



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Variáveis Psicossociais Associadas à Adesão à Terapêutica Farmacológica em Doentes Crónicos: Conhecimento, Crenças e Satisfação com a Informação sobre Medicamentos

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Narcisa Maria Oliveira Carvalho Dias



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2014



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Variáveis Psicossociais Associadas à Adesão à Terapêutica Farmacológica em Doentes Crónicos: Conhecimento, Crenças e Satisfação com a Informação sobre Medicamentos

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Narcisa Maria Oliveira Carvalho Dias

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**

Coorientação da Dr.^a **Ana Margarida de Barros
Trovisqueira Baptista da Silva**



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2014

Agradecimentos

É com grande satisfação que expresso o meu profundo agradecimento a todos quantos contribuíram para que a realização deste trabalho fosse possível.

À Professora Doutora Eleonora Cunha quero agradecer toda a atenção e interesse manifestado, desde o início, pela orientação desta investigação.

Agradeço à Dr^a Ana Margarida Trovisqueira pela excelência do seu apoio como coorientadora, pelo entusiasmo e acuidade das suas observações e sugestões. No seu conjunto, constituíram um inestimável contributo para a concretização deste estudo.

A todos os farmacêuticos diretores técnicos das farmácias que, sem hesitação, se disponibilizaram para colaborar na tarefa de recolha de dados, o meu enorme reconhecimento. Sem a sua colaboração, não teria sido possível obter a informação imprescindível para a realização do estudo.

Também aos doentes que participaram respondendo aos questionários, agradeço a generosidade da sua colaboração, pois ofereceram, além do seu tempo, toda a sua ponderação para o registo de opiniões, informações e revelações sobre a sua experiência pessoal com os medicamentos, dados basilares para explorar a situação em estudo.

Um especial agradecimento aos autores dos instrumentos de medida selecionados para o estudo. A concordância com que os mesmos fossem utilizados, as palavras de incentivo e disponibilidade constituíram também importantes participações.

À minha família, sobretudo à minha mãe Teresa, ao meu marido António, e filho Pedro agradeço por valorizarem e estimularem a realização deste trabalho. Ao meu pai Narciso, numa forma especial, muito obrigada por tudo.

Aos amigos, colaboradores, clientes e doentes, agradeço também todo o seu apoio, as palavras de estímulo e motivação.

A todos, bem hajam!

Resumo

A reduzida adesão à farmacoterapia nas doenças crónicas mantém-se um relevante problema, apesar de todos os esforços para diminuir a sua dimensão. A adesão inadequada comporta consequências ao nível económico, clínico e humanístico. Reconhece-se atualmente que o envolvimento do doente nas decisões relativas ao tratamento da sua doença é um fator chave para melhorar o seu comportamento de adesão. Esta investigação teve como principal objetivo explorar um conjunto de variáveis psicossociais associadas ao comportamento de adesão à farmacoterapia em 164 doentes crónicos portugueses, da região norte, centro e sul do país. Os resultados permitiram identificar uma associação entre crenças gerais e específicas acerca dos medicamentos e a adesão e uma associação entre a satisfação com a informação sobre medicamentos e as crenças sobre os mesmos. Identificou-se também que as facetas do conhecimento sobre medicamentos mais ignoradas pelos doentes coincidem com os principais motivos de insatisfação com a informação. O farmacêutico apresenta-se como a fonte preferida pelos doentes para se informarem sobre medicamentos. Estes resultados revelam a necessidade de se identificarem as crenças de cada doente sobre os medicamentos e a sua satisfação com a informação sobre os mesmos, como meio para desenvolver processos comunicativos facilitadores da adesão.

Palavras chave: Adesão à farmacoterapia; Conhecimento sobre o medicamento; Crenças acerca dos medicamentos; Satisfação com a informação sobre medicamentos; Doenças Crónicas.

Abstract

The weak adherence to medication in chronic disease remains a serious problem, despite all effort made to reduce its extent. An inadequate adherence faces economic, clinical and humanistic consequences. It is nowadays recognized that the patient's involvement in the decisions concerning the treatment of the disease is a key factor to improve their adherence behavior. This research aimed primarily to explore a set of psychosocial variables associated with the behavior of adherence to medication involving 164 chronic patients from the north, center and south of Portugal. The results enabled to identify a relation between general and specific beliefs regarding medication and the adherence and a relation between the satisfaction with the information about medicines and the beliefs about them. It was also identified that the patients most ignored facets of knowledge about medicines correspond to the main reasons for dissatisfaction with the information. The pharmacist appears as the patients' favorite source to get information about medicines. These results reveal the need to identify each patient's beliefs about medication and their satisfaction with the information about them, as a means to develop communicative skills favoring adherence.

Keywords: Adherence to medication; Knowledge about medicines; Beliefs about medicines; Satisfaction with information about medicines; Chronic diseases.

Índice

Introdução.....	1
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	3
1.1 Doença Crónica e Terapêutica Farmacológica	3
1.2 O Comportamento do Doente e a Doença Crónica.....	6
1.3 Adesão à Terapêutica Farmacológica	7
1.3.1 A Não Adesão à Farmacoterapia.....	8
1.3.2 Determinantes do Comportamento de Adesão à Terapêutica Farmacológica ..	11
1.3.3 As Crenças dos Doentes acerca dos Medicamentos.....	16
1.3.4 A Informação e a Satisfação do Doente	19
1.3.5 O Conhecimento dos Doentes acerca dos Medicamentos.....	24
1.4 Teorias Explicativas do Comportamento de Adesão à Terapêutica	27
1.5 Avaliação da Adesão à Terapêutica Farmacológica	30
1.6 Intervenções para Promover a Adesão à Terapêutica nas Doenças Crónicas.....	32
PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	36
1. Metodologia	36
1.1 Objetivos e Desenho de Investigação	36
1.2 Variáveis em Estudo	37
1.3 Amostra.....	37
1.3.1 Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	38
1.3.2 Caracterização Clínica da Amostra	39
1.4 Procedimentos de Recolha dos Dados	42
1.5 Instrumentos de Avaliação.....	43
1.5.1 Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos	44
1.5.2 Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)	44
1.5.2.1 Características Psicométricas da MAT na Amostra em Estudo.....	45
1.5.3 Questionário de Crenças acerca dos Fármacos	46
1.5.3.1 Características Psicométricas do QCF na Amostra em Estudo	48
1.5.4 Escala de Satisfação com Informação sobre Medicamentos (SIMs)	50
1.5.4.1 Características Psicométricas do SIMs na Amostra em Estudo.....	52
1.5.5 Medida do Conhecimento do Doente sobre o seu Medicamento (CPM).....	53
1.5.5.1 Características Psicométricas do CPM na Amostra em Estudo.....	55

1.6 Procedimentos de Análise dos Dados	56
2. Apresentação dos Resultados.....	56
2.1 Resultados Descritivos das Variáveis Psicossociais	57
2.1.1 Medida de Adesão à Terapêutica: MAT	57
2.1.2 Crenças Gerais acerca dos Medicamentos	60
2.1.3 Crenças Específicas acerca dos Medicamentos.....	62
2.1.4 Satisfação com a Informação Recebida acerca dos Medicamentos	63
2.1.5 Conhecimento do Doente sobre os seus Medicamentos	66
2.2 Resultados do Estudo da Associação entre Variáveis.....	68
2.2.1 Associação entre as Variáveis Psicossociais	68
2.2.2 Associação entre Variáveis Psicossociais e Variáveis Sociodemográficas/Clínicas	71
2.3 Comparação de Grupos.....	72
2.3.1 Preocupação com a Doença.....	73
2.3.2 Zona de Residência	74
2.3.3 Diferenças de Género	76
2.3.4 Grupos Aderente e Não Aderente	76
3. Discussão dos Resultados	78
3.1 Adesão à Terapêutica.....	78
3.2 Crenças Gerais acerca dos Medicamentos	79
3.3 Crenças Específicas acerca dos Medicamentos	81
3.4 Satisfação com a Informação acerca dos Medicamentos.....	82
3.5 Conhecimento sobre os medicamentos	84
3.6 Associação entre variáveis psicossociais	85
3.7 Associação de variáveis psicossociais com sociodemográficas e clínicas	88
3.8 Comparação de grupos.....	91
3.8.1 Preocupação com a doença.....	91
3.8.2 Residentes em meio Rural/meio Urbano.....	91
3.8.3 Género Masculino / Feminino	92
3.8.4 Aderente / Não aderente	92
4. Conclusão Integrativa, Limitações do Estudo e Implicações Futuras	93
Referências Bibliográficas	100
Anexos	108

Índice de Figuras

Figura 1	Modelo de Ley sobre a comunicação e a adesão.....	22
----------	---	----

Índice de Quadros

Quadro 1	Modalidades de Não Adesão à Farmacoterapia nas Doenças Crónicas.....	9
Quadro 2	Intervenções comportamentais para aumentar a adesão à terapêutica em doenças crónicas.....	33

Índice de Tabelas

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica da amostra (N=164)	39
Tabela 2	Doenças relatadas pelos participantes da amostra (N=164).....	40
Tabela 3	Numero de medicamentos consumidos pelos participantes (N=164)	40
Tabela 4	Profissional que melhor informa sobre medicamentos (N=164)	41
Tabela 5	Fontes preferenciais de informação sobre medicamentos (N=164)	41
Tabela 6	Tempo de utilização do medicamento e cronicidade da doença em anos (N=164) .	42
Tabela 7	Preocupação com o problema de saúde e forma farmacêutica do medicamento (N=164)	42
Tabela 8	Resultados da análise da consistência interna da MAT (N=164).....	46
Tabela 9	Resultados da análise de consistência interna do QCF-Crenças Gerais (N=164)....	48
Tabela 10	Resultados da análise de consistência interna da subescala Necessidades Específicas do QCF (N=164)	49
Tabela 11	Resultados da análise de consistência interna da subescala Preocupações Específicas da QCF (N=164)	49
Tabela 12	Valores de <i>alpha de Cronbach</i> das escalas de crenças nos diferentes estudos	50
Tabela 13	Resultados da análise de consistência interna do SIMs total (N=164)	52
Tabela 14	Resultados da análise de consistência interna da Subescala Ação e Uso da medicação (N=164)	53
Tabela 15	Resultados da análise de consistência interna da Subescala Potenciais Problemas com a medicação (N=164)	53
Tabela 16	Resultados descritivos da Adesão à Terapêutica (IAT) (N=164)	57
Tabela 17	Resultados descritivos da classificação Aderente/Não Aderente (N=164).....	57
Tabela 18	Resultados descritivos dos itens referentes à Adesão à Terapêutica (N=164).....	58
Tabela 19	Estatística descritiva (média e desvio padrão) dos itens da MAT (N=164).....	59
Tabela 20	Resultados descritivos das Crenças Gerais acerca dos medicamentos: escala e subescalas (N=164)	60
Tabela 21	Resultados descritivos (média e desvio padrão), por item, da escala total de Crenças Gerais acerca dos medicamentos (N=164).....	60
Tabela 22	Resultados descritivos do grau de concordância (frequência e percentagem) por item da escala de Crenças Gerais acerca dos medicamentos (N=164).....	61

Tabela 23	Resultados descritivos das Crenças Específicas acerca dos medicamentos (N=164)	62
Tabela 24	Dados descritivos das crenças acerca dos medicamentos da subescala Necessidades Específicas relativamente à concordância/discordância (N=164).....	62
Tabela 25	Dados descritivos das crenças acerca dos medicamentos da subescala Preocupações Específicas relativamente à concordância /discordância (N=164).....	63
Tabela 26	Média, Desvio Padrão, Mediana e Máximo possível das subescalas e escala total do SIMs - Satisfação com a Informação acerca dos Medicamentos (N=164)	64
Tabela 27	Dados descritivos (frequência e percentagens) relativamente à Não satisfação/Satisfação com a Informação sobre os Medicamentos (N=164).....	64
Tabela 28	Resultados descritivos (frequência e percentagem) dos itens do SIMs - Satisfação com a Informação acerca dos Medicamentos na amostra total (N=164)	65
Tabela 29	Resultados descritivos da média e desvio padrão do Conhecimento dos doentes sobre os seus medicamentos (N=164)	66
Tabela 30	Classificação do Conhecimento dos participantes acerca dos Medicamentos em quatro categorias (N=164).....	67
Tabela 31	Resultados descritivos (frequência e percentagem) do grau de conhecimento do CPM (N=164).....	67
Tabela 32	Matriz de Correlações de <i>Pearson</i> entre as variáveis psicossociais (N=164).....	69
Tabela 33	Correlações de <i>Pearson</i> entre as variáveis psicossociais e as variáveis sociodemográficas e clínicas (N=164)	71
Tabela 34	Resultados do t-teste para amostras independentes na comparação entre os grupos Muito Preocupados e Pouco Preocupado com o problema de saúde nas Variáveis Psicossociais (N=164)	73
Tabela 35	Resultados do t-teste para amostras independentes na comparação entre os grupos residente em Meio Rural e Residente em Meio Urbano na comparação entre os grupo nas Variáveis Psicossociais (N=164)	75
Tabela 36	Resultados do t-teste para amostras independentes na comparação entre os grupos Género Masculino e Género Feminino nas Variáveis Psicossociais (N=164).....	76
Tabela 37	Resultados do t-teste para amostras independentes na comparação entre os grupos Aderente e Não Aderente nas Variáveis Psicossociais (N=164).....	77

Índice de Siglas e Abreviaturas

BMQ – *Beliefs about Medicines Questionnaire*

CE – Crenças Específicas

CG – Crenças Gerais

CPM – Conhecimento do Doente sobre o seu Medicamento

DC – Doença Crónica

DGS – Direção Geral de Saúde

EN – Efeitos Nefastos

IAT – Índice de Adesão ao Tratamento

MAT – Medida de Adesão aos Tratamentos

NE – Necessidades Específicas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE – Preocupações Específicas

PRM – Problema Relacionado com Medicamento

QCF – Questionário de Crenças acerca dos Fármacos

SIMs – Satisfação com a Informação sobre Medicamentos

UE – Uso Excessivo

WHO – World Health Organization

Introdução

Temos assistido, ao longo das últimas décadas, ao desenvolvimento de diversas abordagens ao problema das doenças crónicas, especialmente, devido ao aumento da sua prevalência e às suas consequências sociais. Um dos propósitos tem sido contribuir para garantir que os doentes crónicos mantêm a adesão aos tratamentos que, pela própria definição de doença crónica, requerem continuidade por longos períodos de tempo. Inicialmente, o doente foi visto como fonte das dificuldades e responsável pelo desrespeito pelas instruções dos profissionais relativamente aos tratamentos. Posteriormente, passou a considerar-se também, entre outras variáveis, o contributo dos profissionais para o comportamento de maior ou menor adesão por parte do doente. Atualmente, devido aos múltiplos fatores determinantes do comportamento de adesão identificados, reconhece-se que a abordagem ao problema deve ser abrangente e sistemática (Osterberg & Blaschke, 2005; World Health Organization, 2003).

A adesão à terapêutica é consensualmente considerada como a medida em que o comportamento dum pessoa, seja tomando medicamentos, seguindo uma dieta ou implementando mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com o profissional de saúde (World Health Organization, 2003). Apesar de muito ter sido explorado este tema, é um facto que a prevalência da baixa adesão aos tratamentos continua a ser elevada, sobretudo no contexto das doenças crónicas. Sabe-se que cerca de um em cada dois doentes crónicos não toma os seus medicamentos de forma adequada (World Health Organization, 2003).

Sendo o medicamento o principal recurso terapêutico nos países desenvolvidos, reconhece-se o seu contributo para o aumento da esperança e qualidade de vida. Todavia, sabe-se também como podem ser elevados os custos decorrentes da sua incorreta utilização (Ernest & Grizzle, 2001).

Reconhecido o determinante papel do doente na otimização dos resultados terapêuticos, desde logo através da sua liberdade de decisão entre concordar ou não concordar com as propostas terapêuticas e aderir ou não às mesmas, torna-se prioritário contribuir para aumentar as suas competências de decisor.

A presente dissertação pretende contribuir para melhorar o conhecimento acerca de variáveis associadas com o comportamento do doente face aos medicamentos, designadamente as suas crenças, conhecimentos e satisfação com a informação, esperando contribuir para identificar ou clarificar oportunidades de melhoria na intervenção profissional junto dos doentes

crónicos portugueses que possam por sua vez conduzir ao aperfeiçoamento da adesão à terapêutica e consequente melhoria dos resultados em saúde.

Por forma a operacionalizar o estudo, realizou-se um processo de recolha de dados através da aplicação de questionários a uma amostra de doentes crónicos no contexto de farmácias comunitárias distribuídas pelo território de Portugal.

Em termos de estrutura, esta dissertação encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte é constituída por uma revisão de literatura respeitante ao tema central do estudo, englobando também conceitos e informações acerca de variáveis associadas. Na segunda parte é apresentado o estudo empírico que, dividido em quatro partes, compreende a descrição da metodologia usada, a apresentação dos resultados, a discussão dos resultados e uma conclusão integrativa.

PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta primeira parte são abordados conceitos respeitantes ao tema central do presente estudo, adesão ao tratamento farmacológico na doença crónica, e considerações igualmente pertinentes acerca de variáveis com ele associadas, nomeadamente, as crenças acerca dos medicamentos, o conhecimento dos doentes acerca dos seus medicamentos e a satisfação com informação acerca dos mesmos. Serão também referidas informações e dados relativos ao estado do conhecimento atual acerca dos temas mencionados, por forma a proporcionar uma perspetiva geral do assunto adesão à terapêutica farmacológica na doença crónica, facultando um necessário enquadramento teórico para uma melhor compreensão da temática.

1.1 Doença Crónica e Terapêutica Farmacológica

O acentuado aumento da esperança média de vida observado nas últimas décadas nas sociedades ocidentais fez-se acompanhar pelo aumento da prevalência de doenças crónicas e também pelo crescente desenvolvimento e recurso a novos tratamentos farmacológicos.

De acordo com World Health Organization (2013), as doenças crónicas, são doenças não transmissíveis entre pessoas, são de longa duração e, em geral, de lenta progressão. Além disso, possuem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

As doenças crónicas, de declaração não obrigatória ou não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, o cancro, as doenças respiratórias crónicas e a diabetes constituem as doenças crónicas mais prevalentes e são a principal causa de morte contribuindo com 63% para o total de mortes anuais e constituindo também a principal causa de incapacidade no mundo (George, 2011; Lozano et al., 2012, cit. in Horton, 2013; World Health Organization, 2013a).

Assiste-se atualmente, a nível global, a um processo de transição epidemiológica em que as principais causas de morte prematura (morte que ocorre antes do tempo e que é muitas vezes motivada por doenças evitáveis) deixam de ser os processos infecciosos e passam a ser as doenças crónicas não transmissíveis. A magnitude deste fenómeno é tal que na Europa é considerada atualmente uma preocupação de saúde pública. Estima-se que 50% dos portugueses tenham uma doença crónica e 25% mais de uma (George, 2011).

Esta transição epidemiológica faz-se acompanhar pela designada transição demográfica. O período pós-industrial caracteriza-se pela inversão da pirâmide etária, resultado do duplo envelhecimento da população: por um lado, a diminuição dos nascimentos e, por outro, o aumento da esperança média de vida. Acompanhando o aumento da esperança média de vida, cresce também a prevalência das doenças crónicas não transmissíveis. Segundo o mesmo autor, as doenças crónicas não transmissíveis, em geral, provocam grande diminuição da qualidade de vida, elevados gastos em terapêutica prolongada e baixa de produtividade. Muitas destas doenças têm tratamento mas raramente são curáveis. Além disso, a ocorrência de novos casos pode ser influenciada pelos comportamentos dos indivíduos e, na medida em que os comportamentos são modificáveis, as doenças podem ser controláveis. Já McKeown (1979; cit. in Ogden, 2004) argumentava que as doenças do sec. XX eram provocadas por características do comportamento dos indivíduos. Examinando as principais causas de morte nas sociedades desenvolvidas, observou que doenças dominantes como o cancro do pulmão, a doença coronária e a cirrose hepática eram causados por comportamentos.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte por doenças não comunicáveis ou não transmissíveis a nível mundial (17,3 milhões de pessoas por ano), seguidas do cancro (7,6 milhões), das doenças respiratórias (4,2 milhões) e da diabetes (1,3 milhões). Estas quatro doenças contribuem para 80% de todas as mortes por doenças não comunicáveis e partilham quatro fatores de risco de tipo comportamental: tabagismo, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e dietas não saudáveis ou desequilibradas (World Health Organization, 2013b).

Ao nível da Europa, estes mesmos riscos são cofatores na génese da maioria das doenças crónicas e da mortalidade (DGS, 2011).

Com o intuito de atender a este problema, em 2012, a Assembleia Mundial de Saúde estabeleceu como objetivo de saúde a redução, em 25% até ao ano 2025, da mortalidade evitável motivada por doença crónica não comunicável, o designado objetivo 25 X 25 (Horton, 2013).

A prevalência das doenças crónicas auto-declaradas foi estimada em Portugal num estudo com recurso a entrevista telefónica. No relatório final registaram-se como mais prevalentes num total de 2820 sujeitos, a hipertensão arterial (18%), a diabetes (5%), a asma (9%), as doenças reumáticas (24%), o cancro de qualquer origem (2%) e as doenças da tiroide (4%) (Branco, Nogueira, & Couteiras, 2005).

Os medicamentos são o recurso tecnológico mais utilizado no tratamento das mais diversas doenças e uma parcela importante dos orçamentos da saúde dos países desenvolvidos, sendo reconhecida consensualmente a necessidade de assegurar o uso racional e económico dos medicamentos em todos os países, independentemente do seu nível de desenvolvimento. As doenças crónicas, sendo doenças prevalentes e prolongadas, são responsáveis por uma importante parcela do consumo de medicamentos. Os farmacêuticos têm uma responsabilidade fundamental no que respeita à abordagem desta temática quer do ponto de vista dos indivíduos como da sociedade (Organización Mundial de la Salud, 1993). Os grandes avanços na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de numerosas doenças são em regra acompanhados por progressos e descobertas farmacológicas. De facto, o uso crescente dos medicamentos tem sido uma preocupação constante por parte dos diversos agentes envolvidos, sobretudo dos governos dos países desenvolvidos. O aumento contínuo da despesa com os medicamentos faz com que a política do medicamento seja um componente essencial da política de saúde de qualquer país (Olmos, Lorenzo, & Parejo, 2001; Parejo et al., 2005).

As políticas de uso racional do medicamento, focando-se sobretudo nos aspetos económicos e na adequação das prescrições às indicações autorizadas, deixam de atender aos resultados da terapêutica farmacológica observados nos doentes que são, afinal, a razão de ser da farmacoterapia. Efetivamente, em bom rigor, não deveremos falar de uso racional do medicamento sem analisar tanto a efetividade como a segurança dos tratamentos farmacológicos nos doentes concretos. De facto, não raras vezes, a farmacoterapia falha. Não produzindo os resultados esperados, pode produzir efeitos não desejados e originar novos problemas de saúde, os efeitos adversos, ou simplesmente pode não produzir o resultado esperado no doente, situação não menos importante (Parejo & Olmos, 2002).

Como consequência da prevalência dos problemas derivados do uso dos medicamentos, foi estabelecido o conceito de Problema Relacionado com Medicamentos (PRMs). Os PRMs são problemas de saúde que surgem em consequência de falhas da farmacoterapia do doente e que comprometem os resultados de saúde esperados. Dessas falhas poderão assim resultar, para o doente, entre outras consequências, a ineficácia terapêutica ou a ocorrência de efeitos não desejados (Parejo et al., 2005).

Estima-se que por cada dólar gasto nos tratamentos com medicamentos nos Estados Unidos, um valor equivalente seja gasto para remediar os PRMs (Bootman, Harrison, & Cox, 1997).

No Reino Unido, estima-se que em cada ano cerca de 100M de libras sejam desperdiçados em medicamentos que são devolvidos às farmácias como resíduos não consumidos. Este valor permitiria a construção dum novo hospital de considerável tamanho em cada ano (National Audit Office, 2007).

O impacto que os problemas decorrentes do uso dos medicamentos podem exercer sobre os resultados em saúde, sejam estes clínicos, económicos ou humanísticos, conduziu a OMS a declarar este um importante problema de saúde pública (Organización Mundial de la Salud, 1993).

Com o objetivo de otimizar a gestão dos recursos farmacológicos nos sistemas de saúde modernos, assistimos, desde a década de 80, ao desenvolvimento de políticas de uso racional do medicamento, ao nível mundial, sob a égide da OMS. Porém, em geral, estas tentativas de melhorar o uso do medicamento têm esquecido o importante papel do doente e o seu comportamento face aos medicamentos.

1.2 O Comportamento do Doente e a Doença Crónica

Até ao sec. XIX, prevaleceu o modelo biomédico da medicina e, nesse contexto, o doente era entendido como vítima da doença e sem qualquer responsabilidade pelo surgimento ou evolução da mesma. A doença possuía causa externa e não se admitia qualquer relação entre mente e corpo. Quanto ao tratamento, esse era da responsabilidade médica e ao doente cabia apenas um papel passivo. Ao longo do séc. XX, registou-se uma mudança de paradigma com o surgimento da medicina psicossomática, da medicina comportamental e mais recentemente, da psicologia da saúde. Passou a estudar-se o comportamento do doente face à doença e também os comportamentos de saúde (Ogden, 2004).

A psicologia da saúde foi inicialmente descrita por Matarazzo (1980, cit. in Ogden, 2004), como “o conjunto das contribuições específicas, educacionais, científicas e práticas da disciplina da psicologia para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e disfunções relacionadas” (p.115).

De acordo com o novo paradigma da medicina e integrando a perspectiva da psicologia da saúde, o comportamento do doente é atualmente consensualmente entendido como determinante tanto para a prevenção da doença, para a sua origem como para o seu tratamento. Assim, o individuo não é visto como vítima mas como podendo ser responsável pelo seu estado de saúde e pelas suas doenças.

As doenças crónicas mais prevalentes possuem em comum diversos fatores de risco comportamentais (DGS, 2011; World Health Organization, 2013a). Este facto ilustra em que medida estas doenças podem ser consideradas afinal doenças dos comportamentos. Sendo os comportamentos modificáveis, reconhece-se a importância de reduzir fatores de risco, como o tabaco e o consumo excessivo do álcool, de encorajar a alimentação saudável em termos nutricionais e calóricos, de promover o exercício físico regular e de melhorar a informação e educação em saúde na redução de muitas doenças crónicas não transmissíveis (George, 2012).

De acordo com a psicologia da saúde, a pessoa deve ser tratada como um todo e não apenas ao nível das mudanças físicas que ocorrem. O tratamento pode passar pela alteração de comportamento, motivando mudanças nas crenças, estratégias de *coping* e adesão às recomendações dos profissionais de saúde. Sendo o alvo do tratamento o doente como um todo e não apenas a sua doença física, ele mesmo fica também responsável pelo tratamento. O doente deverá responsabilizar-se pela adesão aos tratamentos acordados com os profissionais, nomeadamente pela toma dos medicamentos prescritos, pela modificação das suas crenças e dos seus comportamentos (Ogden, 2004).

Assim, as doenças crónicas com expressão epidémica, sendo altamente influenciadas pelos quatro fatores de risco de tipo comportamental enunciados, requerem medidas de controlo da responsabilidade dos próprios doentes (DGS, 2011; Ogden, 2004).

Compreender os determinantes dos comportamentos dos doentes revela-se, deste modo, essencial para o planeamento de ações de intervenção profissional mais ajustadas e efetivas.

1.3 Adesão à Terapêutica Farmacológica

De entre as medidas necessárias para o controlo e tratamento das doenças crónicas e suas consequências, destaca-se a participação do doente na aplicação das medidas terapêuticas prescritas, ou seja, a extensão em que o doente adere ao tratamento (ASA & ASCPF, 2011).

Para Haynes (1979; cit.in Ogden, 2004), a adesão aos tratamentos corresponde à medida em que o comportamento do doente (em termos de tomar a medicação, seguir o regime dietético ou outras mudanças no seu estilo de vida) coincide com os conselhos médicos ou de saúde. Esta definição abrangente e precisa traduz a complexidade de fatores e formas de não adesão possíveis de ser observados.

A World Health Organization (2003a), atualiza a definição de Haynes (1979; cit.in Ogden, 2004) e considera que adesão traduz a extensão em que o comportamento duma pessoa, seja tomando os medicamentos, seguindo uma dieta ou implementando mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com o profissional de saúde. As diferenças centram-se na referência aos conselhos médicos que, na definição de Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald, e Yao (2008) atribuem um papel exclusivo aos médicos como agentes de saúde e também um papel passivo do doente que recebe conselhos. A World Health Organization (2003a) refere as recomendações acordadas com o profissional de saúde, sublinhando assim a perspetiva biopsicossocial da saúde, em que o doente é visto como participante ativo nas decisões relacionadas com a sua saúde.

Os termos *compliance*¹ e *adherence*² são frequentemente encontrados na literatura como sinónimos para descrever comportamentos relacionados com a toma ou utilização de medicamentos. A atual preferência pelo termo *adherence* frente a *compliance*, traduz o consensual reconhecimento de que a participação do doente e a sua motivação para o comportamento de adesão aos tratamentos devem ser consideradas (ASA & ASCPF, 2011; Brawley & Culos-Reed, 2000; Cabral & Silva, 2010). Já o termo *persistence* designa em que medida o doente mantém ao longo do tempo o seu comportamento de adesão e este aspeto é especialmente crítico no caso das doenças crónicas, em que a adesão deve ser mantida por longos períodos de tempo, por vezes para toda a vida (ASA & ASCPF, 2011).

1.3.1 A Não Adesão à Farmacoterapia

Os medicamentos representam cada vez mais um meio de combate e controlo das doenças, prevenção de hospitalizações e melhoria da qualidade de vida. Muitos estudos revelaram que os medicamentos melhoram os resultados clínicos e reduzem o sofrimento motivado pelas doenças, incapacidade e morte. Apesar disso, muitas pessoas não retiram o máximo benefício dos seus medicamentos. Frequentemente, essa situação decorre de não tomarem parte ou a totalidade dos medicamentos da forma como foram prescritos (ASA & ASCPF, 2011; Osterberg & Blaschke, 2005; Parejo & Olmos, 2002).

¹ *Compliance* – Expressão que traduz a medida em que o comportamento do doente coincide com a prescrição e tem sido associado a uma perspetiva mais biomédica da medicina em que o profissional dá instruções a que o doente deve obedecer. Esta perspetiva tem vindo a ser abandonada tal como a expressão.

² *Adherence* – Expressão que sugere uma diminuição do poder do clínico na decisão do tratamento, havendo uma melhor relação profissional de saúde – doente, através de uma verdadeira “aliança terapêutica”, pela cooperação do último na escolha do seu tratamento.

Entre as causas que poderão originar a ocorrência de PRMs, tem sido destacado o contributo do comportamento de não adesão à terapêutica por parte dos doentes, uma vez que a prevalência deste fenómeno chega a atingir valores muito elevados. Particularmente no contexto das doenças crónicas, a falta de adesão é considerada um tema prioritário de saúde pública devido às suas consequências negativas, nomeadamente insucesso terapêutico, maiores taxas de hospitalização e aumento das despesas de saúde. Tipicamente, as taxas de adesão ao tratamento em doenças crónicas oscilam, situando-se em média próximo dos 50% (Dias et al., 2011; Palop & Martinez, 2004, cit. in INFAC, 2011; Nilsson, 2001; World Health Organization, 2003).

A não adesão ao tratamento farmacológico das doenças crónicas, voluntário ou involuntário, de acordo com ASA e ASCPF (2011), pode incluir as formas assinaladas no Quadro 1.

Quadro 1
Modalidades de Não Adesão à Farmacoterapia nas Doenças Crónicas

Modalidades
<ul style="list-style-type: none">• Não adquirir ou obter os medicamentos após a sua prescrição inicial• Não voltar a adquirir os medicamentos inicialmente prescritos, como indicado• Omitir uma ou várias doses• Tomar mais de um medicamento do que a quantidade prescrita• Abandonar o tratamento precocemente• Tomar uma dose fora do horário indicado• Tomar um medicamento prescrito para outra pessoa• Tomar um medicamento com alimentos, bebidas ou outros medicamentos desaconselhados• Tomar medicamentos fora de validade• Tomar medicamentos deteriorados• Armazenar medicamentos de forma inapropriada• Utilizar de forma incorreta os dispositivos de administração de medicamentos (e.g., inaladores)

Na verdade, a adesão à terapêutica medicamentosa representa um desafio para a prática e investigação no domínio da saúde. Os estudos consistentemente indicam que se podem obter significativas reduções de custos e aumento de eficácia das intervenções de saúde através de atividades de baixo custo para melhorar a adesão (World Health Organization, 2003). De acordo com os mesmos autores, na ausência de estratégias orientadas a corrigir os determinantes da adesão, os avanços na tecnologia biomédica falharão no seu objetivo de controlar as dificuldades resultantes das doenças crónicas. Assim, o acesso aos medicamentos sendo necessário, é também insuficiente em si mesmo para um tratamento bem sucedido.

Vários têm sido os investigadores de diferentes áreas de atuação dedicados a explorar a temática da adesão à terapêutica, seja ela medicamentosa ou de outro tipo. A expressão “*Drugs don't work in patients who don't take them*” referida em Osterberg e Blaschke (2005, p.487), realça o facto de que o problema relacionado com o uso dos medicamentos, mais provável de ser observado no doente que não adere ao tratamento, será a inefetividade terapêutica.

Resultado da profusa investigação dedicada a explorar o tema da adesão à terapêutica, encontram-se identificados mais de duzentos fatores passíveis de influenciar a adesão. Estes fatores podem ser classificados como intencionais ou não intencionais (Clifforda, Barbera, & Horne, 2008). De acordo com os mesmos autores, a não adesão intencional ou voluntária associa-se com a motivação e com as crenças do doente acerca dos medicamentos. Por seu lado, a não adesão não intencional ou involuntária, prende-se com a capacidade ou competência do doente para tomar os medicamentos, por exemplo, o esquecimento ou a dificuldade em manipular um dispositivo de inalação. Pode ocorrer ainda uma sobreposição dos dois tipos de não adesão, traduzida, por exemplo, no caso dum doente que, possuindo baixa perceção de necessidade do medicamento, pode considerá-lo menos importante e exibir uma tendência para esquecer a sua toma. Os doentes podem também apresentar um ou outro tipo de não adesão para medicamentos diferentes ou para o mesmo medicamento em ocasiões diferentes.

Cerca de metade da não adesão é intencional, uma forma de resistência ativa (Pound et al., 2005), a restante ocorre porque o doente não tem consciência de que não está a tomar os medicamentos como prescritos ou porque o regime terapêutico é demasiado complexo (Ley, 1997).

Reconhecida a relevância do problema da reduzida adesão à terapêutica medicamentosa, muitas têm sido as estratégias e intervenções testadas para corrigir a situação e melhorar a adesão. Porém, os resultados não têm sido brilhantes, mesmo nas intervenções mais efetivas (Haynes et al., 2008). Uma das razões apontadas para este parco sucesso é o facto das intervenções serem, em geral, mais direcionadas a corrigir as falhas de adesão involuntárias, ignorando aspetos que se prendem com a intencionalidade ou vontade do próprio doente (Horne, 1999).

A falta de adesão voluntária aparece na literatura, explicada por diversas razões e, entre elas, destaca-se o conjunto de crenças que os doentes possuem acerca dos medicamentos (Benson & Britten, 2002; Townsend, Hunt, & Wyke, 2003; Walling, 2003).

1.3.2 Determinantes do Comportamento de Adesão à Terapêutica Farmacológica

Sendo os medicamentos desenvolvidos com o objetivo de beneficiarem os doentes, muitos investigadores têm procurado explorar por que razão ou razões se debatem os doentes com a adesão aos tratamentos propostos, por que motivos evitam seguir os tratamentos farmacológicos e comportamentais. Meichenbaum e Turk (1987) sugerem a classificação dos determinantes do comportamento de adesão em várias categorias: relativos ao doente como as suas crenças, expectativas de saúde e de tratamento, relativas à doença como a cronicidade, a gravidade e fatores de agravamento, relativas ao tratamento como a sua complexidade, duração e efeitos adversos, relativas ao relacionamento entre doente e técnicos de saúde ou relativas à organização do serviço clínico. Este enquadramento, além de atribuir alguma ordem aos determinantes do comportamento de adesão identificados, permite reafirmar a ideia da complexidade do tema de que tratamos.

Osterberg e Blaschke (2005), reconhecendo a dificuldade de sistematicamente avaliar a adesão em todos os doentes, sugerem que seja dada maior prioridade aos doentes com maior risco de não adesão. A tal propósito, identificam como principais indicadores de risco de não adesão aos tratamentos, uma série de circunstâncias. Entre elas, consideram condições relativas ao sistema e outras relativas ao doente. A complexidade dos tratamentos, os efeitos adversos dos medicamentos, uma inadequada relação médico/doente, o mau acompanhamento e planeamento terapêutico no momento da alta hospitalar, a falta de coordenação entre diferentes prescritores, a inexistência de consultas programadas, dificuldades de acesso a consultas ou medicamentos e o custo dos medicamentos são apontados como circunstâncias que, embora independentes do doente, podem afetar a adesão. Padecer de doença assintomática, ter falta de confiança no benefício do tratamento, ter défice cognitivo, ter depressão ou outro problema psicológico, ter desconhecimento da doença e/ou tratamento são apresentados com indicadores de risco de não adesão relacionados com o doente em si mesmo. Os autores consideram ainda que, perante o insucesso terapêutico, deverá sempre ser ponderada a eventualidade de o doente ter um comportamento de adesão insatisfatório.

Vários estudos têm demonstrado que os doentes querem cada vez mais envolver-se no processo clínico, desejam mais informação e exigem maior interação com os profissionais de saúde (Brawley & Culos-Reed, 2000; Donovan & Blake, 1992). Torna-se necessária, em especial nas doenças crónicas, uma abordagem biopsicossocial em que o doente seja visto como parte ativa no processo terapêutico. Neste contexto, os comportamentos de não-adesão devem interpretar-se como “respostas dos indivíduos à falta de coincidência entre as suas ideias e as do

médico relativamente aos seus problemas e/ou tratamentos” (Klein & Gonçalves, 2005,p.119). De acordo com Cabral e Silva (2010) o comportamento de não adesão pode representar, no contexto de uma relação assimétrica entre doentes e profissionais de saúde, manifestações infundadas de autonomia ou de desafio ao «poder médico», justificadas, no caso dos doentes crónicos, pela consciência de si, pela dor e desconforto.

Como referido, abandono de expressões como “respeitar a prescrição”, “obedecer à prescrição” ou “cumprir a prescrição” e sua substituição pela expressão “adesão à terapêutica” evidencia uma mudança de paradigma: o doente deixou de ser visto como depositário de regras e instruções a cumprir, para passar a ser considerado um ativo terapêutico fundamental, cuja perspectiva motivacional deverá ser tida em conta (ASA & ASCPF, 2011). De facto, é hoje consensual que um esforço deve ser empreendido, no sentido do desenvolvimento duma relação de parceria entre o doente e o profissional de saúde. Decisões partilhadas sobre a escolha dos tratamentos justificam-se por razões de eficácia e de ética.(Cribb, 2011).

A importância da perspectiva motivacional associada ao termo adesão reside no facto da motivação individual ser central na maioria dos modelos teóricos usados para o estudo dos comportamentos de saúde, seja no que respeita à predição de comportamentos, seja no que respeita à mudança de comportamentos. A maioria das teorias explicativas da não adesão assumem que os indivíduos não são objetos passivos, mas estão interessados em planear e controlar as suas ações ou comportamentos (Brawley & Culos-Reed, 2000). Também o preço que o doente paga pelo medicamento, afeta claramente a adesão. Porém, mesmo que os medicamentos fossem gratuitos, a não adesão persistiria. No estudo de Dishy, Zhu, Lee, Kimmel, e Volpp (2009) constatou-se que, mesmo em doentes que não suportaram qualquer valor monetário pelo medicamento, a taxa de não adesão foi próxima de 40%.

A avaliação da prevalência e da natureza da não adesão à terapêutica são difíceis de explicar. No entanto, a investigação desenvolvida a tal propósito tem permitido identificar um largo conjunto de fatores relacionados com o não “cumprimento” integral das prescrições dos profissionais de saúde. Também Bugalho e Carneiro (2004), reconhecem que este problema possui etiologia multifatorial e se observa em todas as situações em que existe autoadministração do tratamento, muitas vezes de forma independente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos de saúde. O nível de adesão à terapêutica está dependente de um conjunto considerável de fatores que interagem, afetando o doente e contribuindo para uma menor adesão às recomendações sobre o tratamento da sua doença. Os autores agrupam esses fatores em três grandes dimensões: fatores demográficos, sociais e económicos; fatores relativos

à doença e ao regime terapêutico prescrito e fatores ligados à relação do paciente com os profissionais e serviços de saúde.

Relativamente aos fatores demográficos, sociais e económicos, a relação entre as características dos doentes e o seu nível de adesão às terapêuticas prescritas tem sido amplamente estudada, produzindo, no entanto, resultados contraditórios que podem variar consoante as metodologias utilizadas (Conrad, 1985).

Por exemplo, de acordo com Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens (2001) os doentes mais idosos encontram-se particularmente em risco devido à deterioração do seu estado de saúde, que origina muitas vezes comorbilidades, e à condição crónica de algumas das doenças, que podem requerer vários regimes terapêuticos em simultâneo e/ou a longo prazo. Além disso, a diminuição de algumas faculdades, como a memória, a capacidade cognitiva e de comunicação, a eventual presença de alterações psiquiátricas, a falta de mobilidade ou outras incapacidades que podem restringir o acesso e o manuseamento dos fármacos, são também suscetíveis de comprometer a correta aplicação dos tratamentos.

Por outro lado, o cumprimento adequado das indicações médicas pode ser também determinado pela ação de terceiros com idosos a seu cargo, dependendo a aplicação correta dos cuidados de saúde da capacidade dos cuidadores para compreender e pôr em prática as recomendações dos profissionais; o mesmo pode ser dito no caso das crianças e da capacidade dos seus progenitores ou encarregados de aplicar corretamente as terapêuticas (Bugalho & Carneiro, 2004; World Health Organization, 2003).

Outros estudos também demonstram que a idade pode não constituir um preditor para a falta de adesão à terapêutica. Efetivamente, os índices de cumprimento podem ser similares ou até mais elevados nos doentes idosos por comparação com faixas etárias jovens posto que, entre os adolescentes, a falta de supervisão, a maior autonomia, a autoimagem e as influências sociais provocam frequentemente uma diminuição da adesão (Bugalho & Carneiro, 2004).

Duma forma mais consensual e com amplo reconhecimento na literatura, os fatores socioeconómicos têm sido referidos como preditores muito importantes do comportamento de adesão dos doentes. O baixo nível de escolaridade, mas sobretudo o baixo rendimento, o desemprego ou precariedade no emprego podem constituir barreiras significativas a uma adequada adesão terapêutica. Para além da dificuldade em comprar os medicamentos por motivos económicos, outras adversidades para a sua aquisição podem ainda ser referidas, tais como o isolamento social do doente ou a distância geográfica da farmácia e das unidades de

cuidados de saúde, que obrigam a custos adicionais devido às distâncias a percorrer (ASA & ASCPF, 2011; Bugalho & Carneiro, 2004; World Health Organization, 2003).

No que diz respeito aos fatores relacionados com a doença e o regime terapêutico, por exemplo, a falta de adesão às indicações médicas é relevante em doentes com patologia psiquiátrica, nomeadamente depressão (Bugalho & Carneiro, 2004).

Relativamente aos fatores associados às características do tratamento em si mesmo, os mais relevantes prendem-se com a duração e a complexidade do regime terapêutico. Assim, os doentes apresentam níveis de adesão superiores quando os tratamentos são simples de aplicar e as indicações fáceis de entender, quando não estão sujeitos a mudanças frequentes do regime terapêutico, quando estes são de curta duração e quando não obrigam a alterações significativas nas rotinas diárias (World Health Organization, 2003). Os efeitos secundários podem contribuir também para limitar o grau de adesão. Vários estudos revelam que a não adesão tende a diminuir quando a terapêutica tem poucos efeitos secundários negativos, quando apresenta uma eficácia imediata no alívio dos sintomas, bem como um custo baixo (Klein & Gonçalves, 2005). A prescrição em simultâneo de numerosos medicamentos, assim como frequentes tomas diárias ou dosagens elevadas, podem também contribuir para um menor envolvimento no tratamento, tal como o tipo de fármaco e a forma como este deve ser administrado e manuseado, o desconforto que provoca (o tamanho do comprimido e o cheiro ou o sabor de um xarope, por exemplo) ou ainda devido a experiências negativas no passado com os mesmos fármacos ou similares (World Health Organization, 2003). Apesar de a literatura referir principalmente a não adesão relacionada com a não aplicação das regras do regime terapêutico, também a excessiva utilização de medicação representa um comportamento de má adesão, do qual pode resultar maior toxicidade e uma multiplicação de efeitos secundários. Do mesmo modo, a automedicação, entendida como o consumo de medicamentos por iniciativa do doente sem lhe terem sido prescritos por um médico, constitui também um comportamento de não adesão (Bugalho & Carneiro, 2004).

Com respeito aos fatores relacionados com o próprio doente, o seu nível de instrução e o conhecimento que tem sobre a doença, bem como as suas atitudes e crenças pessoais a respeito da eficácia dos tratamentos, têm sido amplamente reconhecidos como preditores claros do nível de adesão (ASA & ASCPF, 2011; World Health Organization, 2003).

Os modelos de senso-comum acerca das patologias ajudam os pacientes a dar sentido à sua experiência de doença e a orientar o seu comportamento, influenciando geralmente o nível de

adesão (Klein & Gonçalves, 2005). Assim, tal como existe uma norma social prescritiva, em geral, favorável à adesão terapêutica, também é verdade que existem diversas outras normas socioculturais desfavoráveis, como por exemplo a crença no risco de perda das «defesas naturais» devido à habituação a certos medicamentos.

A adesão ao tratamento pode ser ainda afetada por fatores cognitivos e emocionais, tais como o esquecimento, a falta ou diminuição da motivação, a ausência de percepção da sua necessidade, a desconfiança em relação à obtenção de resultados positivos, a ansiedade associada às tomas de medicamentos, sobretudo em regimes terapêuticos complexos, bem como o medo de possíveis efeitos adversos ou de dependência (Osterberg & Blaschke, 2005; World Health Organization, 2003). De todos estes fatores, o esquecimento é um dos comportamentos mais observado em estudos sobre a matéria, sendo frequentemente referido pelos doentes como o principal motivo para a não adesão, seja o esquecimento quotidiano do momento das tomas ou o esquecimento de informação importante sobre o modo como o tratamento deve ser aplicado e outras recomendações feitas pelos profissionais de saúde.

O mesmo ocorre com a ansiedade: a quantidade de informação que os doentes esquecem tende a ser proporcional ao grau de ansiedade que sentem no momento em que estão a receber o aconselhamento na consulta (Klein & Gonçalves, 2005). Assim, perante o conhecimento do diagnóstico, duas situações podem interferir com a atitude do doente: se o diagnóstico for pouco grave, os pacientes podem ficar aliviados e menos interessados em seguir as orientações recebidas; se for grave, podem ficar ansiosos e isso interferir com a sua concentração nas recomendações. Quando confrontados com o diagnóstico e os tratamentos prescritos, os doentes iniciam uma análise dos custos e benefícios, pesando o alívio sintomático contra a gravidade dos sintomas e os riscos do tratamento, de acordo com as crenças e teorias leigas que possuem (Donovan & Blake, 1992; Klein & Gonçalves, 2005).

Por fim, os fatores ligados à relação do doente 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 doente tem no tratamento em si mesmo mas também a qualidade do vínculo que estabelece com os prescritores e a confiança que neles deposita, bem como nos cuidados de saúde em geral (Osterberg & Blaschke, 2005). Ainda segundo os autores, a atitude e o comportamento dos profissionais de saúde em relação ao doente, além da transmissão de informação clara, utilizando uma linguagem apropriada ao nível educacional e à capacidade cognitiva de cada doente, envolvem o saber ouvir, entender e respeitar as suas expectativas e preocupações.

1.3.3 As Crenças dos Doentes acerca dos Medicamentos

As crenças representam as convicções mais íntimas das pessoas, são opiniões adotadas com muita confiança e profundidade sendo, por isso, difíceis de modificar. Desde que uma pessoa constrói uma determinada crença acerca de algum assunto e a assume como verdadeira, tenderá a interpretar toda a realidade de forma a validar essa crença, mesmo que para isso tenha que distorcer a interpretação de alguma informação que recebe do meio interno, como por exemplo do seu corpo, ou do meio externo (Leventhal & Diefenback, 1991, cit. in Pereira & Silva, 2002).

A investigação tem dado relevância a este assunto, nomeadamente no que respeita às crenças dos doentes acerca dos medicamentos e suas relações com os diferentes comportamentos de adesão. Também às crenças dos profissionais de saúde acerca dos medicamentos tem sido dada atenção na medida em que estas poderão condicionar a atuação profissional frente ao doente, nomeadamente através do processo de comunicação e, assim, influenciar o comportamento de adesão do doente (Ogden, 2004).

A Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (1997) reconheceu, no seu relatório, o importante papel das crenças que as pessoas possuem acerca dos medicamentos e considerou tal assunto como uma prioridade para a investigação. Diversos estudos qualitativos revelam que as pessoas possuem crenças acerca dos medicamentos em geral e acerca de medicamentos para doenças específicas (Horne & Weinman, 1999). De entre os inúmeros fatores que podem exercer influência sobre o comportamento de adesão à terapêutica em geral, destacam-se as crenças dos doentes acerca dos medicamentos e da medicina. Os seus próprios conhecimentos, ideias e experiências assim como as de seus familiares e amigos mostraram correlação com o comportamento de adesão e estes princípios são também reconhecidos no referido relatório.

Além dos variados estudos que examinam o papel das crenças do doente acerca das doenças como eventuais determinantes da adesão à terapêutica, vários outros tentaram investigar as crenças acerca dos tratamentos. Os primeiros estudos qualitativos revelaram que os doentes possuem crenças acerca dos medicamentos em geral (Britten, 1994) e crenças acerca de medicamentos prescritos para o tratamento de doenças específicas (Conrad, 1985).

Num estudo que envolveu 1200 doentes, Horne, Weinman, e Hankins (1999) conseguiram classificar as crenças dos doentes acerca dos medicamentos, dedicados a tratar quatro categorias de doenças crónicas e que designaram por crenças específicas, em duas classes. Essas classes compreendem crenças acerca da necessidade do doente fazer uso dos seus

medicamentos para preservar a saúde no presente momento e no futuro (eg: “ a minha vida seria impossível sem medicamentos”) e crenças acerca de preocupações relacionadas com potenciais efeitos adversos relacionados com o seu uso (eg: “às vezes preocupo-me com a possibilidade de ficar dependente dos medicamentos”).

Foram também classificadas em duas categorias as crenças que os doentes possuem acerca dos medicamentos em geral. Estas últimas são crenças gerais acerca da natureza intrínseca dos medicamentos e em que medida são percebidos como substâncias prejudiciais que, se possível, devem ser evitadas (eg: “as pessoas que tomam medicamentos deviam parar de tomá-los por algum tempo”) e crenças gerais acerca da forma como os medicamentos são utilizados pelos médicos (eg: “os médicos receitam medicamentos em excesso”).

O trabalho destes autores conduziu à elaboração dum questionário que permite um acesso quantitativo às crenças acerca dos medicamentos, o *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ) (Horne et al., 1999). O questionário inclui questões que se prendem com as crenças dos doentes acerca da necessidade dos seus medicamentos e questões relacionadas com as preocupações acerca dos medicamentos. De acordo com os autores, e na sequência da análise de diversos estudos que recorrem ao uso deste instrumento, as crenças dos doentes acerca dos tratamentos, influenciam a motivação para o tratamento e a adesão à terapêutica medicamentosa (Horne et al., 2013). O papel das crenças dos doentes acerca dos medicamentos prescritos sobre a adesão ao tratamento farmacológico em doenças crónicas, nomeadamente asma, insuficiência renal, insuficiência cardíaca e oncologia, foi explorado por Horne e Weinman (1999). Os autores encontraram uma correlação significativa entre as crenças e a adesão em todos os grupos de doenças.

Parece também que os doentes apresentam diferentes padrões de adesão frente a diferentes medicamentos e, de acordo com McHorney e Galdekari (2010), o doente decide aderir ou não à terapêutica, tendo em conta as crenças associadas a determinada medicação, conhecimento acerca dessa medicação e a condição médica em causa. Assim, há doentes que aderem a certos medicamentos e não aderem a outros porque tomam decisões independentes para cada um deles. Segundo Aikens e Piette (2009), a valorização e crenças do doente face a diferentes medicamentos leva em conta as respetivas percepções de eficácia, segurança, importância e benefícios esperados. Como tal, os doentes tratados com antidiabéticos e antihipertensores em simultâneo, aderem mais ao medicamento que consideram mais importante e necessário.

Noutros estudos dedicados a doenças crónicas foi encontrada uma relação entre as crenças gerais acerca dos medicamentos e a adesão sendo que, as crenças mais fortes, considerando os medicamentos como prejudiciais, estão associadas a taxas de adesão à terapêutica farmacológica mais reduzidas (Nair, Levine, Lohfeld, & Gerstein, 2007).

Considerando que a medicina atua cada vez mais numa sociedade multicultural, Horne et al. (2004), investigaram até que ponto os antecedentes culturais asiáticos ou europeus influenciam num grupo de sujeitos as crenças acerca dos medicamentos. Neste contexto, observaram que os participantes de origem asiática revelavam crenças mais negativas acerca dos medicamentos do que os europeus. Assim, os sujeitos de origem asiática apresentaram uma tendência mais significativa para perceber os medicamentos como substâncias intrinsecamente nefastas e aditivas que, como tal, devem ser evitadas. Considerando estes resultados, os autores propõem que seja dada maior relevância e sejam melhor explorados os efeitos dos antecedentes culturais na utilização da farmacoterapia. Estas diferenças culturais podem justificar diferentes abordagens terapêuticas e particular atenção ao processo de fornecimento de informação aos doentes.

Mais recentemente, Horne et al. (2013), realizaram um trabalho de revisão de numerosos estudos que recorrem ao BMQ procurando avaliar a utilidade do enquadramento teórico que considera as crenças acerca da necessidade e preocupação acerca dos medicamentos para explicar o comportamento de adesão dos doentes. Num universo de 94 estudos incluindo doentes adultos com doença crónica (diferentes doenças crónicas) em tratamento com medicamentos, observaram que valores de adesão mais elevados apresentam associação com perceções mais fortes acerca da necessidade do tratamento e menos preocupações relacionadas com o tratamento. Estas relações apresentam-se significativas independentemente do tamanho das amostras, do país aonde se realizou o estudo e do tipo de medida de adesão utilizado. Os autores concluem que o modelo necessidade-preocupação representa um instrumento concetual útil para compreender a perspetiva dos doentes acerca dos medicamentos que lhes são prescritos. Assim, tomar em consideração as crenças dos doentes acerca da necessidade dos medicamentos e as suas preocupações com eles relacionadas, poderá melhorar a qualidade da prescrição, auxiliando os profissionais a envolver os doentes nas decisões de tratamento e a contribuir para uma adesão ótima às prescrições mais apropriadas.

Os trabalhos de Horne et al. (2013), revelam o interesse em recorrer ao BMQ independentemente da doença crónica em consideração. Parece relevante ter em conta a opinião

do doente relativamente a cada medicamento já que este pode possuir diferentes perspetivas em relação a cada um dos medicamentos que toma.

1.3.4 A Informação e a Satisfação do Doente

Quando é necessário tomar decisões importantes em questões de saúde, o doente deve receber informação detalhada acerca da doença, das diferentes opções de tratamento e do prognóstico. Nesse sentido, e de acordo com Houts et al. (1998) e (Kessels, 2003), a tendência crescente para redução dos tempos de internamento com conseqüente transferência para os cuidados continuados no domicílio aumenta a necessidade de informação específica dos doentes e suas famílias ou cuidadores.

A comunicação entre profissionais de saúde e doentes é naturalmente problemática. Os profissionais desejam comunicar com clareza. Porém, tendem a utilizar terminologia técnica porque estão mais familiarizados com ela, porque é mais exata e porque, por vezes, não existem termos não técnicos equivalentes ou sinónimos. Por outro lado, frequentemente comunicam mais informação do que aquela que os doentes conseguem processar. Os doentes, mesmo aqueles com boas habilidades de linguagem, consideram difícil processar a informação dos técnicos de saúde porque não estão familiarizados com a terminologia técnica, porque estão preocupados com as suas queixas e, porque estão apreensivos, tem dificuldade em manter-se concentrados (Houts, Doak, Doak, & Loscalzo, 2006). Os autores reconhecem que, embora as pessoas de qualquer nível de literacia possuam dificuldade em entender e utilizar a informações de saúde, as pessoas com baixa literacia necessitam de mais atenção a este nível. Assim, estudando a utilidade do recurso a pictogramas para melhorar a comunicação, os autores concluem que o uso de linguagem simples associada ao uso de pictogramas pode favorecer a compreensão e retenção da informação especialmente por parte de doentes com baixa literacia.

As elevadas taxas de não adesão às prescrições médicas persistem apesar do esforço de numerosos estudos focados na compreensão, medição e resolução do problema. Por muito tempo, o papel do doente como agente ativo e capaz de tomar decisões foi descurado. Como já referido, os doentes, de forma particular aqueles que padecem de doenças crónicas, tomam as suas próprias decisões acerca dos tratamentos, de forma racional, baseados nas suas próprias crenças, nas suas circunstâncias pessoais e na informação de que dispõem (Donovan, 1995).

Os investigadores têm analisado o papel e tipo de informação que melhora a adesão dos doentes às recomendações dos profissionais de saúde. Numa meta-análise, Mullen, Green, e

Persinger (1985) descobriram que 64% dos doentes apresentavam maior índice de concordância quando era utilizada informação instrutiva e educacional.

Por outro lado, Haynes (1982; cit.in. Ogden, 2004), no decorrer da sua investigação, chama a atenção para a importância da instrução comportamental individualizada, concluindo que este tipo de comunicação pode aumentar a adesão até aos 75%.

A solução para o desperdício de recursos decorrente da não adesão, de acordo Donovan e Blake (1992), encontra-se não da procura de aumentar a adesão do doente *per se* mas sim do desenvolvimento de relações com os profissionais de saúde mais abertas e cooperativas e estas dependem do estilo de comunicação.

Num estudo realizado por Savage e Armstrong (1990), questiona-se em que medida os doentes preferem um estilo de comunicação mais diretivo, centrado no especialista ou mais partilhado e centrado no doente. Os resultados sugerem maiores níveis de satisfação dos doentes, com o estilo tradicional mais diretivo no qual o médico é visto como especialista e o doente como um leigo. Além disso, os doentes incluídos no estudo preferiam uma figura de autoridade que fizesse um diagnóstico formal do que um médico que partilhasse e pedisse opiniões. Estes resultados contrariam investigações recentes, que criticam o modelo educacional tradicional de comunicação, revelando que alguns doentes parecem preferir esse estilo.

O modelo da adesão desenvolvido por Stanton (1987), ao utilizar o termo adesão em alternativa a cumprimento, representa uma tentativa de afastamento da visão tradicional do médico que dá conselhos ao doente e doente que obedece às orientações. O modelo sugere que a comunicação do profissional de saúde resulta no aumento do conhecimento do doente e da sua satisfação e também numa maior adesão aos tratamentos prescritos. O mesmo modelo destaca também a importância das crenças do doente, do locus de controlo, do apoio social sentido e as crenças na rutura de estilo de vida implicadas na adesão. Este modelo considera ainda que as informações dadas pelos profissionais de saúde se baseiam em conhecimentos objetivos e não influenciadas pelas suas próprias crenças. O autor afirma que os doentes têm as suas próprias crenças que necessitam ser avaliadas e, se necessário, modificadas em termos de linguagem e conteúdo de comunicação.

Pais-Ribeiro (2007) afirma que uma boa adesão envolve, além da receção, compreensão e retenção, a aceitação ou crença na substância das mensagens. Além disso, especifica que a mensagem deve incluir informação acerca dos objetivos específicos e modo de os alcançar.

Muito se tem escrito sobre o processo de comunicação e aconselhamento dos

profissionais de saúde ao doente. Corney (2000) chama a atenção para o facto de que todas as entrevistas contêm sempre informação e emoção. O objetivo da entrevista é frequentemente a mudança de comportamento. Contudo, a adesão é reduzida mesmo para instruções simples e pouco assustadoras como, por exemplo, tomar um antibiótico. A estratégia cognitivo-comportamental no desenvolvimento da entrevista é recomendada como favorecedora da adesão às prescrições. Assim, é mais ao menos consensual que a entrevista deve seguir uma estrutura que compreende uma sequência de etapas facilitadoras das aprendizagens: etapa 1- Indução; etapa 2-Transmissão da informação com recurso à apresentação e transferência; etapa 3- Transmissão da informação com recurso à narrativa e transferência; etapa 4- Final.

Ainda segundo Corney (2000), o método socrático de aconselhamento deve ser privilegiado, orientando o doente para uma declaração sobre o que irão fazer, refletindo a melhor opção, de acordo com a formulação cognitivo-comportamental das suas dificuldades. O doente considerará a opção mais atraente na medida em que esta resulta do seu envolvimento no processo e constituirá uma espécie de narrativa em que o doente favorece a informação que retém mais viva na memória. O envolvimento, a motivação e a memorização são assim identificados como fatores favorecedores da adesão.

A possibilidade de existirem diferenças de crenças acerca dos medicamentos entre doentes e profissionais de saúde poderá representar uma dificuldade acrescida para o alcance de níveis mais elevados de adesão. No estudo realizado por Ramstrom, Afandi, Olofsson, e Petersson (2006), discute-se, por exemplo, em que medida poderá a crença de um considerável número de farmacêuticos de que “os médicos prescrevem demasiados medicamentos” representar uma barreira na comunicação com os doentes.

Numa tentativa de tentar prever se os doentes aderem, Ley (1981-1989, cit. in. Ogden, 2004), desenvolveu o modelo da hipótese cognitiva da adesão em que agrega a satisfação do doente em relação à consulta, a compreensão da informação dada e a capacidade de memorizar essa informação. Haynes, Sackett, Taylor (1979) e Ley (1988; cit. in. Ogden, 2004), estudaram a satisfação com as consultas e concluíram que esta resulta de vários componentes: dos aspetos afetivos como apoio emocional e compreensão, dos aspetos comportamentais como prescrição e explicações adequadas e dos aspetos associados à competência técnica como diagnóstico e encaminhamento adequado.

Partindo da hipótese de que um doente satisfeito é um doente mais saudável, a satisfação tem sido cada vez mais utilizada como um indicador indireto do resultado de saúde. Embora existam dificuldades com a satisfação do doente, alguns estudos sugerem que aspetos ligados a

esta variável podem relacionar-se com a adesão às indicações dadas na consulta, nomeadamente com a adesão à terapêutica farmacológica (Fitzpatrick, 1993, cit. in Ogden, 2004).

Diversos são os estudos que exploram o tema da compreensão dos doentes acerca do conteúdo das consultas e, em regra, sugerem que pode ser bastante reduzida. Roth (1979, cit. in Ogden, 2004), explorou a compreensão dos doentes acerca da causa e gravidade da doença. Concluiu que cerca de 30% dos doentes pensavam que a hipertensão podia ser curada com tratamento. Segundo o autor, se o profissional de saúde indica um tratamento específico sem que o doente perceba as causas da sua doença, a localização do órgão ou órgãos afetados e o processo envolvido no tratamento, provavelmente, esta falta de compreensão afetará a adesão às indicações terapêuticas.

Claramente, a recordação ou memória da informação é imprescindível para uma boa adesão ao tratamento recomendado (Kessels, 2003; Ley, 1989). O modelo de Ley (Figura 1) acerca da comunicação eficaz nos cuidados de saúde realça a importância da memória para a compreensão da informação e a satisfação com o tratamento.

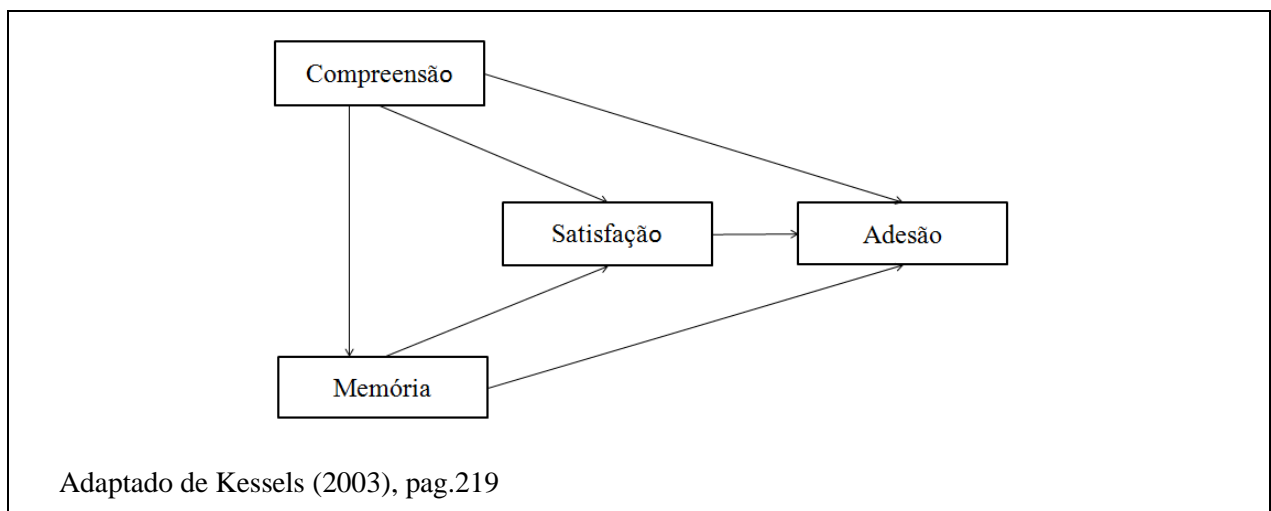


Figura 1
Modelo de Ley sobre a comunicação e a adesão

Ainda focando as componentes do modelo proposto, numa meta-análise sobre a capacidade de memorização, o autor descobriu que esta capacidade é influenciada por fatores como: a ansiedade, os conhecimentos médicos, o nível intelectual, a importância da afirmação proferida pelo médico, os efeitos da primazia (memorizar o que é dito primeiro) e o número de afirmações do profissional aumentavam a capacidade de recordação do doente. Concluiu também, que esta capacidade não é influenciada pela idade do doente. A capacidade de recordar as informações depois da consulta poderá relacionar-se com a adesão. Ley (1989) sugere então

que um dos meios de melhorar a adesão será através da melhoria dos conteúdos da comunicação oral. Assim, aspetos como a primazia, explicitar a importância da adesão, simplificar as informações, usar a repetição, ser claro e seguir a consulta com entrevistas adicionais podem favorecer a memorização e assim contribuir para aumentar a adesão.

Ley e Morris (1984; cit. in. Ogden, 2004) estudaram também a influência da comunicação escrita acerca dos medicamentos e verificaram que em 90% dos estudos esta aumentava o conhecimento do doente, aumentava em 60% o grau de adesão e em 57% dos estudos melhorava os resultados.

Kessels (2003) estudou também a memória dos doentes acerca da informação recebida e concluiu que a memória que os doentes possuem acerca da informação recebida dos profissionais é com frequência pouca e incorreta, especialmente se o doente é idoso ou ansioso. O doente tende a reter mais a informação relacionada com o diagnóstico e menos a relacionada com instruções sobre o tratamento. A apresentação da informação com recurso a técnicas de categorização explícita pode auxiliar o doente a reter a informação. As instruções simples e específicas são melhor recordadas do que informações gerais. Ainda, segundo este autor e sublinhado também por Houts et al. (2006), a informação oral deve ser reforçada com informação escrita ou outras ajudas visuais. As ajudas visuais são sobretudo relevantes para doentes com baixa literacia. Porém, a técnica de vídeo ou outras técnicas multimédia, não mostraram melhorar a memória ou adesão à terapêutica (Kessels, 2003).

Como referido antes, as crenças do doente acerca dos medicamentos e da própria doença podem influenciar a sua decisão de aderir ou não aderir às prescrições. Mas será que as crenças dos profissionais de saúde podem influenciar o comportamento de adesão dos doentes? De facto, a investigação tem posto em evidência que a variabilidade do comportamento dos profissionais de saúde não pode ser atribuída apenas a nível das diferenças de conhecimentos. A variabilidade foi analisada no contexto das crenças de saúde e argumenta-se que os profissionais possuem crenças fundamentadas e crenças leigas. Ou seja, tal como os doentes, também os profissionais possuem crenças leigas e, no processo de comunicação, a interação doente- profissional ocorre no contexto dessas crenças. Se existir diferença de perspetivas, será possível que a concordância e adesão às propostas terapêuticas fiquem comprometidas. Nesta linha de pensamento, o profissional de saúde pode ser visto como responsável pelo comportamento de adesão do doente (Ogden, 2004).

Analisando o efeito da linguagem dos profissionais de saúde, Misselbrook e Armstrong (2000), perguntaram aos doentes se aceitavam tratamento para prevenção do AVC e apresentaram a eficácia desse tratamento de quatro diferentes formas: reduz em 45% o risco de AVC, reduz o risco de 1 em 400 para 1 em 700, tratando 35 doentes por 25 anos previne-se 1 AVC e que tinha 3% de probabilidade de ser útil e 97% probabilidade de nada fazer. Sendo o risco sempre o mesmo, a forma de apresentar a situação resultou em 92% de aceitação na primeira forma (risco relativo), 75% de aceitação na segunda forma (risco absoluto), 71% na terceira forma (número dos que é preciso tratar) e apenas 44% aceitariam o tratamento na forma de probabilidade de benefício pessoal. Os resultados deste estudo indicam não só que os profissionais de saúde têm as suas próprias crenças subjetivas, mas também que as podem comunicar aos doentes e influenciar a sua decisão de aderir ou não aderir às suas propostas terapêuticas.

De acordo com Maguire e Pitceathly (2002), quando os profissionais de saúde utilizam competências de comunicação eficazes, eles próprios e os doentes beneficiam: os profissionais identificam mais assertivamente os problemas dos doentes, os doentes ficam mais satisfeitos com os cuidados e compreendem melhor os seus problemas e opções terapêuticas, tem maior probabilidade de aderir aos tratamentos e adotar as orientações para a mudança de comportamentos, ficam mais tranquilos e a sua vulnerabilidade ao stress e depressão diminuem. Por outro lado, também o bem estar dos profissionais aumenta.

1.3.5 O Conhecimento dos Doentes acerca dos Medicamentos

A adequada informação do doente sobre os medicamentos que utiliza é um princípio essencial para conseguir um uso correto e racional do medicamento que conduz a um aumento dos resultados positivos associados à medicação (DeVries, 1993).

De acordo com DeVries, Henning, Hogerzeil, e Fresle (1994), independentemente do quão efetivo e seguro seja um produto intrinsecamente, só poderá cumprir a sua função se for utilizado corretamente.

Segundo Garcia-Delgado, Gastelurrutia, Baena, Fisac, e Martinez-Martinez (2009), entende-se por conhecimento dos doentes acerca dos medicamentos, o conjunto de informação adquirida pelo doente sobre o seu medicamento, necessária para que dele faça um uso correto. Esta informação compreende os aspetos relativos ao objetivo terapêutico, ao processo de uso, à segurança e aos cuidados de conservação dos medicamentos.

Assim, e segundo os mesmos autores, o doente deve saber para que toma o seu medicamento e saber reconhecer a sua efetividade. Deve saber também que doses ou quantidade de medicamento tomar ou aplicar, como executar a toma ou aplicação, com que frequência e por quanto tempo deverá fazê-lo. Conhecer os possíveis efeitos adversos, precauções a ter, as contraindicações e possíveis interações dos medicamentos com outros medicamentos ou alimentos são informações que contribuem para aumentar a segurança relacionada com o uso dos medicamentos. Os cuidados a ter com a conservação dos medicamentos constitui ainda informação que o doente deverá possuir para fazer um bom uso do medicamento.

As dúvidas ou desconhecimento do doente acerca dos medicamentos poderão também influenciar a decisão deste de aderir, não aderir ou aderir parcialmente aos tratamentos prescritos. A falta de conhecimento do doente acerca dos seus medicamentos parece ser um fator de risco para a ocorrência de resultados negativos associados ao seu uso. Pode também diminuir a probabilidade de obter resultados clínicos positivos (DeVries, 1993).

No estudo de AlHewiti (2014) fica sublinhada a importância da educação dos doentes acerca dos medicamentos como forma de aumentar a adesão. O autor investigou a adesão a tratamentos crónicos numa população de 408 participantes no contexto da medicina familiar. Encontrou uma associação direta entre a opinião do doente sobre a adequação da informação recebida acerca dos medicamentos e o grau de adesão. Verificou também uma relação indireta entre adesão e informação acerca dos medicamentos na medida em que a informação transmitida ao doente influencia as suas crenças e estas, por sua vez, afetam a adesão.

A falta de conhecimento do doente acerca dos seus medicamentos pode conduzir a um processo de uso incorreto, aumentando a probabilidade de que este não produza o objetivo terapêutico ou origine novos problemas de saúde. A morbi-mortalidade associada ao uso dos medicamentos constitui assim, atualmente, como já vimos, um importante problema de saúde pública (Johnson & Bootman, 1995; Parejo, 2003; Parejo et al., 2005).

Caso o doente não possua a informação correta sobre cada um dos aspetos fundamentais do processo de uso dos medicamentos, pode utilizá-lo de modo inadequado, podendo originar resultados negativos (DeVries, 1993).

Assim, o conhecimento do doente acerca dos seus medicamentos parece revelar-se fundamental, não apenas como promotor da adesão à terapêutica mas também como promotor do uso adequado dos medicamentos. Assim, espera-se que o doente tome ou aplique os medicamentos respeitando a dose, frequência e duração do tratamento, e por isto entende-se

adesão, mas também que possua os conhecimentos necessários para garantir um processo de uso correto, porque este processo compromete igualmente os resultados terapêuticos. Assim, além de garantir a adesão, será útil garantir também que os doentes compreendem a forma exata de como tomar ou aplicar o medicamento, em que momento tomá-lo, o que fazer caso esqueça uma toma, que efeitos adversos podem ser observados, em que situações não deverá ser tomado o medicamento, como avaliar a eficácia do tratamento, como manter o medicamento em bom estado de conservação, etc. Este tipo de informação relaciona-se mais com especificidades de cada medicamento e deve ser do domínio do conhecimento do doente ou cuidador se pretendemos otimizar os resultados da terapêutica farmacológica.

Para incrementar o poder de decisão do doente e promover a sua participação nas decisões que se prendem com os medicamentos, revela-se então necessário explorar os conhecimentos de que necessitam os doentes relativamente aos seus medicamentos para dirigir as ações profissionais no sentido de contribuir para elevar o nível de conhecimentos e o envolvimento do doente no processo terapêutico (Salmerón-Rubio, Iglésias-Ferreira, García-Delgado, Mateus-Santos, & Martinez-Martinez, 2012).

Garcia-Delgado et al. (2009) verificaram a escassez de literatura com o objetivo principal de avaliar o grau de conhecimento do doente sobre os medicamentos e que, na existente, não se encontra especificada a forma como foram avaliados os conhecimentos e abordam em geral o conhecimento de aspetos concretos e específicos do medicamento. Por não existir um instrumento adequado para avaliar duma maneira geral o conhecimento sobre qualquer medicamento, os autores procuraram desenvolver um questionário ótimo, válido e fiável, e ágil que pudesse ser utilizado sem limitações em qualquer contexto e ser incorporado na prática diária dos profissionais de saúde quer na avaliação da qualidade dos serviços quer na investigação. Nesse sentido, foi desenvolvido o questionário de Conhecimento do Doente sobre o seu Medicamento³ (CPM), que avalia o conhecimento de qualquer doente acerca de qualquer medicamento. Sendo um questionário de uso generalizado a qualquer doente e a qualquer medicamento é, no entanto, de respostas qualitativas sendo que a sua avaliação e cotação requer a intervenção dum especialista em farmacoterapia e a definição de critérios de avaliação bem claros.

³ A sigla CPM será lida como: Conhecimento do doente sobre o seu medicamento. Pretende-se assim conservar ao longo do texto o termo doente e não alternar com o termo paciente utilizado nos estudos que originaram o instrumento.

Recentemente passou a dispor-se em Portugal, de um instrumento de medida geral do conhecimento do doente acerca dos seus medicamentos, adaptado e validado para a população portuguesa (Salmerón-Rubio et al., 2012), desenvolvido a partir do trabalho de Garcia-Delgado et al. (2009). Os autores do trabalho português, conduziram um estudo exploratório envolvendo 633 participantes recrutados em 35 farmácias portuguesas da zona da grande Lisboa. O objetivo consistiu em aceder ao conhecimento dos doentes acerca dos seus medicamentos. Concluíram que cerca de 80% dos doentes inquiridos mostraram desconhecer os medicamentos que tomam sendo que, a dimensão menos conhecida diz respeito à segurança dos medicamentos. A dimensão relativa aos aspetos de segurança compreende a informação acerca de precauções, efeitos adversos, contraindicações, e interações do medicamento (Salmerón-Rubio, García-Delgado, Iglésias-Ferreira, Mateus-Santos, & Martínez-Martínez, 2013).

O conhecimento da expressão destas variáveis numa população poderá constituir um instrumento capaz de auxiliar os profissionais de saúde no desenvolvimento de abordagens de comunicação com o doente, mais eficazes por forma a potenciar a sua motivação para a adesão à terapêutica medicamentosa. Neste sentido, parece relevante perceber até que ponto os doentes possuem um conhecimento adequado à correta utilização dos seus medicamentos e quais os aspetos em que os doentes apresentam maior necessidade de informação. Em consequência, poderão delinear-se estratégias que contribuam para melhorar o seu nível de conhecimentos acerca dos medicamentos, especialmente nos aspetos considerados mais básicos ou essenciais para uma correta utilização. Paralelamente, a exploração de variáveis como as crenças dos doentes acerca dos medicamentos e a sua satisfação com a informação recebida, poderá contribuir para uma melhor compreensão do comportamento de adesão. Compreender o comportamento dos doentes face à farmacoterapia permitirá definir estratégias para melhoria da adesão ao tratamento e, com isso, progredir na otimização dos resultados em saúde, sejam eles clínicos, humanísticos ou económicos.

1.4 Teorias Explicativas do Comportamento de Adesão à Terapêutica

Existe um vasto campo de pesquisa científica, revelando fortes e consistentes diferenças individuais de comportamentos de saúde, nomeadamente comportamento de adesão à terapêutica, atribuindo algumas dessas diferenças a fatores sociodemográficos. Reconhece-se, no entanto, que essas variáveis são, em grande medida, não modificáveis a curto prazo como será o exemplo do nível socioeconómico ou mesmo imodificáveis de que será exemplo o género. A investigação tomou, então, outro rumo no sentido de identificar variáveis sociocognitivas que

pudessem explicar diferenças antes atribuídas apenas a fatores sociodemográficos (Rosenstock, 1974).

Numa perspectiva de saúde pública, este direcionamento de atenção sobre determinantes sociocognitivas revelou-se importante, porque se trata agora de explorar variáveis potencialmente mais fáceis de modificar do que as variáveis sociodemográficas.

Vários modelos de cognição social, no âmbito da psicologia da saúde, analisam os fatores que predizem os comportamentos ou intenções de comportamento, analisando também as razões pelas quais os indivíduos falham na manutenção dum comportamento que se comprometeram a ter (Bennett, 2002; Ogden, 2004).

São diversos os modelos ou teorias do comportamento de saúde utilizados para explicar a variabilidade característica do comportamento de adesão à terapêutica. Essas várias teorias possuem fatores comuns porém, os potenciais determinantes da adesão identificados em diferentes estudos observacionais nem sempre coincidem (Brawley & Culos-Reed, 2000).

As teorias mais estudadas no âmbito dos comportamentos de saúde são a Teoria das Crenças em Saúde de Rosenstock (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988), a Teoria da Ação Ponderada de Ajzen e Fishbein (1980) e a sua revisão na Teoria do Comportamento Planeado de Ajzen (1991), a Teoria da Motivação para a Proteção de Rojgers (1983, cit. in. Floyd, Prentice-Dunn, & Rogers, 2002), a Teoria da Cognição Social de Bandura (1999) e a Teoria da Autoeficácia Bandura (1977).

Estas teorias possuem em comum a assunção de que as pessoas são capazes de prever, planejar e decidir de forma racional o seu comportamento. As pessoas atuam perseguindo objetivos e autorregulando as suas ações. Todas estas teorias reconhecem que as pessoas vivem as suas tomadas de decisão e autorregulação como fazendo parte dum processo dinâmico de aprendizagem social (Bandura, 1977). Por exemplo, os indivíduos são bem e mal sucedidos na tentativa de comportamento de adesão ao longo do tempo. Em função dessas experiências, tentam ajustar os seus objetivos e regular o seu comportamento. Assim, baseados nas suas experiências, os doentes variam o seu comportamento de adesão à terapêutica.

De entre os modelos supracitados utilizados para explicar comportamentos de adesão a diferentes tipos de terapêutica, nomeadamente comportamental e farmacológica, alguns modelos de cognição social tais como o Modelo de Crenças da Saúde de Rosenstock (Rosenstock et al., 1988), a Teoria da Ação Ponderada de Ajzen e Fishbein (1980) e a sua revisão na Teoria do Comportamento Planeado de Ajzen (1991), tem sido preferencialmente utilizados para explicar

as falhas na adesão à terapêutica medicamentosa (Horne et al., 1999). Estas teorias revelam que a não adesão pode ser uma decisão racional do doente e apontam para algumas das cognições que contribuem para tal decisão. Por exemplo, se o doente acreditar que não tomar o medicamento trará consequências negativas e que ele próprio é suscetível a esses eventos negativos, tenderá a assumir um comportamento de adesão mais elevado. As decisões de adesão podem também resultar duma análise custo-benefício em que os benefícios são ponderados frente às barreiras percebidas. Outros estudos, baseados nestas teorias, apontam para que as crenças e atitudes de outras pessoas significativas para o doente podem influenciar o seu próprio comportamento de adesão.

A generalidade dos modelos motivacionais de que são exemplo os três referidos, assume que a intenção é o principal impulsionador da mudança. Apesar disso, sabe-se hoje que as pessoas raramente atuam em conformidade com as suas intenções. Deste modo, os modelos motivacionais fornecem somente uma parcela para a compreensão da mudança dos comportamentos (Armitage & Conner, 2000).

Além das teorias desenvolvidas com o intuito de prever as intenções de comportamento, e concretamente adesão a comportamentos de saúde, existem modelos que exploram o processo de mudança de comportamento. Tal é o caso da teoria da autoeficácia de Bandura (1997) e da teoria da autorregulação de Leventhal et al. (1997, cit. in Horne et al., 1999). De acordo com este último modelo de autorregulação, a decisão entre aderir ou não ao tratamento com medicamentos é concetualizado como uma das estratégias de *coping* possíveis para lidar com a ameaça da doença. Ainda à luz desta última teoria, a probabilidade de adesão será maior se o doente entender que, de acordo com a sua experiência passada e suas crenças, a recomendação para usar os medicamentos faz sentido (Horne et al., 1999).

Além de fornecer uma explicação para a forma como crenças e comportamento se relacionam, o modelo de autorregulação postula o tipo de crenças sobre a doença que determinam qual a estratégia de *coping* (tomar ou não tomar o medicamento) a ser adotada. Assim, tomar ou não tomar o medicamento dependerá das ideias que o doente tenha acerca da natureza, duração, causas, consequências e potencial para a cura ou controlo da sua doença (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992).

Além dos estudos que pretendem explorar o papel das crenças acerca da doença como determinante dos comportamentos de adesão aos tratamentos farmacológicos, alguns estudos avançaram na perspetiva de explorar as crenças dos doentes acerca dos próprios medicamentos e

o seu papel na adesão. A investigação conduziu, assim, ao conhecimento de que os doentes possuem crenças acerca dos medicamentos em geral e crenças acerca de medicamentos destinados a tratar doenças específicas. Um enquadramento teórico foi proposto para explicar de que forma estas crenças podem influenciar os doentes acerca de usar ou não os medicamentos (Horne, 1997). Assim, o modelo preconiza que, embora as crenças gerais acerca dos medicamentos possam exercer um papel inicial na orientação do doente frente aos medicamentos, a adesão poderá estar mais fortemente relacionada com a perspetiva pessoal acerca dos medicamentos específicos que são prescritos (crenças específicas).

1.5 Avaliação da Adesão à Terapêutica Farmacológica

A avaliação da adesão é uma prática clínica recomendável. Porém, em termos práticos é perceptível a dificuldade em operacionalizar esta prática de forma sistemática. O guia NICE (2009) preconiza que esta avaliação deve ser realizada cada vez que se prescreva, dispense ou reveja a terapêutica farmacológica. Face à experiência do doente com patologia crónica, a sua necessidade de informação e ajuda podem mudar ao longo do tempo e, por essa razão, o seu comportamento de adesão deverá ser revisto periodicamente.

O assunto é ainda complexo, porque a questão da adesão aos tratamentos se manifesta sob formas diversas e em distintos momentos do processo terapêutico. A entrada e a permanência em programas de tratamento, o seguimento das consultas previamente estabelecidas, a aquisição dos medicamentos prescritos e a toma dos mesmos de forma adequada, o seguimento de regimes alimentares ou a prática de exercício físico, ou ainda, o abandono de comportamentos de risco, são exemplos da diversidade dessas manifestações (Meichenbaum & Turk, 1987).

Baseando-se nas três revisões de literatura McGavoc, 1996, Nichol, Venturini, & Sung, 1999 e Stockwell & Schulz, 1992, Nilsson (2001) considera que a adesão aos tratamentos de longa duração nas doenças crónicas, que é onde o problema mais se faz sentir, se situa a maior parte das vezes abaixo dos 50%.

Uma avaliação ou conhecimento precisos do comportamento de adesão dos doentes revela-se necessário para um planeamento efetivo e eficiente do tratamento e para garantir que os resultados terapêuticos podem atribuir-se ao regime terapêutico prescrito. Por outro lado, decisões para mudar as recomendações terapêuticas, mudar os medicamentos ou alterar o estilo comunicacional no sentido de promover a participação do doente, dependem da existência de

medidas válidas e reprodutíveis do constructo adesão. Infelizmente, não existe um método ideal ou “*gold standard*” para medir o comportamento de adesão (World Health Organization, 2003).

Os diferentes métodos de avaliação da adesão à farmacoterapia existentes são, em geral, classificados como diretos ou indiretos. Os métodos diretos medem a quantidade de medicamento em amostras biológicas. Possuem elevado rigor, porém, apresentam a desvantagem de ser muito dispendiosos e pouco aplicáveis na prática clínica. Os métodos indiretos contam com informações prestadas pelo doente. Representam os métodos mais utilizados, mas são, em geral, pouco objetivos e sobrevalorizam a adesão. De entre os métodos indiretos, a entrevista ou questionário de auto-preenchimento são os mais recomendados. O teste de Morisky-Green (Morisky, Green, & Levine, 1986) ou o de Haynes-Sachett (Haynes et al., 1980) são exemplos de questionários de avaliação de adesão. São muito fiáveis sobretudo se o doente declara não adesão possibilitando ainda indagar os motivos da não adesão (INFAC, 2011).

No entanto, o desejo de agradar ou evitar a desaprovação conduz a que os doentes distorçam com frequência as suas respostas para se mostrarem a eles próprios e, principalmente, aos outros como aderentes; omitem a verdade quando lhes é perguntado se tomaram os medicamentos (Bond & Hussar, 1991). Alguns doentes ainda, segundo Taylor (1986), nem se identificam a eles próprios como não aderentes pelo que seria de pouca valia perguntar-lhes se tomaram certo medicamento ou fizeram determinada dieta. Assim, à partida, os métodos indiretos como o *self-report* e a entrevista parecem ser pouco fiáveis.

De entre os métodos indiretos, a tentativa de avaliar a adesão através dos resultados clínicos pressupõe uma relação direta e próxima entre a adesão e os resultados esperados e, de facto, tal relação não existe. Segundo Gordis (1976; cit. in Meichenbaum & Turk, 1987), o resultado clínico não deve ser considerado um critério válido para medir a adesão aos tratamentos, porque o doente pode curar-se ou estar controlado por muitas outras razões que não a adesão aos tratamentos tal qual foram prescritos, e, por outro lado, como consideram O’Brien, Petrie, e Raeburn (1992), o doente pode aderir ao tratamento e, ainda assim, não manifestar o efeito desejado. Por outro lado, no entender de Bond e Hussar (1991), o resultado clínico pode ser usado como medida de adesão quando a um dado tratamento está associado um resultado clínico de sucesso preciso (e.g. nível de glicose ou valor de pressão arterial). No entanto, estes autores consideram que, mesmo nestes casos, o doente poderá aderir ao tratamento apenas imediatamente antes da visita ao médico com o objetivo de lhe agradar.

Pelo exposto se poderá concluir como é grande a dificuldade de obter uma medida ótima da adesão ao tratamento farmacológico. Concretamente, uma medida que revele e traduza com precisão exatamente até que ponto a prática ou comportamento do doente corresponde às recomendações ou prescrições dos profissionais de saúde.

Conscientes da necessidade de desenvolver para a população portuguesa um instrumento que possibilitasse a medida da adesão à terapêutica farmacológica, Delgado e Lima (2001), trabalhando a partir da medida de adesão apresentada por Morisky et al. (1986) procuraram validar um método que permitisse aos profissionais de saúde, atuando em Portugal, identificar os comportamentos de maior ou menor adesão aos tratamentos farmacológicos por parte dos doentes. Assim, desenvolveram a Medida de Adesão à Terapêutica (MAT). Reconhecendo que a utilização dum medida psicométrica não explica as razões da maior ou menor adesão, os autores afirmam, citando Bond & Hussar (1991) que a sua deteção constitui uma exigência para a implementação dum tratamento adequado. A deteção pode originar, através dum processo de atenção cuidada, a compreensão das barreiras ou dificuldades a uma boa adesão. De acordo com esse conhecimento será possível planear estratégias de intervenção que conduzam, por exemplo, à implementação de programas apropriados de educação para a saúde, ao ajustamento do regime terapêutico ao estilo de vida de cada doente em particular ou, ainda, à melhoria do modelo de comunicação entre o profissional de saúde e o doente.

1.6 Intervenções para Promover a Adesão à Terapêutica nas Doenças Crónicas

De acordo com o já citado no trabalho de revisão de Nilsson (2001) e reconhecido também pela World Health Organization (2003), é no tratamento das doenças crónicas, em regra tratamentos de longa duração, que o problema da não adesão se manifesta com mais frequência.

Ultrapassar uma barreira ou atender a uma única faceta do problema não assegurará a adequada adesão à farmacoterapia. Na verdade, estudos demonstram que não existe nenhum tipo de intervenção que de forma isolada garanta a boa adesão (Hughes, 2004; Kripalani, Yao, & Haines, 2007).

Numa revisão de literatura levada a cabo com o intuito de avaliar o efeito de intervenções que visaram aumentar a adesão à terapêutica em doentes crónicos, Kripalani et al. (2007) concluíram que são diversos os tipos de intervenção que demonstram aumentar a adesão, mas poucas demonstram aumentar os resultados clínicos. Com base no seu trabalho, as intervenções mais efetivas parecem ser as que consistem na simplificação do esquema terapêutico. No

entanto, as intervenções comportamentais, que envolvem monitorização e avaliação e as intervenções de tipo educacional ou informativas em múltiplas sessões, são também provavelmente efetivas.

Osterberg e Blaschke (2005) agruparam os métodos para aumentar a adesão ao regime terapêutico em quatro categorias principais: a educação do doente; a comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e doente; a posologia e tipo de fármaco e a disponibilidade dos serviços de saúde em atender o doente.

Também Bugalho e Carneiro (2004) destacam as intervenções educativas e comportamentais como métodos simples para aumentar a adesão à terapêutica com medicamentos em patologias crónicas. Como medidas educativas, realçam a administração de informação oral e escrita com eventual recurso a ajudas audiovisuais e/ou informática, programas educacionais individuais e/ou em grupo.

Como medidas de tipo comportamental, os mesmos autores sugerem o aumento da comunicação e aconselhamento, a simplificação dos esquemas terapêuticos, o envolvimento do doente no seu tratamento, o recurso a mecanismos auxiliares de memória e o reforço ou recompensa pela melhoria da adesão e pelos resultados terapêuticos. No Quadro 2 são detalhadas as propostas concretas dos autores relativas a cada tipo de medida comportamental.

Quadro 2
Intervenções comportamentais para aumentar a adesão à terapêutica em doenças crónicas

Medida	Propostas
Aumento da comunicação e aconselhamento	Direto (e.g. em consulta médica) Seguimento direto por via telefónica Mensagens telefónicas automáticas Mensagens geradas automaticamente por computador
Simplificação dos esquemas terapêuticos	Diminuição do número de doses medicamentosas Diminuição do número total de fármacos
Envolvimento dos doentes no seu tratamento	Auto-monitorização da doença (e.g. a glicémia, a tensão arterial, a função respiratória)
Memorandos	Embalagens especiais (e.g. o empacotamento da medicação em embalagens individuais com inscrição do dia da semana e horário) Informação visual sobre a toma da medicação Caixas de contagem e distribuição da medicação Alertas para a adesão a consultas médicas e à terapêutica
Reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação e resultados terapêuticos	Redução da frequência das consultas médicas Incentivos monetários Facilitação da aquisição de bens (e.g. esfigmomanómetro em doentes com hipertensão arterial)

Adaptado de Bugalho e Carneiro, 2004, p.21

Vários estudos indicam que melhorar a adesão pressupõe um processo contínuo e dinâmico, recomendando-se uma combinação de abordagens dirigidas às necessidades individuais de cada doente e também o reforço dos comportamentos positivos (ASA & ASCPF, 2011; NICE, 2009).

Pesquisas recentes no âmbito das ciências do comportamento revelaram que a população de doentes pode ser segmentada de acordo com o nível de preparação ou capacidade para implementar as recomendações dos profissionais de saúde. A falta de coincidência entre a habilidade do doente e o esforço do profissional na intervenção, significa que os tratamentos são frequentemente prescritos a doentes não capacitados para operacionalizar as recomendações recebidas. Os profissionais de saúde devem ser capazes de avaliar a capacidade de adesão, fornecer auxílio para facilitar o processo de adesão e acompanhar o progresso do doente em cada contacto (Hughes, 2004; World Health Organization, 2003).

A capacidade do doente para aderir ao plano terapêutico de forma adequada é frequentemente dificultado por mais do que um tipo de obstáculos, como já vimos. Em geral, os obstáculos relacionam-se com mais do que uma faceta do problema. Estas diferentes facetas podem relacionar-se com fatores socioeconómicos, com o sistema e equipa de cuidados de saúde, com as características da doença, com características do tratamento em si mesmo e com características do próprio doente. Sublinha-se assim, a necessidade de resolver os problemas relacionados com cada uma destas facetas se desejamos melhorar a adesão dos doentes ao tratamento (ASA & ASCPF, 2011; Hughes, 2004; World Health Organization, 2003).

Reunindo contributos de diversos peritos em diferentes doenças crónicas, a World Health Organization (2003) e a ASA & ASCPF (2011) produziram um conjunto de orientações estratégicas que visam contribuir para aumentar os índices de adesão à terapêutica farmacológica, reconhecendo que este objetivo pode ter um maior impacto na saúde da população do que qualquer avanço em tratamentos médicos específicos. Assim, recomenda-se que os doentes sejam apoiados e estimulados ao invés de serem culpabilizados; que as intervenções que visam fomentar a adesão sejam dirigidas às necessidades decorrentes da experiência pessoal do doente em particular e, para tal, devem ser tidos em conta não apenas a adesão em si mesma, mas todos os fatores que a influenciam; reafirma-se que a adesão é um processo dinâmico e como tal, requer acompanhamento permanente; que os profissionais de saúde precisam de ser sensibilizados e treinados para atenderem ao problema da reduzida adesão; a família, comunidade e associações de doentes representam um fator chave para o sucesso no

incremento da adesão e finalmente, recomenda-se uma abordagem multidisciplinar envolvendo profissionais de saúde, investigadores e responsáveis pelas políticas de saúde.

PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Nesta segunda parte da dissertação serão apresentados os procedimentos metodológicos do estudo, os resultados, a discussão dos mesmos e, por fim, as conclusões com os resultados integrativos e sugestões para futuras investigações.

1. Metodologia

Nesta secção serão descritos os procedimentos operacionais do estudo nomeadamente o desenho da investigação, os objetivos da investigação, as variáveis estudadas, a amostra, os instrumentos de avaliação utilizados e os procedimentos de recolha e análise estatística dos dados.

1.1 Objetivos e Desenho de Investigação

O objetivo geral deste estudo consiste em explorar, numa amostra de doentes crónicos, um conjunto de variáveis psicossociais associadas à adesão à terapêutica farmacológica, nomeadamente, o conhecimento dos doentes acerca dos seus medicamentos, as suas crenças acerca dos medicamentos e a satisfação com a informação recebida acerca dos mesmos, procurando analisar a associação entre estas variáveis.

Objetivos específicos:

1- Caracterizar a amostra nas diferentes variáveis estudadas: conhecimentos acerca dos medicamentos, crenças gerais e específicas acerca dos medicamentos, satisfação com a informação recebida e adesão à terapêutica farmacológica;

2- Pesquisar na amostra a existência de associações entre as variáveis estudadas especificando a sua direção e intensidade (e.g. adesão à terapêutica farmacológica, crenças, satisfação com informação e conhecimento sobre os medicamentos);

3- Analisar a variação dos resultados em função de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas (e.g. género, idade, cronicidade da doença, habilitações literárias, zona de residência);

4- Contribuir com pistas para futuras investigações ou intervenções no âmbito da adesão à farmacoterapia na doença crónica.

Para realizar os objetivos enunciados, foi efetuado um estudo observacional descritivo, analítico-transversal, com análise comparativa de dados (Pais-Ribeiro, 2010).

1.2 Variáveis em Estudo

As variáveis consideradas neste estudo agrupam-se em três categorias: variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas e variáveis psicossociais.

As variáveis sociodemográficas compreendem o género, a idade, agregado familiar, o estado civil, as habilitações literárias, o estatuto profissional e a zona de residência (urbana ou rural).

As variáveis clínicas incluem a designação da(s) doença(s) crónica(s), a cronicidade da doença, o número total de medicamentos do doente, a forma farmacêutica do medicamento designado para avaliação do conhecimento e o tempo de uso do mesmo, a preocupação com o problema de saúde e fontes de informação preferenciais sobre medicamentos.

As variáveis psicossociais são: a adesão à terapêutica farmacológica (MAT), as crenças gerais e específicas do doente acerca dos medicamentos (QCF⁴), a satisfação com a informação recebida sobre os medicamentos (SIMs: total e suas subescalas Ação/Uso e Potenciais Problemas) e o conhecimento do doente acerca dos medicamentos (CPM).

1.3 Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 164 doentes crónicos com idade superior a 18 anos, que solicitaram sob prescrição médica, em diferentes farmácias, pelo menos um medicamento indicado para tratamento de uma doença crónica. Esse medicamento deve destinar-se a ser tomado pelo adquirente que deve tomar o medicamento em questão há pelo menos dois meses. Caso mais do que um medicamento preencha o critério de inclusão, é considerado para avaliação do conhecimento acerca dos medicamentos, o medicamento pedido ou que consta na prescrição em primeiro lugar.

Foram incluídos sujeitos recrutados em 18 farmácias distribuídas de norte a sul de Portugal continental, procurando alcançar zonas rurais e urbanas. A amostra é de conveniência sendo, no entanto, realizada alguma aleatorização dos sujeitos em cada farmácia. Para tal, foi pedido o recrutamento dos sujeitos em dias ímpares de manhã e em dias pares de tarde, conforme

⁴ Neste estudo usamos a sigla QCF (Questionário de Crenças acerca dos Fármacos) para traduzir a sigla BMQ

fossem aparecendo e cumprindo os critérios de inclusão. Procurando com que a amostra fosse heterogénea, foram selecionadas farmácias distribuídas de forma geograficamente dispersa, seis situadas na região norte, seis na região centro e seis na região sul e os sujeitos recrutados em diferentes horas do dia.

Para inclusão no estudo foram considerados todos os sujeitos, do género masculino e feminino, integrando os seguintes critérios: idade superior a 18 anos; em tratamento farmacológico de doença crónica há pelo menos 2 meses; com domínio da língua portuguesa e capacidade para compreender e responder às questões colocadas nos instrumentos de avaliação.

1.3.1 Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A amostra total é constituída por 164 sujeitos portadores de doença crónica, em tratamento com medicamento(s) há pelo menos dois meses e com idade superior a 18 anos. As características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 1.

A amostra é constituída por 71 (43.3%) doentes do género masculino e 93 (56.7%) do género feminino. A idade dos participantes varia entre os 19 e os 94 anos, sendo a média de idades 62 anos (DP=14). A mediana das idades da amostra localiza-se nos 63 anos, ou seja, 50% da amostra tem até 63 anos de idade. Considerando idosos os sujeitos com idade superior a 65 anos, nesta amostra, 57.3% dos participantes tem idade até 65 anos e os restantes 42.7% são idosos.

Do total de sujeitos, 24 (14.6%) vivem sozinhos sendo que os restantes 140 (85.4%) vivem acompanhados. A maioria, 114 (69.5%) dos participantes estão casados. O número de solteiros (n=18, 11%) iguala o de viúvos, 10 (6.1%) sujeitos encontram-se separados ou divorciados e 4 (2.4%) vivem em união de facto.

Rural é a zona de residência de 52 (31.7%) dos participantes, 27 (16.5%) residem numa zona medianamente rural e 85 (51.8%), residem em zona urbana.

No respeitante às habilitações literárias, 12 (7.3%) participantes apenas sabem ler e escrever, não possuindo grau de ensino, 46 (28.0%) possuem o primeiro ciclo do ensino básico e 20 (12.2%) o segundo, 19 (11.6%) possuem o terceiro ciclo do ensino básico, 24 (14.6%) o ensino secundário e 43 (26.2%) o ensino superior.

Relativamente ao estatuto profissional, a maioria dos participantes (n=88, 53.7%) encontram-se reformados, 62 (37.8%) encontram-se profissionalmente ativos, 12 (7.3%) estão

desempregados e 2 (1.2%) são estudantes.

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica da amostra (N=164)

Variáveis Sociodemográficas		n	%
Género	Masculino	71	43.3
	Feminino	93	56.7
Idade categorizada	18-45	20	12.2
	46-55	26	15.9
	56-65	48	29.3
	66-75	46	28.0
	Mais de 75	24	14.7
Idade	Superior a 65	71	43.3
	Inferior ou igual a 65	93	56.7
Agregado familiar	Vive sozinho	24	14.6
	Vive acompanhado	140	85.4
Estado Civil	Solteiro	18	11.0
	Casado	114	69.5
	União de facto	4	2.4
	Separado/Divorciado	10	6.1
	Viúvo	18	11.0
Zona de residência	Rural	79	42.8
	Urbana	85	51.8
Região da farmácia	Norte	57	34.8
	Centro	57	34.8
	Sul	50	30.5
Habilitações literárias	Sabe ler/escrever sem grau ensino	12	7.3
	1ºciclo ensino básico	46	28.0
	2ºciclo ensino básico	20	12.2
	3ºciclo ensino básico	19	11.6
	Ensino secundário	24	14.6
	Ensino superior	43	26.2
Estatuto Profissional	Estudante	2	1.2
	Profissionalmente ativo	62	37.8
	Desempregado	12	7.3
	Reformado	88	53.7

1.3.2 Caracterização Clínica da Amostra

Doenças presentes na amostra

Dadas as características da população em estudo, 98 sujeitos (59,8%) declara ter mais do que uma doença crónica. Assim, as 344 doenças referidas superam o número de 164 sujeitos da amostra tal como poderá ver-se na Tabela 2. A média de doenças por doente situa-se em 2.1 sendo 5 o número máximo de doenças referido por um doente.

Tabela 2
Doenças relatadas pelos participantes da amostra (N=164)

Sistema Afetado	Doença	n	%
Sistema Cardiovascular	Hipertensão	81	49.4
	Hiperlipidémia	53	32.3
	Outros	19	11.6
Sistema Endócrino	Diabetes	44	26.8
	Hipo/Hipertiroidismo	6	3.6
Sistema Nervoso	Depressão	7	4.3
	Outros	23	14.0
Sistema Osteoarticular	Osteoporose	12	7.3
	Artrose	7	4.3
	Outros	16	9.7
Sistema Respiratório		7	4.3
Sistema Gastrointestinal		16	9.7
Sistema Urogenital		12	7.3
Sistema Oftalmológico		3	1.8
Sistema Dermatológico		4	2.4
Diversos		34	20.7

As doenças crónicas mais frequentes na amostra são a Hipertensão, presente em 81(49.4%) participantes, seguida da Hiperlipidémia (n=53, 32.3%) e da Diabetes (n=44, 26.8%).

Medicamentos consumidos

Relativamente à quantidade de medicamentos consumidos pelos participantes (Tabela 3), 58 (35.4%) tomam 1 ou 2 medicamentos, 42 (25.6%) tomam 3 ou 4 medicamentos, 31 (18.9%) tomam 5 ou 6 medicamentos e 33 (20.1%) tomam 7 ou mais medicamentos. O número máximo de medicamentos tomado por um participante é 14 e a média de medicamentos corresponde a 4.2 (DP=2.7) .

Tabela 3
Numero de medicamentos consumidos pelos participantes (N=164)

Nº de Medicamentos	n	%
1 ou 2	58	35.4
3 ou 4	42	25.6
5 ou 6	31	18.9
≥ 7	33	20.1

Fontes de informação sobre medicamentos

Relativamente à preferência pelas diferentes fontes de informação sobre os medicamentos (Tabela 4), observa-se que uma maioria dos participantes, 94 (58.4%), considera que o farmacêutico é o profissional que melhor sabe informar acerca dos medicamentos, 62 (37.0%) considera ser o médico o profissional que melhor preenche esse requisito, 3 (1.8%) respondem que é o enfermeiro quem melhor sabe informar sobre o mesmo assunto e 5 (3.0%) participantes respondem com a opção “Outro”.

Tabela 4
Profissional que melhor informa sobre medicamentos (N=164)

	Farmacêutico		Médico		Enfermeiro		Outro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Qual o profissional que melhor o saberá informar sobre medicamentos?	94	58.4	62	37.0	3	1.8	5	3.0

Para esclarecer alguma dúvida acerca dos medicamentos (Tabela 5), a maioria dos participantes, 111 (67.7%), assinala recorrer preferencialmente ao farmacêutico, 21 (12.8%) ao médico e 16 (9.8%) ao folheto informativo. A internet surge como referência em 6 (3.7%) dos participantes, o enfermeiro em 2 (1.2%) sujeitos e 8 (4.9%) optaram pela categoria “Outro”. Esta última categoria engloba diferentes associações das anteriores.

Tabela 5
Fontes preferenciais de informação sobre medicamentos (N=164)

	Farmacêutico		Médico		Enfermeiro		Internet		Folheto inf.		Outro	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A que meio recorre preferencialmente para esclarecer dúvidas acerca de medicamentos?	111	66.7	21	12.8	2	1.2	3	3.7	16	9.8	8	4.9

Em seguida, são apresentados resultados referentes ao Tempo de utilização do medicamento, Cronicidade da doença, Preocupação com a Doença e Forma Farmacêutica do Medicamento.

Quanto ao Tempo de Utilização do Medicamento (Tabela 6) designado para avaliação do conhecimento, o valor mínimo situa-se em 0.3 anos e o máximo em 45 anos. Em média, os doentes tomam o medicamento há 6.6 anos (DP=6.7).

O tempo mínimo de Cronicidade da Doença tratada com o medicamento referenciado para avaliação situa-se em 2.5 meses e o máximo em 70 anos, e o valor médio situa-se nos 10.5 anos (DP=10.5) (Tabela 6).

Tabela 6
Tempo de utilização do medicamento e cronicidade da doença em anos (N=164)

Variável	M	DP	Mín.	Máx.	Md
Tempo de utilização do medicamento	6.6	6.5	0.3	45	5
Cronicidade da doença	10.5	10.5	0.3	70	8

Nota: M=média; DP=desvio padrão; Mín.=valor menor; Máx.=valor maior; Md=mediana

Do total de 164 participantes, 81 (49.4%) revelam-se Muito Preocupados com a Doença Crónica e 83 (50.6%) apresentam-se Pouco Preocupados (Tabela 7).

Tabela 7
Preocupação com o problema de saúde e forma farmacêutica do medicamento (N=164)

Variável	n	%	
Preocupação com a doença	Pouca	83	50.6
	Muita	81	49.4
Forma farmacêutica	Oral	152	92.7
	Injetável	5	3.0
	Outra	7	4.3

Relativamente à forma farmacêutica do medicamento (Tabela 7), a avaliação do conhecimento do doente sobre o medicamento recaiu, em 152 sujeitos, sobre medicamentos apresentados na forma sólida de administração oral: comprimidos, em número de 144 (87.8%) e cápsulas em número de 8 (4.9%). A forma injetável surge em 5 (3.0%) dos participantes. Todas as outras formas farmacêuticas representadas surgem em apenas 1 participante (0.6%) e são em número de 7: pomada, inalador, gel, ampolas bebíveis, grânulos, solução para nebulização e cápsulas para inalação.

1.4 Procedimentos de Recolha dos Dados

Os dados do estudo foram obtidos por aplicação de questionários em 18 farmácias dispersas pelo território de Portugal, distribuídas em número de 6 por cada zona geográfica: norte, centro e sul. As farmácias foram selecionadas por conveniência, tendo o investigador principal do estudo contactado a direção técnica de cada uma delas. O acordo de colaboração foi obtido através dum primeiro contacto telefónico e posteriormente, junto com os questionários,

foi enviado um documento descritivo dos objetivos e procedimentos necessários à aplicação do mesmo (Anexo 1). Os questionários foram enviados pelo correio, acompanhados do referido texto explicativo e de um envelope selado para a devolução dos questionários preenchidos. O contacto pessoal de telemóvel do investigador foi deixado em cada questionário para fácil e pronto esclarecimento de eventuais dúvidas. Após a chegada dos questionários às farmácias, foi realizado um segundo contacto telefónico para melhor esclarecimento. Com os questionários foram ainda enviados impressos para recolha de consentimento informado por parte de cada um dos doentes participantes. Neste documento os doentes foram informados dos objetivos da sua participação, do carácter voluntário da mesma, do anonimato e confidencialidade dos dados fornecidos (Anexo 2).

Dos 180 questionários enviados, 10 a cada farmácia, foram recebidos 164 válidos; 57 provenientes de farmácias da zona norte, 57 da zona centro e 50 da zona sul. Dezassete questionários foram invalidados por motivo de preenchimento incompleto ou devolução tardia.

1.5 Instrumentos de Avaliação

Os instrumentos utilizados para recolha de dados compreendem um questionário de dados sociodemográficos e clínicos desenvolvido especificamente para esta investigação e 4 instrumentos de avaliação. Para recolha de informação relativa aos dados psicossociais foram seleccionados os seguintes questionários: Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) - (Morisky et al., 1986; versão portuguesa de Delgado & Lima, 2001), Crenças Gerais e Crenças Específicas acerca dos Fármacos (QCF)⁵ (Horne et al., 1999; versão portuguesa de Pereira, Pedras, & Machado, 2013), Escala de Satisfação com a Informação sobre Medicamentos (SIMs) – (Horne, Hankins, & Jenkins, 2001; versão experimental portuguesa de McIntyre & Trovisqueira, 2004) e Medida do Conhecimento do Doente sobre o seu Medicamento (CPM) – (Garcia-Delgado et al., 2009; Versão Portuguesa de Salmerón-Rubio et al., 2012).

A seleção dos instrumentos a utilizar para recolha de dados psicossociais obedeceu a critérios como boas características psicométricas e boa operacionalidade ou seja, procuramos utilizar questionários válidos, breves e fáceis de aplicar no contexto em estudo.

⁵ Como já referido, usamos a sigla QCF como tradução da sigla BMQ - Beliefs About Medicines Questionnaire

1.5.1 Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

Este questionário foi desenvolvido especificamente para esta investigação e permite recolher informação relativa aos dados demográficos, sociais e clínicos dos participantes. Trata-se de um questionário de resposta por escolha múltipla e de resposta breve. A informação sociodemográfica compreende o género, idade, agregado familiar, estado civil, habilitações literárias, estatuto profissional, zona de residência (rural/urbana) e região do país (norte/centro/sul).

Relativamente à situação clínica, foram inquiridas a identidade da(s) doença(s) crónica(s), cronicidade do diagnóstico, número total de medicamentos que o doente toma ou utiliza, o medicamento considerado para avaliação do conhecimento (primeiro pedido ou prescrito para a doença crónica apresentada), desde quando toma o mesmo medicamento e grau de preocupação com o problema de saúde para o qual o toma.

Este questionário contempla ainda questões de resposta de escolha múltipla acerca das fontes de informação às quais recorrem os doentes para obter informação sobre os medicamentos: qual o profissional que melhor saberá informar acerca dos medicamentos e a que meio recorre para esclarecer alguma dúvida acerca de medicamentos.

1.5.2 Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

A avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso foi efetuada através da escala MAT (Medida de Adesão ao Tratamento) (Morisky et al., 1986; Versão portuguesa de Delgado & Lima, 2001).

A MAT foi desenvolvida a partir da medida de adesão de Morisky et al. (1986). A medida original consiste numa forma indireta de avaliação da adesão, um questionário com quatro itens que utiliza respostas de tipo dicotómico. Os autores da MAT acrescentaram outros três itens aos quatro da versão original, um adaptado de Shea et al. (1992; cit. in Delgado & Lima, 2001), e outro adaptado de Ramalhinho, (1994; cit. in Delgado & Lima, 2001). O sétimo item foi incluído pelos autores com o objetivo de, sendo uma questão mais aberta, permitir ao doente uma reflexão mais global e afinar o valor global de adesão. Utilizaram uma escala de *Likert* de seis pontos por forma a melhorarem as qualidades psicométricas do instrumento original. Trata-se, assim, dum questionário composto por sete itens, que avaliam o comportamento do indivíduo em relação ao uso diário dos medicamentos. Para avaliar o grau de

adesão, a pontuação é obtida por meio da escala ordinal de seis pontos, que varia de 1, correspondente a "sempre" (menor adesão) a 6, correspondente a "nunca" (maior adesão) (Anexo 3).

O Índice de adesão à terapêutica é obtido através do somatório dos valores de cada item, dividido pelo número de itens. Valores mais elevados correspondem a maior nível de adesão. Os autores da MAT sugerem que o Índice de adesão à terapêutica seja dicotomizado pela mediana, formando o grupo que não adere e o que adere.

A escala apresenta uma boa consistência interna traduzida por um valor de *alpha de Cronbach* de .74. Revela também maior sensibilidade e especificidade a captar diversos comportamentos de adesão neste tipo de resposta (escala de *Likert*) e apresentou ainda correlações elevadas no que respeita à validade concorrente (Delgado & Lima, 2001).

Os autores consideram que os três itens introduzidos face à escala original cobrem novas possibilidades de não adesão. Os itens 5 e 6 referem-se a situações bem identificadas na prática clínica que não estavam contempladas na versão de quatro itens. O item 5 “Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?” permite identificar situações de não adesão por excesso relativamente à prescrição, comportamento cujas consequências podem ser mais graves do que a não adesão por defeito. O item 6 “ Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?”, é um indicador ótimo para dificuldades de tipo económico que podem justificar a não adesão. O item 7 “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?” funciona como uma pergunta aberta que permite aceder a alguma situação não referida nas questões anteriores e conduz o doente a uma reflexão sobre o seu comportamento de adesão e, em alguns casos, à correção do sentido de uma ou outra resposta dada aos itens anteriores.

1.5.2.1 Características Psicométricas da MAT na Amostra em Estudo

Para avaliação da consistência interna da escala, foi calculado o *alpha de Cronbach*, tal como efetuado pelos autores da escala original.

No Tabela 8 são apresentados os coeficientes de consistência interna da escala e o valor de *alpha*.

A MAT revelou, na presente amostra, um alpha de Cronbach de .72 o que evidencia uma boa consistência interna, próxima de .74, valor obtido no estudo de validação do instrumento. Assim, os valores bem próximos de alpha revelam um comportamento de elevada estabilidade da medida.

Tabela 8
Resultados da análise da consistência interna da MAT (N=164)

Itens da MAT	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	.37	.71
Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	.29	.72
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	.58	.65
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	.46	.69
Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	.37	.71
Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	.39	.70
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	.61	.65
Alpha de Cronbach da escala total : .72		

1.5.3 Questionário de Crenças acerca dos Fármacos

O Questionário Crenças acerca dos Fármacos, na sua versão original da autoria Horne et al. (1999), foi desenvolvido para avaliar as crenças comuns que os indivíduos possuem sobre a medicação. A versão original é composta por duas partes: Parte I - Crenças Gerais sobre a Medicação compreendendo oito itens; e Parte II - Crenças Específicas sobre a Medicação integrando dez itens. A primeira parte avalia crenças gerais acerca dos medicamentos, enquanto a segunda avalia as crenças específicas em relação aos fármacos prescritos, para uso pessoal, ao doente. A Parte I (Escala de Crenças Gerais) é constituída por dois fatores de quatro itens. O primeiro fator, Escala Efeitos Nocivos, avalia crenças relacionadas com potenciais efeitos nocivos, aditivos e tóxicos dos medicamentos, é composta pelos itens 2, 3, 5 e 6. Exemplo dos itens: “Os medicamentos fazem mais mal que bem”, “Todos os medicamentos são tóxicos” e “Os produtos naturais são mais seguros que os medicamentos”. O segundo fator, Escala de Uso Excessivo, avalia a crença da medicação estar a ser utilizada em excesso pelos médicos, e é

composta pelos itens 1, 4, 7 e 8. Exemplo dos itens: “Os médicos usam medicamentos a mais”, “Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes, receitariam menos medicamentos” e “Os médicos usam medicamentos a mais”.

A Parte II (Escala Crenças Específicas) é composta por dois fatores de cinco itens. O primeiro fator, Escala Necessidades Específicas, avalia crenças acerca da necessidade da medicação que lhes foi prescrita, e é composta pelos itens 1, 3, 4, 7, e 10) Exemplo dos itens: “Sem medicamentos, eu estaria muito doente”, “Neste momento, a minha saúde depende de medicamentos” e “A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos”. O segundo fator, Escala de Preocupações Específicas, avalia crenças acerca dos perigos de dependência e toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo, é composta pelos itens 2, 5, 6, 8 e 9. (Horne et al., 1999). Exemplo dos itens: “Ter que tomar medicamentos preocupa-me”, “Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar muito dependente dos meus medicamentos” e “Os meus medicamentos desorganizam a minha vida”.

As duas partes do questionário podem ser utilizadas separadamente ou em conjunto dependendo do objetivo dos estudos.

Os participantes no estudo respondem indicando o grau de concordância com as afirmações acerca da medicação. É utilizada uma escala de *Likert* de cinco pontos (1=Discordo Totalmente, 2=Discordo, 3=Não tenho a certeza, 4=Concordo e 5=Concordo Totalmente). O total na Escala de Efeitos Nocivos varia de 4 a 20; na Escala de Uso Excessivo varia de 4 a 20; na Escala Necessidades Específicas varia de 5 a 25 e na Escala Preocupações Específicas varia de 5 a 25. Um resultado mais elevado na escala Crenças Gerais revela crenças mais desfavoráveis acerca dos medicamentos tal como um valor elevado na Escala Preocupações Específicas.

Um valor mais elevado na Escala Necessidades Específicas traduz que o doente acredita necessitar dos medicamentos. Assim, a parte geral, indica crenças sobre os efeitos nocivos e uso excessivo da medicação em geral e poderá ser usada independentemente da pessoa tomar ou não medicamentos. A parte específica indica crenças sobre a necessidade da medicação e as preocupações com a medicação que o doente consome ou consumiu.

A versão Portuguesa (Pereira et al., 2013), Questionário de Crenças acerca dos Fármacos (QCF), encontra-se validada numa população de 387 doentes com diabetes tipo 2, por Pereira et al. (2013). Os autores encontraram para a parte I (Crenças gerais) uma solução de apenas um fator com os mesmos oito itens, apresentando um *alpha* de .76. Na parte II (Crenças Específicas)

encontraram dois fatores como sugerido pelos autores da escala original. O valor de *alpha* encontrado para a subescala Crenças sobre as Necessidades Específicas foi de .77. Na subescala Crenças sobre as Preocupações Específicas, o valor de *alpha* encontrado foi de .69. No presente estudo foram utilizadas as duas secções do QCF (Anexo 4 e Anexo 5).

1.5.3.1 Características Psicométricas do QCF na Amostra em Estudo

Por forma a estudar a fidelidade interna da escala, realizamos o cálculo do *Alpha de Cronbach*.

Como se observa na Tabela 9, o valor de *Alpha de Cronbach* para consistência interna da escala Crenças Gerais evidenciado nesta amostra é bastante próximo do valor de .74 encontrado pelos autores da versão adaptada aplicada na população de diabéticos.

Tabela 9
Resultados da análise de consistência interna do QCF-Crenças Gerais (N=164)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	<i>Alpha</i> se o item for eliminado
1-Os médicos usam medicamentos a mais	.46	.69
2-Pessoas que tomam medicamentos deveriam parar o seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando	.46	.69
3-Muitos medicamentos provocam dependência	.32	.72
4-Os produtos naturais são mais seguros do que os medicamentos	.47	.69
5-Os medicamentos fazem mais mal do que bem	.52	.68
6-Todos os medicamentos são tóxicos	.35	.71
7-Os médicos confiam demais nos medicamentos	.39	.70
8-Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos	.38	.70
<i>Alpha de Cronbach</i> da escala total: .72		

Relativamente ao valor de *Alpha de Cronbach* determinado para a Subescala Necessidades Específicas (Tabela 10) observa-se um valor mais elevado, $\alpha=.82$, relativamente ao valor $\alpha=.77$ encontrado na versão traduzida e aplicada a doentes diabéticos.

Também relativamente à Subescala Preocupações Específicas (Tabela 11) se observa uma quase sobreposição dos valores de *Alpha de Cronbach* relativamente ao estudo da adaptação da escala, ou seja, .71 versus .69.

Tabela 10**Resultados da análise de consistência interna da subescala Necessidades Específicas do QCF (N=164)**

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1-Neste momento a minha saúde depende de medicamentos	.62	.78
3-A minha vida seria impossível sem medicamentos	.76	.73
4-Sem medicamentos eu estaria muito doente	.79	.72
7-A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos	.55	.80
10-Os meus medicamentos impedem-me de piorar	.35	.84
Alpha de Cronbach escala total: .82		

Tabela 11**Resultados da análise de consistência interna da subescala Preocupações Específicas da QCF (N=164)**

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
2-Ter que tomar medicamentos preocupa-me	.46	.66
5-Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo	.45	.66
6-Os meus medicamentos são um mistério para mim	.36	.70
8-Os meus medicamentos desorganizam a minha vida	.49	.65
9-Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar dependente dos meus medicamentos	.56	.62
Alpha de Cronbach da escala total: .71		

Atendendo a que a validação portuguesa do instrumento foi realizada numa amostra de doentes diabéticos, procuramos esclarecer se teria sido diferente o comportamento destas escalas se considerados apenas os doentes diabéticos da nossa amostra (N=44). Como resultado dessa exploração, evidenciou-se que o valor de *alpha* da escala crenças gerais se considerados apenas os doentes diabéticos (N=44) foi apenas ligeiramente mais elevado: .78 do que se considerada a amostra total (N=164). A subescala Crenças Específicas relativas a Necessidade da Medicação revelou *alpha de Cronbach* .77 e a relativa a Preocupações Específicas um *alpha* de .76. Observamos, assim, que a confiabilidade das escalas se apresenta praticamente sobreponível aos valores observados no estudo de Pereira et al. (2013), aplicadas à população exclusivamente diabética, nesta amostra de doentes com diferentes e múltiplas patologias crónicas.

A Tabela 12 proporciona uma leitura esquemática dos dados referidos no texto.

Tabela 12**Valores de *alpha de Cronbach* das escalas de crenças nos diferentes estudos**

	(Pereira et al., 2013) N=384 Diabetes tipo 2	Presente estudo N=164 Múltiplas DC	Presente estudo N=44 Diabetes tipo 2
Crenças Gerais	.76	.72	.78
Subescala Necessidade Medicação	.77	.82	.77
Subescala Preocupações Específicas	.69	.71	.76

Nota: DC=doença crónica

1.5.4 Escala de Satisfação com Informação sobre Medicamentos (SIMs)

O SIMs - *The Satisfaction with Information about Medicines Scale* é uma escala desenvolvida por Horne et al. (2001) com o propósito de avaliar o grau em que os doentes avaliam que receberam informação suficiente acerca dos medicamentos que lhes foram prescritos. Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa experimental traduzida da original por McIntyre e Trovisqueira (2004) (Anexo 6). Esta escala é constituída por 17 itens baseados nas recomendações publicadas da Associação da Indústria Farmacêutica Britânica, sobre o tipo de informação necessária aos doentes por forma a facilitar a automedicação (Horne et al., 2001). Cada item diz respeito a um aspeto particular do uso do medicamento, e.g. “como tomar a medicamento” ou “o que devo fazer se sentir efeitos secundários”. Os doentes devem classificar a quantidade de informação recebida sobre os medicamentos, numa escala de resposta com cinco opções: “muita/demasiada”, “ideal/suficiente”, “pouca”, “não recebi” e “não necessária”.

As respostas dadas pelos sujeitos podem ser analisadas a três níveis:

1- Perfil detalhado da informação dos medicamentos: obtido pela análise da classificação de cada item, para identificar tipos específicos de informação que os doentes sentem que está a faltar;

2- Valor de satisfação total: obtido pela soma da classificação de cada item. Se o doente está satisfeito com a informação recebida acerca de um dado aspeto do medicamento (atribuindo uma classificação de “ideal/suficiente” ou “não necessária”) a cotação é 1; quando o doente está insatisfeito com a quantidade de informação recebida (“muita”, “pouca” ou “não recebi”) o item é cotado com 0. O score total do questionário pode assim variar entre 0 e 17, indicando os totais altos um elevado grau de satisfação com a quantidade de informação recebida.

3- Duas subescalas que traduzem a satisfação dos pacientes com a Ação e Uso da Medicação (itens 1 a 9) e com os Potenciais Problemas da Medicação (itens 10 a 17).

Horne et al. (2001) analisaram as características psicométricas do SIMs numa amostra de 826 sujeitos recolhida de um conjunto de estudos realizados entre 1995 e 1998, com doentes com diferentes doenças e tratamentos, internados e em ambulatório em Hospitais de Londres e Brighton. Os sujeitos eram selecionados se tivessem tido uma prescrição farmacológica de um ou mais medicamentos de uso regular por período mínimo de 2 meses anteriores à realização do estudo. Foram escolhidas várias categorias de diagnóstico: doentes com asma, diabéticos, doentes oncológicos, uma subamostra de doentes de clínica geral e pacientes em reabilitação cardíaca após Enfarte de Miocárdio, constituindo-se assim várias subamostras.

Os valores de *Alpha de Cronback* para a consistência interna no SIMs total foram boas para todas as subamostras variando entre .81 para os doentes com diabetes tratados com insulina e .91 para os doentes em reabilitação cardíaca. As duas subescalas apresentaram consistência interna satisfatória com alfa variando entre .77 , na subamostra de diabéticos tratados com insulina e .89 na subamostra da reabilitação cardíaca. Os valores mais baixos registaram-se na subescala Ação e Uso na amostra de doentes tratados com anticoagulantes (.67) e na subescala Potenciais problemas dos medicamentos na subamostra de doentes diabéticos tratados com insulina (.61).

A versão experimental portuguesa foi estudada numa amostra 66 doentes pós enfarte de miocárdio (Trovisqueira, 2007). Na primeira versão traduzida do instrumento, McIntyre e Trovisqueira (2004), atendendo ao nível educacional baixo da população em questão, decidiram eliminar alguns itens (1, 2, 4, 6 e 11). Afirmam no entanto, que será desejável utilizar todos os itens da escala numa validação mais definitiva do instrumento.

Na versão utilizada por McIntyre e Trovisqueira (2004) o questionário conta, assim, com um total de 12 itens (ao invés dos 17 da escala original), ficando deste modo a subescala *Ação-Uso* constituída por 5 itens (ao contrário de 9) e a subescala *Potenciais Problemas da Medicação* por 7 itens (em vez dos 8 da escala original). Os sujeitos devem assinalar numa escala com várias opções de resposta, a quantidade de informação recebida acerca da medicação: “muita informação”, “ideal/suficiente”, “pouca informação”, “não recebi informação”² e “não acho necessário ter informação”. Procedemos à cotação dos itens tal como proposto pelos autores da escala, atribuindo 1 às respostas que assinalavam satisfação e 0 às respostas que mostravam insatisfação do paciente com a informação recebida. Foram calculados os totais das duas subescalas e da escala total. Para cada uma destas escalas obtiveram-se dois scores: score de satisfação e score de insatisfação tal como sugerido no estudo original.

Os resultados da análise da consistência interna nesta amostra revelam-se semelhantes aos obtidos pelos autores originais do instrumento, embora ligeiramente inferiores, provavelmente devido ao menor número de itens da escala. Assim, nesta amostra de pacientes portugueses no pós-Enfarte do Miocárdio, o *Alpha de Cronbach* obtido na escala total foi .83, sendo .75 na subescala Ação e Uso da Medicação e de .85 na subescala Potenciais Problemas com a Medicação.

1.5.4.1 Características Psicométricas do SIMs na Amostra em Estudo

Tal como para os outros instrumentos, determinamos o valor *Alpha de Cronbach* para analisar a consistência interna da escala na presente amostra. Podemos ver no Tabela 13 os resultados desse estudo.

Tabela 13
Resultados da análise de consistência interna do SIMs total (N=164)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1-Para que serve a sua medicação	.44	.83
2-Quanto tempo demora a ter efeito a medicação	.44	.83
3-Por quanto tempo terá de tomar a sua medicação	.38	.84
4-Como tomar a medicação	.41	.84
5-Como conseguir mais medicação	.44	.83
6-Se a medicação tem efeitos indesejáveis	.57	.82
7-O que deve fazer se sentir efeitos indesejáveis	.55	.83
8-Se pode beber álcool enquanto toma esta medicação	.57	.82
9-Se a medicação interfere com outra medicação	.59	.82
10-Se a medicação o faz sentir sonolento	.63	.82
11-Se a medicação vai afetar a sua vida sexual	.52	.83
12-O que deve fazer se se esquecer de tomar uma dose	.52	.83
Alpha de Cronbach da escala total: .84		

O resultado de *Alpha de Cronbach* observado na amostra do presente estudo confirma a elevada consistência interna da escala total observado no estudo da escala experimental, que foi de .83, indicando assim que a escala mede exatamente aquilo que se pretende medir ou seja, a Satisfação com a Informação (Tabela 13).

Repetindo a análise das subescalas Ação e Uso (Tabela 14) e Potenciais Problemas (Tabela 15), podemos concluir que os valores de fidelidade interna das subescalas na amostra do

presente estudo, se aproximam dos valores do estudo de Trovisqueira (2007): .68 versus .75 na primeira subescala e .84 versus .85 na segunda.

Tabela 14

Resultados da análise de consistência interna da Subescala Ação e Uso da medicação (N=164)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1-Para que serve a sua medicação	.43	.63
2-Quanto tempo demora a ter efeito a medicação	.35	.67
3-Por quanto tempo terá de tomar a sua medicação	.42	.64
4-Como tomar a medicação	.52	.59
5-Como conseguir mais medicação	.45	.23

Alpha de Cronbach da escala total: .68

Tabela 15

Resultados da análise de consistência interna da Subescala Potenciais Problemas com a medicação (N=164)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
6-Se a medicação tem efeitos indesejáveis	.60	.81
7-O que deve fazer se sentir efeitos indesejáveis	.59	.81
8-Se pode beber álcool enquanto toma esta medicação	.57	.82
9-Se a medicação interfere com outra medicação	.59	.81
10-Se a medicação o faz sentir sonolento	.70	.80
11-Se a medicação vai afetar a sua vida sexual	.57	.82
12-O que deve fazer se se esquecer de tomar uma dose	.50	.83

Alpha de Cronbach da escala total: .84

1.5.5 Medida do Conhecimento do Doente sobre o seu Medicamento (CPM)

Entende-se por conhecimento do doente sobre o seu medicamento, o conjunto de informação adquirida pelo doente sobre o seu medicamento, necessária para um uso correto do mesmo que inclui o objetivo terapêutico (indicação e efetividade), o processo de uso (posologia, esquema terapêutico, forma de administração e duração do tratamento), a segurança (efeitos adversos, precauções, contraindicações e interações) e a sua conservação (Garcia-Delgado et al., 2009).

A avaliação do conhecimento do doente acerca dos medicamentos foi efetuada através do questionário CPM. O questionário original da autoria de Garcia-Delgado et al. (2009), é utilizado neste estudo, na versão portuguesa traduzida por Salmerón-Rubio et al. (2012) (Anexo 7). O

questionário consta de 11 perguntas centrais, abertas, que recolhem o conhecimento do doente sobre o seu medicamento, determinando em cada pergunta um item básico: P1.Indicação (para que tem de tomar/utilizar este medicamento), P2.Posologia (quanto deve tomar/utilizar deste medicamento), P3.Esquema terapêutico (Quando tem de tomar/utilizar este medicamento), P4.Duração (até quando tem de tomar/utilizar este medicamento), P5.Forma de administração (como deve tomar/utilizar este medicamento), P6. Precauções (deve ter alguma precaução enquanto toma/utiliza este medicamento), P7.Reações adversas (que efeitos adversos conhece deste medicamento), P8.Contraindicações (em que situações ou casos não deve tomar/utilizar este medicamento), P9.Indicadores de efetividade (como é que sabe se o medicamento lhe faz efeito), P10.Interações (que medicamentos ou alimentos deve evitar enquanto usa/utiliza este medicamento), P11.Conservação (que cuidados deve ter para manter em bom estado de conservação o seu medicamento).

O instrumento é aplicado através de entrevista pessoal sendo selecionado um medicamento por doente. Esse medicamento é o primeiro, pedido na farmácia ou primeiro indicado na prescrição, com indicação para uma doença crónica e que o doente toma há pelo menos dois meses. A análise da informação e cotação é feita por farmacêuticos que recebem formação específica e que confrontam as respostas com fontes oficiais de informação de referência sobre medicamentos (os RCM-resumo das características dos medicamentos- do Infarmed ou da EMA (European Medicines Agency) e atribuem a cada resposta uma pontuação entre -1 e 2. A pontuação -1 é atribuída a uma resposta errada, zero sempre que o doente responde que desconhece a informação pedida, 1 caso a informação fornecida seja correta mas não compreenda a informação definida pelos critérios pré-definidos pelos autores da escala para avaliação totalmente correta e 2 no caso da resposta ser totalmente correta de acordo com os mesmos critérios. A pontuação final (CPM global) é obtida através de uma fórmula em que cada pergunta pontua com base nas conclusões extraídas das técnicas qualitativas. A fórmula faz multiplicar a pontuação atribuída à resposta a cada um dos itens por um fator que é variável e específico para cada item e o valor obtido da soma de todas essas parcelas é dividido pelo número total de itens ou seja, por onze:

$$(P1*1,1+P2*1,2+P3*1,2+P4*1,2+P5*1,2+P6*0,85+P7*0,85+P8*0,85+P9*1,1+P10*0,85+P11*0,6)/ 11$$

O valor obtido situa-se entre 0 e 2 e categoriza-se em: 0 a 0,59 pontos, não conhece; de 0.60 a 1.26, conhecimento insuficiente; de 1.27 a 1.60, conhecimento suficiente; de 1.61 a 2 pontos, conhecimento ótimo. Estas quatro categorias de conhecimento são finalmente

convertidas em duas: desconhece e conhece o medicamento sendo que, o desconhecimento e conhecimento insuficiente se agregam na categoria desconhece e o conhecimento suficiente e conhecimento ótimo se reúnem na categoria conhece.

As questões contribuem, assim, com diferentes ponderações para a avaliação global do conhecimento, sendo que a informação relativa ao correto conhecimento do processo de utilização do medicamento é decisiva para a avaliação. Assim, um doente que desconheça, ainda que parcialmente, o processo de uso do seu medicamento, refletido nas cinco primeiras perguntas do questionário, será classificado como desconhecedor da seu medicamento.

As características psicométricas da versão portuguesa do CPM foram estudadas numa amostra de 100 doentes recrutados em diferentes regiões de Portugal. O instrumento foi avaliado em termos de fidelidade e validade. O coeficiente *Alpha de Cronbach* da escala total foi de .50 que segundo Rosenthal e De Vellis (2005; cit. in Salmerón-Rubio et al., 2012) pode considerar-se aceitável. O autor explica que o valor pouco elevado pode estar relacionado com o pequeno tamanho da amostra. A validade do constructo medida através de teste de correlação de *Spearman* revela correlações entre itens em geral baixas ainda que em alguns casos se encontrem correlações significativas, superiores a 0,30. A validade externa da escala não foi avaliada uma vez que não existe constructo que meça algo semelhante e a técnica de amostragem utilizada no estudo de validação não permitiu generalizar os resultados à população em geral.

Os autores da versão portuguesa consideram que, com base nos resultados obtidos referentes à consistência interna, equivalência e fidelidade do questionário adaptado transculturalmente para Portugal, pode considerar-se uma ferramenta útil, válida e fiável para avaliar o nível básico de conhecimento dos doentes sobre os seus medicamentos em geral em Portugal (Salmerón-Rubio et al., 2012). Assim, ainda de acordo com os autores, este questionário validado permite comparar valores de CPM em diferentes indivíduos ou no mesmo indivíduo em momentos diferentes, por exemplo, antes e em momentos posteriores a uma intervenção informativa/educativa.

1.5.5.1 Características Psicométricas do CPM na Amostra em Estudo

Tal como observado pelos autores da escala, no estudo original, também na amostra deste estudo o valor de *alpha de Cronbach* encontrado foi muito baixo ($\alpha=.31$), e considerado não aceitável. Por esse motivo, foi apenas feita uma análise qualitativa dos resultados e não utilizamos o CPM em estatística inferencial.

1.6 Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados foram analisados através do programa informático IBM® *Statistical Package for the Social Sciences*® (versão 22.0).

Para a caracterização da amostra foi realizada a análise das suas características sociodemográficas e clínicas por recurso à estatística descritiva. Assim, foram calculados os valores médios, desvios padrão, valores mínimos e máximos, e distribuição dos dados para as variáveis contínuas. As variáveis categóricas foram analisadas em termos de frequência e percentagem dos sujeitos nas diferentes categorias.

Foi efetuado o estudo da fidelidade das escalas utilizadas nesta investigação por meio do cálculo da consistência interna das mesmas (*alpha de Cronbach*).

Na análise exploratória dos dados começamos por estudar a normalidade da sua distribuição. Os dados obtidos no teste *Kolmogorov-Smirnov*, bem como a análise dos valores de curtose e assimetria revelam que os dados, nesta amostra, apresentam uma distribuição normal. Procedemos ao estudo de comparação de grupos nas variáveis contínuas, recorrendo ao *T-test* para verificar se existem diferenças nas variáveis psicossociais em estudo. Foram considerados os seguintes grupos em comparação: muito preocupados/pouco preocupados com a doença; residência rural/urbana; género masculino/feminino e aderente/não aderente. No estudo da associação entre variáveis, recorreu-se ao teste de correlação de *Pearson*.

Este estudo assumiu um valor de $p \leq 0.05$ como valor de significância e um valor de $p \leq 0.1$ para indicar resultados marginalmente significativos.

2. Apresentação dos Resultados

Começaremos por apresentar os resultados descritivos das variáveis psicossociais: Medida de Adesão à Terapêutica (MAT); Crenças Gerais acerca dos medicamentos (CG); Crenças Específicas acerca dos medicamentos: Subescalas Necessidade da Medicação (NM) e Preocupações Específicas (PE); Satisfação com a Informação acerca dos Medicamentos (SIMs) e Conhecimento do Doente sobre os seus Medicamentos (CPM).

Posteriormente, apresentam-se os resultados do estudo de associação entre as variáveis psicossociais, associação entre variáveis psicossociais e variáveis sociodemográficas e clínicas e o estudo da comparação de grupos.

2.1 Resultados Descritivos das Variáveis Psicossociais

Os resultados das variáveis psicossociais serão apresentadas em termos do valor total das escalas, valores totais das subescalas, resultados item a item (quando aplicável) e ainda a categorização dos resultados quando justificável.

2.1.1 Medida de Adesão à Terapêutica: MAT

A medida de adesão à terapêutica corresponde ao somatório de todos os itens da escala, podendo variar entre o limite mínimo de 7 e limite máximo de 42. Corresponde, como já vimos, à medida segundo a qual o comportamento do doente corresponde às orientações acordadas com o profissional prescriptor. Quanto mais elevado for o valor observado, mais adequada será a adesão.

A análise dos dados foi efetuada ao nível do valor total da adesão, do índice de adesão à terapêutica (IAT), obtido da divisão do valor da escala total por 7 (número de itens), ao nível dos itens e da classificação dicotómica: não aderente e aderente. Esta última resulta do posicionamento, por aproximação, abaixo ou acima da mediana respetivamente.

Apresenta-se na Tabela 16, a descrição dos resultados relativos ao Índice de Adesão à Terapêutica.

Tabela 16
Resultados descritivos da Adesão à Terapêutica (IAT) (N=164)

	M	DP	Md	Min.	Máx.
Índice de Adesão à Terapêutica	5.1	0.6	5.3	3.4	6

Nota. M=média; DP=desvio padrão; Md=mediana; Min.=valor menor; Máx.=valor maior

Na Tabela 17, apresentam-se os resultados da classificação dicotómica Aderente/Não aderente.

Tabela 17
Resultados descritivos da classificação Aderente/Não Aderente (N=164)

	n	%
Aderente	85	51.8
Não Aderente	79	48.2

Como se pode comprovar nas tabelas, o Índice de Adesão à Terapêutica situa-se entre o mínimo de 3.4 e máximo de 6 quando os valores poderiam variar entre o limite mínimo de 1 e o

limite máximo de 7. A mediana encontra-se no valor 5.3. Assim, verifica-se que 51.8% da amostra é considerada aderente e 48.2% não aderente.

Decidimos estudar a frequência em cada tipo de resposta para cada item com o objetivo de melhor explorar os dados. Os resultados descritivos apresentam-se na Tabela 18.

Tabela 18
Resultados descritivos dos itens referentes à Adesão à Terapêutica (N=164)

Itens	Sempre		Quase sempre		Com frequência		Por vezes		Raramente		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	0	0.0	0	0.0	3	1.8	51	31.1	88	53.7	22	13.4
2-Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	2	1.2	0	0.0	12	7.3	54	32.9	77	47.0	19	11.6
3-Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	0	0.0	3	1.8	9	5.5	25	15.2	27	16.5	100	61.0
4-Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	2	1.2	1	0.6	8	4.9	21	12.8	36	22.0	96	58.5
5-Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	1	0.6	2	1.2	7	4.3	15	9.1	19	11.6	120	73.2
6-Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	1	0.6	0	0.0	5	3.0	33	20.1	57	34.8	68	41.5
7-Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	1	0.6	0	0.0	3	1.8	24	14.6	49	29.9	87	53.0

Pela análise do tabela anterior, destaca-se que os doentes afirmam maioritariamente (n=120, 73.2%) nunca terem tomado maior quantidade de medicamento por se sentirem pior . A segunda frequência mais elevada (n=100, 61.0%) revela que os doentes nunca deixaram de tomar os medicamentos por se sentirem melhor. É também muito vincada a frequência (n=96, 58.5%) com que os doentes dizem nunca ter deixado de tomar os medicamentos após se terem sentido pior. Assim, parece que muitos doentes mantêm o seu comportamento de adesão independentemente da forma como se sentem.

Os tipos de resposta “sempre”, “quase sempre” e “com frequência”, que quando selecionadas revelam uma adesão bastante baixa, raramente surgem nas escolhas dos participantes.

A análise estatística (média e desvio padrão) dos itens permite-nos observar, numa diferente perspectiva, quais os comportamentos que mais contribuem nesta amostra para os desvios à adesão ótima. Seguidamente, apresenta-se a Tabela 19 ilustrativa desses valores.

Tabela 19
Estatística descritiva (média e desvio padrão) dos itens da MAT (N=164)

Itens	M	DP
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	4.79	0.69
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	4.59	0.88
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	5.29	1.03
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	5.29	1.04
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	5.49	0.98
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	5.13	0.91
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	5.32	0.86

Nota. M=média; DP=desvio padrão

Recordando que quanto maior o valor da MAT, mais perfeita é a adesão, podemos observar que o valor de média mais elevada (M=5.49), contribuindo portanto mais para a adesão ótima, se situa no item que traduz um comportamento não adesão por excesso, ou seja, os doentes não tendem a tomar maior quantidade de medicamentos do que aquela prescrita.

O valor mais reduzido é encontrado no segundo item (M=4.59) que traduz em que medida os doentes deixam de aderir por descuido com a hora de tomar os medicamentos. Assim, como um valor mais baixo traduz menos adesão, a razão pela qual os doentes deste estudo menos aderem é exatamente o descuido com as horas de tomar os medicamentos. Muito próximo deste valor encontra-se o respeitante ao primeiro item (M=4.79) que revela até que ponto os doentes deixam de aderir por razão do esquecimento. Em terceiro lugar, surge o deixar acabar os medicamentos como explicação para a falha na adesão.

2.1.2 Crenças Gerais acerca dos Medicamentos

As crenças gerais traduzem a medida em que as pessoas atribuem aos medicamentos efeitos nocivos e um uso excessivo. O valor mínimo possível da escala total corresponde a 8 e o máximo a 40. Esses valores correspondem a mínimo de 4 e máximo de 20 em cada uma das subescalas sendo quatro os itens em cada subescala. Quanto mais elevado for o valor de crenças gerais, mais desfavorável será o parecer do indivíduo face aos medicamentos. O resultado dos valores de médias na escala total e subescalas apresenta-se na Tabela 20.

Tabela 20
Resultados descritivos das Crenças Gerais acerca dos medicamentos: escala e subescalas (N=164)

Crenças Gerais	M	DP	Mín.	Máx.
Efeitos nocivos	10.5	2.8	4	18
Uso excessivo	12.2	2.5	6	18
Total escala	22.7	4.6	10	37

Nota. M=média; DP=desvio padrão; Mín.=valor menor; Máx.=valor maior

Da leitura da tabela verifica-se que a subescala Uso Excessivo apresenta um valor de média (M=12.2, DP=2.5) superior à de Efeitos Nocivos (M=10.5, DP=2.8). Assim, nesta amostra, as crenças gerais sobre uso excessivo sobrepõem-se às crenças sobre os efeitos nocivos. Observa-se ainda que o valor mínimo para o total de Crenças Gerais corresponde a 10 e o máximo a 37.

Executamos a análise das médias em cada item por forma a podermos comparar o correspondente contributo para os resultados totais. Abaixo descrevem-se os respetivos valores (Tabela 21)

Tabela 21
Resultados descritivos (média e desvio padrão), por item, da escala total de Crenças Gerais acerca dos medicamentos (N=164)

Itens	M	DP
1- Os médicos usam medicamentos a mais	3.04	0.95
2- Pessoas que tomam medicamentos deveriam parar o seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando	2.40	1.10
3- Muitos medicamentos provocam dependência	3.12	1.04
4- Os produtos naturais são mais seguros do que os medicamentos	2.39	0.92
5- Os medicamentos fazem mais mal do que bem	2.22	0.92
6- Todos os medicamentos são tóxicos	2.73	1.10
7- Os médicos confiam demais nos medicamentos	3.21	0.90
8- Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos	3.57	0.94

Nota. M=média; DP=desvio padrão

Através da leitura da tabela anterior verifica-se que a opinião que reúne maior consenso é a de que, se os médicos estivessem mais tempo com os doentes, receitariam menos medicamentos. A afirmação com que os participantes menos concordam é a de que os medicamentos fazem mais mal do que bem.

Três dos quatro itens da subescala Uso Excessivo (itens 1,7 e 8), registam os valores mais elevados de média, explicando assim a média mais elevada dessa subescala frente à subescala de efeitos nocivos.

Os resultados das respostas a cada item foram também estudados no contexto da sua distribuição em três categorias: Discordo, Concordo e Incerteza. A escala original consistia em Discordo totalmente, Discordo, Não tenho a certeza, Concordo e Concordo totalmente. A partir desta escala, agrupamos na categoria Discordo as respostas assinaladas com Discordo Totalmente e Discordo, na categoria Concordo as respostas assinaladas com Concordo e Concordo Totalmente e na categoria Incerteza foram consideradas as respostas assinaladas com Não tenho a certeza. Os resultados apresentam-se seguidamente (Tabela 22).

Tabela 22
Resultados descritivos do grau de concordância (frequência e percentagem) por item da escala de Crenças Gerais acerca dos medicamentos (N=164)

Itens	Discordo		Concordo		Incerteza	
	n	%	n	%	n	%
1- Os médicos usam medicamentos a mais	54	32.9	56	34.2	54	32.9
2- Pessoas que tomam medicamentos deveriam parar o seu tratamento durante um certo tempo de vez em quando	95	57.9	32	19.7	37	22.6
3- Muitos medicamentos provocam dependência	55	33.5	73	44.6	36	22.0
4- Os produtos naturais são mais seguros do que os medicamentos	92	56.4	18	11.2	54	32.9
5- Os medicamentos fazem mais mal do que bem	114	69.8	19	11.7	31	18.9
6- Todos os medicamentos são tóxicos	74	45.5	41	25.1	49	29.9
7- Os médicos confiam demais nos medicamentos	39	24.0	72	44.1	53	32.3
8- Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receitariam menos medicamentos	25	15.4	101	61.9	38	23.2

Os resultados observados na Tabela 22 reforçam o forte consenso (n=101, 61.9%) de que, se o médico estivesse mais tempo com os doentes receitaria menos medicamentos. Destaca-se também o desacordo com a afirmação de que os medicamentos fazem mais mal do que bem (n=114, 69.8%) tal como já tínhamos observado na descrição das médias por item. O item “os médicos usam medicamentos a mais” destaca-se por evidenciar a maior dispersão pelas

diferentes categorias de concordância. Apenas 18 (11.2%) doentes concordam com a afirmação de que os produtos naturais são mais seguros do que os medicamentos.

2.1.3 Crenças Específicas acerca dos Medicamentos

As crenças específicas compreendem duas subescalas: Necessidades Específicas e Preocupações Específicas, sendo os valores mínimo e máximo possíveis em cada dimensão, 5 e 25 respetivamente. Na presente amostra, os valores distribuem-se como descrito na Tabela 23.

Tabela 23
Resultados descritivos das Crenças Específicas acerca dos medicamentos (N=164)

Crenças Específicas	M	DP	Mín.	Máx.
Subescala Necessidades Específicas	18,9	3,7	9	25
Subescala Preocupações Específicas	14,3	3,7	5	23

Nota. M=média; DP=desvio padrão; Min.=valor menor; Máx.=valor maior

Analisando a Tabela 23, e comparando as duas subescalas, observamos valores mais elevados na subescala Necessidades Específicas. Assim, os doentes possuem crenças mais acentuadas relativamente à necessidade de tomar os seus medicamentos do que relativamente a preocupações relacionadas com os mesmos.

Foram ainda recodificadas as respostas em três categorias referentes à concordância: discordo (respostas discordo totalmente e discordo), concordo (respostas concordo e concordo totalmente) e incerteza. Os resultados apresentam-se na Tabela 24.

Tabela 24
Dados descritivos das crenças acerca dos medicamentos da subescala Necessidades Específicas relativamente à concordância/discordância (N=164)

Itens	Discordo		Concordo		Incerteza	
	n	%	n	%	n	%
1- Neste momento a minha saúde depende de medicamentos	20	12.2	134	81.7	10	6.1
3- A minha vida seria impossível sem medicamentos	33	20.1	96	58.5	35	21.3
4- Sem medicamentos eu estaria muito doente	32	19.5	95	57.9	37	22.5
7- A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos	11	6.7	123	75.0	30	18.3
10- Os meus medicamentos impedem-me de piorar	9	5.5	141	85.9	14	8.5

A concordância surge em maior frequência nos itens indicando que a saúde no presente (n=134, 81.7%) e no futuro (n=123, 75.0%) depende de medicamentos e o valor mais elevado (n=141, 85.9%) situa-se no item “os meus medicamentos impedem-me de piorar”. O desacordo é

maior nos itens que indicam que a vida seria impossível sem medicamentos (n=33, 20.1%) e que sem medicamentos o estado de saúde seria muito pior (n=32, 19.5%). Estes são os dois itens em que se observa maior dispersão de opiniões entre as três opções de resposta possíveis.

O mesmo tipo de procedimento foi efetuado sobre os dados da subescala Preocupações Específicas e os resultados apresentam-se na Tabela 25.

Relativamente à subescala Preocupações Específicas, destacam-se com maior frequência de respostas concordantes, os itens 2 (n=100, 60.9%) e 5 (n=99, 60.4%) indicando que os doentes se preocupam com o facto de tomarem medicamentos e especificamente com os eventuais efeitos decorrentes do seu uso prolongado.

Tabela 25
Dados descritivos das crenças acerca dos medicamentos da subescala Preocupações Específicas relativamente à concordância /discordância (N=164)

Itens	Discordo		Concordo		Incerteza	
	n	%	n	%	n	%
2- Ter que tomar medicamentos preocupa-me	55	33.5	100	60.9	9	5.5
5- Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo	41	25.0	99	60.4	24	14.6
6- Os meus medicamentos são um mistério para mim	106	64.6	31	18.9	27	16.5
8- Os meus medicamentos desorganizam a minha vida	120	73.1	31	18.9	13	7.9
9- Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar dependente dos meus medicamentos	72	43.9	70	42.7	22	13.4

A elevada discordância nos itens 6 e 8 indicam que os doentes da amostra, em geral, pensam que conhecem os seus medicamentos e lidam bem com os aspetos práticos do quotidiano associado com o seu consumo.

A maior dispersão de opiniões observa-se no item 9 traduzindo maior divergência de pareceres no que respeita à preocupação com a possibilidade de ficar dependente dos medicamentos.

2.1.4 Satisfação com a Informação Recebida acerca dos Medicamentos

A satisfação com a informação recebida foi analisada em termos de valor total e valores nas subescalas. Foi ainda realizada uma apreciação item a item. O valor de satisfação total é determinado através da soma das respostas a cada um dos 12 itens, valorizando com 0 as respostas não, muita ou pouca e com 1 as respostas não acho necessário e ideal/suficiente.

Na Tabela 26 apresentam-se os valores de média, desvio padrão, mediana e limite máximo possível para cada uma das subescalas e para a escala total.

Tabela 26
Média, Desvio Padrão, Mediana e Máximo possível das subescalas e escala total do SIMs - Satisfação com a Informação acerca dos Medicamentos (N=164)

SIMs	M	DP	Md	Máx. possível
Subescala Ação e Uso	3.3	1.6	4	5
Subescala Potenciais Problemas	3.5	2.5	3	7
SIMs- total	6.8	3.5	7	12

Nota. M=média; DP=desvio padrão; Md=mediana; Máx.=valor maior

Analisando a tabela, parece observar-se que a média da satisfação é superior na subescala que representa a informação relacionada com Potenciais Problemas do que na subescala relacionada com a informação sobre Ação e Uso. No entanto, recordando que o número de itens é diferente nas escalas, como se pode ver na coluna 5, de facto, os doentes desta amostra estão mais satisfeitos com a informação recebida sobre a indicação e forma de tomar/utilizar o medicamento (Ação/Uso) do que com a informação relativa a Potenciais Problemas: a média da subescala Ação Uso é igual a 3.3 para um valor máximo possível de 5 e a média da subescala Potenciais Problemas igual a 3.5 para um valor máximo possível de 7.

Foram ainda recodificadas as respostas em duas categorias relativamente à satisfação com a informação que os participantes receberam acerca dos medicamentos: não satisfeito (recebi muita, recebi pouca e não recebi) e satisfeito (não acho necessário e ideal/suficiente). As frequências em cada categoria apresentam-se na Tabela 27.

Tabela 27
Dados descritivos (frequência e percentagens) relativamente à Não satisfação/Satisfação com a Informação sobre os Medicamentos (N=164)

Itens	Não Satisfeito		Satisfeito	
	n	%	n	%
1-Para que serve a sua medicação	42	25.6	122	74.4
2-Quanto tempo demora a ter efeito a medicação	69	42.1	95	57.9
3-Por quanto tempo terá de tomar a sua medicação	65	39.6	99	60.4
4-Como tomar a medicação	49	29.9	115	70.1
5-Como conseguir mais medicação	54	32.9	110	67.1
6-Se a medicação tem efeitos indesejáveis	80	48.8	84	51.2
7-O que deve fazer se sentir efeitos indesejáveis	90	54.9	74	45.1
8-Se pode beber álcool enquanto toma esta medicação	66	40.2	98	59.8
9-Se a medicação interfere com outra medicação	94	57.3	70	42.7
10-Se a medicação o faz sentir sonolento	78	47.6	86	52.4
11-Se a medicação vai afetar a sua vida sexual	94	57.3	70	42.7
12-O que deve fazer se se esquecer de tomar uma dose	71	43.3	93	56.7

Na tabela podemos observar que a satisfação é maior relativamente à informação associada com a indicação (n=122, 74.4%), com a forma de tomar os medicamentos (n=115, 70.1%) e a como conseguir mais medicamentos (n=110, 67.1%), todos itens da subescala Ação Uso. Os valores mais elevados de não satisfação prendem-se com efeitos indesejáveis: se possui (n=80, 48.8%), o que fazer se surgirem (n=90, 54.9%); se existem interações (n=94, 57.3%) e se a medicação pode interferir com a vida sexual (n=94, 57.3%). Estas são matérias do âmbito da subescala Potenciais Problemas.

Realizamos o estudo da distribuição das frequências pelos diferentes tipos de resposta em cada item para analisar os dados com maior detalhe e os resultados são apresentados na Tabela 28.

Tabela 28
Resultados descritivos (frequência e percentagem) dos itens do SIMs - Satisfação com a Informação acerca dos Medicamentos na amostra total (N=164)

Itens	Não recebi informação		Não acho necessário		Recebi muita		Recebi ideal/suficiente		Recebi pouca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-Para que serve a sua medicação	7	4.3	3	1.8	28	17.0	119	72.6	7	4.3
2-Quanto tempo demora a ter efeito a medicação	47	28.7	13	7.9	16	9.8	82	50.0	6	3.7
3-Por quanto tempo terá de tomar a sua medicação	23	14.0	1	0.6	36	22.0	98	59.8	6	3.7
4-Como tomar a medicação	3	1.8	2	1.2	43	26.2	113	67.0	3	1.8
5-Como conseguir mais medicação	17	10.4	22	13.4	32	19.5	88	53.7	5	3.0
6-Se a medicação tem efeitos indesejáveis	58	35.4	8	4.9	18	11.0	76	46.3	4	2.4
7-O que deve fazer se sentir efeitos indesejáveis	58	35.4	5	3.0	17	10.4	69	42.1	15	9.1
8-Se pode beber álcool enquanto toma esta medicação	37	22.6	14	8.5	24	14.6	84	51.2	5	3.0
9-Se a medicação interfere com outra medicação	65	39.6	8	4.9	21	12.8	62	37.8	8	4.9
10-Se a medicação o faz sentir sonolento	60	36.6	12	7.3	13	7.9	74	45.1	5	3.0
11-Se a medicação vai afetar a sua vida sexual	80	48.8	25	15.2	8	4.9	45	27.4	6	3.7
12-O que deve fazer se se esquecer de tomar uma dose	46	28.0	5	3.0	22	13.4	88	53.7	3	1.8

A maior frequência do tipo de resposta “não recebi informação” verifica-se sobretudo em itens da subescala Potenciais Problemas. Destes, destaca-se a informação relacionada com a ingestão de álcool (item 8) como aquele com que os doentes parecem mais satisfeitos por responderem com maior frequência no tipo de resposta “ideal/suficiente” e menor frequência no

tipo “não recebi”. O item 12 (o que deve fazer se se esquecer de tomar uma dose) também se destaca pelos mesmos motivos embora com frequências ligeiramente mais elevadas no mesmo tipo de respostas. Assim, a maior satisfação na subescala Potenciais Problemas assinala-se nestes dois itens.

As maiores frequências de resposta no tipo “ideal/suficiente” centram-se em itens da subescala Ação Uso. Destaca-se com menor frequência, entre estes, o item “quanto tempo demora a ter efeito a sua medicação” aonde se localiza também a maior frequência de resposta do tipo “não recebi”.

Os itens 8 e 12, embora pertencentes à subescala Potenciais Problemas, referem-se a situações que se prendem com aspetos práticos da toma dos medicamentos. Verificamos que estes itens apresentam valores de frequências de respostas reveladoras de satisfação mais próximas com os valores observados nos itens da subescala Ação Uso.

2.1.5 Conhecimento do Doente sobre os seus Medicamentos

O conhecimento do doente acerca dos seus medicamentos traduz em que medida o doente detém e evoca a informação relacionada com os seus medicamentos necessária para o seu uso correto. A informação deve contemplar o objetivo terapêutico (indicação e efetividade), o processo de uso (posologia, esquema terapêutico, forma de administração e duração do tratamento), a segurança (efeitos adversos, precauções, contraindicações e interações) e a sua conservação (Garcia-Delgado et al., 2009).

A análise dos resultados foi realizada ao nível do valor total do conhecimento de cada doente sobre o seu medicamento e pode variar entre 0 e 2 (obtido pela soma da ponderação relativa da classificação de cada resposta de acordo com a fórmula referida na secção 1.5.5). O resultado médio dos participantes relativamente ao conhecimento acerca dos medicamentos apresenta-se na Tabela 29.

Tabela 29
Resultados descritivos da média e desvio padrão do Conhecimento dos doentes sobre os seus medicamentos (N=164)

	M	DP	Mín.	Máx.
Conhecimento sobre Medicamento	1.06	0.23	0.30	1.56

Nota. M=média; DP=desvio padrão; Mín.=valor menor; Máx.=valor maior

A média do conhecimento dos doentes sobre os medicamentos neste estudo é 1,06 sendo o valor mínimo registado bastante baixo (M=0.3) e o valor máximo (M=1.56), bastante afastado do conhecimento ótimo (entre 1.61 e 2).

Para uma análise mais detalhada dos resultados, procedemos à classificação das respostas em quatro categorias tal como sugerido pelos autores da escala: Desconhece (0 a 0.59 pontos); Conhecimento insuficiente (0.60 a 1.26); Conhecimento suficiente (1.27 a 1.60); Conhecimento ótimo (1.61 a 2), e assim foi produzida a Tabela 30.

Tabela 30
Classificação do Conhecimento dos participantes acerca dos Medicamentos em quatro categorias (N=164)

CPM-categorizado	n	%
Desconhece	7	4.3
Conhecimento insuficiente	129	78.7
Conhecimento suficiente	28	17.1
Conhecimento ótimo	0	0

Observamos agora que os doentes se situam na sua grande maioria na categoria de conhecimento insuficiente acerca do seu medicamento.

Tal como para os outros instrumentos, procedemos ainda à análise das frequências de cada tipo de resposta em cada um dos itens. Os resultados apresentam-se na Tabela 31.

Pela análise das respostas item a item podemos confirmar que o conhecimento correto se situa quase exclusivamente nos itens que fazem referência à indicação e forma de utilização do medicamento, os cinco primeiros. Entre todos os outros itens, o 9 (reconhecimento da efetividade) e o 11 (conservação) destacam-se com a maior frequência de respostas correspondentes a conhecimento suficiente.

O item relativo às precauções é o que regista maior frequência de respostas erradas (n=74, 45.1%), logo seguido do relativo às interações (n=12, 7.3%).

Tabela 31
Resultados descritivos (frequência e percentagem) do grau de conhecimento do CPM (N=164)

Itens	Errado		Não conhece		Suficiente		Correto	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1-Para que tem de tomar/utilizar este medicamento (Indicação)	0	0.0	4	2.4	3	1.8	157	95.7
2-Quanto deve tomar/utilizar este medicamento (Posologia)	1	0.6	11	6.7	8	4.9	144	87.8

(continua)

Tabela 31 (continuação)

Resultados descritivos (frequência e percentagem) do grau de conhecimento do CPM (N=164)

Itens	Errado		Não conhece		Suficiente		Correto	
	n	%	n	%	n	%	n	%
4-Até quando tem de tomar/utilizar este medicamento (Duração)	0	0.0	36	22.0	9	5.5	119	72.6
5-Como deve tomar/utilizar este medicamento (Forma de administração)	6	3.7	10	6.1	52	31.7	96	58.5
6-Deve ter alguma precaução quando toma/utiliza este medicamento (Precauções)	74	45.1	56	34.1	32	19.5	2	1.2
7-Que efeitos adversos conhece deste medicamento (Reações Adversas)	1	0.5	118	71.9	31	18.9	14	8.5
8-Em que situações ou casos não deve tomar/utilizar este medicamento (Contraindicações)	10	6.1	132	80.4	20	12.2	2	1.2
9-Como é que sabe se o medicamento lhe faz efeito (Indicadores de Efetividade)	6	3.7	30	18.3	101	61.6	27	16.5
10-Que medicamentos ou alimentos deve evitar enquanto usa este medicamento (Interações)	12	7.3	115	70.1	37	22.6	0	0.0
11-Que cuidados deve ter para manter em bom estado de conservação o seu medicamento (Conservação)	3	1.8	32	19.5	121	73.8	8	4.9

2.2 Resultados do Estudo da Associação entre Variáveis

Procuramos esclarecer se existe alguma associação entre as diferentes variáveis psicossociais em estudo: Total da Satisfação do doente com a Informação sobre Medicamentos (SIMs) e subescalas Ação Uso e Potenciais Problemas; Medida da Adesão à Terapêutica (MAT), Total de Crenças Gerais (CG) e os dois fatores Efeitos Nocivos (EN) e Uso Excessivo (UE); e Crenças Específicas, subescalas Necessidade da Medicação (NM) e Preocupações Específicas (PE).

Realizamos também o estudo da associação de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas, com as psicossociais.

2.2.1 Associação entre as Variáveis Psicossociais

Procedemos à análise correlacional das variáveis psicossociais, através do teste de correlação de *Pearson*. Os resultados são apresentados na Tabela 32.

Tabela 32
Matriz de Correlações de Pearson entre as variáveis psicossociais (N=164)

	MAT	CG	EN	UE	NE	PE	SIMs	AU
Crenças Gerais	-.261**							
Crenças Efeitos Nocivos	-.313**	.880**						
Crenças Uso Excessivo	-.132	.854**	.504**					
C.Necessidades Específicas	.077	-.129	-.079	-.148				
C.Preocupações Específicas	-.184*	.545**	.542**	.397**	.217**			
Satisfação com Informação	.133	-.217**	-.184*	-.193*	.071	-.131		
SI Ação Uso	.097	-.102	-.085	-.093	.066	-.059	.795**	
SI Potenciais Problemas	.128	-.245**	-.209**	-.217**	.060	-.150	.924**	.502**

Nota. MAT=Medida de Adesão à Terapêutica; CG=Crenças Gerais; EN=Efeitos Nocivos; UE=Uso Excessivo; NE=Necessidades Específicas; PE=Preocupações Específicas; SIMs=Satisfação com Informação sobre Medicamentos; AU=Ação Uso;
* $p < .05$; ** $p < .01$

Pela leitura da tabela, observamos uma correlação negativa e estatisticamente significativa, de intensidade baixa⁶, entre a Medida de Adesão à Terapêutica e o total de Crenças Gerais ($r=-.261$, $n=164$, $p < .01$).

A Adesão à Terapêutica manifesta também uma correlação de intensidade moderada estatisticamente significativa e de sinal negativo com a subescala de crenças gerais de Efeitos Nocivos ($r=-.313$, $n=164$, $p < .01$) mas não apresenta qualquer correlação significativa com a subescala Uso Excessivo

A Adesão à Terapêutica apresenta ainda uma correlação negativa estatisticamente significativa, de baixa intensidade, com as crenças sobre Preocupações Específicas ($r=-.184$, $n=164$, $p < .05$). Assim, nesta amostra, quando as preocupações com os medicamentos são menores, é maior a adesão à terapêutica

O total de Crenças Gerais correlacionam-se de forma significativa e positiva de intensidade elevada com as crenças de Preocupações Específicas ($r=.545$, $n=164$, $p < .01$). Também a subescala Efeitos Nocivos se associa significativamente de forma elevada e positiva com as PE ($r=.542$, $n=164$, $p < .01$). De igual modo, a subescala Uso Excessivo manifesta uma

⁶ Se r se situa entre .10 e .29 ou entre -.10 e -.29, a correlação é de intensidade baixa, entre .30 e .49 ou entre -.30 e -.49, de intensidade média/moderada e entre .50 e 1.0 ou entre -.50 e -1.0, de intensidade alta/elevada (Pallant, 2001).

associação significativa, de intensidade moderada e sentido positivo com as mesmas PE ($r=.397$, $n=164$, $p<.01$).

Regista-se uma correlação baixa e negativa, estatisticamente significativa, entre o total de Crenças Gerais e o total da Satisfação com a Informação sobre Medicamentos ($r=-.217$, $n=164$, $p<.01$). Deste modo, os doentes mais satisfeitos com a informação sobre medicamentos apresentam crenças gerais mais reduzidas.

O total de Crenças Gerais apresentam também uma correlação significativa de baixa intensidade e negativa com a Satisfação com a Informação sobre Potenciais Problemas ($r=-.245$, $n=164$, $p<.01$). Não se observa qualquer correlação significativa entre as CG e suas subescalas e a satisfação com a informação da subescala Ação e Uso. Os doentes possuem crenças gerais mais reduzidas quando a informação sobre potenciais problemas dos medicamentos é mais satisfatória.

As Crenças sobre Efeitos Nocivos, subescala das Crenças Gerais, correlacionam-se também com o total da Satisfação com a Informação (SIMs) de forma baixa e negativa ($r=-.184$, $n=164$, $p<.05$). O mesmo acontece com a subescala Uso Excessivo e total da satisfação com a informação ($r=-.193$, $n=164$, $p<.05$).

As mesmas crenças sobre Efeitos Nocivos apresentam ainda uma correlação significativa, de intensidade baixa e negativa com a subescala Satisfação com a Informação respeitante a Potenciais Problemas ($r=-.209$, $n=164$, $p<.01$), o mesmo acontecendo com a subescala Uso Excessivo ($r=-.217$, $n=164$, $p<.01$).

As crenças sobre Preocupações Específicas apresentam uma correlação significativa e elevada, positiva, também com a sua subescala de Efeitos Nocivos ($r=.542$, $n=164$, $p<.01$) e moderada e positiva com a subescala Uso Excessivo ($r=.397$, $n=164$, $p<.01$).

As crenças sobre Necessidades Específicas não evidenciam, na presente amostra, qualquer associação significativa com a Adesão à Terapêutica, total da Satisfação com a Informação e subescalas ou Crenças Gerais e subescalas.

A Satisfação com a Informação não evidenciou qualquer associação significativa com a Adesão à Terapêutica ou com as Crenças Específicas.

Entre as subescalas crenças sobre Preocupações Específicas e crenças sobre Necessidades Específicas, regista-se uma baixa correlação positiva ($r=.217$, $n=164$, $p<.01$). Todas as outras subescalas apresentam significativas e elevadas correlações positivas entre si e escala total.

2.2.2 Associação entre Variáveis Psicossociais e Variáveis Sociodemográficas/Clínicas

Investigamos a associação entre o total da SIMs e subescalas, MAT, Total de CG e subescalas, NE, PE e as variáveis sociodemográficas e clínicas contínuas: idade, habilitações literárias, número de medicamentos, tempo de utilização do medicamento e cronicidade da doença.

Apresentamos abaixo a tabela ilustrativa dos resultados de correlações entre cada uma das escalas e subescalas e as cinco variáveis sociodemográficas e clínicas referidas (Tabela 33).

Dos resultados apresentados, destaca-se uma associação significativa de intensidade baixa e negativa entre as HABILITAÇÕES Literárias e o total da escala de Crenças Gerais ($r=-.223$, $n=164$, $p<.01$). O mesmo acontece com ambas as subescalas, registrando-se, no entanto, valores de r e de significância inferiores. Deste modo, quando aumentam as HABILITAÇÕES Literárias, decrescem os valores de Crenças Gerais: total e subescalas.

Tabela 33
Correlações de *Pearson* entre as variáveis psicossociais e as variáveis sociodemográficas e clínicas (N=164)

	Idade	Habilitações Literárias	Número de Medicamentos	Tempo de Medicamento	Cronicidade da Doença
Total MAT	.004	.071	-.005	.143	.056
Total Crenças Gerais	.049	-.223**	.079	-.031	-.014
Subescala Efeitos Nocivos	.079	-.196*	.157*	-.076	-.075
Subescala Uso Excessivo	.003	-.191*	-.028	.027	.057
Crenças Necessidade da Medicação	.203**	-.127	.358**	.067	.117
Crenças Preocupações Específicas	-.153	-.299**	.193*	-.070	-.025
Total SIMs	.124	.019	.039	.143	.150
Subescala Ação Uso	.195*	-.043	.131	.200*	.182*
Subescala Potenciais Problemas	.053	.053	-.027	.078	.099

* $p < .05$; ** $p < .01$

Assinala-se uma associação significativa, de baixa intensidade e positiva entre o Número de Medicamentos que o doente toma e a subescala de Crenças Gerais sobre Efeitos Nocivos ($r=.157$, $n=164$, $p < .05$), não se registrando qualquer associação significativa entre o Número de Medicamentos e as crenças sobre Uso Excessivo. Assim, quando o número de medicamentos que o doente toma aumenta, aumentam também as crenças acerca dos seus Efeitos Nocivos mas não as crenças sobre o seu Uso Excessivo.

Da análise do quadro, sublinha-se ainda uma associação baixa e positiva ($r=.203$, $n=164$, $p < .01$) entre as crenças sobre a Necessidade da Medicação e a Idade dos doentes. Quando aumenta a idade dos doentes aumentam também as crenças acerca da Necessidade dos Medicamentos.

As mesmas crenças sobre a Necessidade da Medicação associam-se significativamente com intensidade moderada e em sentido positivo ($r=.358$, $n=164$, $p < .01$) com o número de medicamentos que o doente toma.

Existe uma correlação baixa e negativa entre as crenças sobre Preocupações Específicas e as Habilidades Literárias ($r=-.299$, $n=164$, $p < .01$). Tal como acontece com as Crenças Gerais, também as crenças de Preocupações Específicas diminuem nesta amostra quando aumentam as Habilidades Literárias

As crenças na subescala Preocupações Específicas associam-se ainda de forma baixa e positiva com o número de medicamentos que o doente toma ($r=.193$, $n=164$, $p < .05$). Deste modo, os participantes que tomam mais medicamentos possuem mais preocupações relacionadas com os mesmos.

Observamos ainda, pela leitura da tabela, que a Satisfação com a Informação acerca da Ação e Uso dos medicamentos se associa de forma baixa e positiva com a Idade ($r=.195$, $n=164$, $p < .05$). De igual modo, a Satisfação com a Informação acerca da Ação e Uso revela uma associação baixa e positiva com o Tempo de Utilização do Medicamento ($r=.200$, $n=164$, $p < .05$) e com a Cronicidade da Doença ($r=.182$, $n=164$, $p < .05$). Parece assim que a Satisfação com a Informação sobre Ação e Uso aumenta ao longo do tempo. Porém, o mesmo não acontece em relação à Satisfação com Informação relativa a Potenciais Problemas ou total do SIMs.

2.3 Comparação de Grupos

Procedemos também à análise de comparação de grupos recorrendo ao *t-test* para amostras independentes.

Pretendemos investigar se existe alguma diferença entre os grupos: Muito Preocupado/Pouco Preocupado com a Doença; Residente em meio Urbano/Rural; Género Masculino/Feminino; Aderente/Não aderente, nas variáveis psicossociais: Satisfação com Informação e subescalas; Medida de Adesão à Terapêutica; Crenças Gerais e subescalas; e crenças específicas: Necessidade da Medicação e Preocupações Específicas.

Segue-se a apresentação dos resultados da análise descrita.

2.3.1 Preocupação com a Doença

Os resultados do estudo da diferença entre as médias de: total da Satisfação com a Informação e suas subescalas, Medida de Adesão à Terapêutica, total de Crenças Gerais e subescalas e subescalas Necessidade da Medicação e Preocupações Específicas, observadas no grupo de doentes Muito Preocupados e no grupo de doentes Pouco Preocupados com a Doença, são apresentados na Tabela 34.

Tabela 34
Resultados do t-teste para amostras independentes na comparação entre os grupos Muito Preocupados e Pouco Preocupado com o problema de saúde nas Variáveis Psicossociais (N=164)

	Muito Preocupados (n=81)		Pouco Preocupados (n=83)		t (162)
	M	(DP)	M....	(DP)	
Total SIMs	6.98	(3.39)	6.60	(3.68)	.674
Subescala AU	3.35	(1.54)	3.23	(1.59)	.476
Subescala PP	3.63	(2.45)	3.37	(2.52)	.661
MAT	35.74	(3.70)	36.07	(4.20)	-.536
Total CG	22.84	(4.40)	22.53	(4.83)	.428
Subescala EN	10.52	(2.59)	10.42	(2.96)	.222
Subescala UE	12.32	(2.54)	12.11	(2.54)	.535
Subescala NE	19.81	(3.31)	17.99	(3.86)	3.252**
Subescala PE	15.21	(3.36)	13.57	(3.94)	2.869**

Nota. SIMs=Satisfação com Informação sobre Medicamentos; AU=Ação Uso; PP=Potenciais Problemas; MAT=Medida de Adesão à Terapêutica; CG=Crenças Gerais; EN=Efeitos Nocivos; UE=Uso Excessivo; NM=Necessidade Específica; PE=Preocupações Específicas; M=média, DP=desvio padrão;

***p<.01.*

Pela leitura da tabela, observamos não existirem diferenças estatisticamente significativas na comparação entre os grupos Muito Preocupados e Pouco Preocupados com a Doença nas três variáveis: total da Satisfação com a Informação sobre Medicamentos e suas subescalas, Ação Uso e Potenciais Problemas ($p > .05$).

No que respeita ao valor de médias de Adesão à Terapêutica, verificamos também que, apesar da média ser superior no grupo Pouco Preocupado, essa diferença não é estatisticamente significativa ($p > .05$).

De igual modo, entre os mesmos grupos não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos valores do total de Crenças Gerais e subescalas Efeitos Nocivos e Uso Excessivo ($p > .05$).

Verificamos, pelo contrário, que há diferença estatisticamente significativa entre os grupos Muito Preocupado e Pouco Preocupado com o problema de saúde em relação às crenças sobre Necessidade da Medicação ($t(162) = 3.25, p = .001$). Os participantes do grupo Muito Preocupados com a Doença apresentam um valor médio de crenças sobre Necessidade da Medicação mais elevado ($M = 19.81, DP = 3.31$) do que os participantes do grupo Pouco Preocupados ($M = 17.99, DP = 3.56$).

Há também diferença estatisticamente significativa entre os grupos Muito Preocupado e Pouco Preocupado com o problema de saúde em relação às crenças sobre Preocupações Específicas ($t(162) = 2.87, p = .005$). Os participantes do grupo Muito Preocupados apresentam um valor médio de crenças sobre Preocupações Específicas superior ($M = 15.21, DP = 3.36$) ao do grupo Pouco Preocupados ($M = 13.57, DP = 3.94$). Assim, as Crenças Específicas, são superiores no grupo de doentes Muito Preocupados com a Doença em ambas as subescalas.

2.3.2 Zona de Residência

Foi realizado também o estudo de diferenças entre as médias dos valores observados nas variáveis psicossociais nos grupos: residentes em Meio Rural e residentes em Meio Urbano. Os resultados relativos ao total da Satisfação com a Informação sobre Medicamentos e subescalas: Ação Uso e Potenciais Problemas, Medida de Adesão à Terapêutica, total de Crenças Gerais e suas subescalas e subescalas Necessidade da Medicação e Preocupações Específicas nos referidos grupos, apresentam-se na Tabela 35.

Pela leitura do quadro, podemos concluir que não existem diferenças com significado estatístico entre os grupos residente em Meio Rural e residente em Meio Urbano em relação às variáveis SIMs total e suas subescalas Ação Uso e Potenciais Problemas, sendo o valor de $p > .05$.

Também no que respeita Adesão à Terapêutica, não se observa diferença estatisticamente significativa entre os doentes nos dois grupos. Apesar da média da Adesão no grupo de residentes em Meio Urbano ser mais alta, o valor de $p > .05$.

Tabela 35**Resultados do t-teste para amostras independentes na comparação entre os grupos residente em Meio Rural e Residente em Meio Urbano na comparação entre os grupo nas Variáveis Psicossociais (N=164)**

	Meio Rural (n=79)		Meio Urbano (n=85)		t (162)
	M	(DP)	M	(DP)	
Total SIMs	6.58	(3.52)	6.98	(3.56)	-.713
Subescala AU	3.27	(1.46)	3.31	(1.67)	-.163
Subescala PP	3.32	(2.41)	3.67	(2.54)	-.941
MAT	35.73	(3.73)	36.07	(4.17)	-.544
Total CG	23.58	(4.26)	21.85	(4.79)	2.44*
Subescala EN	10.94	(2.76)	10.04	(2.74)	2.10*
Subescala UE	12.65	(2.24)	11.81	(2.74)	2.14*
Subescala NE	18.84	(3.84)	18.85	(3.59)	.155
Subescala PE	15.11	(3.49)	13.69	(3.87)	2.461*

Nota. SIMs=Satisfação com Informação sobre Medicamentos; AU=Ação Uso; PP=Potenciais Problemas; MAT=Medida de Adesão à Terapêutica; CG=Crenças Gerais; EN=Efeitos Nocivos; UE=Uso Excessivo; NM=Necessidade Específica; PE=Preocupações Específicas; M=média, DP=desvio padrão;

**p<.05.*

É estatisticamente significativa a diferença entre os grupos residente em Meio Rural e residente em Meio Urbano em relação às Crenças Gerais ($t(162)=2.44$, $p=.016$). Os participantes residentes em Meio Rural apresentam uma média de Crenças Gerais ($M=23.58$, $DP=4.26$) superior à do grupo residente em Meio Urbano ($M=21.85$, $DP=4.79$).

Também existe diferença com significado estatístico entre os mesmos grupos ($t(162)=2.10$, $p=.036$) em relação à subescala Efeitos Nefastos. O valor de média no grupo residente em Meio Rural ($M=10.94$, $DP=2.76$) é superior à média no grupo residente em Meio Urbano ($M=10.04$, $DP=2.74$).

De igual modo, existe diferença estatisticamente significativa entre os mesmos grupos ($t(162)=2.14$, $p=.034$). Os participantes residentes em Meio Rural apresentam uma média de crenças sobre Uso Excessivo ($M=12.65$, $DP=2.24$), superior à do grupo residente em Meio Urbano ($M=11.81$, $DP=2.74$).

Observamos não existir diferença com significado estatístico entre os grupos residentes em Meio Rural e em Meio Urbano em relação às crenças sobre Necessidade da Medicação sendo $p>.05$. No entanto, observamos a existência de diferença estatisticamente significativa entre os mesmos grupos no que respeita às crenças sobre Preocupações Específicas ($t(162)=2.46$, $p=.015$). Os participantes residentes em Meio Rural apresentam uma média de crenças sobre Preocupações Específicas ($M=15.11$, $DP=3.49$) superior à dos participantes residentes em Meio Urbano ($M=13.69$, $DP=3.87$).

2.3.3 Diferenças de Género

Realizamos o estudo de diferenças entre as médias dos valores observados nas variáveis psicossociais nos grupos: Género Masculino e Género Feminino. Os resultados relativos ao total da Satisfação com a Informação sobre Medicamentos e subescalas: Ação Uso e Potenciais Problemas, Medida de Adesão à Terapêutica, total de Crenças Gerais e suas subescalas e subescalas Necessidade da Medicação e Preocupações Específicas nos referidos grupos, apresentam-se na Tabela 36.

Tabela 36
Resultados do t-teste para amostras independentes na comparação entre os grupos Género Masculino e Género Feminino nas Variáveis Psicossociais (N=164)

	Género Masculino (n=71) M.... (DP)	Género Feminino (n=93) M.... (DP)	t (162)
Total SIMs	6.48 (3.60)	7.02 (3.49)	-.974
Subescala AU	3.14 (1.69)	3.40 (1.46)	-1.042
Subescala PP	3.34 (2.40)	3.62 (2.54)	-.730
MAT	36.45 (3.57)	35.49 (4.19)	1.542
Total CG	22.61 (4.43)	22.74 (4.77)	-.187
Subescala EN	10.30 (2.65)	10.60 (2.88)	-.698
Subescala UE	12.31 (2.48)	12.14 (2.59)	.424
Subescala NE	18.42 (3.24)	19.25 (4.00)	-1.419
Subescala PE	14.06 (3.50)	14.62 (3.93)	-.960

Nota. SIMs=Satisfação com Informação sobre Medicamentos; AU=Ação Uso; PP=Potenciais Problemas; MAT=Medida de Adesão à Terapêutica; CG=Crenças Gerais; EN=Efeitos Nocivos; UE=Uso Excessivo; NM=Necessidade Específica; PE=Preocupações Específicas; M=média, DP=desvio padrão;

Na comparação dos grupos Género Masculino e Género Feminino não se registou diferença significativa em qualquer das variáveis psicossociais: SIMs e subescalas, MAT, CG e subescalas, NM e PE. Os valores de p observados foram, em todos os casos, sempre superiores a .05.

2.3.4 Grupos Aderente e Não Aderente

Do estudo da comparação entre os grupos Aderente e Não Aderente nas variáveis total da Satisfação com a Informação sobre Medicamentos e subescalas Ação Uso e Potenciais Problemas, total de Crenças Gerais e subescalas e subescalas de Necessidade da Medicação e Preocupações Específicas, resultaram os dados apresentados na Tabela 37.

Observamos a existência de diferença estatisticamente significativa entre o grupo Aderente e Não Aderente em relação ao total da Satisfação com a Informação sobre Medicamentos ($t(162)=2.01$, $p=.046$). O grupo Aderente apresenta uma média de satisfação ($M=7.32$, $DP=3.38$) superior à média do grupo Não Aderente ($M=6.22$, $DP=3.63$).

Tabela 37
Resultados do t-teste para amostras independentes na comparação entre os grupos Aderente e Não Aderente nas Variáveis Psicossociais (N=164)

	Aderente (n=85) M.... (DP)	Não aderente (n=79) M.... (DP)	t (162)
Total SIMs	7.32 (3.38)	6.22 (3.63)	2.015*
Subescala AU	3.52 (1.44)	3.04 (1.67)	1.978†
Subescala PP	3.80 (2.44)	3.18 (2.49)	1.616
Total CG	21.74 (4.33)	23.70 (4.72)	-2.767**
Subescala EN	9.85 (2.52)	11.14 (2.90)	-3.050**
Subescala UE	11.89 (2.47)	12.56 (2.58)	-1.681
Subescala NE	19.12 (3.69)	18.65 (3.72)	.815
Subescala PE	13.88 (3.28)	14.91 (4.15)	-1.175†

Nota. SIMs=Satisfação com Informação sobre Medicamentos; AU=Ação Uso; PP=Potenciais Problemas; CG=Crenças Gerais; EN=Efeitos Nocivos; UE=Uso Excessivo; NE=Necessidades Específicas; PE=Preocupações Específicas; M=Média, DP=Desvio Padrão;

† $p<.10$; * $p<.05$; ** $p<.01$

Já no que respeita a cada uma das subescalas per se, existe uma associação tendencialmente significativa entre os mesmos grupos em relação à subescala Ação Uso ($t(162)=1.98$, $p=.050$), com a média de satisfação com a informação relativa a Ação Uso a revelar-se superior no grupo Aderente ($M=3.52$, $DP=1.44$) relativamente à média no grupo Não Aderente ($M=3.04$, $DP=1.67$). Relativamente à subescala satisfação com a informação relativa a Potenciais Problemas, observamos e inexistência de diferença entre os grupos Aderente e Não Aderente, sendo $p>.05$.

Entre os mesmos grupos observa-se diferença significativa no valor total de Crenças Gerais e subescala Efeitos Nocivos com valores de média superiores no grupo não aderente nas duas variáveis, respetivamente ($M=23.7$, $DP=4.72$; $t(162)=-2.767$, $p=.006$) e ($M=11.14$, $DP=2.90$; $t(162)=-3.050$, $p=.003$). Na subescala Uso Excessivo não se regista diferença significativa entre os grupos.

Nas subescalas das Crenças Específicas não se observam diferenças com significado estatístico entre os mesmos dois grupos nas duas variáveis embora a média seja superior no grupo aderente na subescala NE e maior no grupo não aderente na subescala PE. No entanto, relativamente à subescala Preocupações Específicas regista-se uma tendência de significância na

diferença entre os grupos ($t(162)=-.082$), sendo a média de crenças sobre PE ($M=13.88$, $Dp=3.28$) inferior no grupo Aderente por comparação com o grupo Não Aderente ($M=14.91$, $Dp=4.15$).

3. Discussão dos Resultados

Esta parte da dissertação integra a análise e reflexão sobre os dados obtidos, destacando os mais significativos e confrontando-os com o estado da arte.

Os resultados serão discutidos pela ordem em que foram apresentados, começando pelos valores descritivos relativos a cada instrumento isoladamente, prosseguindo com os resultados do estudo de associação das variáveis e concluindo com a comparação de grupos.

3.1 Adesão à Terapêutica

Podendo o valor do total da escala oscilar entre um valor mínimo de 7 e um máximo de 42, observamos que o valor mínimo obtido neste estudo se situa em 24 e o máximo alcança o 42. O valor de média da Medida de Adesão à Terapêutica corresponde a 35.9 ($DP=3.9$) traduzindo-se no valor de 5.1 se nos reportarmos à média do Índice de Adesão à Terapêutica. Seguindo a sugestão dos autores da escala utilizada, dicotomizamos os valores do IAT face ao valor da mediana, resulta que, neste estudo 51,8% dos participantes são considerados aderentes e 48,2% não aderentes.

Constatou-se, na revisão teórica realizada nesta investigação, que os doentes crónicos são aqueles que menos aderem à terapêutica farmacológica. Estima-se que, nos países desenvolvidos, apenas 50% dos doentes crónicos aderem ao tratamento acordado com os profissionais de saúde (World Health Organization, 2003). Esta informação parece confirmar-se assim na presente investigação.

Os resultados de média de Índice de Adesão são semelhantes em dois estudos realizados em Portugal recorrendo à mesma escala. A adesão à terapêutica farmacológica foi ligeiramente superior: 5.4, no estudo de Antunes (2011), realizado numa amostra de 110 doentes portadores de doença coronária isquémica, em tratamento ambulatorio, e acompanhados em consulta externa no Hospital Universitário Pêro da Covilhã. O valor de 5.4 foi também obtido num outro estudo realizado com 47 doentes idosos institucionalizados frequentadores de dois lares e dois centros de dia localizados no distrito de Castelo Branco (Simão, 2009). Assinala-se a diferença de

contextos dos estudos. No primeiro é considerada apenas uma doença crónica e no segundo são considerados apenas doentes idosos e não se limita apenas às doenças crónicas.

Quando analisamos os dados do presente estudo com mais pormenor, focando no tipo de respostas possíveis em cada item, observamos que os doentes afirmam maioritariamente (n=120, 73.2%) que nunca tomaram mais medicamento por se sentirem pior. Este dado pode indicar que os doentes não tendem a aumentar as doses caso o problema de saúde se agrave e que a não adesão por excesso poderá ser apenas residual. Os doentes afirmam também, com grande frequência (n=100, 61.0%), que nunca deixaram de tomar os medicamentos por se sentirem melhor, revelando que os doentes em geral compreendem que o tratamento se destina a controlar e não a curar a sua doença. Este dado pode ser um indicador favorável à adesão adequada. Também é vincada a frequência (n=96, 58.8%) com que os doentes negam ter deixado de tomar os medicamentos após se terem sentido pior. Este facto pode indicar algum risco de o medicamento poder causar algum tipo de efeito adverso e de o doente não o identificar enquanto tal.

As principais razões apontadas para explicar os valores mais reduzidos de adesão, na presente amostra, prendem-se com falhas de carácter involuntário: descuido com as horas, esquecimento e ter deixado acabar o medicamento. Estas são razões que se prendem com a capacidade ou competência do doente para tomar os medicamentos (Clifforda et al., 2008). Os itens que contribuem menos para a não adesão, dizem respeito a falhas de carácter voluntário e estas associam-se com a motivação e crenças acerca dos medicamentos, de acordo com os mesmos autores. Estes resultados podem ser enviesados por certa forma de auto desculpabilização ou desejo de agradabilidade face ao entrevistador. Como vimos na parte teórica introdutória a esta investigação (Pound et al., 2005), estima-se que cerca de metade das falhas na adesão se devem a causas de carácter voluntário e essa evidência não é observada neste estudo.

3.2 Crenças Gerais acerca dos Medicamentos

Na amostra em estudo, o valor mínimo para o total de Crenças Gerais encontrado situa-se em 10 e o máximo em 37, sendo 40 o valor máximo possível. O valor médio do total de crenças gerais situa-se em 22.7 (DP=4.6). Destaca-se que a subescala Uso Excessivo apresenta um valor de média (M=12.2, DP=2.5) superior à de Efeitos Nocivos (M=10.5, DP=2.8). Assim, nesta amostra, as crenças gerais sobre uso excessivo sobrepõem-se às crenças sobre os efeitos nocivos.

Ramstrom et al. (2006) utilizaram o BMQ-Crenças Gerais numa amostra de 141 sujeitos recrutados em farmácias da Suécia com idades entre 22 e 65 anos e verificaram também que as crenças sobre os uso excessivo se destacavam frente às crenças de efeitos nocivos.

Analisando os dados do presente estudo com mais detalhe, podemos observar que o item que apresenta um valor médio mais elevado ($M=3.57$) e frequência de respostas concordantes ($n=101$, 61.7%) traduz em que medida os doentes acreditam que, se os médicos estivessem mais tempo com os doentes, receitariam menos medicamentos (item da subescala uso excessivo). Esta informação pode indicar que um número considerável de doentes acredita que alguns dos medicamentos que tomam podem não ser absolutamente necessários e esse facto pode conduzir a formas voluntárias de não adesão (Schüz et al., 2011).

Pelo contrário, o item com valor mínimo de média ($M=2.22$) e maior frequência de discordância ($n=114$, 69.5%) revela que a afirmação com que os doentes menos concordam é a de que os medicamentos fazem mais mal do que bem (item da subescala efeitos nocivos). Assim, parece que muitos doentes apresentam uma visão favorável dos medicamentos, mesmo ponderando os seus eventuais malefícios.

Apenas 18 (11.2%) participantes acreditam que os produtos naturais são mais seguros do que os medicamentos. Este dado confirma os resultados do estudo de Horne et al. (2004): os participantes originários de culturas europeias expressaram perspectivas mais favoráveis acerca dos medicamentos modernos face aos tradicionais ou naturais do que os participantes de culturas asiáticas. Assim, num mundo cada vez mais intercultural, parece relevante atender ao passado cultural dos doentes, por forma a melhor adequar as intervenções informativas às suas necessidades particulares.

Os doentes não se mostram muito seguros em relação à afirmação “os médicos receitam medicamentos a mais” como se conclui pela dispersão de opiniões pelas diferentes categorias de concordância. Assim, parece ser significativo o número de doentes a admitir que a prescrição de medicamentos não necessários existe. Este dado conjugado com a frequente crença de que se o médico estivesse mais tempo com o doente receitaria menos medicamentos, poderá gerar dúvidas em alguns doentes quanto à necessidade de alguns dos medicamentos que lhe sejam prescritos. Essas dúvidas poderão conduzir ao comprometimento numa adesão adequada a medicamentos efetivamente necessários.

3.3 Crenças Específicas acerca dos Medicamentos

Os valores de crenças específicas encontrados neste estudo são mais elevados na subescala Necessidade Específicas (M=18.9, DP=3.7) do que na subescala Preocupações Específicas (M=14.3, DP=3.7). Este facto indica que os doentes desta amostra atribuem em média mais relevância ao facto de necessitarem dos medicamentos do que às preocupações relacionadas com os mesmos. Este pode ser um indicador favorável a um comportamento de adesão adequado como revelado por Horne et al. (2013). No entanto, no presente estudo, cerca de dois terços dos doentes apresentam fortes preocupações acerca dos medicamentos baseadas nos seus efeitos a longo prazo e cerca de metade preocupam-se com o risco de dependência. Estes factos poderão estar a comprometer a adesão e persistência nos tratamentos.

Classificando as respostas aos itens da subescala Necessidades Específicas nas categorias: discordo, concordo e incerteza, a concordância surge em maior frequência nos itens indicando que a saúde no presente (n=134, 81.8%) e no futuro (n=123, 75.0%) depende de medicamentos e o valor mais elevado (n=141, 85.9%) situa-se no item “os meus medicamentos impedem-me de piorar”. A incerteza surge com maior frequência nos itens da mesma subescala que indicam que a vida seria impossível sem medicamentos (n=35, 21.3%) e que sem medicamentos o estado de saúde seria pior (n=37, 22.5%). Estes são também os dois itens em que se observa maior dispersão de opiniões entre as três opções de resposta possíveis.

Relativamente à frequência de resposta item a item nas três categorias de concordância, na subescala Preocupações Específicas, a resposta “concordo” surge com maior frequência nos itens 2 “Ter de tomar medicamentos preocupa-me” (n=100, 60.9%) e 5 “Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo” (n=99, 60.4%) sublinhando, mais uma vez, que muitos dos doentes desta amostra se preocupam com o facto de tomarem medicamentos e especificamente com os seus efeitos a longo prazo.

A maior frequência de discordância (n=120, 73.1%) situa-se na opinião acerca da desorganização causada na vida motivada pelos medicamentos. Parece, assim, que os doentes desta amostra, em geral, lidam bem com os aspetos práticos das rotinas relacionadas com o consumo de medicamentos.

Face a estes resultados, a preocupação com os efeitos negativos dos medicamentos, nomeadamente os seus efeitos a longo prazo e os riscos de dependência, se não atendidos,

poderão conduzir à descontinuidade ou interrupção dos tratamentos. Este aspeto é especialmente crítico nos doentes crónicos em que os tratamentos são em geral para toda a vida.

3.4 Satisfação com a Informação acerca dos Medicamentos

O SIMs apresenta-se como um método válido e fiável para avaliar até que ponto as necessidades dos doentes acerca de informação sobre os medicamentos estão a ser satisfeitas.

Pela análise dos valores de médias da escala total e subescalas, podemos constatar que os doentes apresentam valores médios mais elevados de satisfação relativamente aos itens da subescala Ação Uso do que aos da subescala Potenciais Problemas. Estes dados reproduzem os achados no estudo de Trovisqueira (2007) em que também a satisfação foi superior relativamente aos itens da subescala Ação Uso em qualquer dos três grupos em estudo. No entanto, os valores de satisfação são sempre superiores na presente amostra do que em qualquer dos grupos do referido estudo. O grupo controlo, que apresenta a média de satisfação mais elevada para a escala total ($M=3.75$, $DP=2.11$) apresenta ainda assim, um valor bastante inferior ao registado no presente estudo para a mesma escala ($M=6.8$, $DP=3.5$). Esta acentuada diferença pode dever-se ao facto da desajustabilidade social originar respostas mais agradáveis ao entrevistador e também aos diferentes contextos dos estudos, nomeadamente uma só doença versus múltiplas doenças e meio hospitalar versus meio ambulatório.

Na análise dos itens per se e atendendo à frequência em cada tipo de resposta, observamos informação mais detalhada. Assim, face ao tipo de respostas possíveis na escala, os doentes dizem não ter recebido informação, sobretudo em itens que se prendem com Potenciais Problemas relacionados com o consumo de medicamentos. Entre estes, destaca-se com valores mais baixos neste tipo de resposta, o item que refere se o doente recebeu informação sobre se pode beber álcool ($n=37$, 22.6%) e o que refere o que o doente deve fazer se esquecer uma dose ($n=46$, 28.0%).

Entre os itens relacionados com Ação e Uso dos medicamentos, regista-se uma maior frequência de doentes que referem não ter recebido informação nos itens que indagam a satisfação com a informação sobre: o tempo que leva a ter efeito o medicamento ($n=47$, 28.7%) e por quanto tempo deve tomar o medicamento ($n=23$, 14.0%), aspetos especialmente críticos nos tratamentos crónicos.

Os doentes respondem que não acham necessário receber informação com maior frequência nos itens “como conseguir mais medicação” ($n=22$, 13.4%) e “se o medicamento vai

interferir com a vida sexual” (n=25, 15.2%). Os itens com maior frequência no tipo de resposta “recebi muita” são o “por quanto tempo terá de tomar a medicação” (n=36, 22.0%) e “como tomar a medicação” (n=43, 26.2%), ambos da subescala Ação Uso.

Um dos itens da subescala Potenciais Problemas destaca-se claramente pela baixa frequência neste tipo de resposta: “se o medicamento vai afetar a minha vida sexual” (n=8, 4.9%), seguido do item: “se a medicação o fará sentir sonolento” (n=13, 7.9%). De notar que 60 (36.6%) doentes respondem não terem recebido este tipo de informação. Este parece um aspeto assinalável, uma vez que a sonolência pode comportar graves riscos, nomeadamente risco de quedas e outro tipo de acidentes. Os doentes devem estar conscientes desses perigos de modo a poderem adotar comportamentos de prevenção.

O facto de mais de metade (105) dos doentes responderem que não receberam informação (n=80, 48.8%) ou não acha necessário (n=25, 15.2%) receber informação relativamente à interferência dos medicamentos com a vida sexual destaca-se no conjunto das respostas. Este facto pode revelar alguma dificuldade de abordar o tema da sexualidade quer pelos profissionais de saúde quer pelos doentes.

Na resposta do tipo “Recebi ideal/suficiente” registamos as respostas mais frequentes no item “para que serve a sua medicação” (n=119, 72.6%) e “como tomar a sua medicação” (n=113, 67.0%) são os itens mais frequentes neste tipo de resposta, ambos da subescala Ação Uso. Os menos frequentes são “se a medicação interfere com outra medicação” e “se o medicamento vai afetar a minha vida sexual”, seguidos de “se a medicação o fará sentir sonolento”.

O tipo de resposta “recebi pouca”, é o que regista menores frequências de resposta no global dos itens. No entanto, destaca-se com um valor que em média triplica os outros, o item “o que fazer se sentir efeitos indesejáveis” (n=15, 9.1%).

Em resumo, relativamente à Satisfação com a Informação observamos que os doentes estão mais satisfeitos com a informação relativa a aspetos que se prendem com a Ação e Uso do medicamento do que com Potenciais Problemas. Esta informação pode explicar os dados que resultam aqui do estudo do conhecimento dos doentes sobre os seus medicamentos: os doentes estão menos satisfeitos com a informação recebida relativamente aos aspetos do conhecimento que menos dominam.

3.5 Conhecimento sobre os medicamentos

Quando consideramos a distribuição por quatro categorias de conhecimento, constatamos que a maioria (78.7%) dos participantes possui um conhecimento insuficiente sobre os medicamentos. Apenas 17% conhece suficientemente os mesmos, 4.3% desconhece-os e nenhum possui um conhecimento ótimo.

Numa perspetiva dicotómica, observamos que 82.9% dos participantes não conhece os seus medicamentos e que apenas os restantes 17.1% os conhece. Estes valores situam-se bastante próximos dos encontrados no único estudo que utilizou o mesmo questionário em Portugal com uma amostra de 633 doentes da zona metropolitana de Lisboa em que se evidencia que 82.5% dos doentes desconhecem os seus medicamentos (Salmerón-Rubio et al., 2013).

Os doentes desta amostra conhecem melhor: “para que tem de tomar/utilizar este medicamento” e “quanto deve tomar/utilizar este medicamento” do que qualquer outra faceta do conhecimento acerca do medicamento.

Grande parte dos doentes da amostra possuem também conhecimento suficiente sobre a forma como reconhecer a efetividade (item 9) do seu medicamento e sobre a forma de o conservar (item 11).

Apesar de em todos os itens se observar uma elevada percentagem de doentes com conhecimento errado, vemos destacado o item relativo às precauções. A dimensão que os doentes menos conhecem é relativa à segurança dos medicamentos que compreende os itens 6,7,8 e 10: precauções, reações adversas, interações e contra-indicações destacando-se “em que situações não deve tomar este medicamento”, ou seja, informação relativa a contra-indicações como a informação mais desconhecida.

Pela análise das respostas item a item, podemos confirmar que o conhecimento correto se situa quase exclusivamente nos itens que fazem referência à indicação e forma de utilização do medicamento, os cinco primeiros. Entre todos os outros itens, o 9 (reconhecimento da efetividade) e o 11 (conservação) destacam-se com a maior frequência de respostas correspondentes a conhecimento suficiente.

Verificamos, assim, que a maioria dos doentes possui um conhecimento insuficiente sobre o seu medicamento e percebemos que o doente conhece melhor a indicação e forma de utilizar o medicamento do que outro tipo de informações relacionadas com aspetos de segurança

e efetividade dos medicamentos, tal como se observou nos estudos anteriores com a mesma escala.

Sendo as reações adversas, precauções, contraindicações e interações as facetas do conhecimento do medicamento que os doentes menos conhecem, parece identificar-se aqui uma interessante necessidade e oportunidade de intervenção por recurso à comunicação aos doentes crónicos deste tipo de informações. Este dado é reforçado pela constatação de que os mesmos doentes manifestam menor satisfação com a informação relativa a potenciais problemas, afinal o mesmo tipo de informação que se percebe conhecerem menos. O facto de os doentes saberem pouco acerca das precauções, reações adversas, interações e contraindicações pode originar a ocorrência de resultados negativos dos medicamentos, nomeadamente em termos de efetividade e/ou segurança (DeVries et al., 1994).

Este reduzido conhecimento dos doentes sobre os medicamentos surge reforçado no estudo coordenado por Ana Escoval, da Escola Nacional de Saúde Pública sobre a Literacia em Saúde em Portugal. Os resultados, apresentados na Reitoria da Universidade Nova de Lisboa em 17 de setembro de 2014, revelam que pelo menos seis em cada 10 portugueses não têm bons conhecimentos em assuntos de saúde, nomeadamente conhecimentos sobre os medicamentos. O nível de literacia em saúde dos portugueses é considerado, no referido estudo, como problemático ou inadequado⁷.

3.6 Associação entre variáveis psicossociais

Na análise da associação das variáveis psicossociais, observamos uma correlação baixa e negativa entre a Medida de Adesão à Terapêutica e o total de Crenças Gerais. Considerando que quanto mais elevadas as Crenças Gerais acerca dos medicamentos, mais desfavorável é a opinião do doente face aos mesmos (Horne et al., 1999), esta seria uma associação a esperar: a opiniões mais desfavoráveis aos medicamentos correspondem mais reduzidos valores de adesão.

Se olharmos as subescalas de forma isolada, apenas a subescala de Crenças Gerais sobre Efeitos Nocivos se associa no mesmo sentido que o total da escala com a Adesão à Terapêutica. A subescala Uso Excessivo não revela, neste estudo, associação significativa com a Adesão à Terapêutica se considerada per se. Noutros estudos os resultados divergem. Por exemplo, no estudo de Schüz et al. (2011) foi possível estabelecer uma previsão de alterações na adesão não

⁷ Informação obtida numa entrevista dada pela investigadora Ana Escoval à RTP 1 em 17 Set 2014 (<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=767304&tm=2&layout=123&visual=61>)

intencional ou involuntária através de mudanças nas crenças sobre uso excessivo numa amostra de doentes idosos com múltiplas doenças. Assim, quanto mais convencidos estavam os doentes de que os médicos prescrevem medicamentos a mais e de que os médicos não dedicam tempo suficiente aos doentes, maior era a probabilidade de se esquecerem de tomar os seus medicamentos.

A Adesão à Terapêutica apresenta também uma correlação baixa e negativa com as crenças sobre Preocupações Específicas. Assim, a valores mais acentuados de crenças sobre Preocupações Específicas, encontram-se associadas mais reduzidos níveis de Adesão à Terapêutica farmacológica. As crenças específicas sobre Necessidade dos medicamentos não apresentam qualquer associação significativa com a Adesão à Terapêutica, apesar de apresentarem valor de média mais elevado na presente amostra. Estes dados contrariam o verificado no estudo com 387 doentes diabéticos Portugueses (Pereira et al., 2013) em que são as crenças sobre a Necessidade dos medicamentos que apresentam associação positiva com a Adesão. A este propósito, Horne e Weinman (1999) revelaram que existe uma variação considerável na adesão e crenças entre diferentes doenças crónicas e dentro duma só doença. Ainda assim, observam que, quando se evidencia correlação, a elevados valores de necessidade associam-se elevados valores de adesão e a valores elevados de preocupações associam-se mais reduzidos valores de adesão. Os doentes apresentam diferentes padrões de adesão e crenças frente a diferentes medicamentos e tomam decisões com base nessas crenças, no conhecimento que possuem acerca dos medicamentos e com base na doença em causa (McHorney & Gadkari, 2010). Assim, torna-se evidente a necessidade de atender a cada situação em particular, se pretendermos intervir para otimizar a adesão por meio de modificação das crenças dos doentes acerca dos medicamentos.

Resumindo, e no que às crenças acerca dos medicamentos diz respeito, neste estudo, quando aumenta o total de Crenças Gerais, a subescala Efeitos Nocivos e/ou as crenças sobre Preocupações Específicas, verifica-se um decréscimo na Adesão à Terapêutica.

As Preocupações Específicas associam-se de forma positiva com as Crenças Gerais e suas duas subescalas tal como seria de esperar, de acordo com os estudos de desenvolvimento das escalas (Horne et al., 1999). Entre o total de Crenças Gerais e subescalas e as crenças específicas de Necessidade da Medicação não se observa qualquer associação significativa, tal como expectável de acordo com o descrito na introdução teórica a este estudo.

Entre a Satisfação com a Informação: total e subescalas, e a Adesão à Terapêutica, não se observou neste estudo qualquer associação com significado estatístico. Estes resultados contrariam as conclusões do estudo de Horne, Hankins e Jenkins (2001) que, numa amostra de doentes em reabilitação cardíaca, registaram uma associação entre a satisfação com a informação e a adesão aos medicamentos para redução do colesterol, apresentando os doentes mais satisfeitos com a informação, maior adesão. No entanto, quando dividimos a presente amostra entre aderentes e não aderentes, observamos maior satisfação com a informação nos primeiros. Este resultado permite já uma aproximação aos resultados de Horne et al. (2001) que sublinham uma associação entre valores mais elevados de satisfação com a informação sobre medicamentos e mais elevada adesão.

Também não se regista associação entre Satisfação com a Informação e qualquer das subescalas de crenças de Necessidade Específicas e Preocupações Específicas. No mesmo estudo (Horne et al., 2001), numa amostra de doentes em tratamento de prevenção secundária pós enfarte de miocárdio, aqueles com maiores preocupações com efeitos adversos (preocupações específicas) estavam também menos satisfeitos com a informação sobre potenciais problemas.

Não se observando uma associação direta, neste estudo, entre a Satisfação com a Informação e a Adesão à Terapêutica, regista-se, no entanto, uma correlação negativa entre o total da Satisfação com a Informação e o total de Crenças Gerais e qualquer das subescalas. Assim, quando a satisfação com a informação é superior, é menor a perceção de efeitos nocivos e uso excessivo dos medicamentos.

Olhando com mais atenção sobre a associação entre Crenças Gerais e Satisfação com a Informação, observamos que pode ser mais relevante o contributo da subescala Satisfação com a Informação sobre Potenciais Problemas para a redução das Crenças Gerais do que o da subescala Ação Uso. Assim, o total de Crenças Gerais e subescalas apresentam uma correlação baixa e negativa com a Satisfação com a Informação sobre Potenciais Problemas, ou seja, quando aumenta a Satisfação com a Informação relacionada com Potenciais Problemas dos medicamentos, observam-se menores Crenças Gerais. No entanto, com respeito às mesmas crenças, não se evidenciou qualquer associação com a subescala Satisfação com a Informação referente à Ação e Uso dos medicamentos.

Recordando que as Crenças Gerais mais elevadas traduzem opiniões mais desfavoráveis aos medicamentos, estes dados podem revelar de forma indireta, reforçando aliás os resultados observados neste estudo nas respostas ao SIMs, que os doentes estão menos satisfeitos com a

informação relativa a Potenciais Problemas do que à relativa à Ação e Uso dos medicamentos. Sabendo já que os doentes possuem conhecimentos insuficientes nas matérias relacionadas com reações adversas, contraindicações, interações, afinal potenciais problemas, esta insatisfação com a informação pode traduzir uma efetiva necessidade, reconhecida pelos doentes, de esclarecimentos nestas matérias.

Entre as subescalas crenças sobre Preocupações Específicas e crenças sobre Necessidades Específicas, regista-se uma baixa correlação positiva. Todas as outras subescalas apresentam elevadas correlações positivas entre si e escala total como seria de esperar.

Analisando isoladamente as variáveis MAT e SIMs total, observamos que a Adesão é mais elevada quando o total de Crenças Gerais e a subescala Efeitos Nocivos e crenças sobre Preocupações Específicas são mais reduzidos. Por outro lado, quando a Satisfação com a Informação total e relativa a Potenciais Problemas é maior, são menores as Crenças Gerais. Porém, não se observa, neste estudo, que a Satisfação com a Informação possua qualquer correlação com as Crenças Específicas que são as crenças que dizem respeito aos medicamentos que o doente toma.

Assim, duma forma indireta, nesta amostra, quando aumenta a Satisfação com a Informação relativa a Potenciais Problemas, reduzem as Crenças Gerais sobre os medicamentos e quando estas reduzem, aumenta a Adesão à Terapêutica. Surge assim a oportunidade de dirigir a atenção para a Satisfação do doente com Informação relacionada com Potenciais Problemas dos medicamentos como possível meio para aumentar a Adesão. As Crenças Gerais e as crenças sobre Preocupações Específicas apresentam-se como bons indicadores para identificar os doentes que necessitam de mais atenção no que respeita à Satisfação com a Informação relacionada com os Potenciais Problemas dos medicamentos, informação que fica assinalada neste estudo como a menos conhecida por parte dos participantes.

3.7 Associação de variáveis psicossociais com sociodemográficas e clínicas

Investigada a associação entre a MAT, Total de CG e subescalas, NM e PE, SIMs e subescalas, e as variáveis sociodemográficas e clínicas contínuas: Idade, Habilitações Literárias, Número de Medicamentos, Tempo de utilização do Medicamento e Cronicidade da Doença, destacamos os resultados que se seguem.

Ao nível do estudo da associação entre a Adesão à Terapêutica e as variáveis sociodemográficas e clínicas em consideração, não se regista neste estudo qualquer relação

estatisticamente significativa. De acordo com a literatura e os dados referidos na parte teórica introdutória, os resultados da associação da adesão com variáveis sociodemográficas manifesta uma grande variabilidade.

Podemos notar que as Habilitações Literárias se associam de forma negativa com o total da escala de Crenças Gerais e suas subescalas. Deste modo, os participantes com Habilitações Literárias mais elevadas apresentam valores de Crenças Gerais mais reduzidos. Porém, tal não se traduz numa maior adesão como poderíamos esperar de acordo com a literatura (Bugalho & Carneiro, 2004; World Health Organization, 2003).

Assinala-se uma associação positiva entre o número de medicamentos que o doente toma e o valor da subescala de crenças gerais sobre Efeitos Nocivos, não se registando qualquer associação significativa entre o número de medicamentos e as crenças sobre Uso Excessivo. Notamos, assim, que a um número de medicamentos mais elevado associam-se mais elevados valores de crenças gerais sobre Efeitos Nocivos, mas não de crenças gerais sobre Uso Excessivo. Mais uma vez parecem destacar-se as preocupações dos doentes com os potenciais problemas (efeitos nocivos) decorrentes do uso dos medicamentos e não tanto o facto de os consumirem em maior número. Não logramos, porém, encontrar na literatura algum estudo que corrobore ou contrarie estes resultados.

Sublinha-se também uma associação positiva entre as crenças sobre a Necessidades Específicas e a Idade dos doentes sendo que, as idades superiores correspondem também superiores crenças sobre a Necessidade dos medicamentos. Esta observação poderá traduzir que os doentes observam a terapêutica farmacológica como um recurso necessário para resolver os problemas de saúde que enfrentam ao longo da vida. As crenças sobre Necessidades Específicas também se associam positivamente com o número de medicamentos que o doente toma. Assim, os doentes parecem acreditar tanto mais que necessitam dos medicamentos quantos mais medicamentos tomam. No entanto, como vimos no estudo da associação das variáveis psicossociais, a percepção de uma maior necessidade dos medicamentos não se associa a uma maior adesão contrariando o esperado, tendo em conta a literatura (Horne et al., 2013).

Registamos uma correlação negativa entre as crenças sobre Preocupações Específicas e as Habilitações Literárias. Deste modo, os doentes academicamente mais instruídos desta amostra possuem crenças mais reduzidas acerca de preocupações com os seus medicamentos. Atendendo à associação observada entre preocupações específicas e adesão, poderia esperar-se também uma associação entre habilitações literárias e adesão. No entanto, tal não se registou. Esta constatação

contraria o que seria esperado uma vez que o nível de escolaridade tem sido referido na literatura como preditor do grau de adesão com o baixo nível académico constituindo uma barreira à adesão (Cabral & Silva, 2010).

As crenças da subescala Preocupações Específicas associam-se ainda positivamente com o número de medicamentos que o doente toma. Deste modo, a um maior número de medicamentos associa-se um valor superior das crenças sobre Preocupações Específicas e assim, os doentes crónicos desta amostra parecem preocupar-se mais com os seus medicamentos se eles forem numerosos. Os doentes que tomam mais medicamentos evidenciam simultaneamente mais crenças sobre Necessidades Específicas e Preocupações Específicas e mais Crenças Gerais acerca dos Efeitos Nocivos dos medicamentos, mas não mais crenças gerais sobre Uso Excessivo. Deste modo, os doentes que tomam mais medicamentos não parecem preocupar-se tanto com o número de medicamentos que tomam mas sim com a segurança da sua utilização (efeitos nocivos e preocupações específicas).

Observamos que a Satisfação com a Informação acerca da Ação e Uso dos medicamentos se associa de forma positiva com a Idade. De igual modo, a Satisfação com a Informação acerca da Ação e Uso evidencia uma associação positiva com o Tempo de utilização do Medicamento e com a Cronicidade da Doença. Notamos assim que variáveis que traduzem o passar do tempo de vivência da doença e do seu tratamento farmacológico se associam de forma positiva com a Satisfação com a informação sobre Ação e Uso dos medicamentos. Porém, não se observa qualquer associação significativa entre estas mesmas variáveis e a Satisfação com a informação acerca de Potenciais Problemas dos medicamentos. Estes resultados poderão indicar menos eficácia na transmissão de informação com este conteúdo, o que vai de encontro ao facto do conhecimento dos doentes relativamente a aspetos que se prendem com potenciais problemas dos medicamentos (precauções, contraindicações, efeitos adversos) ser claramente mais reduzido do que o conhecimento relativo ao processo de uso e ação dos mesmos. Esta relação temporal de melhoria da satisfação que não se observa, deixa antecipar uma persistente carência na abordagem a esse tipo de temas em todos os contextos de contacto entre doente e profissionais de saúde.

3.8 Comparação de grupos

3.8.1 Preocupação com a doença

Na comparação das médias entre os grupos Muito preocupados e Pouco preocupados com o problema de saúde, não existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis: Total da Satisfação com a Informação sobre Medicamentos e suas subescalas Ação Uso e Potenciais Problemas, na Adesão à Terapêutica, no total de Crenças Gerais e subescalas Efeitos Nocivos e Uso Excessivo.

No que respeita às Crenças Específicas, o estudo da comparação entre os grupos revelou a existência de diferenças entre os mesmos, apresentando os doentes muito preocupados com a sua doença, crenças acerca da necessidade da medicação e crenças sobre preocupações específicas mais acentuadas.

Se atendermos a que apenas o valor de Crenças Específicas, e não o valor de Crenças Gerais revela diferença nestes dois grupos, as crenças específicas sobre os medicamentos que o doente toma poderão, de algum modo, traduzir a preocupação com o seu problema de saúde. Pode sugerir-se então uma eventual vantagem em avaliar e atender especialmente às Crenças Específicas sobre cada um dos medicamentos que consomem os doentes que se revelam mais preocupados com o problema de saúde, como meio de otimizar a Adesão à Terapêutica uma vez que, como vimos já, a valores mais reduzidos de crenças sobre Preocupações Específicas se associam valores superiores de Adesão.

3.8.2 Residentes em meio Rural/meio Urbano

Observamos que não existem diferenças com significado estatístico entre o grupo de doentes que reside em meio rural e o grupo residente em meio urbano nas variáveis: SIMs total e suas subescalas Ação Uso e Potenciais Problemas e na Adesão à Terapêutica. Pelo contrário, observa-se diferença entre os mesmos grupos no que respeita aos valores de Crenças Gerais e suas subescalas registando-se os valores superiores no grupo de doentes crónicos residentes em meio rural. Assim, os participantes que residem em meio rural, possuem opiniões menos favoráveis aos medicamentos quer no que respeita aos seus efeitos nocivos quer ao seu uso excessivo.

Relativamente às Crenças Específicas, apenas se regista diferença entre estes grupos no respeitante às Preocupações Específicas sendo estas também superiores no grupo residente em meio rural.

No estudo de associação de variáveis, o total de Crenças Gerais e subescala Efeitos Nocivos e subescala crenças sobre Preocupações Específicas apresentam associação negativa com a Adesão à Terapêutica. Os residentes em meio rural, possuindo esse tipo de crenças mais acentuadas, poderiam evidenciar menor adesão à terapêutica. No entanto, tal não se evidencia no estudo de comparação de grupos.

3.8.3 Género Masculino / Feminino

No estudo de comparação de grupos, entre os grupos género Masculino e Feminino não foi revelada qualquer diferença significativa nas variáveis psicossociais Satisfação, Adesão ou Crenças.

Relativamente ao comportamento de adesão à terapêutica farmacológica em Portugal, também no estudo numa amostra de 246 sujeitos utentes de centros de saúde da zona norte se concluiu não existir diferença significativa entre homens e mulheres ao nível da adesão à terapêutica farmacológica(Pereira & Silva, 2002). No entanto, no referido estudo, a medida da adesão utilizada é diferente e a população não se restringe aos doentes crónicos.

De acordo com a literatura, a variável género, apesar de ser frequentemente avaliada não tem demonstrado uma relação consistente com a adesão (Cabral & Silva, 2010)

3.8.4 Aderente / Não aderente

Observamos uma diferença significativa entre os grupos Aderente e Não Aderente na escala total da Satisfação com a Informação, com o grupo aderente a registar um valor de média mais elevado, ou seja, aderem mais os doentes mais satisfeitos com a informação sobre os medicamentos. Esta conclusão reforça o resultado do estudo da associação de variáveis já descrito.

Entre os mesmos grupos observa-se também diferença significativa no valor total de Crenças Gerais e subescala Efeitos Nocivos com valores superiores no grupo Não Aderente nas

duas variáveis. Nas crenças gerais sobre Uso Excessivo não se regista diferença significativa entre os grupos.

A observação de que o grupo Não Aderente, tendencialmente, apresenta uma média de Preocupações Específicas superior face ao grupo Aderente, parece-nos reforçar a importância de atuar sobre as Preocupações do doente face aos medicamentos, antes de mais, através da sua identificação e, depois, através da sua resolução.

4. Conclusão Integrativa, Limitações do Estudo e Implicações Futuras

Depois da realização deste estudo, somos capazes de melhor compreender o comportamento do doente face aos medicamentos, nomeadamente: a maior ou menor adesão à farmacoterapia, as crenças dos doentes acerca dos medicamentos, a satisfação com a informação e os conhecimentos que possuem sobre os mesmos. Somos também capazes de, em retrospectiva, assinalar aspetos metodológicos que poderiam ter sido otimizados. Apontam-se também algumas pistas para melhorar as intervenções profissionais no sentido de otimizar a adesão à farmacoterapia e sugestões para futuras investigações.

No presente estudo observamos um ligeiro predomínio da população feminina (56,7%) e uma grande amplitude de idades, tendo o participante mais novo 18 anos e o mais velho 94 anos. A cronicidade da doença é em média 10.5 anos e o máximo observado na amostra situa-se em 70 anos. Estes dados sublinham que as doenças crónicas não são apanágio dos mais idosos por um lado e por outro que a longevidade, apesar da doença pode ser bastante prolongada. A maioria dos participantes (85.4%) vivem acompanhados, 69.5% encontram-se casados e 53.7% estão reformados.

As doenças mais prevalentes na amostra são as do foro cardiovascular e a diabetes, doenças evitáveis e controláveis através de medidas comportamentais. O cancro aparece num número muito reduzido de doentes da amostra. Este dado pode parecer estranho dada a sua prevalência na população. A explicação pode estar no facto de os tratamentos deste tipo de patologias estarem em geral mais centrados nos serviços hospitalares. Grande parte (59.8%) dos participantes possui mais do que uma doença crónica e os doentes consomem em média 4.2 medicamentos. Cerca de metade (49.9%) dos participantes dizem-se muito preocupados com a doença.

No que respeita às fontes de informação sobre os medicamentos, os doentes afirmaram maioritariamente que o farmacêutico (58.4%) e o médico (37.0%) são os profissionais que melhor os saberão informar acerca dos medicamentos. No entanto, uma diferença emerge quando interrogados acerca do recurso que preferencialmente utilizam para obter informação sobre os medicamentos. Neste caso, 67.7% dos doentes dizem recorrer ao farmacêutico, apenas 12.8% ao médico, 9.8% ao folheto informativo, 3.7% à Internet e 1.2% ao enfermeiro. O farmacêutico afigura-se no contexto deste estudo como o profissional melhor posicionado para veicular as informações de que os doentes claramente manifestam necessitar.

Neste estudo, a adesão à terapêutica situa-se, de acordo com a medida da autoria de Delgado e Lima (2001), em 51.8%. Este valor reproduz o valor próximo de 50% admitido até ao presente para os países desenvolvidos (Dias et al., 2011; World Health Organization, 2003). Confirmamos, assim, a necessidade de investir em ações dirigidas aos doentes crónicos portugueses com o objetivo de incrementar a adesão à farmacoterapia. Os principais motivos apontados pelos doentes para não adesão são de tipo involuntário e prendem-se com o esquecimento. A memória parece destacar-se como principal responsável pelo comprometimento da adesão à terapêutica farmacológica nesta amostra. Assim, e recordando o tipo de intervenções propostas por Bugalho e Carneiro (2004) e descritas no Quadro 2, intervenções do tipo comportamental, poderão ser úteis para incrementar a adesão nestes doentes.

Não existindo um instrumento ótimo para avaliar a adesão, parece-nos de relevante interesse o recurso à MAT. Este instrumento permite acompanhar a evolução da adesão ao longo do tempo, monitorizar o resultado de intervenções que visem aumentar a adesão e reconhecer quais os pontos concretos de dificuldade em cada doente, para melhor adequar as ações a emprender.

Em geral, as crenças gerais comportam-se neste estudo como melhores indicadores de adesão do que as crenças específicas. A avaliação das crenças gerais, sendo mais ágil, poderá constituir um excelente recurso para rastrear os doentes com maior risco de não adesão, sobretudo no momento em que iniciam um tratamento e ainda o desconhecem (Schüz et al., 2011). No entanto, nos doentes mais preocupados com o seu problema de saúde e com o tratamento já em curso, poderá ser mais eficaz explorar as crenças específicas sobre cada um dos seus medicamentos.

Os doentes mais satisfeitos com a informação evidenciam menores valores de crenças gerais e menores valores de crenças sobre preocupações específicas. Todas elas são crenças

desfavoráveis aos medicamentos. Assim, duma forma indireta, nesta amostra, quando aumenta a satisfação com a informação relativa a potenciais problemas, reduzem as crenças gerais e quando estas reduzem, aumenta a adesão à terapêutica. Aponta-se deste modo a possibilidade de, investindo na satisfação do doente com a informação relacionada com potenciais problemas dos medicamentos, conseguir-se contribuir para aumentar a adesão à terapêutica farmacológica.

Sublinha-se a constatação de que 8 em cada 10 doentes não conhecem o seu medicamento. A maior carência de informação correta corresponde à dimensão ou faceta “segurança” do medicamento: precauções, efeitos adversos, contraindicações e interações. É também nesta faceta do conhecimento que registamos inferior satisfação com a informação. A satisfação com a informação acerca dos medicamentos indicou que os doentes estão menos satisfeitos com a informação relativa a potenciais problemas do que relativa à ação e uso dos medicamentos. Este achado parece reforçar, e de certo modo explicar, o menor conhecimento dos doentes neste mesmo tipo de matérias. Esta observação sugere uma oportunidade de melhorar a satisfação através de ações dirigidas a colmatar estas lacunas identificadas na comunicação aos doentes. AlHewiti (2014) aponta a relação indireta existente entre adesão e informação acerca dos medicamentos na medida em que a informação transmitida ao doente influencia as suas crenças e estas, por sua vez, afetam a adesão.

Confirmando os estudos de Horne et al. (2013), os doentes parecem ponderar as crenças acerca da necessidade dos seus medicamentos, por um lado, e as crenças gerais sobre uso excessivo e efeitos nefastos e crenças específicas sobre preocupações, por outro. Com base nesse balanço, adotam determinado tipo de comportamento face aos mesmos. Os participantes que tomam mais medicamentos revelam, neste estudo, reconhecer a sua necessidade e manifestar mais elevadas crenças sobre efeitos nefastos e preocupações específicas. Não revelam mais elevadas crenças sobre uso excessivo. Assim, as crenças específicas acerca da necessidade da medicação parecem mitigar as crenças gerais acerca do uso excessivo dos medicamentos. Este facto pode sugerir também que a comunicação dirigida a aumentar a compreensão do doente sobre a necessidade de cada um dos seus medicamentos, sua ação concreta e utilidade, poderão contribuir para incrementar a adesão tal como referido por Pais-Ribeiro (2007).

Por outro lado, se os doentes que tomam mais medicamentos não parecem preocupar-se tanto com o número de medicamentos que tomam mas sim com a segurança da sua utilização (efeitos nocivos e preocupações específicas), pode ser interessante o recurso a estratégias que visem dotar o doente de capacidade de monitorizar e assegurar ele próprio a segurança dos medicamentos que utiliza, como forma indireta de facilitar a adesão. Essa estratégia poderá

incluir, mais uma vez, o investimento na comunicação aos doentes acerca dos potenciais problemas associados com a utilização dos seus medicamentos, mas também acerca da sua forma de deteção e de como atuar perante eles. Deste modo, pode promover-se uma maior participação e controlo do doente relativamente aos seus problemas de saúde e respetivos tratamentos o que, por sua vez, e de acordo com as perspetivas motivacionais, resultará no incremento da adesão e da satisfação.

Os doentes mais preocupados com o problema de saúde evidenciam crenças específicas mais elevadas: Necessidade da Medicação e Preocupações Específicas. No contexto da prática clínica e nos doentes mais preocupados com o problema de saúde, poderá ser mais útil explorar diretamente as crenças específicas do que as crenças gerais com vista a otimizar a adesão à farmacoterapia.

Os participantes residentes em meio rural apresentam crenças gerais e sobre preocupações específicas mais elevadas do que os residentes em meio urbano. No entanto, não se evidenciou diferença significativa na adesão ou satisfação com a informação nestes grupos. Sugere-se que em estudos futuros se procure confirmar e/ou explorar as possíveis razões para esta associação.

Os doentes conhecem pouco acerca das precauções, contraindicações e reações adversas dos medicamentos que tomam, possuem crenças desfavoráveis aos medicamentos relacionadas com o seu uso excessivo e efeitos nefastos e preocupam-se com os medicamentos que tomam apesar de reconhecerem a sua necessidade. Revelam ainda reduzida satisfação com a informação relativa a potenciais problemas. A avaliação da adesão, das crenças, dos conhecimentos e da satisfação dos doentes com a informação acerca dos medicamentos poderão, se aplicados no contexto clínico, constituir ferramentas úteis para adequar as intervenções a cada doente em particular, otimizar os recursos e alcançar os resultados desejados.

O farmacêutico e o médico apresentam-se como os profissionais considerados como fontes de informação sobre medicamentos mais credíveis para os doentes. No entanto, o farmacêutico destaca-se como o profissional mais procurado pelos doentes para obtenção de esclarecimentos nesta matéria. Pensamos que as carências de informação e motivos de insatisfação com a informação identificados nesta investigação podem indicar que os profissionais não estão a comunicar com os doentes tão bem quanto o necessário. Assim, parece-nos que intervenções planeadas com o objetivo de divulgar estes dados aos profissionais envolvidos, capacitar os doentes para melhor comunicarem com os profissionais de saúde e

capacitar também os profissionais para melhor comunicarem com os doentes podem ser contributos para melhorar o panorama da adesão à terapêutica farmacológica nos doentes crónicos portugueses.

A psicologia encontra na adesão e na satisfação um terreno fértil para intervenção quer junto dos outros profissionais de saúde quer junto dos doentes. Junto dos profissionais, promovendo o conhecimento e compreensão dos fatores psicológicos associados com o comportamento de adesão e também melhorando a compreensão e conhecimento de matérias inerentes a uma comunicação assertiva, promotora duma relação empática com o doente e de maior satisfação. As intervenções junto dos doentes focando as preocupações, crenças desfavoráveis e sintomatologia psicopatológica, descrita na literatura, também ela associada a níveis mais elevados de não adesão, são exemplos de intervenções psicológicas capazes de otimizar a adesão e em consequência, os resultados.

Neste estudo identificam-se várias limitações. Desde logo, o método de avaliar a adesão à terapêutica. Como vimos, não existe um método ótimo e as medidas de autorrelato fornecem uma medida ordinal e não intervalar do comportamento de adesão e por isso, pouco robusta. No entanto, apesar da fragilidade da medida, foi possível estabelecer uma relação entre as crenças e o comportamento de adesão.

Apesar do processo de aleatorização adotado no recrutamento dos doentes nas farmácias e da distribuição geográfica pelas regiões Norte, Centro e Sul conseguida, a amostra deste estudo não é probabilística. Esta constitui também uma limitação metodológica deste estudo. A amostra não representativa de todos os doentes crónicos portugueses impede a generalização dos resultados, restringindo também a interpretação dos dados. Deste modo, em futuras investigações seria útil obter uma amostra representativa por forma a aumentar a fidelidade e fiabilidade dos resultados.

No que diz respeito à aplicação dos questionários, poderão ter existido também algumas limitações relacionadas com a possibilidade de incongruências entre o que os participantes responderam e o que realmente fazem, nomeadamente o facto de fazermos apelo à memória dos participantes. Adicionalmente, os participantes demonstraram algumas dificuldades em responder a algumas questões, sobretudo relativas ao conhecimento acerca dos medicamentos, uma vez que a interpretação de algumas questões suscitava dúvidas. De acordo com Delgado e Lima (2001), os doentes por vezes omitem a verdade sobre a toma de medicamentos, para agradar ou evitar a desaprovação. Este facto pode também ter limitado o estudo. De facto, a

circunstância de os questionários serem preenchidos junto do farmacêutico pode ter induzido respostas agradáveis ao mesmo, refletindo o peso da desejabilidade social, nomeadamente no que respeita à adesão mas também à satisfação com a informação recebida.

Outra limitação poderá apontar-se como resultado da circunstância de grande parte dos doentes da amostra possuírem múltiplas doenças em simultâneo e tomarem vários medicamentos. Algumas respostas poderão representar uma perspetiva mais geral e não específica para cada doença ou medicamento. Este facto dificultou também a comparação dos resultados deste com os resultados de outros estudos que se dedicam frequentemente a uma patologia em particular.

O facto de serem consideradas numerosas variáveis e uma população bastante diversificada, se tem a virtude de procurar reproduzir um contexto real e abrangente que permita melhor explorar uma situação desconhecida, por outro lado, tem o demérito de dificultar a sua comparação com outros estudos.

Por último, em relação aos instrumentos utilizados, sugere-se que em estudos próximos seja validado o instrumento de avaliação de crenças para outras populações de doentes, uma vez que a versão portuguesa apenas se encontra validada para a população de doentes com diabetes tipo 2. Relativamente ao CPM, pensamos que poderá existir vantagem em proceder à reformulação de algumas das suas questões com vista a facilitar a sua interpretação e aumentar a sua fiabilidade. Tal modificação poderá eventualmente conduzir, no nosso ponto de vista, a um ligeiro aumento dos resultados obtidos nos questionários para o conhecimento acerca do medicamento. Relativamente ao SIMs, e como já sugerido pelos autores portugueses da versão experimental, a categoria “muita informação ” da escala de avaliação será melhor traduzido se modificado para “demasiada” uma vez que a conotação fica diferente. A expressão “muita” poderá ser entendida como positiva, enquanto “demasiado” vai mais ao encontro da expressão “*too much*” da versão original que atribui à resposta uma conotação negativa.

Os instrumentos utilizados para recolha de dados: SIMs, MAT, QCF, exibiram um comportamento muito similar àquele apresentado em estudos anteriores com distintas populações. Este facto sublinha a grande utilidade, também do ponto de vista da prática clínica, dos referidos instrumentos.

Os resultados encontrados nesta investigação foram reveladores duma realidade pouco conhecida e foram identificadas algumas oportunidades de intervenção, que poderão contribuir

para incrementar a satisfação com a informação sobre os medicamentos e a adesão à farmacoterapia numa população de doentes crónicos com múltiplas patologias.

Como investigação futura, seria interessante, nomeadamente com o intuito de acrescentar validade e utilidade a este estudo, reproduzi-lo numa população mais numerosa e representativa. Desta forma, seria possível percebermos se estas conclusões são aplicáveis à população geral de doentes crónicos portugueses e, a confirmar-se esta reprodução, permitir o delinear de intervenções eficazes na melhoria do panorama nacional da adesão à terapêutica farmacológica nesta população.

Referências Bibliográficas

- Aikens, J. E., & Piette, J. D. (2009). Diabetic patients' medication underuse, illness outcomes, and beliefs about antihyperglycemic and antihypertensive treatments. *Diabetes Care*, 32(1), 19–24.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NH: Prentice-Hall.
- AlHewiti, A. (2014). Adherence to Long-Term Therapies and Beliefs about Medications. *International Journal of Family Medicine*, (479596). doi:10.1155/2014/479596
- Antunes, C. S. S. (2011). *Estratégias de coping e adesão ao tratamento farmacológico na doença coronária isquêmica*. Instituto Politécnico de Viseu. Obtido de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1523>
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behavior: A structured review. *Psychology and Health*, 15, 173–189.
- ASA & ASCPF. (2011). *Adult Meducation: Improving Medication Adherence in Older Adults*. Obtido de www.adultmeducation.com
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bandura, A. (1999). Social Cognitive Theory: An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 21–41.
- Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. (Climepsi Editores, Ed.) (1ª edição ed.). Lisboa.
- Benson, J., & Britten, N. (2002). Patient's decisions whether to take or not to take antihypertensive drugs: qualitative study. *British Medical Journal*, 325, 873–6.
- Bond, W. S., & Hussar, D. A. (1991). Detection methods and strategies for improving medication compliance. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 48, 1978–1988.
- Bootman, J. L., Harrison, D. L., & Cox, E. (1997). The health care cost of drug related morbidity and mortality in nursing facilities. *Archive of Internal Medicine*, 157(18), 2089–96.
- Branco, M. J., Nogueira, P., & Couteiras, T. (2005). Uma observação sobre estimativas da prevalência de algumas doenças crónicas em Portugal. Obtido de [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/285/1/Relatório prevalência doenças crónicas.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/285/1/Relatório%20prevalência%20doenças%20crónicas.pdf)
- Brawley, L. R., & Culos-Reed, S. N. (2000). Studying Adherence to Therapeutic Regimens: Overview, Theories, Recommendations. *Controlled Clinical Trials*, 21, 156S–163S.

- Britten, N. (1994). Patient's ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population. *British Journal of General Practice*, *44*, 465–468.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. da. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa. Obtido de <https://www.apifarma.pt/estudos/siteestudos/Documents/Conclus%C3%B5esAdes%C3%A3o%C3%A0Terap%C3%AauticaPT.pdf>
- Clifforda, S., Barbera, N., & Horne, R. (2008). Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: Application of the Necessity–Concerns Framework. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*, 41–46.
- Conrad, P. (1985). The meaning of medication: another look at compliance. *Social Science & Medicine*, *20*, 29–37.
- Corney, R. (2000). *O desenvolvimento de perícias de comunicação e aconselhamento em Medicina*. Lisboa: Climepsi.
- Cribb, A. (2011). Involvement , Shared and Medicines. Centre for Public Policy Research King's College London.
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *2*(2), 81–100.
- DeVries, T. P. G. M. (1993). Presenting clinical pharmacology and therapeutics: A problem based approach for choosing and prescribing drugs. *British Journal of Clinical Pharmacology*, *35*, 581–586.
- DeVries, T. P. G. M., Henning, R. H., Hogerzeil, H. V., & Fresle, D. A. (1994). Guide to good prescribing. Geneva: WHO/Action programme on essential drugs.
- DGS. (2011). *É tempo de agir – Declaração para uma vida melhor. II congresso Saúde pública, 2010*. Retrieved April 07, 2014, from <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes.aspx?v=b5ef3dfe-6f5f-4ce3-8e86-fabad33830bf>
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, *40*, 201–219.
- Dishi, J. A., Zhu, J., Lee, B. Y., Kimmel, S. E., & Volpp, K. G. (2009). Impact of a prescription copayment increase on lipid-lowering medication in veterans. *Circulation*, *119*, 390–397.
- Donovan, J. L. (1995). Patient Decision Making: The Missing Ingredient in Compliance Research. *International Journal of Technology Assesment in Health Care*, *11*(3), 443–455. doi:10.1017/S0266462300008667
- Donovan, J. L., & Blake, D. (1992). Patient noncompliance: deviance or reasoned decision making? *Social Science and Medicine*, *5*(34), 507–513.

- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, *54*, 857–860.
- Ernest, F. R., & Grizzle, A. J. (2001). Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, *41*(2), 192–199. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11297331>
- Floyd, D. L., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (2002). A Meta-Analysis of Research on Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*, *30*(2), 407–429.
- Garcia-Delgado, P., Gastelurrutia, M. A., Baena, M. I., Fisac, F., & Martinez-Martinez, F. (2009). Validación de un cuestionário para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. *Atention Primária*, *41*(12), 661–668.
- George, F. (2011). *Cuidados de Proximidade em Doenças Crónicas*. Retrieved March 12, 2014, from <http://www.dgs.pt>
- George, F. (2012). Causas de Morte em Portugal e Desafios na Prevenção. *Acta Médica Portuguesa*, *25*(2), 61–63.
- Haynes, R. B. (1982). Improving patient compliance: an empirical review. In R.B. Stuart (ed.) (Ed.), *Adherence, Compliance and Generalization in Behavioural Medicine*. Nova Iorque: Brunner/Mazel.
- Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. P., & Yao, X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2*. Obtido de http://www.sefap.it/servizi_letteraturacardio_200807/CD000011.pdf
- Haynes, R. B., Sackett, D. L., & Taylor, D. W. (1979). *Compliance in health care*. (R. B. Haynes, D. L. Sackett, & D. W. Taylor, Eds.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., Sackett, D. L., Gibson, O. S., Bernholz, C. D., & Mukherjee, J. (1980). Can simple clinical measurements detect patient noncompliance? *Hypertension*, *2*(6), 757–764.
- Horne, R. (1997). Representations of medication and treatment: advances in theory and measurement. In K. J. Petrie & J. Weinman (Eds.), *Perception of health and illness: current research and applications* (pp. 155–187). London: Harwood.
- Horne, R. (1999). Patient's beliefs about treatment: The hidden determinant of treatment outcome? *Journal of Psychosomatic Research*, *47*, 491–495.
- Horne, R., Chapman, S. C. E., Parham, R., Freemantle, N., Forbes, A., & Cooper, V. (2013). Understanding Patients' Adherence-Related Beliefs about Medicines Prescribed for Long-Term Conditions: A Meta-Analytic Review of the Necessity-Concerns Framework. *PlosOne*, *8*(12).
- Horne, R., Grauspner, L., Frost, S., Weinman, J., Wright, S. M., & Hankins, M. (2004). Medicine in a multi-cultural society: the effect of cultural background on beliefs about medications. *Social Science & Medicine*, *59*, 1307–1313.

- Horne, R., Hankins, M., & Jenkins, R. (2001). The Satisfaction with Information about Medicines Scale (SIMS): a new measurement tool for audit and research. *Quality in Health Care, 10*, 135–140.
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research, 47*(6), 555–67.
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health, 14*(1), 1–24.
- Horton, R. (2013). Non-communicable diseases: 2015 to 2025. *The Lancet, 381*, 509–510. Obtido de <http://www.thelancet.com>
- Houts, P. S., Bachrach, R., Witmer, J. T., Tringali, C. A., Bucher, J. A., & Localio, L. A. (1998). Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions. *Patient Education and Counseling, 35*, 83–88.
- Houts, P. S., Doak, C. C., Doak, L. G., & Loscalzo, M. J. (2006). The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Education and Counseling, 61*, 173–190.
- Hughes, C. M. (2004). Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem? *Drugs Aging, 21*(12), 793–811.
- INFAC. (2011). Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Boletín Infac, 19*(1). Obtido de <http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es>
- Johnson, J. A., & Bootman, J. L. (1995). Drug-related morbidity and mortality: A cost of illness model. *Archives of Internal Medicine, 155*(18), 1949–1956.
- Kessels, R. P. C. (2003). Patients' memory for medical information. *Journal of Royal Society of Medicine, 96*(5), 219–222.
- Klein, J. M., & Gonçalves, A. G. A. (2005). A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF, 10*(2), 113–120. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n2/v10n2a02.pdf>
- Kripalani, N., Yao, X., & Haines, B. R. (2007). Interventions to Enhance Medication Adherence in Chronic Medical Conditions: A Systematic Review. *Archives of Internal Medicine, 167*(6), 540–549.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research, 16*(2), 143–163.
- Ley, P. (1988). *Communicating with Patients: Improving Communication, Satisfaction and Compliance*. New York: Croom Helm.

- Ley, P. (1989). Improving patients' understanding, recall, satisfaction and compliance. In A. Broome (Ed.), *Health Psychology*. Londres: Chapman and Hall.
- Ley, P. (1997). *Communicating with Patients: Improving Communication, Satisfaction and Compliance*. Cheltenham: Stanley Thornes Pub Lda.
- Ley, P., & Morris, L. A. (1984). Psychological aspects of written information for patients. In S. Racheman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology* (pp. 117–149). Oxford: Pergamon Press.
- Maguire, P., & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal*, 325(7366), 697–700.
- McHorney, C., & Gadkari, A. (2010). Individual patients hold different beliefs to prescription medications to which they persist VS nonpersist and persist VS non fulfill. *Patient Preference and Adherence*, 4, 187–195.
- McIntyre, T. M., & Trovisqueira, A. M. (2004). Tradução para português europeu do SIMS. (texto não publicado).
- Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). *Facilitating Treatment adherence: A Practitioner's Guidbook*. New York: Plenum.
- Misselbrook, D., & Armstrong, D. (2000). How do patients respond to presentation of risk information? A survey in General Practice of willingness to accept treatment for hypertension. *British Journal of General Practice*, 51, 276–279.
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67–74.
- Mullen, P. D., Green, L. W., & Persinger, G. S. (1985). Clinical trials of patient education for chronic conditions: A comparative meta-analysis of intervention types. *Preventive Medicine*, 14, 753–781.
- Nair, K. M., Levine, M. A., Lohfeld, H., & Gerstein, H. C. (2007). "I take what I think works for me". A qualitative study to explore patient perception benefits and risks. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 14(2), 251–259.
- National Audit Office. (2007). *Prescribing costs in primary care*. Obtido de <http://http/www.nao.org.uk/pn/06-070607454.htm>
- NICE. (2009). Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Nacional Institute for Health and Clinical Excellence [Clinical Guideline, 76]. Obtido de <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf>
- Nilsson, J. G. (2001). Concordance in practice: Common objectives for doctors, nurses and pharmacists in Sweden to improve adherence to prescribed medicines. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 18, 81–82.

- O'Brien, M., Petrie, K., & Raeburn, J. (1992). Adherence to medication regimens: Updating a complex medical issue. *Medical Care Review*, 49, 435–454. Obtido de [http://folk.uib.no/phpbs/Petrie/articles/Adherence to medication .pdf](http://folk.uib.no/phpbs/Petrie/articles/Adherence%20to%20medication.pdf)
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Olmos, J. M., Lorenzo, S. M., & Parejo, M. I. B. (2001). Qué puede aportar la gestión clínica al futuro de los servicios sanitarios? *Medicina de Familia (Andalucía)*, 2, 161–164.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *El papel del farmacéutico en el sistema de atención de la salud: Atención Farmacéutica*. Tokio. Obtido de <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime9848.pdf>
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487–497. Obtido de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=a9cc7e85-9cc3-40ab-95e6-90b322da32ae%40sessionmgr13&vid=1&hid=19&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#db=mnh&AN=16079372>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde* (2ed ed.). Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival Manual. A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 10)*. Philadelphia: Open Univetsty Press.
- Parejo, M. I. B. (2003). *Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada*. Tesis Doctoral. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Obtido de http://www.aqfu.org.uy/moduloBuenasPracticas/noti_11/archivosAdjuntos/problemas-relacionados-con-los-medicamentos.pdf
- Parejo, M. I. B., Dáder, M. J. F., Iglesias, R. M., Zurita, A. Z., Martín, J. J., & Olmos, J. M. (2005). Problemas de salud relacionados con los medicamentos en un servicio de urgencias hospitalario. *Medicina Clínica*, 124(7), 250–255. doi:10.1157/13072035
- Parejo, M. I. B., & Olmos, J. M. (2002). Incidência de los problemas relacionados com medicamentos. *El Farmacêutico*, 276, 10–17.
- Pereira, M. G., Pedras, S., & Machado, J. C. (2013). Validação do Questionário Crenças acerca da Medicação em Pacientes Diabéticos Tipo 2. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 29(2), 229–236. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v29n2/12.pdf>
- Pereira, M. G., & Silva, S. (2002). Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte. *Análise Psicológica*, 1(XX), 35–43. Obtido de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v20n1/v20n1a04.pdf>

- Pound, P., Britten, N., Morgan, M., Yardley, L., Pope, C., Daker-White, P., & Campbell, R. (2005). Resisting Medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking, *61*(1), 133–155.
- Ramstrom, H., Afandi, S., Olofsson, K., & Petersson, S. (2006). Differences in beliefs between patients and pharmaceutical specialists regarding medication. *Patient Education and Counseling*, *62*, 244–249.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Educations Monographs*, *2*, 1–8.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, *15*(2), 175–83. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3378902>
- Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. (1997). *From Compliance to Concordance: Achieving Sheared Goals in Medicine Taking*. London.
- Salmerón-Rubio, J., García-Delgado, P., Iglésias-Ferreira, P., Mateus-Santos, H., & Martínez-Martínez, F. (2013). Medida del conocimiento del paciente sobre su medicamento en farmacia comunitaria en Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*. Obtido de http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=14905
- Salmerón-Rubio, J., Iglésias-Ferreira, P., García-Delgado, P., Mateus-Santos, H., & Martinez-Martinez, F. (2012). Validacion del cuestionario de medida del conocimiento del paciente sobre su medicamento adaptado al português. *Ciência & Saúde Coletiva*. Obtido de http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=11705.
- Savage, R., & Armstrong, D. (1990). Effect of a general practitioner's consulting style on patients satisfaction: A controled study. *British Medical Journal*, *301*, 968–970.
- Schüz, B., Marx, C., Wurm, S., Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., Schwarzer, R., & Tesch-Römer, C. (2011). Medication beliefs predict medication adherence in older adults with multiple illnesses. *Journal of Psychosomatic Research*, *70*, 179–187.
- Simão, A. R. E. (2009). *Adesão às prescrições/recomendações médicas por parte de idosos institucionalizados e em centros de dia : Um Estudo Exploratório*. Universidade de Lisboa.
- Stanton, A. L. (1987). Determinants of adherence to medical regimens by hipertensive patients. *Journal of Behavior Medicine*, *10*, 377–394.
- Taylor, S. E. (1986). Patient-Practitioner Interaction. In *Health Psychology*. New York: Random House, Inc.
- Townsend, A., Hunt, K., & Wyke, S. (2003). Managing multiple morbidity in mid-life: a qualitative study of attitudes to drug use. *British Medical Journal*, *327*(837).
- Trovisqueira, A. M. (2007). *Impacto de uma Intervenção Informativa baseada na Teoria das Cognitiones de Doença, em doentes no Pós-Enfarte do Miocárdio*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Universidade do Minho.

Walling, A. D. (2003). Why Don't Patients Take Their Antihypertensive Medications? *American Family Physician*, 67(3), 607–608.

World Health Organization. (2003). *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for action*. Geneva.

World Health Organization. (2013a). *10 facts on Noncommunicable Diseases*. Retrieved April 06, 2014, from http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/en/

World Health Organization. (2013b). *Noncommunicable Diseases- Key Facts*. Retrieved April 06, 2014, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

Anexos

Anexo 1 - Carta enviada descrevendo os objetivos e procedimentos para a recolha de dados



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Braga, 12 de novembro de 2013

Exmo(a) Sr(a) Farmacêutico(a)

Agradeço desde já toda a disponibilidade manifestada para a colaboração neste trabalho de investigação.

Como expliquei ao telefone, o questionário que envio destina-se a ser preenchido por pessoas com idade superior a 18 anos, portadoras de doença crónica e que se encontrem a tomar pelo menos um medicamento, para tal doença, há mais de dois meses.

O questionário é composto por sete folhas preenchidas só na face. A primeira faz uma breve apresentação do trabalho e é apenas de leitura. A segunda consiste no consentimento informado que deverá ser preenchido e assinado pelo doente. As cinco páginas seguintes compreendem, entre outras, questões dos questionários: Medida de Adesão à Terapêutica (MAT), Crenças Acerca dos Medicamentos (QCF), Conhecimento do Doente sobre os seus Medicamentos (CPM) e Satisfação com a Informação sobre Medicamentos (SIMs).

Para procurar obter a aleatorização da amostra pede-se que os doentes sejam convidados a participar, em dias pares de manhã e em dias ímpares de tarde.

Será necessário indicar ao doente a que medicamento deve reportar-se para responder à última série de perguntas que inicia a meio da página seis. Para cada doente esse medicamento será identificado pelo critério: primeiro a ser pedido pelo doente ou primeiro constante na receita, que tenha indicação para doença crónica e seja tomado há mais de dois meses.

Porque a validade do questionário depende do seu preenchimento integral pede-se que, após o preenchimento, seja verificado se alguma questão foi esquecida.

De acordo com o cronograma de atividades, seria ótimo poder receber os questionários respondidos, até final do mês de Janeiro.

Agradeço o contacto para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Cordiais Saudações

Narcisa Carvalho Dias

Telem. 968015689

Email: narcisacd@gmail.com

Anexo 2 – Documento para obtenção do Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ aceito participar no estudo intitulado “Conhecimento, crenças acerca dos medicamentos e adesão à terapêutica farmacológica: um estudo com doentes crónicos”, realizado por Narcisa Carvalho Dias, sob a orientação da Prof. Doutora Eleonora Costa. e coorientação de Dra Ana Margarida Trovisqueira, docentes do Centro Regional de Braga da Universidade Católica Portuguesa, no âmbito da tese de mestrado na área da Psicologia Clínica e da Saúde.

Constituem objectivos deste estudo a avaliação da adesão aos tratamentos farmacológicos; a identificação de crenças por parte dos doentes relativamente aos medicamentos e a avaliação do conhecimento dos doentes acerca dos seus medicamentos.

A participação consiste no preenchimento de Escalas e Questionários, não oferece nenhum risco, é voluntária e o participante pode desistir a qualquer momento. O procedimento terá a duração aproximada de 10 a 15 minutos.

Toda a informação obtida será estritamente confidencial e a identidade do participante não será revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa não relacionada com esta investigação, sem autorização prévia por escrito do mesmo.

A autora está disponível para esclarecer qualquer dúvida (968 015 689)

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / _____

Anexo 3 – Instrumento de Avaliação – Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

(Morisky et al., 1986; Versão portuguesa de Delgado & Lima, 2001)

Por favor, em cada afirmação assinale com um círculo o número que melhor corresponde à sua opinião, usando a seguinte escala:

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	1	2	3	4	5	6
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	1	2	3	4	5	6
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	1	2	3	4	5	6
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	1	2	3	4	5	6

**Anexo 4 - Instrumento de Avaliação – Questionário Crenças acerca dos Fármacos (QCF) –
Parte I: Crenças Gerais**

(Horne et al., 1999; versão portuguesa de Pereira et al., 2013)

Por favor, em cada afirmação assinale com um círculo o número que melhor corresponde à sua opinião, usando a seguinte escala:

Discordo totalmente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

	Discordo totalmente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo totalmente
1. Os médicos usam medicamentos a mais	1	2	3	4	5
3. Muitos medicamentos provocam dependência	1	2	3	4	5
5. Os medicamentos fazem mais mal do que bem	1	2	3	4	5
7. Os médicos confiam demais nos medicamentos	1	2	3	4	5

**Anexo 5 - Instrumento de Avaliação – Questionário Crenças acerca dos Fármacos (QCF) –
Parte II: Crenças Específicas**

(Horne et al., 1999; versão portuguesa de Pereira et al., 2013)

Por favor, em cada afirmação assinale com um círculo o número que melhor corresponde à sua opinião, usando a seguinte escala:

Discordo totalmente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

	Discordo totalmente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo totalmente
1. Neste momento, a minha saúde depende de medicamentos	1	2	3	4	5
3. A minha vida seria impossível sem medicamentos	1	2	3	4	5
5. Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante muito tempo	1	2	3	4	5
7. A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos	1	2	3	4	5
9. Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar dependente dos meus medicamentos	1	2	3	4	5

Anexo 6 - Escala de Satisfação com a Informação sobre Medicamentos (SIMs)

(Horne et al., 2001; versão experimental portuguesa de McIntyre & Trovisqueira, 2004)

Seguem-se algumas questões acerca da informação que recebeu (ou não) sobre os seus medicamentos. Por favor assinale a resposta em cada linha com uma cruz na grelha “**recebi informação**” e outra na grelha “**informação recebida**”.

	Recebi Informação			Informação Recebida		
	Sim	Não	Não acho necessário	Muita	Ideal/ Suficiente	Pouca
1. Para que serve a sua medicação						
3. Por quanto tempo terá de tomar a sua medicação						
5. Como conseguir mais medicação						
7. O que deve fazer se sentir efeitos indesejáveis						
9. Se a medicação interfere com outra medicação						
11. Se a medicação vai afetar a sua vida sexual						

Anexo 7 - Medida do Conhecimento do Doente sobre o seu Medicamento (CPM)

(Garcia-Delgado et al., 2009; Versão Portuguesa de Salmerón-Rubio et al., 2012)

O medicamento a considerar para efeito de resposta às questões que se seguem será o primeiro solicitado na farmácia, seja ele pedido pelo doente ou indicado na receita, com indicação para tratamento de doença crónica e tomado há mais de dois meses.

Nome do medicamento considerado _____

Forma do medicamento (comprimidos, xarope, pomada ou outro) _____

Há quanto tempo toma este medicamento? _____

1. Para que tem que tomar/utilizar este medicamento? _____

Desconheço

2. Quanto deve tomar/utilizar deste medicamento? _____

Desconheço

3. Quando tem que tomar/utilizar este medicamento? _____

Desconheço

4. Até quando tem que tomar/utilizar este medicamento? _____

Desconheço

5. Como deve tomar/utilizar este medicamento? _____

Desconheço

6. Deve ter alguma precaução quando toma/utiliza este medicamento?

Sim Não Desconheço

Se sim, qual? _____

7. Que efeitos adversos conhece deste medicamento? _____

 Desconheço

8. Em que situações ou casos não deve tomar /utilizar este medicamento? _____

 Desconheço

9. Como é que sabe se o medicamento faz efeito? _____

 Desconheço

10. Que medicamentos ou alimentos deve evitar enquanto usa este medicamento? _____

 Desconheço

11. Que cuidados deve ter para manter em bom estado de conservação o seu medicamento?

 Desconheço