



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

RICARDO JOSÉ CARDOSO AFONSO

***Adaptação Cultural da Escala ASK-12 para Doentes com
Hipertensão Arterial em Portugal***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

NOVEMBRO/2018

Adaptação Cultural da Escala ASK-12 para Doentes com Hipertensão Arterial em Portugal

Cultural Adaptation of ASK-12 for Hypertension Patients in Portugal

R. Afonso¹, L. Santiago²

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal; Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3884-9312>

²MD, PhD. Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9343-2827>; Researcher – ID: P-9545-2018; Scopus Author – ID: 7006027550

Autor: Ricardo José Cardoso Afonso

Rua Dr. Mário Sacramento Edf. Colombo 2, Bloco 3, AS, 3810-106 Aveiro, Portugal

ricardafonso@hotmail.com

ÍNDICE

Siglas e Abreviaturas	ii
Resumo	1
Abstract	2
Enquadramento Teórico	3
Métodos	5
Instrumentos Utilizados.....	5
Protocolo	5
Seleção da Amostra e Tipo de Estudo.....	6
Resultados	7
1ª Fase	7
2ª Fase	7
Discussão	15
1ª Fase	15
2ª Fase	15
Conclusão	19
Referências	20
Agradecimentos	22
Anexos	23

SIGLAS E ABREVIATURAS

ASK-12 – *Adherence Starts with Knowledge* – 12

C – Comportamentos Relacionados com a Adesão à Terapêutica

CS – Crenças na Saúde

DCV – Doenças Cardiovasculares

EI – Esquecimento/Inconveniência

HTA – Hipertensão Arterial

MMAS-4 – *Morisky Medication Adherence Scale* – 4

PA – Pressão Arterial

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Introdução: A ASK-12 é uma escala previamente validada em inglês e capaz de medir comportamentos relacionados com a toma de medicamentos e barreiras à adesão.

Objetivo: Tradução e adaptação cultural da ASK-12 para Português Europeu bem como sua aplicação para validação concorrente e simultânea com a escala MMAS-4.

Métodos: Inicialmente realizou-se um processo de tradução, verificação linguística e retro-tradução e para Português Europeu. Seguidamente foram recrutados doentes com Hipertensão Arterial e necessidade de medicação, em 4 Centros de Saúde da Região Centro. O protocolo de recolha realizou-se antes da consulta e incluiu aplicação das escalas ASK-12 e MMAS-4 bem como aquisição de informações de contexto, auto-perceção de ter a pressão arterial controlada e registo dos 2 últimos valores de pressão arterial. Foi realizada estatística descritiva e inferencial, nomeadamente correlacional, segundo a normalidade dos dados.

Resultados: Participaram um total de 121 doentes (51,2% do sexo feminino, 67,8% com mais de 65 anos). A ASK-12 apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,725 e as suas 3 subescalas (Esquecimento/Inconveniência, Crenças na Saúde, Comportamentos Relacionados com a Adesão à Terapêutica) obtiveram entre 0,557 – 0,761 demonstrando uma boa consistência interna. A sua validade convergente ficou demonstrada pela forte correlação com a MMAS-4 ($p = -0,523$; $p < 0,001$) e com o controlo da pressão arterial pelos valores registados ($p = 0,363$; $p = 0,001$).

Conclusões: A ASK-12 revelou-se uma escala válida e fiável para medir a não adesão à terapêutica em doentes com hipertensão em Portugal. Confirmou-se ainda uma boa correlação entre esta e o controlo da tensão arterial.

Palavras-Chave: Hipertensão; Cooperação e Adesão ao Tratamento; Estudos de Validação; ASK-12; MMAS-4

ABSTRACT

Background: ASK-12 is a measure, validated in English, able to assess barriers to medication adherence and adherence-related behaviors.

Objective: To undergo translation and cultural adaptation of ASK-12 to European Portuguese, as well as, its application and concurrent and simultaneous validation with MMAS-4.

Methods: Initially we underwent a translation, cognitive debriefing and retro-translation process to European Portuguese. Later, patients, with hypertension in need of medication control, were recruited in 4 primary care units in the central region of Portugal. The data acquisition occurred prior to medical consultation and included application of ASK-12 and MMAS-4, retrieving context information (gender, age, literacy), a question about patient perception of having its hypertension under control and the registry of the last 2 blood pressure values. Descriptive and inferential statistics, after checking the normality of the data, was performed.

Results: A total of 121 patients participated (51.2% female; 67.8% with or over 65 years). ASK-12 presented a Cronbach's alpha of 0.725 and its subscales (Forgetfulness/Inconvenience, Health Beliefs and Adherence-Related Behaviors) attained between 0.557 to 0.761, showing a good internal consistency. Its convergent validity was demonstrated by a strong correlation with MMAS-4 ($\rho = -0.523$; $p < 0.001$) and the arterial hypertension control evaluated by patient blood pressure values ($\rho = 0.363$; $p = 0.001$).

Conclusions: ASK-12 proved to be a reliable scale to measure therapeutic non-adherence in Portuguese patients suffering from arterial hypertension. It was also confirmed the presence of a strong correlation between this scale and the control of hypertension values.

Keywords: Hypertension; Treatment Adherence and Compliance; Validation Studies; ASK-12; MMAS-4.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As doenças cardiovasculares (DCV) são a fonte primordial de mortalidade a nível mundial e, em 2015, foram responsáveis por 17,7 milhões (31%) do número total de mortes. Projeta-se que sejam 24 milhões em 2030.¹ A Hipertensão arterial representa a principal causa de DCV, afetando entre 20 a 25% da população mundial e constituindo o maior fator de risco global de morbi-mortalidade.^{2,3} Em 2009, os dados da OMS, apontavam para 7,5 milhões de mortes (13% do total) e 57 milhões de DALYs (anos de vida sem incapacidade perdidos) por ano, atribuíveis a HTA.¹

Quando olhamos para os dados da população portuguesa, o panorama é similar. Em Portugal, a HTA afeta cerca de 40% das pessoas e as DCV são também responsáveis pela maioria dos óbitos em Portugal (32%). Esta prevalência condiciona custos sociais e económicos elevados, sobretudo pela morbi-mortalidade decorrente das DCV, em especial em idades mais precoces.⁴

Segundo a Norma da DGS 020/2011, HTA define-se como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões (pelo menos duas, espaçadas, no mínimo, uma semana), da pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg.⁵

Trata-se de uma doença crónica e multifatorial cuja deteção, devido à pobreza ou ausência de sintomas, é quase sempre tardia.⁵ Por isso, a determinação da PA é de suma importância. Efetivamente, um aumento de 20 mmHg na PAS ou de 10 mmHg na PAD reflete-se por um aumento da mortalidade por DCV para o dobro. Por outro lado, a redução de 2 mmHg na PAS reduz esse mesmo risco em 7% a 10%.^{2,6}

Para controlo dos valores podemos optar inicialmente por tratamentos não farmacológicos, mas os mais eficazes são os farmacológicos.⁷ Inclusivamente, vários estudos demonstraram melhorias significativas nas taxas de prescrição de antihipertensores e a sua relação com a descida de eventos cardiovasculares relacionáveis com a HTA.⁸ No entanto, diversos estudos evidenciaram que muitos indivíduos portadores de doenças crónicas, como a HTA, sentem enormes dificuldades em aderir e cumprir os regimes terapêuticos recomendados, que tendem a ser invariavelmente complexos e longos e que levam a uma deficiente gestão e controlo da doença.⁹ De facto, os doentes crónicos são os que menos aderem à terapêutica.^{9,10}

O não seguimento adequado ou o abandono das prescrições, como defende a OMS, é multifatorial. Engloba “fatores sociais, culturais e económicos, fatores relacionados com os serviços de saúde e os profissionais de saúde, fatores relacionados com a doença de base

e co-morbilidades, fatores relacionados com o tratamento e fatores relacionados com a pessoa doente.^{9,11} Independentemente da causa, a não adesão tem tradução num aumento dos custos económicos, e numa diminuição da qualidade de vida do doente.¹²

Tendo em conta a importância da não adesão à terapêutica, surgiu a necessidade de procurar instrumentos para a medir e avaliar. Dessa forma é possível obter informações sobre a real eficácia de uma intervenção, a determinação da influência da não adesão a uma doença específica e a identificação de doentes que requerem uma melhor educação e suporte para melhorarem os efeitos das medicação em uso.¹³

Com esse fim, têm surgido inúmeros métodos: *diretos* (que incluem a determinação da concentração de fármaco ou seus metabolitos no soro ou urina) e *indiretos* (como o uso de dispositivos de monitorização eletrónica, os questionários de auto-avaliação, a contagem de comprimidos, entre outros). Os primeiros são mais robustos, fiáveis e precisos, enquanto que, os segundos são, regra geral, mais práticos, fáceis de aplicar, não invasivos e muito mais económicos. Cada um apresenta as suas vantagens e desvantagens e nenhum pode ser apontado como padrão de ouro.^{13,14} Pelo seu cariz prático, simplicidade de aplicação, baixo custo de desenvolvimento e de aplicação e seus resultados imediatos, as várias escalas de auto-avaliação existentes, são as mais utilizadas na prática clínica.¹¹

Nguyen *et al.*, no seu artigo de revisão sistemática de 2013, debruçou-se sobre as várias escalas de auto-avaliação existentes e identificou que parâmetros permitiam medir agrupando-as em 5 grupos: *comportamentos na toma de medicamentos* (grupo 1); *comportamentos na toma de medicamentos e barreiras à adesão* (grupo 2), apenas *barreiras à adesão* (grupo 3), apenas *crenças associadas à toma de medicamentos* (grupo 4) e *crenças, barreiras e comportamentos na toma de medicamentos* (grupo 5).^{13,14}

Deste tipo de instrumentos destaca-se a escala *Adherence Starts with Knowledge-12* (ASK-12). Este instrumento, além de ser pequeno, o que lhe confere praticabilidade, também parece ser capaz de avaliar diferentes fatores que podem estar por trás da não adesão.^{13,14}

A tradução e adaptação cultural e linguística da escala ASK-12 bem como a verificação da correlação entre esta escala e a *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-4) e com o controlo da HTA pelos registos são os objetivos principais deste trabalho.

MÉTODOS

Instrumentos Utilizados

Dados de Contexto

Tendo como objetivo a caracterização sociodemográfica da amostra, procedeu-se à recolha dos seguintes dados de cada doente: género (masculino ou feminino); grupo etário (18 aos 34 anos; 35 aos 49 anos; 50 aos 64 anos; mais de 65 anos); e formação académica (não concluiu o ensino primário; ensino primário; ensino básico; ensino secundário; ensino superior).

Foram igualmente aplicadas as escalas de adesão à terapêutica ASK-12 e MMAS-4. Esta última é uma das mais conhecidas e mais utilizadas escalas para medir a adesão à terapêutica em variadas doenças crónicas, especialmente no que diz respeito aos comportamentos na toma de medicação.^{13,15}

Para além disso, numa primeira fase, foi pedido às pessoas que anotassem o tempo, em minutos, que tinham demorado a preencher a escala. Posteriormente, numa segunda fase, optou-se por introduzir uma pergunta sobre auto-perceção do controlo da PA e pelo registo dos dois últimos valores de PA.

Protocolo

Tradução da Escala ASK-12

Depois de uma profunda pesquisa, verificou-se a inexistência de validação da escala ASK-12 para Português Europeu, tendo-se procedido então à tradução e adaptação cultural da ASK-12, de acordo com o já autorizado pelo autor da escala. Este processo envolveu:

- **Tradução:** para Português Europeu a partir da escala original em inglês (Anexo I) por duas pessoas, externas ao estudo, profissionais da área da saúde, com inglês como língua materna e domínio do português.

- **Verificação Linguística:** por painel de especialistas com domínio de ambas as línguas e que compararam as duas traduções, obtidas no ponto anterior, com a escala original, escolhendo a frase que melhor expressava o conteúdo original. Além disso, houve cuidado de saber se o discurso e linguagem eram adequados e entendíveis pela população portuguesa.

- **Retro-tradução:** o consenso resultante do ponto anterior foi então encaminhado a outros dois tradutores, com domínio dos dois idiomas e que não tinham conhecimento da escala original. Foi-lhes pedido que elaborassem a respetiva versão em inglês. Nesta fase, pretendeu-se verificar que não havia diferenças de conteúdo entre estas versões e a versão original, o que se verificou.

Seleção da Amostra e Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e correlacional de coorte transversal em doentes hipertensos, voluntários (Anexo II), de idade igual ou superior a 18 anos, com necessidade de medicação antihipertensora e sem diabetes, medicados há pelo menos um ano, que recorreram a consulta com o seu Médico de Família, em 4 unidades de saúde de Cuidados de Saúde Primários, da região centro de Portugal, que aceitaram participar no estudo, após convite, para validação concorrente e simultânea da escala ASK-12 com a escala de adesão à terapêutica MMAS-4. Funcionaram como critérios de exclusão: gravidez, menoridade e hipertensos medicados há menos de um ano. Determinou-se um tamanho mínimo aceitável da amostra de 100 participantes.¹⁶

O protocolo de recolha de dados, aprovado por Comissão de Ética, incluiu a aplicação dos instrumentos supracitados. Os questionários (Anexo III e IV) foram aplicados em 2 fases e respondidos antes da consulta para que os médicos pudessem, nessa mesma consulta, iniciar trabalho conducente à melhoria das situações anómalas detetadas, assim preservando princípios éticos.

À *posteriori*, com todos os dados recolhidos foi construída uma base de dados tendo-se realizado uma estatística descritiva e inferencial, nomeadamente correlacional, segundo a normalidade dos dados. Com este fim, utilizou-se a 24ª edição do SPSS.

RESULTADOS

1ª Fase

Após o processo inicial, obteve-se uma versão final traduzida da escala ASK-12 (Anexo III).

A mostra obtida foi de 32 hipertensos, 18 (56,25%) utentes da USF Fernando Namora e 14 (43,75%) da USF Senhora de Vagos. Nesta amostra, 55,88% eram do sexo feminino e 70,59% tinham idade igual ou superior a 65 anos. Quanto ao grau de escolaridade: 8,82% (n=3) não concluíram o ensino primário, 55,88% (n=19) concluíram o ensino primário, 17,65% (n=6) concluíram o ensino básico, 2,94% (n=1) concluíram o ensino secundário e 8,82% (n=3) concluíram o ensino superior.

A aplicação da escala obteve um alfa de *Cronbach* de 0,642 e o alfa de *Cronbach*, no caso de cada item da escala ser excluído, variou entre 0,550 (item 9) e 0,713 (item 5).

Verificou-se ainda um tempo de resposta médio à escala de 3 minutos e 38 segundos, tendo o tempo máximo de resposta sido de 7 minutos e a moda de 4 minutos.

2ª Fase

Caracterização da Amostra

Nesta fase, expandiu-se o estudo a mais 2 USF num total de 4: USF Topázio (Eiras), USF Fernando Namora (Condeixa-a-Nova), USF Senhora de Vagos (Vagos) e USF Leme (Ílhavo). No total das 2 fases cada uma destas unidades contribuiu, respetivamente, com 21 (17,4%), 26 (21,5%), 33 (27,3%) e 41 (33,9%) doentes, num total de 121. Todos os participantes cumpriram os critérios mencionados no capítulo anterior.

Do total de doentes, 51,24% (n=62) eram do sexo feminino. Os participantes com idade maior ou igual a 65 anos constituíram 67,77% (n=82) da amostra, tendo sido feita opção de simplificar por aglomeração 3 grupos etários num só: doentes com idade inferior a 65 anos, correspondendo a 32,23% da amostra (n=39). Quanto ao grau de escolaridade, verificou-se que 4,13% (n=5) não concluíram o ensino primário, 56,20% (n=68) concluíram o ensino primário, 19,01% (n=23) concluíram o ensino básico, 14,88% (n=18) concluíram o ensino secundário e 5,79% (n=7) concluíram o ensino superior. Dados demográficos mais pormenorizados poderão ser encontrados na Tabela I.

Tabela I. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Características	Género, n (%)		Total da Amostra, n (%) n = 121 (100,00)	p valor
	Masculino n = 59 (48,76)	Feminino n = 62 (51,24)		
Grupo Etário, n (%)				0,472
[18 - 34]	- (-)	2 (100,0)	2 (1,65)	
[35 - 49]	6 (66,67)	3 (33,33)	9 (7,44)	
[50 - 64]	12 (42,86)	16 (57,14)	28 (23,14)	
>= 65 anos	41 (50,00)	41 (50,00)	82 (67,77)	
Escolaridade, n (%)				0,472
Sem Ensino Primário	2 (40,00)	3 (60,00)	5 (4,13)	
Ensino Primário	31 (45,59)	37 (54,41)	68 (56,20)	
Ensino Básico	9 (39,13)	14 (60,87)	23 (19,01)	
Ensino Secundário	13 (72,22)	5 (27,78)	18 (14,88)	
Ensino Superior	4 (57,14)	3 (42,86)	7 (5,79)	
USFs, n (%)				0,209
Topázio	14 (53,85)	12 (46,15)	26 (21,49)	
Fernando Namora	19 (46,34)	22 (53,66)	41 (33,88)	
Senhora de Vagos	13 (61,90)	8 (38,10)	21 (17,36)	
Leme	13 (39,39)	20 (60,61)	33 (27,27)	

Estadística Descritiva da Escala MMAS-4

Constituída por 4 questões de resposta dicotómica (sim/não), esta escala permite a divisão da adesão dos doentes à terapêutica em 3 níveis: má (se 3 ou mais respostas afirmativas), moderada (se 1 ou 2 respostas afirmativas) e excelente (se todas as respostas forem negativas).

A aplicação da escala MMAS-4 aos 121 doentes que participaram no estudo não teve dados omissos tendo-se obtido uma pontuação média de 2,917. Nestes doentes, registou-se uma má adesão em 14,88% (n=18), uma moderada adesão em 42,14% (n=51) e uma excelente

adesão em 42,98% (n=52). Estes dados são detalhados na Tabela II. Verificou-se uma confiabilidade pelo alfa de *Cronbach* de 0,615.

Tabela II. Estatística Descritiva da Escala MMAS-4

Escala MMAS-4	n	Média ± σ	Mediana	Intervalo
Pontuação Total	121	2,917 ± 1,187	3	0-4
Nível de Adesão	Critério		n (%)	
Má Adesão	0 ou 1 pontos		18 (14,88)	
Moderada Adesão	2 ou 3 pontos		51 (42,15)	
Excelente Adesão	4 pontos		52 (42,98)	

Como se pode observar na Tabela III, procedeu-se também ao cálculo do Alfa de *Cronbach* no caso de cada um dos itens constituinte da escala ser excluído.

Tabela III. Avaliação do Peso de Cada Item da Escala MMAS-4 se Item for Excluído

MMAS-4	Média	Variância de Escala	Correlação de Item Total Corrigida	Alfa de Cronbach
Item 1	2,339	0,809	0,398	0,547
Item 2	2,190	0,972	0,270	0,636
Item 3	2,083	0,960	0,425	0,530
Item 4	2,141	0,838	0,518	0,453

Estatística Descritiva da Escala ASK-12

A ASK-12 é uma escala tipo *Likert*, constituída por 12 itens a que é atribuído um valor de 1 a 5. Os itens 4-7 são contabilizados de 1 a 5 pontos (1 - Concordo Muito; 2 - Concordo; 3 - Nem Concordo, Nem Discordo; 4 - Discordo; 5 - Discordo Muito), enquanto que os itens de 1-3 são contabilizados inversamente (1 - Discordo Muito; 2 - Discordo; 3 - Nem Concordo, Nem Discordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo Muito), bem como os itens de 8-12 (1 - Nunca; 2 - Há Mais de 3 Meses; 3 - Nos Últimos 3 Meses; 4 - No Último Mês; 5 - Na Última Semana).

Deste instrumento resultam 3 subescalas: Adesão à Terapêutica (C), constituída por 3 itens (1-3); Crenças na Saúde (CS), constituída por 4 itens (4-7); e Esquecimento/Inconveniência (EI), constituída por 5 itens (8 a 12). Da soma de todos os itens obtém-se a pontuação total que pode ir de 12 a 50 pontos. Pontuações mais elevadas indicam maiores barreiras à adesão ou a problemas com o comportamento na toma de medicamentos.¹⁷

Não se verificaram dados omissos nesta escala tendo-se obtido uma pontuação total média de 24,463, com um intervalo de pontuação de 13 a 54. A média das subescalas foi de 8,281 (EI), 7,537 (CS) e 8,719 (C). Estes e outros dados encontram-se sistematizados na Tabela IV.

Tabela IV. Estatística Descritiva da Escala ASK-12 e Suas Subescalas

Escalas ASK-12 ^a	n	Média ± σ	Mediana	Intervalo
Esquecimento/Inconveniência	121	8,281 ± 3,473	8	3-15
Crenças na Saúde	121	7,537 ± 3,309	7	4-20
Comportamento	121	8,719 ± 4,523	7	5-25
Pontuação Total	121	24,463 ± 7,820	23	13-54

Valores de pontuação maiores indicam maiores barreiras à adesão.

σ - desvio padrão

Quanto à consistência interna, como visível na Tabela V, o instrumento apresentou um Alfa de *Cronbach* de 0,725. Já as subescalas apresentaram um Alfa de *Cronbach* de 0,557 (EI), 0,694 (CS) e 0,761 (C).

Tabela V. Estatística de Confiabilidade da Escala ASK-12 e Suas Subescalas

Escalas ASK-12	n	Nº de itens da escala	Alfa de Cronbach
Esquecimento/Inconveniência	121	3	0,557
Crenças na Saúde	121	4	0,694
Comportamento	121	5	0,761
Score Total	121	12	0,725

Para além disso, calculou-se também o Alfa de *Cronbach* se cada um dos itens fosse excluído, tendo-se obtido os resultados da Tabela VI.

Tabela VI. Avaliação do Peso de Cada Item da Escala ASK-12 se Item for Excluído

Itens da Escala ASK-12	Média	Variância de Escala	Correlação de Item Total Corrigida	Alfa de Cronbach
Esquecimento/Inconveniência (EI)				
1. Só me esqueço de tomar os meus medicamentos de vez em quando.	21,314	54,351	0,170	0,740
2. Fico sem medicamentos porque não os compro antes de acabarem.	22,306	48,164	0,550	0,679
3. Tomar medicamentos mais que uma vez por dia é aborrecido.	21,479	50,202	0,379	0,705
Crenças na Saúde (CS)				
4. Acho que todos os meus medicamentos me irão ajudar.	22,537	55,201	0,256	0,720
5. Eu sei quando estou a ficar melhor.	22,190	58,122	0,057	0,747
6. Eu sei com quem posso falar quando tenho problemas com os meus medicamentos.	22,876	55,543	0,326	0,712
7. Eu e o meu médico/enfermeiro tomamos decisões em conjunto.	22,727	55,383	0,300	0,715
Comportamento (C)				
8. Alguma vez tomou medicamentos mais ou menos vezes do que o receitado?	22,653	50,445	0,433	0,697
9. Alguma vez não tomou ou parou de tomar um medicamento porque pensou que não estava a fazer efeito?	22,752	50,721	0,485	0,691
10. Alguma vez não tomou ou parou de tomar um medicamento porque o fazia sentir-se mal?	22,727	51,750	0,453	0,696
11. Alguma vez não tomou, parou, não comprou medicação ou tomou menos medicamentos do que os receitados por serem caros?	23,132	55,399	0,409	0,707
12. Alguma vez não teve o medicamento consigo na hora de o tomar?	22,397	46,725	0,607	0,669

Estatísticas de Grupo

A aplicação do teste *Kolmogorov-Smirnov* demonstrou uma distribuição que não segue a normalidade ($p < 0,001$) pelo que se optou pela realização de Testes de *Mann-Whitney* para as estatísticas de grupo.

No que diz respeito ao Género, as pontuações totais médias foram de 22,661 para o sexo masculino e 26,178 para sexo feminino para a ASK-12 ($p = 0,039$) e de 3,085 e 2,758 respetivamente, para a MMAS-4 ($p = 0,114$). Dados com maior detalhe na Tabela VII.

Tabela VII. Estatística de Grupo: Género

Escalas	Sexo	n=121	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média	Significância (p valor)
MMAS-4	Masculino	59	3,085	1,133	0,148	0,114
	Feminino	62	2,758	1,224	0,155	0,114
ASK-12	Masculino	59	22,661	6,082	0,792	0,039
	Feminino	62	26,178	8,888	1,123	0,039

Quanto ao grupo etário, auto-perceção de controlo da PA e registo de valores de PA não foram encontradas diferenças de pontuação na ASK-12 ou MMAS-4 com significância estatística ($p < 0,05$), excepto uma relação entre maior idade e menor grau de escolaridade ($p < 0,001$).

É de salientar que a questão relativa à auto-perceção de controlo pelo doente (“Acha que a sua Pressão Arterial está controlada?”) e a verificação do controlo da HTA através do registo dos 2 últimos valores de PA foram incluídos mais tarde no estudo a 89 doentes. Contudo, destes, 2 não responderam à questão sobre auto-perceção e 1 não apresentava os valores de PA registados. De referir que os 88 doentes com registos, 18 (20,45%) apresentavam valores não controlados de tensão arterial.

Na tabela VIII, encontramos os valores obtidos do cruzamento dos dados da auto-perceção de controlo da PA e do controlo da PA pelos registos. Pela leitura desta, verifica-se que dos 16 não controlados apenas 6 tinham a percepção de estar mal controlados.

Tabela VIII. Tabela Cruzada Percepção PA controlada vs Controlo da PA

		Controlo da TA			p valor
		Sim, n (%)	Não, n (%)	Total, n (%)	
Acha que tem a TA controlada?	Sim, n (%)	67 (95,71)	10 (62,50)	77 (89,53)	0,001
	Não, n (%)	3 (4,29)	6 (37,50)	9 (10,47)	0,001
	Total, n (%)	70 (100,00)	16 (100,00)	86 (100,00)	0,001

Correlação de Spearman da ASK-12 com MMAS-4, Auto-percepção de Controlo e Controlo por Registo

Tendo em conta a validade externa da ASK-12, procedeu-se ao cálculo da correlação de *Spearman* entre este instrumento e suas subescalas e os restantes instrumentos utilizados: a escala MMAS-4, a questão relativa à auto-percepção de controlo da PA e a verificação do controlo pelos registos. Os resultados encontram-se especificados na Tabela IX, sendo de notar que é altamente significativa para a MMAS4 e para o registo dos valores de HTA.

Tabela IX. Correlação de Spearman da Ask-12 com MMAS-4, Auto-percepção de Controlo e Controlo por Registo

Instrumentos	n	Esquecimento/ Inconveniência	Crenças na Saúde	Comportamento	Pontuação Total ASK- 12
MMAS-4	121	-0,404 (<0,001) ^a	-0,089 (0,333) ^a	-0,567 (<0,001) ^a	-0,523 (<0,001) ^a
Auto-percepção de controlo	87	-0,018 (0,867) ^a	0,032 (0,768) ^a	0,132 (0,224) ^a	-0,098 (0,367) ^a
Registo de Valores HTA	88	0,265 (0,013) ^a	0,229 (0,032) ^a	0,315 (0,003) ^a	0,363 (0,001) ^a

^a Valor de Correlação de *Spearman* (p valor)

O gráfico abaixo (Gráfico 1) correlaciona as pontuações totais obtidos pela ASK-12 e pela MMAS-4.

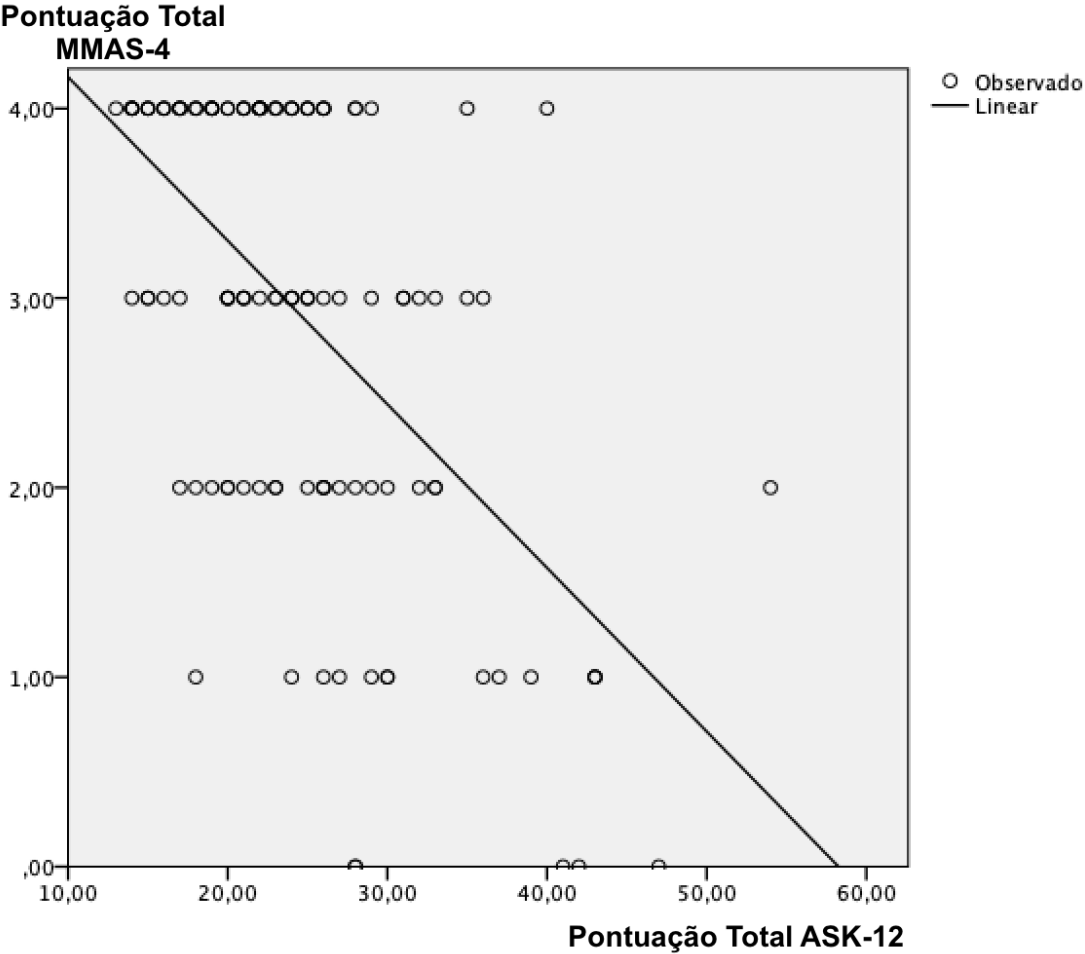


Gráfico 1. Correlação entre ASK-12 e MMAS-4

DISCUSSÃO

1ª Fase

O objetivo era avaliar a fiabilidade da escala ASK-12 para a adesão à terapêutica. Com essa finalidade, recorreu-se ao cálculo do alfa de *Cronbach* que foi satisfatório (0,642). A consistência interna foi também confirmada pela determinação do alfa de *Cronbach* no caso de cada item ser excluído, comprovando-se a fiabilidade da escala.

O tempo numa consulta é precioso. No entanto, para completar a ASK-12 são necessários apenas cerca de 4 minutos. Assim, este fator não deverá constituir numa barreira à sua aplicação pelo profissional de saúde, dados os ganhos expectáveis.

2ª Fase

Perfil Sociodemográfico da Amostra

A nossa amostra foi circunscrita a doentes de 4 Centros de Saúde da região centro, mas apesar de limitada a estas localidades e comunidades, as suas características não parecem ser discrepantes em relação ao restante país. O estudo apresentou também uma proporção maior de mulheres (51,24%) e do grupo etário de idade superior a 65 anos (67,77%). Estes valores corroboram os dados de maior prevalência da HTA nestes grupos observados em outros estudos.^{4,8}

Outra crítica que poderá ser feita relaciona-se com o tamanho da amostra. No entanto, apesar de não haver recomendações científicas claras para o mínimo de doentes para a validação de uma escala, 10 por cada item parece ser um mínimo aceitável.¹⁶

Quanto à percentagem de doentes não controlados (20,45%) verificamos que se trata de um valor bem mais baixo do que o encontrado no maior estudo feito a nível nacional (33,9%).⁴ Esta diferença poderá ser justificada pelo facto de termos usado um valor alvo de controlo de 150/90 mmHg para doentes maiores de 65 anos. Esta decisão é apoiada pelas mais recentes diretrizes internacionais.¹⁸

Escala Adesão MMAS-4

A escala MMAS-4 apresentou uma validade interna questionável com um alfa de *Cronbach* de 0,615.¹⁹ No entanto, este valor é semelhante ao relatado por Morisky *et al.* (0,61). Além disso, diversos autores defendem que a grandeza do coeficiente é influenciada pelo

reduzido número de itens, podendo estes valores ser considerados aceitáveis em escalas com menos de 10 itens.²⁰ No entanto, escalas mais reduzidas têm melhor proporção de respostas pelos doentes. Os valores do alfa de *Cronbach* aquando da exclusão de um item variam de 0,453-0,636, o que também está de acordo com o esperado.¹⁴

Além disso, pela leitura dos dados podemos também concluir que apenas 42,98% da nossa amostra tem um excelente nível de adesão. Este valor vai de encontro aos 30 a 50% de adesão à terapêutica em doenças crónicas, como é o caso da HTA, que encontramos na literatura.^{9,10}

ASK-12

De um modo geral, a ASK-12 apresentou uma consistência interna razoável com um alfa de *Cronbach* de 0,725 o que se aproxima dos valores obtidos por Matza *et al.* de 0,75. As subescalas CS ($\alpha=0,694$) e C ($\alpha=0,761$) atingiram melhores resultados do que nesse estudo (0,66 e 0,61, respetivamente). Já a subescala EI portou-se um pouco pior ($\alpha=0,557$ contra $\alpha=0,64$).¹⁷ De referir também que todos os itens desta escala, se mostraram importantes com os itens 2,8,9,10,12 com um intervalo de alfa de *Cronbach* entre 0,669 e 0,699 e os restantes entre o intervalo de 0,700 a 0,747.

Estatísticas de Grupo

Segundo a leitura dos dados verificamos que há uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,039$) entre as pontuações totais médias obtidas para a ASK-12 consoante o género. As mulheres pontuaram em média mais do que os homens pelo que devemos ter esse aspeto em consideração quando avaliarmos a pontuação de cada doente.

Em 84,89% dos doentes verifica-se uma concordância dos valores registados e a auto-perceção de controlo da PA, mas isso poderá dar uma falsa confiança aos médicos. Por um lado, porque a maioria dos doentes que não estavam controlados julgavam estar (62,50%) e por outro, porque embora apenas 9 desses doentes (10,47%) se achassem mal controlados observamos quase o dobro de não controlados 16 (18,60%).

Validade Convergente da Escala ASK-12

Quanto à validade convergente, a ASK-12 demonstrou ter uma forte correlação com a MMAS-4 ($\rho=-0,523$; $p<0,001$). Pela leitura dos dados podemos concluir que esta correlação

vai no sentido esperado: doentes com menores pontuações na MMAS-4, associadas uma má adesão, obtiveram pontuações mais elevadas na escala ASK-12, a que se associam maiores barreiras à adesão. Esta correlação está bem expressa no Gráfico 1 que mostra uma correlação quase linear dos resultados de uma e de outra escala.

As subescalas EI e C também apresentaram uma forte correlação com a MMAS-4. A exceção foi a subescala CS ($\rho=-0,089$; $p=0,333$) que já no estudo de Matza *et al.* tinha tido um comportamento inferior quando comparado com as restantes.¹⁷ Esta diferença pode ser justificada pela diferença entre as barreiras à adesão que estas duas escalas se propõem medir e por aspetos de crença populacional.

Verificou-se também uma forte correlação entre a ASK-12 e todas as suas subescalas e o controlo ou não dos valores de TA. Neste caso, e como seria de esperar, verificou-se que quanto maior a pontuação da ASK-12, maiores os valores de TA registados, o que corresponde a um pior controlo.

Contrariamente, não se verificou nenhuma correlação estatisticamente significativa com a perceção de controlo. Supõe-se que esta situação se pode explicar pelo facto de a HTA ser uma doença silenciosa em que não há uma relação direta entre o aumento da PA e o surgimento dos sintomas. Por este motivo, mesmo quando há uma má adesão à terapêutica, e esta leva a um mau controlo dos valores, é normal que os doentes sintam erradamente que continuam controlados.

Perspetivas para o Futuro

Embora os resultados sejam prometedores quanto à validade interna e externa da escala ASK-12 e suas subescalas, a validação de uma escala é um processo contínuo sendo necessárias mais investigações para fortalecer este estudo. Será importante examinar e analisar resultados de uma amostra maior e mais representativa do país com o intuito de, por exemplo, tentar definir valores de limites decisórios, que poderiam facilitar a leitura dos resultados e conferir-lhe uma melhor praticabilidade clínica. Além disso, a comparação com outros métodos de medição de adesão clínicos e/ou objetivos poderá ser útil para mais facilmente determinar qual a pontuação acima da qual estaremos perante um doente em risco de não adesão.

Além disso, será interessante realizar um estudo para saber se os doentes respondem às intervenções médicas. Inicialmente, a ASK-12 poderá ser aplicada para facilitar o reconhecimento das barreiras à adesão e guiar uma intervenção estruturada promovendo a

educação do doente. Posteriormente, a reaplicação da escala permitirá avaliar se há efetiva melhoria efetiva ou não.

Conjuntamente, valerá a pena fazer procurar expandir a aplicação da ASK-12 a doenças crónicas como a diabetes que, tal como a HTA é uma patologia silenciosa e altamente dependente de boa adesão para controlo.

CONCLUSÃO

Em conclusão, a ASK-12, revelou ser uma escala válida e fiável para medir a adesão à terapêutica em doentes com HTA, em Portugal. Confirmou-se ainda a presença de uma correlação forte, entre a pontuação obtida pelos doentes entre a escala ASK-12 e a MMAS-4, bem como, com o controlo da HTA.

REFERÊNCIAS

1. OMS. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. *Bull World Health Organ.* 2009;87:1-646. doi:10.2471/BLT.09.070565
2. Lima HDP, Santos ZMDSA, Nascimento JC Do, Caetano JÁ. Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. *Rev RENE.* 2010;11:170-178. doi:10.15253/rev_rene.v11i2.386
3. OMS. Cardiovascular diseases (CVDs). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>. Published 2017
4. Ferreira RC, Macedo ME. A Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários, em Portugal : contributo para o conhecimento epidemiológico da população em 2013. *Rev Factores Risco.* 2015;(36):47-56. <http://hdl.handle.net/10400.26/10119>
5. DGS. Hipertensão Arterial: definição e classificação. *Norma da Direção-Geral da Saúde.* 2013;020/2011:1-6.
6. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: Meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ.* 2009;338(7705):1245. doi:10.1136/bmj.b1665
7. DGS. Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial. *Norma da Direção-Geral Saúde.* 2013;026/2011:1-14. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0262011-de-29092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx>.
8. Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: Changes over a decade the PHYSA study. *J Hypertens.* 2014;32(6):1211-1221. doi:10.1097/HJH.000000000000162
9. OMS. *Adherence to Long-Term Therapies.* 1st ed. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2003.
10. Vermeire E, Hearnshaw H. Patient adherence to treatment : three decades of research . A comprehensive review. 2001.
11. Dias AM, Cunha M, Margarida A, et al. ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA DOENÇA CRÓNICA : REVISÃO DA LITERATURA. *Millenium.* 2011;40:201-219.
12. Rodrigues MTP, Moreira TMM, Andrade DF de. Elaboration and validation of instrument to assess adherence to hypertension treatment. *Rev Saude Publica.* 2014;48(2):1-9. doi:10.1590/S0034-8910.2014048005044
13. Nguyen TMU, Caze A La, Cottrell N. What are validated self-report adherence scales really measuring?: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2014;77(3):427-445. doi:10.1111/bcp.12194

14. Corte-Real A, Almiro PA, Santiago L, et al. Non-adherence to treatment in chronic disease: A state-of-the-art reflection on risk assessment methods and instruments.
15. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saúde e Doenças*. 2001;2(2):81-100. doi:10.1590/S0103-166X2004000200007
16. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 6^a. Boston: Pearson Education Inc.; 2013.
17. Matza LS, Park J, Coyne KS, Skinner EP, Malley KG, Wolever RQ. Derivation and validation of the ASK-12 adherence barrier survey. *Ann Pharmacother*. 2009;43(10):1621-1630. doi:10.1345/aph.1M174
18. Dennison-himmelfarb C, Handler J, Lackland DT. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). 2014;1097(5):507-520. doi:10.1001/jama.2013.284427
19. Terwee CB, Bot SDM, Boer MR De, Windt AWM Van Der, Knol DL, Dekker J. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60:34-42. doi:10.1016/j.jclinepi.2006.03.012
20. Dalmoro M, Vieira KM. Dilemas na Construção de Escalas Tipo Likert: o Número de Itens e a Disposição Influenciam nos Resultados? *EnANPAD XXXII*. 2008;(2000):1-16.

AGRADECIMENTOS

“Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui, sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes. Assim em cada lago a lua toda brilha, porque alta vive.”

(Ricardo Reis)

Este é um trabalho que, em parte, representa o culminar do esforço e dedicação despendidos ao longo da minha vida académica. É um motivo de orgulho que reflete esta jornada exaustiva, mas também prazerosa. Para ela contribuíram muitos a quem estarei eternamente grato.

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago que me acompanhou desde o primeiro momento por toda a disponibilidade e apoio, não medindo esforços para me auxiliar. Obrigado pela pertinência das suas críticas e sugestões. Obrigado pela sua orientação. Sinto-me honrado pelo privilégio de ter podido desenvolver este trabalho consigo.

Aos meus Pais, incansáveis ao longo de toda a minha vida. Sem vocês não teria a oportunidade de lutar pelos meus sonhos e objetivos. Obrigado pelo incentivo, encorajamento e carinho ao longo de todos estes anos.

À minha Noiva, Ninocas, por todo o teu amor e por seres o meu esteio. Obrigado por todo o caminho ao meu lado, por seres o meu esteio, pela dedicação, pela paciência, pela genuinidade, por cada detalhe e por todos os momentos. Obrigado por partilhares este sonho a dois.

Aos meus Avós, todos presentes. Obrigado por iluminarem o meu caminho com o vosso brilho e amor.

Aos meus Sobrinhos, Francisco e Carolina. Obrigado tornarem os meus dias mais felizes.

Aos Amigos de uma vida: Gorete, Manel, Ricardo, Ana, Hugo, André, Ju, Bernas, Piri, Cris, Sofia, Fred, Filipa, Alex, Raquel e Rio pela vossa amizade incondicional, especialmente nos momentos mais difíceis. Obrigado por poder contar sempre convosco.

Aos Centros de Saúde e seus responsáveis. Obrigado por tornarem possível a realização deste trabalho.

Obrigado a todos os Professores e todos os que ao longo da minha vida académica se cruzaram no meu caminho, sempre com algo para me ensinar.

Obrigado a Todos.

ANEXOS

ANEXO I. Escala ASK-12 Original (em Inglês)

Adherence Starts With Knowledge – 12

1. I just forget to take my medicines some of the time.				
Strongly agree <input type="checkbox"/>	Agree <input type="checkbox"/>	Neutral <input type="checkbox"/>	Disagree <input type="checkbox"/>	Strongly Disagree <input type="checkbox"/>
2. I run out of my medicine because I don't get refills on time.				
Strongly agree <input type="checkbox"/>	Agree <input type="checkbox"/>	Neutral <input type="checkbox"/>	Disagree <input type="checkbox"/>	Strongly Disagree <input type="checkbox"/>
3. Taking medicines more than once a day is inconvenient.				
Strongly agree <input type="checkbox"/>	Agree <input type="checkbox"/>	Neutral <input type="checkbox"/>	Disagree <input type="checkbox"/>	Strongly Disagree <input type="checkbox"/>
4. I feel confident that each of my medicines will help me.				
Strongly agree <input type="checkbox"/>	Agree <input type="checkbox"/>	Neutral <input type="checkbox"/>	Disagree <input type="checkbox"/>	Strongly Disagree <input type="checkbox"/>
5. I know if I am reaching my health goals.				
Strongly agree <input type="checkbox"/>	Agree <input type="checkbox"/>	Neutral <input type="checkbox"/>	Disagree <input type="checkbox"/>	Strongly Disagree <input type="checkbox"/>
6. I have someone whom I can call with questions about my medicines.				
Strongly agree <input type="checkbox"/>	Agree <input type="checkbox"/>	Neutral <input type="checkbox"/>	Disagree <input type="checkbox"/>	Strongly Disagree <input type="checkbox"/>
7. My doctor/nurse and I work together to make decisions.				
Strongly agree <input type="checkbox"/>	Agree <input type="checkbox"/>	Neutral <input type="checkbox"/>	Disagree <input type="checkbox"/>	Strongly Disagree <input type="checkbox"/>
8. Have you taken a medicine more or less often than prescribed?				
In the last week <input type="checkbox"/>	In the last month <input type="checkbox"/>	In the last 3 months <input type="checkbox"/>	More than 3 months ago <input type="checkbox"/>	Never <input type="checkbox"/>
9. Have you skipped or stopped taking a medicine because you didn't think it was working?				
In the last week <input type="checkbox"/>	In the last month <input type="checkbox"/>	In the last 3 months <input type="checkbox"/>	More than 3 months ago <input type="checkbox"/>	Never <input type="checkbox"/>
10. Have you skipped or stopped taking a medicine because it made you feel bad?				
In the last week <input type="checkbox"/>	In the last month <input type="checkbox"/>	In the last 3 months <input type="checkbox"/>	More than 3 months ago <input type="checkbox"/>	Never <input type="checkbox"/>
11. Have you skipped, stopped, not refilled, or taken less medicine because of the cost?				
In the last week <input type="checkbox"/>	In the last month <input type="checkbox"/>	In the last 3 months <input type="checkbox"/>	More than 3 months ago <input type="checkbox"/>	Never <input type="checkbox"/>
12. Have you not had medicine with you when it was time to take it?				
In the last week <input type="checkbox"/>	In the last month <input type="checkbox"/>	In the last 3 months <input type="checkbox"/>	More than 3 months ago <input type="checkbox"/>	Never <input type="checkbox"/>

ANEXO II. Modelo do Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

Em Concordância com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Título do estudo: *“Adesão à Terapêutica em Doentes, com HTA, Seguidos em Consulta de Cuidados de Saúde Primários: Validação e Aplicação da Escala ASK-12”*

Aluno: Ricardo José Cardoso Afonso

Orientador: Professor Doutor Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago

Informação

Este estudo de investigação insere-se no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC). O seu principal objetivo é o de avaliar o papel da adesão à terapêutica no controlo da hipertensão arterial, em pessoas, seguidas nas consultas do Centro de Saúde/USF. Para esse efeito, iremos proceder à validação de uma nova escala que avalia os diversos fatores que levam a uma não adesão. Esta nova ferramenta poderá ser capaz de fornecer mais e melhor informação sobre este problema, capacitando os profissionais de saúde para uma melhor gestão do tratamento dos doentes hipertensos. Para isso, serão recolhidas informações por meio de um questionário a realizar antes da consulta no Centro de Saúde/USF e que não deverá demorar mais do que 5 minutos.

Condições e financiamento

A sua participação não lhe trará qualquer despesa ou risco. Além disso, é voluntária e é livre de recusar e/ou suspender a sua participação no estudo a qualquer momento, sem ter de dar explicações e sem que seja afetada a qualidade dos cuidados futuros a que tem direito. Este estudo, não tem qualquer financiamento e cumpre os requisitos éticos.

Confidencialidade e anonimato

Na sua participação não haverá registo de dados de identificação. Garantimos que ninguém

saberá quem respondeu nem como respondeu. Apenas os investigadores terão acesso aos dados que serão de uso exclusivo para este estudo. Em qualquer circunstância a identidade dos participantes será tornada pública ou utilizada isoladamente.

Muito agradecemos a sua ajuda.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura/s de quem pede consentimento:

Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo, com conhecimento de causa, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____ / ____ /2018

(Este documento é feito em duplicado: uma via para o investigador e outra para a pessoa que aqui consente.)

Página 2 de 2

ANEXO III. Questionário da 1ª Fase Incluindo Escala ASK-12 Traduzida



Número: _____

QUESTIONÁRIO

O presente questionário destina-se exclusivamente para fins académicos e de investigação e insere-se num estudo sobre a adesão à terapêutica em doentes com hipertensão arterial.

A informação recolhida é rigorosamente anónima e confidencial e nenhuma informação disponibilizada será tratada individualmente.

Não há respostas certas nem erradas nem boas ou más. Responda sempre de acordo com o que faz, sente ou pensa.

Gratos pela sua disponibilidade e colaboração.

A Equipa de Investigação:
Ricardo José Cardoso Afonso
Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago

Coimbra, 2018

I. *Caracterização Sociodemográfica*

Sexo:

- Masculino
 Feminino

Idade:

- 18 a 34 anos
 35 a 49 anos
 50 a 64 anos
 Mais de 65 anos

Grau de Escolaridade:

- Não sabe ler nem escrever
 Ensino primário (sem o 9º ano)
 Básico (com o 9º ano)
 Secundário (com o 12º ano)
 Superior

II. *Escala de Adesão à Terapêutica MMAS-4*

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os seus comprimidos para a pressão arterial?	<input type="checkbox"/> Sim ₍₀₎	<input type="checkbox"/> Não ₍₁₎
2. Já alguma vez teve dificuldade em lembrar-se de tomar todos os seus medicamentos para a pressão arterial?	<input type="checkbox"/> Sim ₍₀₎	<input type="checkbox"/> Não ₍₁₎
3. Quando sente que a sua pressão arterial está controlada, por vezes deixa de tomar os seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim ₍₀₎	<input type="checkbox"/> Não ₍₁₎
4. Se se sentir pior quando toma a sua medicação deixa de a tomar?	<input type="checkbox"/> Sim ₍₀₎	<input type="checkbox"/> Não ₍₁₎

III. Escala de Adesão à Terapêutica ASK- 12

As suas respostas devem ter em conta apenas a sua medicação para a pressão arterial.

Hora de Início de Resposta: ____ horas ____ minutos

1. Só me esqueço de tomar os meus medicamentos de vez em quando.	Concordo muito <input type="checkbox"/>	Concordo <input type="checkbox"/>	Nem concordo Nem discordo <input type="checkbox"/>	Discordo <input type="checkbox"/>	Discordo Muito <input type="checkbox"/>
2. Fico sem medicamentos porque não os compro antes de acabarem.	Concordo muito <input type="checkbox"/>	Concordo <input type="checkbox"/>	Nem concordo Nem discordo <input type="checkbox"/>	Discordo <input type="checkbox"/>	Discordo Muito <input type="checkbox"/>
3. Tomar medicamentos mais que uma vez por dia é aborrecido.	Concordo muito <input type="checkbox"/>	Concordo <input type="checkbox"/>	Nem concordo Nem discordo <input type="checkbox"/>	Discordo <input type="checkbox"/>	Discordo Muito <input type="checkbox"/>
4. Acho que todos os meus medicamentos me irão ajudar.	Concordo muito <input type="checkbox"/>	Concordo <input type="checkbox"/>	Nem concordo Nem discordo <input type="checkbox"/>	Discordo <input type="checkbox"/>	Discordo Muito <input type="checkbox"/>
5. Eu sei quando estou a ficar melhor.	Concordo muito <input type="checkbox"/>	Concordo <input type="checkbox"/>	Nem concordo Nem discordo <input type="checkbox"/>	Discordo <input type="checkbox"/>	Discordo Muito <input type="checkbox"/>
6. Eu sei com quem posso falar quando tenho problemas com os meus medicamentos.	Concordo muito <input type="checkbox"/>	Concordo <input type="checkbox"/>	Nem concordo Nem discordo <input type="checkbox"/>	Discordo <input type="checkbox"/>	Discordo Muito <input type="checkbox"/>
7. Eu e o meu médico/enfermeiro tomamos decisões em conjunto.	Concordo muito <input type="checkbox"/>	Concordo <input type="checkbox"/>	Nem concordo Nem discordo <input type="checkbox"/>	Discordo <input type="checkbox"/>	Discordo Muito <input type="checkbox"/>
8. Alguma vez tomou medicamentos mais ou menos vezes do que o receitado?	Na última semana <input type="checkbox"/>	No último mês <input type="checkbox"/>	Nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/>	Há mais de 3 meses <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
9. Alguma vez não tomou ou parou de tomar um medicamento porque pensou que não estava a fazer efeito?	Na última semana <input type="checkbox"/>	No último mês <input type="checkbox"/>	Nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/>	Há mais de 3 meses <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
10. Alguma vez não tomou ou parou de tomar um medicamento porque o fazia sentir-se mal?	Na última semana <input type="checkbox"/>	No último mês <input type="checkbox"/>	Nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/>	Há mais de 3 meses <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
11. Alguma vez não tomou, parou, não comprou medicação ou tomou menos medicamentos do que os receitados por serem caros?	Na última semana <input type="checkbox"/>	No último mês <input type="checkbox"/>	Nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/>	Há mais de 3 meses <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
12. Alguma vez não teve o medicamento consigo na hora de o tomar?	Na última semana <input type="checkbox"/>	No último mês <input type="checkbox"/>	Nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/>	Há mais de 3 meses <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>

Hora de Fim de Resposta: ____ horas ____ minutos

ANEXO IV. Questionário da 2ª Fase



Número: _____

QUESTIONÁRIO

O presente questionário destina-se exclusivamente para fins académicos e de investigação e insere-se num estudo sobre a adesão à terapêutica em doentes com hipertensão arterial.

A informação recolhida é rigorosamente anónima e confidencial e nenhuma informação disponibilizada será tratada individualmente.

Não há respostas certas nem erradas nem boas ou más. Responda sempre de acordo com o que faz, sente ou pensa.

Gratos pela sua disponibilidade e colaboração.

A Equipa de Investigação:
Ricardo José Cardoso Afonso
Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago

Coimbra, 2018

I. *Caracterização Sociodemográfica*

Sexo:

- Masculino
 Feminino

Idade:

- 18 a 34 anos
 35 a 49 anos
 50 a 64 anos
 Mais de 65 anos

Grau de Escolaridade:

- Não sabe ler nem escrever
 Ensino primário (sem o 9º ano)
 Básico (com o 9º ano)
 Secundário (com o 12º ano)
 Superior

Acha que a sua Pressão Arterial está controlada?

- Sim
 Não

II. *Escala de Adesão à Terapêutica MMAS-4*

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os seus comprimidos para a pressão arterial?	<input type="checkbox"/> Sim ₍₀₎	<input type="checkbox"/> Não ₍₁₎
2. Já alguma vez teve dificuldade em lembrar-se de tomar todos os seus medicamentos para a pressão arterial?	<input type="checkbox"/> Sim ₍₀₎	<input type="checkbox"/> Não ₍₁₎
3. Quando sente que a sua pressão arterial está controlada, por vezes deixa de tomar os seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim ₍₀₎	<input type="checkbox"/> Não ₍₁₎
4. Se se sentir pior quando toma a sua medicação deixa de a tomar?	<input type="checkbox"/> Sim ₍₀₎	<input type="checkbox"/> Não ₍₁₎

III. Escala de Adesão à Terapêutica ASK- 12

As suas respostas devem ter em conta apenas a sua medicação para a pressão arterial.

1. Só me esqueço de tomar os meus medicamentos de vez em quando.	Concordo muito <input type="checkbox"/>	Concordo <input type="checkbox"/>	Nem concordo Nem discordo <input type="checkbox"/>	Discordo <input type="checkbox"/>	Discordo Muito <input type="checkbox"/>
2. Fico sem medicamentos porque não os compro antes de acabarem.	Concordo muito <input type="checkbox"/>	Concordo <input type="checkbox"/>	Nem concordo Nem discordo <input type="checkbox"/>	Discordo <input type="checkbox"/>	Discordo Muito <input type="checkbox"/>
3. Tomar medicamentos mais que uma vez por dia é aborrecido.	Concordo muito <input type="checkbox"/>	Concordo <input type="checkbox"/>	Nem concordo Nem discordo <input type="checkbox"/>	Discordo <input type="checkbox"/>	Discordo Muito <input type="checkbox"/>
4. Acho que todos os meus medicamentos me irão ajudar.	Concordo muito <input type="checkbox"/>	Concordo <input type="checkbox"/>	Nem concordo Nem discordo <input type="checkbox"/>	Discordo <input type="checkbox"/>	Discordo Muito <input type="checkbox"/>
5. Eu sei quando estou a ficar melhor.	Concordo muito <input type="checkbox"/>	Concordo <input type="checkbox"/>	Nem concordo Nem discordo <input type="checkbox"/>	Discordo <input type="checkbox"/>	Discordo Muito <input type="checkbox"/>
6. Eu sei com quem posso falar quando tenho problemas com os meus medicamentos.	Concordo muito <input type="checkbox"/>	Concordo <input type="checkbox"/>	Nem concordo Nem discordo <input type="checkbox"/>	Discordo <input type="checkbox"/>	Discordo Muito <input type="checkbox"/>
7. Eu e o meu médico/enfermeiro tomamos decisões em conjunto.	Concordo muito <input type="checkbox"/>	Concordo <input type="checkbox"/>	Nem concordo Nem discordo <input type="checkbox"/>	Discordo <input type="checkbox"/>	Discordo Muito <input type="checkbox"/>
8. Alguma vez tomou medicamentos mais ou menos vezes do que o receitado?	Na última semana <input type="checkbox"/>	No último mês <input type="checkbox"/>	Nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/>	Há mais de 3 meses <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
9. Alguma vez não tomou ou parou de tomar um medicamento porque pensou que não estava a fazer efeito?	Na última semana <input type="checkbox"/>	No último mês <input type="checkbox"/>	Nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/>	Há mais de 3 meses <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
10. Alguma vez não tomou ou parou de tomar um medicamento porque o fazia sentir-se mal?	Na última semana <input type="checkbox"/>	No último mês <input type="checkbox"/>	Nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/>	Há mais de 3 meses <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
11. Alguma vez não tomou, parou, não comprou medicação ou tomou menos medicamentos do que os receitados por serem caros?	Na última semana <input type="checkbox"/>	No último mês <input type="checkbox"/>	Nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/>	Há mais de 3 meses <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
12. Alguma vez não teve o medicamento consigo na hora de o tomar?	Na última semana <input type="checkbox"/>	No último mês <input type="checkbox"/>	Nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/>	Há mais de 3 meses <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>

Para preenchimento pelo Profissional de Saúde:

Tensão Arterial 1: _____/_____mmHg Tensão Arterial 2: _____/_____mmHg