)
Patologia <i>n</i> (%)	Sim	110 (49,5)
	Não	110 (49,5)
Uso regular de medicação <i>n</i> (%)	Sim	122 (55,0)
	Não	97 (43,7)
Escolaridade <i>n</i> (%)	Até 9 anos	11 (5,0)
	9 – 12 anos	52 (23,4)
	Licenciatura/Bacharelato	87 (39,2)
	Mestrado/Doutoramento	71 (32,0)
Situação Profissional <i>n</i> (%)	Desempregado	18 (8,1)
	Estudante	10 (4,5)
	Trabalhador-estudante	8 (3,6)
	Trabalhador por conta de outrem	139 (62,6)
	Trabalhador por conta própria	24 (10,8)
	Reformado	20 (9,0)
Hábitos tabágicos <i>n</i> (%)	Sim	39 (17,6)
	Não	182 (82,0)
Hábitos etílicos <i>n</i> (%)	Sim	83 (37,4)
	Não	138 (62,2)
Prática de Exercício Físico <i>n</i> (%)	Sim	104 (46,8)
	Não	117 (52,7)

Medidas

O protocolo de avaliação de adesão às prescrições médicas, proposto e validado, engloba três questionários. O primeiro questionário é composto por doze itens e visa a recolha de informações sociodemográficas dos participantes, como o género sexual, estado marital, local de residência, nível de escolaridade, situação profissional, estado socioeconómico, doenças diagnosticadas, medicação habitual, hábitos tabágicos e alcoólicos, atividade desportiva, peso e altura. O segundo questionário, construído e validado no presente trabalho e cujos procedimentos a seguir se descrevem, abrange trinta e cinco itens e pretende avaliar a adesão dos participantes às prescrições médicas, com recurso a resposta em escala do tipo Likert de 5 pontos (1=discordo totalmente,

QUESTIONÁRIO DE ADESÃO À TERAPÊUTICA MÉDICA

2=discordo moderadamente, 3=neutro, 4=concordo moderadamente, 5=concordo totalmente). A terceira medida é o questionário de locus de controlo de saúde (Ribeiro, 1994) amplamente utilizado em estudos de controlo de saúde; contempla catorze itens, como por exemplo, o item 2 “As pessoas que nunca adoecem é porque têm muita sorte” ou o item 7 “Muitas das coisas que afetam a saúde das pessoas são fruto do acaso”, sendo a resposta igualmente fornecida em escala do tipo Likert de 7 pontos, variando entre o “discordo totalmente” e o “concordo totalmente”.

Procedimentos

O processo de construção do questionário de avaliação de adesão à terapêutica médica englobou diversas etapas complementares. Foi feita uma revisão extensa da literatura no sentido de adquirir e aprofundar conhecimentos relativos ao tema da adesão médica e de obter os métodos imprescindíveis para a sua avaliação. De seguida, quatro especialistas médicos foram questionados sobre as dimensões cruciais para os doentes e inerentes à temática da adesão à terapêutica. Criou-se um painel técnico constituído por quatro especialistas médicos e um especialista em elaboração de questionários que produziram e corrigiram as questões adequadas para a avaliação das dimensões escolhidas, tendo em conta, o devido rigor linguístico e gramatical, evitando ambiguidades e adotando uma linguagem clara. No sentido de melhor avaliar a natureza subjetiva do constructo, definiu-se o formato de resposta em escala do tipo Likert, incentivando os participantes a adotarem uma posição perante os itens descritos (discordo totalmente, discordo moderadamente, neutro, concordo moderadamente, concordo totalmente). Procedeu-se a uma fase de pré-teste mediante a aplicação do questionário por via online a 25 participantes, com o intuito de identificar eventuais dificuldades de interpretação dos itens mencionados e/ou outras limitações. Após o ajuste e a correção das formulações, o grupo de peritos obteve a versão final, constituída por trinta e cinco itens. A recolha dos dados foi realizada entre os dias 15 de Fevereiro e 13 de Março de 2020, tendo-se disponibilizado o questionário por via online através de um site criado para o efeito e procedido à sua disseminação através de redes sociais e mailing lists. Os direitos dos participantes, estabelecidos na Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, nomeadamente, o anonimato e a confidencialidade foram devidamente acautelados. A informação presente no consentimento informado foi lida e aceite por todos os participantes e os dados posteriormente obtidos foram guardados em bases de dados encriptadas, sem referência aos IP's dos mesmos.

Os dados recolhidos e as características psicométricas do instrumento foram seguidamente avaliados mediante a utilização do software IBM SPSS Statistics 26.0®. Foi elaborada uma análise descritiva sumária por forma a caracterizar a amostra obtida. A comparação entre dois grupos foi estabelecida através do teste T de Student e a comparação entre três ou mais grupos foi obtida com recurso ao teste ANOVA.

RESULTADOS

Relativamente à análise da fiabilidade, procedeu-se ao cálculo da consistência interna do Questionário de Adesão à Terapêutica Médica (QATM) tendo sido obtido um valor de *Alpha de Cronbach* muito bom (0,80) (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Relativamente à validade do conteúdo, procedeu-se à realização dos testes *Kaiser-Meyer-Olkin*, cujo valor é de 0,751, e Teste de esfericidade de *Barlett* cujo nível de significância é $<0,001$. Baseados nestes resultados admitiu-se a aplicação da análise fatorial exploratória tendo em conta a originalidade do questionário. A análise dos componentes principais com uma rotação Varimax (ver quadro 2), juntamente com a análise do *scree plot*, mostra a presença de 2 fatores que explicam 29,4% da variância total. Foram estudadas várias soluções e chegou-se a conclusão que esta seria a mais adequada. O item 31 não foi incluído

em nenhum dos fatores por apresentar níveis de associação confusionais entre os dois possíveis fatores. Realizada a análise de consistência interna para cada um dos fatores, verificamos que o valor de Alpha de Cronbach do fator 1 e do fator 2 são, respetivamente, 0,81 (muito bom) e 0,75 (bom).

Quadro 2. Resultados para a Análise Fatorial Exploratória com rotação Varimax

Item	Fator	
	1	2
1. É-me fácil cumprir as suas recomendações.	0,732	- 0,114
2. Sinto-me capaz de lidar com as adversidades seguindo os seus conselhos.	0,686	- 0,209
3. Tomo os medicamentos que ele/ela recomenda.	0,691	- 0,168
4. Sou capaz de gerir a minha medicação sozinho/a.	0,361	0,064
5. Pesquisa ativamente informações sobre o medicamento.	0,181	0,352
6. Habitualmente, sigo os seus conselhos.	0,771	- 0,101
7. Não abandono a medicação se conhecer antecipadamente os seus potenciais efeitos adversos.	0,518	0,062
8. Cumpro melhor as prescrições que atuam mais rapidamente.	0,298	0,468
9. Tendo a cumprir melhor as prescrições se souber que vão melhorar as minhas análises.	0,409	0,483
10. Sigo o plano de exercício físico que ele/ela recomenda.	0,295	0,061
11. Preciso de ajuda para cumprir adequadamente a medicação.	- 0,060	0,337
12. Tendo a cumprir melhor a medicação se a minha doença for grave.	0,222	0,521
13. Altero os meus comportamentos de acordo com as suas recomendações.	0,476	0,116
14. Já abandonei alguma medicação devido ao seu preço.	0,258	- 0,453
15. A qualidade da explicação que o/a meu/minha médico/a me fornece influencia a minha decisão de tomar a medicação.	0,390	0,488
16. É fácil, para mim, introduzir alterações na minha dieta alimentar.	0,375	0,116
17. É importante, para mim, obter uma segunda opinião médica.	0,209	0,442
18. Tendo a cumprir mais as prescrições se reconhecer os seus benefícios.	0,369	0,662
19. Consigo alterar os meus hábitos de sono conforme as suas indicações.	0,382	0,118
20. O preço dos medicamentos impede a toma da medicação.	0,231	- 0,455
21. Adiro melhor às prescrições médicas se vários/as médicos/as tiverem a mesma opinião.	0,128	,657
22. Confio mais no meu médico/na minha médica de família do que no/na médico/a de especialidade hospitalar.	-0,064	0,244
23. A opinião dos outros (amigos e/ou familiares) influencia a minha adesão às prescrições médicas.	- 0,160	0,428
26. Já abandonei uma prescrição por não ter tido acompanhamento médico regular.	- 0,243	0,418
27. Cumpro mais facilmente uma prescrição que tolere melhor.	0,226	0,446
28. Sinto confiança na classe médica.	0,652	- 0,076
29. O número de tomas diárias condiciona o cumprimento da medicação.	0,057	0,408
30. Não abandono uma dada prescrição por ter tido uma má experiência no passado com essa mesma prescrição.	0,390	0,007
31. O apoio da minha família e/ou amigos é fundamental no cumprimento das medidas sugeridas pelo/a médico/a.	0,250	0,215
32. Já alterei a toma da medicação após ter pesquisado por mim próprio/a mais informações sobre o medicamento.	- 0,321	0,562
33. Aderir às prescrições médicas melhora a minha qualidade de vida.	0,652	- 0,061
34. Deixo de tomar mais facilmente a medicação que não me alivia os sintomas.	0,029	0,420
35. Considero que uma boa qualidade dos cuidados de saúde influencia positivamente a minha adesão às prescrições.	0,500	0,292
	$\alpha=0,81$	$\alpha=0,75$

QUESTIONÁRIO DE ADESÃO À TERAPÊUTICA MÉDICA

Procedeu-se à comparação dos níveis de adesão à terapêutica entre grupos específicos (ver quadro 3). Constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre quem tem doença crónica e quem não tem, sendo o nível de adesão às terapêuticas superior no segundo grupo [$t(218)=-3,38; p<0,001$]. Relativamente à toma de medicação crónica verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas, sendo que quem não toma medicação habitualmente, tende a aderir mais a terapêutica [$t(218)=-3,38; p<0,001$]. Verificaram-se, ainda, diferenças estatisticamente significativas com maiores níveis de adesão em quem pratica atividade física [$t(219)=2,07; p=0,040$]. O nível de adesão às terapêuticas é superior nos indivíduos com mais habilitações literárias, sendo essa diferença estatisticamente significativa [$F(217) = 9,08; p< 0,001$]. Tendo em conta, a situação profissional verificou-se um maior nível de adesão às terapêuticas, com significado estatístico, nos trabalhadores-estudantes [$F(217)=9,08; p=0,012$]. Demonstrou-se que quanto menor o estado socioeconómico, menor a adesão às terapêuticas, sendo estas diferenças estatisticamente significativas [$F(217)=9,08; p<0,001$]. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros ($p=0,569$), estado marital ($p=0,381$), hábitos tabágicos ($p=0,165$), hábitos alcoólicos ($p=0,653$) e local de residência ($p=0,355$).

Quadro 3. Resultados para a comparação dos níveis de adesão à terapêutica entre grupos específicos

	Variável	Média	t(df)/F(df)	p
Género	Feminino	3,38	t(219) = 0,57	0,569
	Masculino	3,43		
Doença	Sim	3,27	t(218) = - 3,38	0,000**
	Não	3,51		
Estado marital	Casado	3,36	F(217) = 1,07	0,381
	Solteiro	3,47		
	Divorciado/Separado	3,28		
	União de facto	3,53		
	Compromisso afetivo	3,26		
Medicação	Sim	3,27	t(217) = - 3,60	0,000**
	Não	3,53		
Hábitos tabágicos	Sim	3,28	t(219) = - 1,40	0,165
	Não	3,42		
Hábitos alcoólicos	Sim	3,41	t(219) = 0,45	0,653
	Não	3,38		
Atividade Física	Sim	3,47	t(219) = 2,07	0,040*
	Não	3,32		
Local de Residência	Pequena Cidade	3,43	F(217) = 1,09	0,355
	Grande Cidade	3,37		
	Pequeno meio rural	3,42		
	Grande meio rural	3,18		
Escolaridade	Até 9 anos	2,70	F(217) = 9,08	0,001**
	Até 12 anos	3,29		
	Licenciatura	3,46		
	Mestrado/Doutoramento	3,49		
Situação profissional	Desempregado	3,39	F(213) = 3,00	0,012*
	Estudante	3,34		
	Trabalhador-estudante	3,65		
	Trabalhador por conta de outrem	3,42		
	Trabalhador por conta própria	3,50		
	Reformado	2,99		
Estado socioeconómico	Baixo	2,81	F(215) = 5,37	0,001**
	Baixo-médio	3,31		
	Médio	3,41		
	Médio-Alto	3,57		
	Alto	4,27		

* $<0,05$; ** $<0,001$

Para medir a validade do constructo optou-se pela validade convergente que permite avaliar a correlação dos itens do questionário de adesão terapêutica com o questionário de Locus-de-Controlo em Saúde (LCS) (Ribeiro, 1994) que é um questionário amplamente utilizado, com boas propriedades psicométricas. Utilizou-se como critério para considerar a existência de uma associação convergente forte e positiva, ter uma correlação igual ou superior a 0,30. Tendo sido obtida uma correlação de 0,42 podemos concluir que se verifica uma correlação forte e positiva entre a média dos itens do questionário elaborado e o LCS com um uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Foi também verificada uma correlação forte, positiva e significativa

QUESTIONÁRIO DE ADESÃO À TERAPÊUTICA MÉDICA

(quadro 5) entre os fatores 1 e 2, e a adesão global com o LCS podemos afirmar que existe validade convergente entre os constructos.

Quadro 5. Resultados para a validade convergente (dimensões 1 e 2, e a adesão global com o LCS)

	Fator 1	Fator 2	Adesão global	LCS
Fator 1	-	-	-	-
Fator 2	0,326**	-	-	-
Adesão global	0,833**	0,790**	-	-
LCS	0,535**	0,153*	0,419**	-

*<0,05; **<0,001

DISCUSSÃO

Tendo em conta os valores obtidos em toda a análise estatística efetuada no processo de validação deste questionário, nomeadamente a consistência interna e a análise fatorial, podemos afirmar que este instrumento mede aquilo que se propõe medir, ou seja, a adesão às prescrições médicas numa amostra da população portuguesa. Da análise efetuada aos resultados foi possível constatar que relativamente à adesão às terapêuticas na amostra da população portuguesa obtida não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre género, hábitos tabágicos, local de residência e estado marital.

Tal como já constatado em estudos anteriores (Cramer et al., 2003; Haynes et al., 2002; Jackevicius et al., 2002), também no neste estudo verificámos que a adesão à terapêutica é superior nos indivíduos sem doença crónica e que não tomem medicação regular. Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de muitas patologias crónicas serem assintomáticas e os doentes não notarem benefício a curto prazo na melhoria clínica.

Tal como seria expectável, e à semelhança do constatado em estudos prévios, um maior nível socioeconómico e maior nível de escolaridade associam-se a uma maior adesão terapêutica (Bugalho & Carneiro, 2001; Levy & Feld, 1999). Sendo a amostra representada por indivíduos diferenciados, isto poderá explicar o facto de não se encontrar uma diferença significativa em termos de adesão entre géneros, o que vai de encontro à literatura já existente que não tem demonstrado uma relação consistente (Vermeire et al., 2001). Fazendo a prática de atividade física parte integrante de um plano terapêutico, compreende-se que os seus praticantes tenham também maior adesão global às prescrições médicas. Pelo contrário, os indivíduos que têm hábitos etílicos e/ou tabágicos tendem a ter menor adesão terapêutica.

Ao longo do processo deparámo-nos com algumas limitações, como o facto da recolha da amostra ter sido recolhida por conveniência; ter sido observado o efeito da desejabilidade social inerente à inquirição por questionário, o que poderá interferir nos resultados, criando um possível erro de medida; a recolha dos dados ter sido realizada online; se, por um lado facilitou a disseminação do inquérito, por outro limitou a amostra a participantes acessíveis a este meio; por fim, o facto de a amostra ser constituída por elementos com diferenciados pode ter criado experiência de contactos com os serviços de saúde de uma forma também mais diferenciada. Dada a validade do instrumento apresentado e a sua pertinência de aplicação na prática clínica, será importante, numa perspetiva futura, novas avaliações em amostras com características sociodemográficas mais abrangentes.

Assim, conclui-se que o questionário salvaguarda a importante perspetiva subjetiva do doente, impondo-se como um instrumento válido com potenciais implicações na adesão terapêutica, na modificação de comportamentos dos profissionais de saúde e na otimização dos fatores que

facilitam a mesma. Permite, também, avaliar os níveis de adesão em contexto geral, permitindo continuar a investigação nesta área.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

REFERÊNCIAS

- Alfonso, L. M., Vea H. D. B., & Ábalo, J. A. G. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(1).
- Andrade, S. E., Kahler, K. H., Frech, F., & Chan, K. A. (2006). Methods for evaluation of medication adherence and persistence using automated databases. *Pharmacoepidemiology & Drug Safety*, 15(8), 565–567. <https://doi.org/10.1002/pds.1230>
- Baumgartner, P. C., Haynes, R. B., Hersberger, K. E., & Arnet, I. (2018). A Systematic Review of Medication Adherence Thresholds Dependent of Clinical Outcomes. *Frontiers in pharmacology*, 9, 1290. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.01290>
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2001). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. NOC Adesão Ter [Internet]. Retirado de: <https://cembe.org/avc/docs/NOC deAdesão a Patologias Crónicas CEMBE 2004.pdf>
- Cabral, M. V., Silva, P. A. da (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas, os hábitos de saúde e o consumo de medicamentos*. ICS: Imprensa de Ciências Sociais
- Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C.J., Fuldeore, M. J., & Ollendorf, D. A. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*, 11(1), 44–47. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x>
- Cramer, J., Rosenheck, R., Kirk, G., Krol, W., & Krystal, J. (2003). Medication compliance feedback and monitoring in a clinical trial: predictors and outcomes. *Value Health*, 6(5), 566–573. <https://doi.org/10.1046/j.1524-4733.2003.65269.x>

QUESTIONÁRIO DE ADESÃO À TERAPÊUTICA MÉDICA

- Donovan, J. L., & Blake, D. R. (1992). Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Social Science and Medicine*, 34(5), 507-513. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90206-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90206-6)
- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. K. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(Suppl 1), S57-60. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(01\)00457-7](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(01)00457-7)
- Elliott, R. A., Barber, N., & Horne, R. (2005). Cost-effectiveness of adherence-enhancing interventions: a quality assessment of the evidence. *Annals of Pharmacotherapy*, 39(3), 508-515. <https://doi.org/10.1345/aph.1E398>
- Epstein, L. H. & Cluss, P. A. (1982). A behavioural medicine perspective on adherence vs long-term medical regimens. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 950-71.
- Goldberg, A. I., Cohen, G., & Rubin, A. H. (1998). Physician assessments of patient compliance with medical treatment. *Social Science Medicine*, 47(11), 1873-1876. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00259-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00259-7)
- Griffith S. (1990). A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 40(332), 114-116.
- Halpern, M. T., Khan, Z. M., Schmier, J. K., Burnier, M., Caro, J. J., & Cramer, J. (2006). Recommendations for evaluating compliance and persistence with hypertension therapy using retrospective data. *Hypertension*, 47, 1039-1048. <https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000222373.59104.3d>
- Haynes, R. B., McDonald, H. P., & Garg, A. X. (2002). Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *Journal of the American Medical Association*, 288(22), 2880-2883. <https://doi.org/10.1001/jama.288.22.2880>
- Jackevicius, C. A., Mamdani, M., & Tu, J. V. (2002). Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *Journal of the American Medical Association*, 288(4), 462-467. <https://doi.org/10.1001/jama.288.4.462>
- Jüngst, C., Gräber, S., Simons, S., Wedemeyer, H., & Lammert, F. (2019). Medication adherence among patients with chronic diseases: a survey-based study in pharmacies. *QJM international Journal of Medicine*, 112(7), 505-512. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcz058>
- Klein, J. M., & Gonçalves, A. G. A. (2005). A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, 10(2), 113-120. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712005000200002>
- Levy, R. L., & Feld, A. D. (1999). Increasing patient adherence to gastroenterology treatment and prevention regimens. *American Journal of Gastroenterology*, 94(7), 1733-1742. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.1999.01200.x>
- Marinker, M., & Shaw, J. (2003). Not to be taken as directed. *BMJ (Clinical research ed.)*, 326(7385), 348-349. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7385.348>
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Munger, M. A., Van Tassell, B. W., & LaFleur, J. (2007). Medication nonadherence: An unrecognized cardiovascular risk factor. *Medscape General Medicine*, 9(3), 58.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497. <https://doi.org/10.1056/NEJMra050100>
- Raebel, M. A., Schmittiel, J., Karter, A. J., Konieczny, J. L., & Steiner, J. F. (2013). Standardizing terminology and definitions of medication adherence and persistence in research employing electronic databases. *Medical Care*, 51(8 Suppl 3), S11-S21. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31829b1d2a>
- Ribeiro, J. L. (1994). Reconstrução de uma escala de locus de controlo na saúde. *Psiquiatria Clínica*, 15(4), 207-214.

- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacological Therapy*, 26(5), 331-342. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x>
- Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., & Ruppard, T. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5), 691–705. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x>