

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

**Validação linguística, de conteúdo, cultural e
psicométrica do questionário MYMEDS para
Português**

Mestranda: Suelen Arcego

Orientadores:

Professor Doutor André Filipe Ferreira Coelho, ESTeSL

Professora Doutora Maria da Graça Massano de Amorim de Mavigne Andrade,
ESTeSL

Mestrado em Farmácia

Lisboa, maio de 2023

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

**Validação linguística, de conteúdo, cultural e
psicométrica do questionário MYMEDS para
Português**

Mestranda: Suelen Arcego

Orientadores:

Professor Doutor André Filipe Ferreira Coelho, ESTeSL

Professora Doutora Maria da Graça Massano de Amorim de Mavigne Andrade,
ESTeSL

Júri:

Presidente: Doutora Ana Margarida Costa Veiga, ESTeSL

Arguente: Doutora Ana Margarida Molhinho Advinha – Escola de Saúde e
Desenvolvimento Humano, Universidade de Évora

Mestrado em Farmácia

Lisboa, maio de 2023

Validação linguística, de conteúdo, cultural e psicométrica do questionário MYMEDS para português

A Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor e que tal não viole nenhuma restrição imposta por artigos publicados que estejam incluídos neste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a Deus pela vida, saúde e pela oportunidade de realizar este sonho. Quero agradecer a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui e concluísse mais esta etapa da minha vida.

Agradeço ao Doutor Rani Khatib que disponibilizou e autorizou a utilização para tradução e validação na língua Portuguesa do questionário do qual é autor – “*My Experience of Taking Medicines*” – MYMEDS.

Agradecimento especial ao meu marido, meus pais e irmão. Ao meu marido que sempre acreditou em mim, por ter me apoiado em todos os momentos difíceis, por todos os incentivos e palavras de apoio para que eu conseguisse realizar este projeto. Aos meus pais e irmão, pela compreensão nos momentos em que estive ausente, por sempre me apoiarem e por acreditarem em mim.

Quero agradecer também à minha avó que mesmo apesar de sua saúde debilitada, neste momento, sempre com uma palavra de conforto e carinho.

Ao Professor e Orientador Doutor André Filipe Ferreira Coelho, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, pela partilha de conhecimentos, pela orientação científica e por estar sempre disponível, seu apoio foi imprescindível.

À Professora e Orientadora Doutora Maria da Graça Massano de Amorim de Mavigne Andrade, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, pela partilha de conhecimentos e pela orientação científica.

À Professora Carina Silva pela ajuda com a análise estatística.

E por fim, um enorme agradecimento à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, pois sem à instituição, este trabalho não teria sido possível. Um obrigada especial a todos os professores e a todas as pessoas que participaram deste estudo.

DEDICATÓRIA

A eles que são tudo na minha vida: meu marido, meus pais, minha avó, meu irmão e sobrinhos.

RESUMO

A doença cardiovascular é a principal causa de morte prematura e morbidade em todo o mundo, incluindo Portugal. A alta prevalência de hipertensão arterial contribui para a carga global das doenças cardiovasculares sendo mesmo o seu principal fator de risco. Cerca de metade dos doentes com medicamentos anti-hipertensivos prescritos interrompem seu uso durante o primeiro ano de tratamento, comportamento este, influenciado por vários fatores. O principal objetivo deste trabalho foi realizar a validação do questionário *The My Experience of Taking Medicines* para Português. Para isso, o trabalho foi desenvolvido em quatro fases: primeiramente a tradução (Inglês – Português) e retroversão (Português – Inglês), realizada por tradutores independentes, autónomos e falantes nativos do idioma em questão. De seguida, foi realizado um pré-teste com dez doentes, os quais forneceram *feedback* altamente positivo. Posteriormente, a validação de conteúdo e adaptação cultural realizada através da técnica Delphi que demonstrou a relevância, qualidade de formulação/clareza e adequação à realidade portuguesa para as quatorze perguntas do questionário. A última fase se referiu à validação psicométrica, juntamente com análises estatísticas decorrente da aplicação do questionário em um hospital de referência em cardiologia. No total, 145 doentes preencheram completamente o questionário e os resultados da validação psicométrica, especificamente o valor do teste *Root Mean Square Error of Approximation* (0.091; $p=0.001$, IC[0.070; 0.112]) apresentou o melhor desempenho quando da remoção de duas perguntas. Logo, estes resultados demonstraram que esta versão é similar à versão original, uma vez que a adaptação ao português implica que tenha menos duas perguntas que a versão original.

PALAVRAS-CHAVE

Doença cardiovascular, hipertensão arterial, barreiras à toma da medicação, adesão à terapêutica e questionários.

ABSTRACT

Cardiovascular disease is the leading cause of premature death and morbidity worldwide, including Portugal. The high prevalence of arterial hypertension contributes to the global burden of cardiovascular diseases, even being its main risk factor. About half of patients with prescribed antihypertensive drugs discontinue their use during the first year of treatment, a behaviour that is influenced by several factors. The main objective of this work was to validate The My Experience of Taking Medicines questionnaire for Portuguese. For this, the work was developed in four phases: firstly, the translation (English – Portuguese) and back-translation (Portuguese – English), carried out by independent, autonomous translators and native speakers of the language in question. Then, a pre-test was carried out with ten patients, who provided highly positive feedback. Subsequently, content validation and cultural adaptation were carried out using the Delphi technique, which demonstrated the relevance, quality of formulation/clarity and adequacy to the Portuguese reality for the fourteen questions of the questionnaire. The last phase referred to psychometric validation, together with statistical analyses resulting from the application of the questionnaire in a reference hospital in cardiology. In total, 145 patients completed the questionnaire completely and the psychometric validation results, specifically the value of the Root Mean Square Error of Approximation test (0.091; $p=0.001$, CI[0.070; 0.112]) showed the best performance when removing two Questions. Therefore, these results demonstrated that this version is similar to the original version, since the adaptation to Portuguese implies that it has two fewer questions than the original version.

KEYWORDS

Cardiovascular disease, arterial hypertension, barriers to taking medicines, medication adherence and questionnaires.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
1. CAPÍTULO I – Questionários para medição da adesão à terapêutica em doenças cardiovasculares: uma revisão de âmbito.....	3
1.1 Objetivo.....	4
1.2 Métodos	5
1.3 Estratégia de pesquisa.....	5
1.4 Recolha da informação	6
1.5 Resultados e discussão	20
1.6 Conclusão	24
2. CAPÍTULO II – MATERIAIS E MÉTODOS	25
2.1 Objetivo geral.....	25
2.2 Objetivos específicos.....	25
2.3 Classificação do estudo	25
2.4 População e amostra.....	25
2.5 Critérios de inclusão e exclusão	26
2.6 Considerações éticas e legais	26
2.7 Etapas do processo de validação.....	27
2.7.1 Fase 1 – Tradução e retroversão	27
2.7.2 Fase 2 – Validação de conteúdo	28
2.7.3 Fase 3 – Pré-teste	29
2.7.4 Fase 4 – Validação psicométrica.....	29
2.8 Tratamento de dados	29
2.9 Estrutura e instruções de preenchimento do MYMEDS.....	30
3. CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	32
3.1 Fase 1 – Tradução e retroversão	32
3.2 Fase 2 - Validação de conteúdo	33
3.3 Fase 3 - Pré-teste	37
3.4 Fase 4 - Validação psicométrica.....	37
3.4.1. Análise das respostas ao questionário.....	37
3.4.2. Validação Psicométrica.....	42
4. CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
5. CAPÍTULO V – CONCLUSÕES.....	53
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
7. ANEXOS.....	61

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Resultados da pesquisa de estudos sobre validação de escalas/questionários para medir a adesão à terapêutica e/ou barreiras à toma de medicamentos - Parte I.....	09
Tabela 2 - Resultados da pesquisa de estudos sobre validação de escalas/questionários para medir a adesão à terapêutica e/ou barreiras à toma de medicamentos - Parte II.....	14
Tabela 3 - Respostas dos peritos quanto as perguntas que envolvem a compreensão e satisfação com os medicamentos (n=12).....	34
Tabela 4 - Respostas dos peritos quanto as perguntas que analisam as preocupações acerca dos medicamentos (n=12).....	35
Tabela 5 - Respostas dos peritos quanto as perguntas que abordam os aspetos práticos acerca dos medicamentos (n=12).....	35
Tabela 6 - Respostas dos peritos quanto as perguntas relacionadas ao ajuste à toma dos medicamentos às rotinas dos doentes (n=12).....	36
Tabela 7 - Caracterização da amostra.....	38
Tabela 8 - Comentários levantados na secção de texto livre do questionário MYMDES.....	39
Tabela 9 - Distribuição das respostas ao grupo I - Compreensão e satisfação com os medicamentos (n= 145).....	40
Tabela 10 – Distribuição das respostas ao grupo II - Preocupações acerca dos medicamentos (n= 145).....	41
Tabela 11 – Distribuição das respostas ao grupo III – Aspetos práticos acerca dos medicamentos (n= 145).....	41
Tabela 12 – Distribuição das respostas ao grupo IV – Ajuste à toma dos medicamentos à rotina do doente (n= 145).....	42
Tabela 13 - Matriz de correlações entre as dimensões.....	43
Tabela 14 - Coeficientes para Análise da Consistência Interna.....	44
Tabela 15 – Índices de qualidade do ajustamento do modelo removendo itens ao modelo teórico.....	45
Tabela 16 – Índices de qualidade do ajustamento do modelo removendo dois itens ao modelo teórico original.....	45
Tabela 17 – Matriz de correlações entre as dimensões no novo modelo proposto.....	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Metodologia adotada no processo de condução da revisão de âmbito.....	7
Figura 2: Diagrama para seleção das publicações analisadas.....	8
Figura 3: Diagrama de caminhos proposto pela AFC.....	43
Figura 4: Diagrama de caminhos proposto pela AFC com remoção P4 e P7.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS

AFC – Análise Fatorial Confirmatória
ARA II – Antagonistas dos Recetores de Angiotensina II
ARMS – *Adherence to Refills and Medications scale*
ASCD – *Adherence Scale in Chronic Diseases*
ASK-12 – *ASK-12 adherence barrier survey*
BMQ – *Brief Medication Questionnaire*
CHULC – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central
CFI – *Comparative Fit Index*
CV – Cardiovascular
DAMS – *Diagnostic Adherence to Medication Scale*
DCV – Doença cardiovascular
ECA – Enzima de Conversão da Angiotensina
EM – Enfarte do miocárdio
ESTeSL – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
GFI – *Goodness-of-fit Index*
HTA – Hipertensão arterial
HAS – Hipertensão arterial sistêmica
ICC – Coeficiente de correlação intraclasse
INAS – *The Intentional Non-Adherence Scale*
MASES – *Medication Adherence Self-Efficacy Scale*
MAQ/ MMAS-4 – *Medication Adherence Questionnaire/The 4-item Morisky Medication Adherence Scale*
MMAS-8 – *The 8-item Morisky Medication Adherence Scale*
MPS – Medicamentos de prevenção secundária
MUAH – *Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension*
MYMEDS – *My Experience of Taking Medicines*
OMS – Organização Mundial da Saúde
PA – Pressão arterial
PGFI – *Parsimony Goodness-of-fit Index*
RMSEA – *Root Mean Square Error of Approximation*
TAQPH – *The Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension*
TBQ – *Treatment Burden Questionnaire*
TLI – *Tucker-Lewis index*

INTRODUÇÃO

No tratamento da hipertensão arterial (HTA), a literatura revela que cerca de metade dos doentes a quem foi prescrito um medicamento anti-hipertensivo, interrompem o seu uso durante o primeiro ano de tratamento (1-5). Além disso, os medicamentos cardiovasculares (CV), como os anti-hipertensivos, as estatinas e os antitrombóticos, são considerados como a primeira intervenção médica mais comum no mundo todo, tanto em nível de prevenção primária como de secundária nas doenças cardiovasculares (DCV) (1-8). Adicionalmente, a literatura mostra que mesmo no caso dos medicamentos utilizados na prevenção secundária (MPS) pós enfarte do miocárdio (EM) – medicamentos de uso fundamental (4-5) – aproximadamente 50% dos doentes não tomam pelo menos um dos seus MPS conforme prescrito (9-13).

Tendo isso em consideração, foi sugerido que aumentar a eficácia dos métodos para melhorar a adesão à terapêutica pode ter um impacto positivo muito maior na saúde humana e na economia, do que qualquer melhoria isolada no tratamento medicamentoso (7).

Deste modo, o presente trabalho tem por objetivo realizar a validação do questionário *The My Experience of Taking Medicines* (MYMEDS) para Português. Este questionário tem a finalidade de incentivar os doentes a pensarem sobre aspetos que englobam a toma de medicamentos ou quaisquer preocupações relacionadas com os mesmos. Desta forma, permite que os profissionais da saúde forneçam um cuidado centrado e adaptado de acordo com as necessidades de cada indivíduo (14) ao avaliar barreiras de adesão à terapêutica. Foi projetado para ser utilizado por doentes que sofreram EM, embora possa ser usado em qualquer DCV, e desenvolvido para permitir que os doentes compartilhem quaisquer barreiras (reais ou potenciais) que possam ter relativamente à toma dos seus medicamentos (15). Para além disso, o questionário permite verificar aspetos sociocognitivos e autorregulatórios, fatores que nem sempre são de fácil perceção na prática clínica (14).

Assim sendo, estruturalmente, esta dissertação é composta por cinco capítulos.

Sendo o Capítulo I que corresponde a um artigo de revisão de âmbito desenvolvido pelos três investigadores deste projeto, nomeadamente Suelen Arcego (SA), Graça Andrade (GA) e André Coelho (AC). A revisão de âmbito incidiu sobre os

questionários disponíveis, validados e utilizados para medir a adesão à terapêutica ou barreiras à utilização de medicamentos em doentes com DCV e ainda, quais foram validados para a língua portuguesa. A revisão visa descrever o âmbito (quantidade, foco e natureza) da atividade de investigação original. O manuscrito integral que se apresenta neste capítulo, encontra-se em fase final de revisão pela equipa para submissão para publicação a uma revista internacional de língua portuguesa, com vista a um maior impacto na divulgação do seu conteúdo.

O Capítulo II refere-se à metodologia deste trabalho, a iniciar pelos objetivos (geral e específico) do mesmo. Em seguida, uma breve descrição sobre a estrutura e instruções de preenchimento do questionário MYMEDS; a classificação deste estudo; a população e amostra; os critérios de inclusão e exclusão, e as considerações éticas e legais. Neste mesmo capítulo estão descritas as etapas do processo de validação do questionário: Fase 1 - Tradução e retroversão; Fase 2 - Validação de conteúdo e adaptação cultural; Fase 3 - Pré-teste e Fase 4 - Validação psicométrica. Por fim, a forma de tratamento dos dados recolhidos.

A apresentação e análise dos resultados obtidos encontram-se no Capítulo III.

No Capítulo IV discutem-se os resultados, bem como as limitações deste presente trabalho.

O Capítulo V descreve as conclusões, considerações finais e recomendações futuras. E por último, encontram-se as referências bibliográficas utilizadas para a elaboração deste trabalho, assim como os anexos.

1. CAPÍTULO I – QUESTIONÁRIOS PARA MEDIÇÃO DA ADESÃO À TERAPÊUTICA EM DOENÇAS CARDIOVASCULARES: UMA REVISÃO DE ÂMBITO

A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de morte prematura nos países industrializados e é também uma das principais causas de morbidade em todo o mundo (16-19). O *Global Burden of Disease*, que estima a carga de doenças para todos os países do mundo, publicado em 2020 revela que os casos prevalentes de DCV chegaram a 523 milhões e foram responsáveis por aproximadamente 18,6 milhões de mortes em todo o mundo em 2019 (20). Para além disso, dados de Portugal (21-23) e do Brasil (24-26) evidenciam que as DCV são responsáveis por até 32% (27) e 27.3% (28) de todas as mortes, respectivamente.

A alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) em todo o mundo tem desempenhado uma grande contribuição para a carga global das DCV (16). A HAS foi identificada como o principal fator de risco para mortalidade (16-18) e ocupa o terceiro lugar como causa de anos de vida perdidos, ajustados por incapacidade (18). Sua importância deriva não apenas de sua alta frequência, mas também pelo fato de ser um fator de risco cardiovascular modificável/reversível (16,29-33).

Os benefícios da terapia anti-hipertensiva na redução do risco dos principais eventos CV foram amplamente demonstrados (30-38). Mas, apesar da excelente efetividade, o controle da pressão arterial (PA) e até mesmo da doença continuam sendo inadequados (31-33,39). Estudos relatam que até dois terços dos pacientes com HAS não são tratados com sucesso (29,31-32). A evidência empírica aponta para que a baixa adesão à terapêutica seja um determinante destes resultados (33,35,40-41). Esta relação tem um impacto significativo nas DCV uma vez que, de acordo com a meta-análise de estudos epidemiológicos conduzidos por Chowdhury et al (42), só 57% destes pacientes aderem bem à terapêutica.

O comportamento de tomar medicamentos é extremamente complexo e individual, influenciado por vários fatores, o que requer inúmeras estratégias para melhorar a adesão à terapêutica (39). A literatura publicada identifica centenas de fatores que a influenciam (43). Vários determinantes relacionados com o paciente,

incluindo falta de compreensão de sua doença, falta de envolvimento no processo de tomada de decisão do tratamento e baixa literacia em saúde, contribuem para a não adesão à terapêutica (39,42-43). As crenças e atitudes de saúde do paciente em relação à efetividade do tratamento, assim como a saturação de tomar medicamentos, a avaliação de que os medicamentos prescritos são excessivos associado a não compreensão do objetivo dos medicamentos prescritos, da prescrição, as experiências anteriores com tratamentos farmacológicos e a falta de motivação também afetam o grau de adesão à terapêutica (37,39).

Para avaliar os fatores que determinam a adesão à terapêutica e as barreiras à utilização de medicamentos, os questionários administrados aos pacientes são considerados como um método simples, barato e muito útil para ser utilizado na investigação e na prática clínica diária (40).

Que seja do nosso conhecimento, não foi até agora publicado nenhum estudo onde se descreva o âmbito e resultados da atividade de investigação original sobre a validação de questionários para medir a adesão à terapêutica ou barreiras à utilização dos medicamentos em pacientes com doença cardíaca/cardiovascular. Tendo em conta o conhecido impacto da adesão na efetividade dos tratamentos (43-46), torna-se necessário resumir os principais estudos sobre questionários validados para medir a adesão, com vista a identificar instrumentos robustos que permitam avaliar áreas de intervenção prioritária para a promoção da adesão à terapêutica em pacientes com DCV.

1.1 OBJETIVO

O presente estudo tem como principal objetivo realizar uma revisão de âmbito sobre a validação de questionários para medir a adesão à terapêutica ou barreiras à utilização de medicamentos em pacientes com doença cardíaca/cardiovascular visando descrever o âmbito (quantidade, foco e natureza) da atividade de investigação original. E a partir daí, identificar quais os questionários que no âmbito das DCV foram validados para a língua portuguesa.

1.2 MÉTODOS

Esta revisão de âmbito foi realizada entre março e maio de 2022, por dois investigadores (SA e AC). Um terceiro investigador (GA) validou as opções metodológicas e interveio sempre que se verificou alguma discrepância entre os dois primeiros investigadores.

A revisão de âmbito envolveu as seguintes fases (figura 1) em concordância com a metodologia proposta por Arksey e O'Malley (47): (1) estabelecimento da pergunta de investigação; (2) pesquisa de estudos relevantes; (3) seleção dos estudos baseados nos critérios de inclusão pré-estabelecidos; (4) recolha de informação, e (5) resumo e comunicação da informação.

1.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Foram incluídos estudos publicados na língua inglesa e portuguesa com abordagem sobre a validação de questionários para medir a adesão à terapêutica ou barreiras à utilização de medicamentos, sem limite temporal face ao ano de recolha de dados e/ou publicação. Os estudos incluídos foram realizados em pacientes com algum tipo de doença cardíaca/cardiovascular. Foram excluídos estudos de revisão, por não constituírem investigação original, bem como resumos de comunicações científicas orais ou sob a forma de pôster.

As fontes de informação utilizadas foram a *Medline*, a *Web of Science*, a *Scielo*, e a biblioteca do conhecimento *online (B-on)*.

Foram pesquisados estudos somente em português e inglês, combinando as palavras-chave através do operador booleano "AND". Na *Medline* e *Web of Science* utilizaram-se as palavras-chave "*medication adherence*" AND "*questionnaire*" OR "*scale*". Na *Scielo* e na *B-on* foram adicionalmente utilizadas as palavras-chave em português "adesão à terapêutica" AND "questionário" OR "escala".

A escolha da *B-on* e da *Scielo* com o uso das palavras-chave em português deveu-se à preocupação em incluir na análise possíveis dissertações de mestrado e teses de doutoramento, bem como estudos de validação de questionários em língua

portuguesa publicados em revistas portuguesas e brasileiras, já que a *Medline* e a *Web of Science* não indexam todas as revistas publicadas em Portugal ou no Brasil.

A “doença cardiovascular” não foi utilizada como termo de pesquisa, apesar deste ser o âmbito da revisão, uma vez que se pretendeu obter uma amostra de artigos científicos mais alargada, de modo a garantir uma seleção mais fiável, feita pelos autores, desta característica das amostras.

Para além dos critérios mencionados acima, não foi estabelecido nenhum critério de inclusão, relativo ao desenho de estudo ou grupos etários das populações em estudo, nem à qualidade dos estudos, tal como é recomendado nas revisões de âmbito (47).

1.4 RECOLHA DA INFORMAÇÃO

Foram recolhidos, em tabela padrão e em duas partes, dados sobre as seguintes variáveis: autores, ano de publicação, língua da versão original, designação do questionário, objetivo(s) do questionário e propriedades psicométricas, que se encontram na tabela 1. Enquanto, a tabela 2 apresenta a quantidade de itens, amostra, tipologia das questões, interpretação dos resultados, observações (quando necessário) e disponível em português (ano da publicação).

As tabelas foram preenchidas à medida que os estudos foram selecionados tornando, posteriormente, mais fácil a elaboração do resumo da informação quanto a: (i) quantidade (número de estudos); ii) foco (objetivos de avaliação do questionário; propriedades psicométricas; amostra; tipologia das questões; interpretação dos resultados obtidos pela sua utilização e validação para a língua Portuguesa), e iii) natureza (artigos originais).

Figura 1: Metodologia adotada no processo de condução da revisão de âmbito

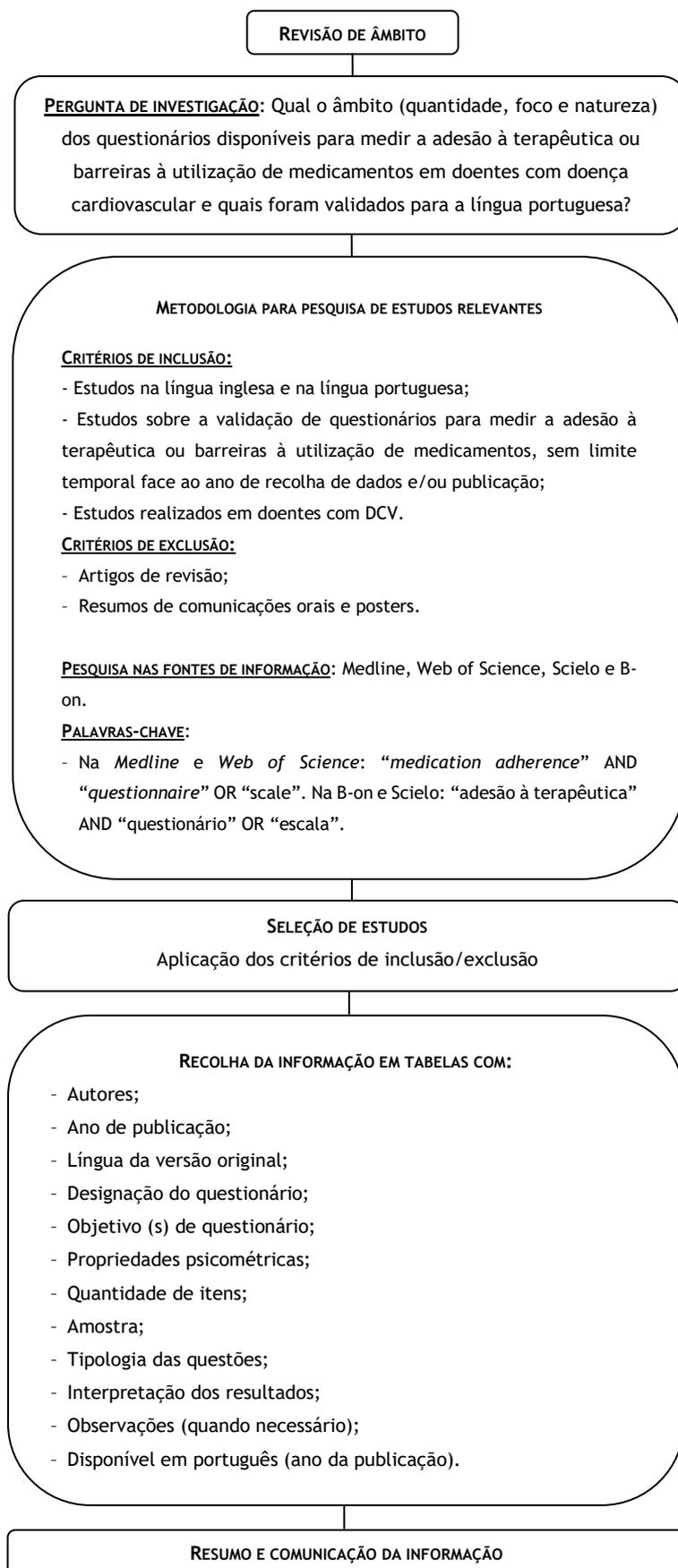


Figura 2: Diagrama para seleção das publicações analisadas

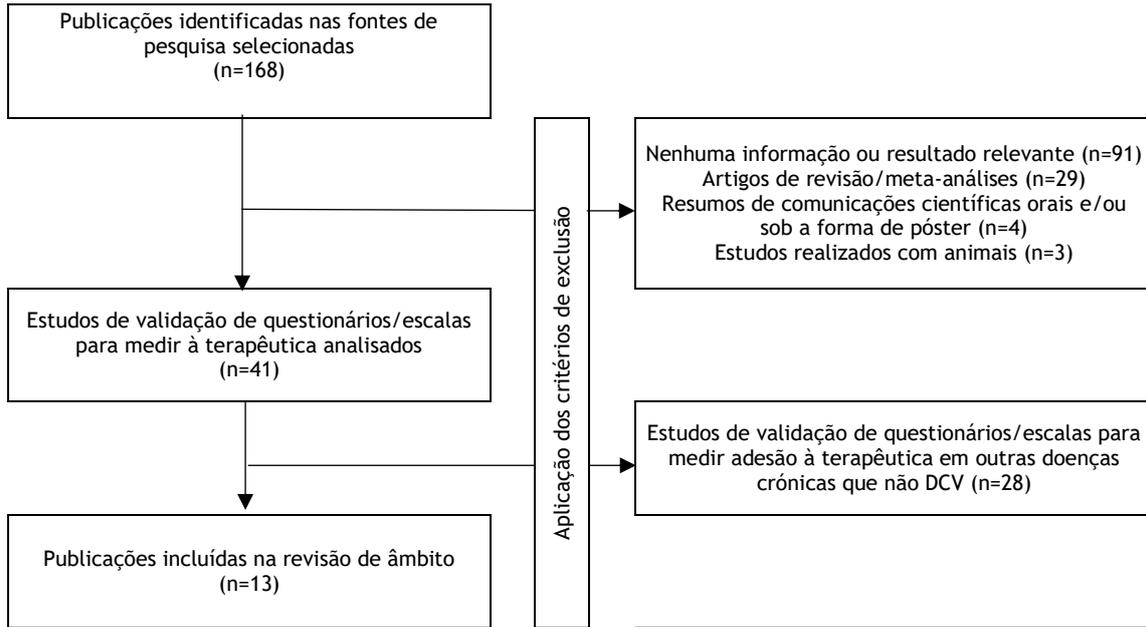


TABELA 1: Resultados da pesquisa de estudos sobre validação de escalas/questionários para medir a adesão à terapêutica e/ou barreiras à toma de medicamentos - Parte I.

AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	LÍNGUA DA VERSÃO ORIGINAL	DESIGNAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	OBJETIVO (S) DO QUESTIONÁRIO	PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS
1. Donald E. Morisky, Lawrence W. Green, David M. Levin (48)	1986	Inglesa	I - <i>Medication Adherence Questionnaire</i> (MAQ); II - <i>The 4-item Morisky Medication Adherence Scale</i> (MMAS-4)	Avaliar o comportamento do doente relativo à toma dos medicamentos. Melhorar e fortalecer a comunicação entre o profissional de saúde e o doente	Confiabilidade alfa de <i>Cronbach</i> (α) de 0.61. A correlação foi igual a 0.43 ($p < 0.01$). A sensibilidade é 0.81 e a especificidade é 0.44 e o valor preditivo é de 0.60, considerado como ineficiente (≥ 0.75)
2. Bonnie L. Svarstad, Betty A. Chewning, Betsy L. Sleath, Cecilia Claesson (49)	1999	Inglesa	<i>Brief Medication Questionnaire</i> (BMQ)	Auxiliar a “diagnosticar” e resolver diferentes tipos de barreiras de adesão à terapêutica: dificuldades de abertura do frasco, leitura de rótulos, renovação do receituário e outras questões práticas	Apresentou sensibilidade muito boa (80%), especificidade (100%), valor preditivo positivo (100%) e precisão geral (95%)
3. Donald E. Morisky, Alfonso Ang, Marie Krousel-Wood, Harry J. Ward (50)	2008	Inglesa	<i>The 8-item Morisky Medication Adherence Scale</i> (MMAS-8)	Avaliar a adesão à terapêutica e determinantes psicossociais da adesão como o conhecimento, apoio social, satisfação com o atendimento e complexidade da terapêutica	Confiabilidade alfa de <i>Cronbach</i> de 0.83 e significativamente associada ao controle da tensão arterial ($p < 0.05$). A sensibilidade para identificar doentes com controle inadequado da PA foi estimada em 93% e a especificidade foi de 53%

AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	LÍNGUA DA VERSÃO ORIGINAL	DESIGNAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	OBJETIVO (S) DO QUESTIONÁRIO	PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS
4. Viet-Thi Tran, Victor M. Montori, David T. Eton, Dan Baruch, Bruno Falissard e Philippe Ravaud (51)	2012	Inglesa	<i>Treatment Burden Questionnaire (TBQ)</i>	Avaliar a percepção da carga do tratamento para doentes com regimes de tratamento cada vez mais complexos. Ou seja, o impacto da carga de trabalho dos cuidados de saúde no bem-estar do doente	Confiabilidade alfa de <i>Cronbach</i> foi de 0.89. A concordância entre doentes e médicos foi fraca (coeficiente de correlação intraclassa (ICC)) 0.38 (intervalo de confiança de 95% - 0.29 a 0.47)). A confiabilidade do reteste foi de 0.76, avaliada pelo ICC e a concordância foi considerada aceitável com ICC > 0.60
5. Haruka Ueno, Yoshihiko Yamazak, Yuki Yonekura, MJ Park, Hirono Ishikawa, and Takahiro Kiuchi (52)	2018	Inglesa	<i>12-item Medication Adherence Scale</i>	Melhorar e apoiar a adesão à terapêutica entre doentes com doenças crônicas, especialmente para medicamentos de longa duração. A escala permite a comparação da adesão terapêutica em diferentes momentos do tratamento e também facilita a avaliação dos efeitos de uma intervenção	Confiabilidade alfa de <i>Cronbach</i> foi de 0.78, demonstrando boa consistência interna. As relações entre as características demográficas e a adesão à terapêutica foram comparáveis com estudos anteriores, sugerindo boa validade de construto

AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	LÍNGUA DA VERSÃO ORIGINAL	DESIGNAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	OBJETIVO (S) DO QUESTIONÁRIO	PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS
7. Sara Garfield, Lina Eliasson, Sarah Clifford, Alan Willson, Nick Barber (56)	2012	Inglesa	<i>The Diagnostic Adherence to Medication Scale (the DAMS)</i>	Avaliar a rotina da adesão à terapêutica na prática clínica	Foi validado em relação a outras medidas de adesão à terapêutica (MMAS-8 (50) e Lu et al (57)), sendo significativamente associadas aos níveis de adesão autorrelatada em comparação às outras medidas, com <i>Spearman Rho</i> ($r = 0.348 - 0.719$, $p < 0.01$). A confiabilidade ainda precisa ser estabelecida e mais testes são necessários para estabelecer a validade em relação ao Sistema de Monitoramento de Eventos de Medicação (MEMS)
8. Sunil Kripalani, Jessica Risser, Margaret E Gatti, Terry A Jacobson (58)	2009	Inglesa	<i>The Adherence to Refills and Medications scale (ARMS)</i>	Avaliar a adesão à terapêutica quando utilizado em indivíduos com doenças crônicas, com características de bom desempenho mesmo entre doentes de baixa alfabetização	Confiabilidade alfa de <i>Cronbach</i> foi de 0.814 e entre os doentes com baixa alfabetização ($\alpha = 0.792$), para os restantes ($\alpha = 0.828$). O ARMS se correlacionou significativamente com a escala de Morisky ($r = -0.651$, $p < 0.01$), e se correlacionou mais fortemente com medidas de adesão de refil*. As análises psicométricas revelaram alta consistência interna, confiabilidade teste-reteste e boa validade convergente

AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	LÍNGUA DA VERSÃO ORIGINAL	DESIGNAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	OBJETIVO (S) DO QUESTIONÁRIO	PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS
9. Louis S. Matza, Jinhee Park, Karin S. Coyne, Elizabeth P. Skinner, Karen G. Malley, Ruth Q. Wolever (59)	2009	Inglesa	<i>The ASK-12 adherence barrier survey (ASK-12)</i>	Avaliar o comportamento de adesão à terapêutica e barreiras à utilização de medicamentos	Apresentou boa consistência interna com alfa de <i>Cronbach</i> de 0.75 e confiabilidade teste-reteste de 0.79. A validade convergente foi demonstrada por meio de correlações com a escala de Morisky ($r = -0.74, p < 0.001$), com confiabilidade e validade adequadas
10. Gbenga Ogedegbe, Carol A. Mancuso, John P. Algrante, Mary E. Charlson (60)	2003	Inglesa	<i>The Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES)</i>	Medir as crenças de eficácia específicas da situação em relação a adesão à terapêutica dos anti-hipertensivos prescritos em uma população com alto risco de morbidade e mortalidade	O alfa de <i>Cronbach</i> foi de 0.95. Os itens do questionário apresentaram valor mínimo do coeficiente de correlação item-total de 0.5 e valor mínimo de Kappa superior a 0.4
11. Gwenn Wetzels, Patty Nelemans, Boris van Wijk, Nick Broers, Jan Schouten, Martin Prins (61)	2006	Inglesa	<i>Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension (MUAH)-questionnaire</i>	Medir as dimensões relacionadas a adesão à terapêutica, como atitude em relação aos cuidados de saúde, falta de disciplina, aversão à medicação e enfrentamento ativo dos problemas de saúde e outros fatores cognitivos e comportamentais	O alfa de <i>Chronbach</i> foi de 0.75, 0.80, 0.63 e 0.76 para as escalas I, II, III e IV, respectivamente. A validade convergente foi apoiada por associações estatisticamente significativas encontradas entre os escores da soma das subescalas I e II, o BMQ e o monitoramento eletrônico da adesão. O ICC, medida de concordância, foi de 0.86, 0.80, 0.85 e 0.79 para as escalas I, II, III e IV, respectivamente. Demonstrou excelentes propriedades psicométricas

AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	LÍNGUA DA VERSÃO ORIGINAL	DESIGNAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	OBJETIVO (S) DO QUESTIONÁRIO	PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS
12. Chunhua Ma, Shaoxian Chen, Liming You, Zhimin Luo, Caixia Xing (62)	2011	Inglesa	<i>The Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension (TAQPH)</i>	Avaliar a adesão à terapêutica a partir do regime medicamentoso como dose, frequência e tempo de uso da medicação	Confiabilidade alfa de <i>Cronbach</i> foi de 0.86 e 0.82 no teste e no reteste. A validade convergente foi avaliada pela escala de adesão de Morisky ($r = 0.76$, $p < 0.01$) e GSES (63) ($r = 0.69$, $p < 0.01$)
13. Katarzyna Buszko, Karolina Obońska, Piotr Michalski, Agata Kosobucka, Aleksandra Jurek, Marzena Wawrzyniak, Wioleta Stolarek, Łukasz Pietrzykowski, Anna Andruszkiewicz, Aldona Kubica (64)	2016	Inglesa	<i>The Adherence Scale in Chronic Diseases (ASCD)</i>	Permite identificar obstáculos específicos à adesão à terapêutica. Além de possuir potencial de melhorar a comunicação e o relacionamento entre doente e profissional de saúde	A confiabilidade e homogeneidade do questionário foram confirmadas pelo coeficiente alfa de <i>Cronbach</i> que foi de 0.739

*Adesão ao reabastecimento de medicamentos

TABELA 2: Resultados da pesquisa de estudos sobre validação de questionários para medir a adesão à terapêutica e/ou barreiras à toma de medicamentos - Parte II.

QUANTIDADE DE ITENS	AMOSTRA (N)	TIPOLOGIA DAS QUESTÕES	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	OBSERVAÇÕES	DISPONÍVEL EM PORTUGUÊS (ANO)
1. MAQ/MMAS-4: Quatro	Hipertensão arterial (n=290)	As questões avaliam níveis de compreensão, bem como os comportamentos de adesão à terapêutica. Com alternativas de resposta: Sim (=0) e Não (=1)	Escore varia de 0 a 4. Pontuações iguais ou próximas de 4 indicam melhor adesão à terapêutica	É um instrumento para ser utilizado pelos profissionais de saúde em um contexto de entrevista /consulta	Traduzido e validado para português (Brasil) em 2008 (65)
2. BMQ: nove itens ao total, sendo cinco itens que focam os medicamentos tomados na semana anterior; - Dois itens que abordam as crenças e - Dois itens que abordam sobre possíveis dificuldades de memória	Doentes com múltiplos medicamentos* (n= 43)	1ª etapa (adesão): Pergunta qualitativa → os doentes devem listar todos os medicamentos tomados na última semana. Para cada medicamento são feitas quatro perguntas e os doentes recebem zero ou um ponto. 2ª etapa (crença): “Quão bem esse medicamento funcionou para você?” → se não está bem ou não sabe = 1 ponto. Em seguida: “Algum dos seus medicamentos o incomoda de alguma forma?” → medicamento identificado como incômodo = 1 ponto. 3ª etapa (memória): revisão do regime de dosagem e perguntando ao doente “Qual é a dificuldade para você se lembrar de tomar todos os medicamentos?”, → dose única ou relatar “nada difícil” = 0 ponto; dose múltipla ou relato de “muito” ou “um pouco difícil” = 1 ponto; se ambos = 2 pontos	1ª etapa: recebem um ponto se o relato indicar uma potencial não adesão e uma pontuação de zero se indicar nenhuma não adesão à terapêutica. 2ª etapa: as pontuações são somadas, sendo as pontuações positivas indicando uma ou mais barreiras relacionadas com crenças (intervalo de 0 - 2). 3ª etapa: é atribuído zero aos regimes de dose única (uma vez ao dia) e à resposta “nada” difícil lembrar de todos os comprimidos; uma pontuação de um se o doente tem um regime de dose múltipla (duas ou mais vezes por dia), ou relatar que é “muito” ou “um pouco” difícil lembrar de todas os comprimidos; pontuação dois se ambos os indicadores estiverem presentes	Uma “triagem positiva” indica que o doente relatou alguma não adesão (ou barreira à adesão). Enquanto, uma “triagem negativa” indica que nenhuma não adesão ou barreira à adesão foi relatada pelo doente. O estudo demonstrou que o BMQ possui excelente potencial para autoadministração pelos doentes, fornecendo assim uma ferramenta fácil de usar para rastrear a adesão à terapêutica regularmente	Traduzido e validado para português (Brasil) em 2012 (66)

QUANTIDADE DE ITENS	AMOSTRA (N)	TIPOLOGIA DAS QUESTÕES	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	OBSERVAÇÕES	DISPONÍVEL EM PORTUGUÊS (ANO)
3. MMAS-8: Oito itens, de modo que cada item mede um comportamento específico de ingestão de medicamentos e não um determinante do comportamento da adesão à terapêutica	Hipertensão arterial (n= 1.367)	As perguntas foram formuladas para evitar o viés de resposta (opção pela alternativa "sim"), invertendo a redação das perguntas sobre a forma como os doentes podem falhar em seguir seu tratamento medicamentoso. Como por exemplo: "Você às vezes se esquece de tomar seus medicamentos para a PA?". Questões com alternativas de resposta: Sim (=0) e Não (=1)	Somatório dos pontos. Pontuações de 8 indicam doentes altamente aderentes; entre 6 e 8 = média adesão e inferior a 6 = baixa adesão à terapêutica	A ferramenta demonstrou que doentes com pontuações mais altas estavam mais propensos a terem a sua PA sob controle	Traduzido e validado para português (Brasil e Portugal) em 2014 (67) e 2018 (68), respetivamente
4. TBQ: Sete itens (dois dos quais com quatro subitens)	Doentes com diversas condições crónicas, necessitando de atenção primária, secundária e terciária* (n= 502)	Inicialmente, os doentes são apresentados ao conceito de sobrecarga do tratamento e perguntas sobre suas doenças, tratamento e a sobrecarga do tratamento. Com uma frase introdutória com exemplos, onde as questões são respondidas numa escala de 0 a 10	O escore global é a soma das pontuações de todos os itens do questionário com "Não se aplica" e as respostas faltantes consideradas como a menor pontuação possível. De modo que os doentes são considerados com baixa, moderada e alta carga de tratamento, para as respectivas pontuações 11.3 (\pm 9.2), 34.6 (\pm 11.1) e 65.8 (\pm 18.1)	Esta medida autorrelatada levou em consideração a carga do tratamento associada à ingestão de medicamentos, vigilância, mudanças no estilo de vida e o impacto dos cuidados de saúde nas relações sociais	Não foram encontradas publicações validadas para português
5. 12-item Medication Adherence Scale: Doze	Doentes com doença crônica e em uso contínuo de medicação de longa duração* (n= 328)	As questões possuem alternativas de resposta no formato Likert de cinco pontos: 1= nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente, 5= sempre	Pontuações somadas por subescala e pontuação global de adesão à terapêutica. Escores mais altos indicam maior adesão à terapêutica	Trata-se de uma versão modificada da escala original de 14 itens, com quatro subescalas incluindo "adesão à terapêutica" e outros três fatores	Não foram encontradas publicações validadas para português

QUANTIDADE DE ITENS	AMOSTRA (N)	TIPOLOGIA DAS QUESTÕES	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	OBSERVAÇÕES	DISPONÍVEL EM PORTUGUÊS (ANO)
6. INAS: Vinte e dois	Hipertensão arterial (n= 175), gota (n= 196) e oncológicos (n= 115)	É solicitado aos respondentes que classifiquem 22 motivos para deixar de tomar medicamentos conforme prescrito, em relação aos últimos seis meses. Questões com alternativas de resposta Likert de cinco pontos: 1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = neutro; 4 = concordo, 5 = concordo totalmente	Somatório das pontuações. Pontuações mais altas indicam níveis mais altos de adesão à terapêutica	-	Traduzido e validado para português (Portugal) em 2021 (69)
7. DAMS: Seis	Doentes tratados para várias condições clínicas em cuidados primários e com pelo menos um medicamento prescrito* (n= 100)	Pergunta sobre a adesão à terapêutica nos últimos sete dias. As questões um e dois buscam obter um denominador da quantidade de medicamento que os doentes receberam. A questão três procura obter o grau de não adesão à terapêutica (ou seja, número de doses perdidas) e a questão quatro procura identificar o tipo de não adesão (doses perdidas intencionalmente versus não intencionalmente). A questão cinco busca avaliar o uso excessivo de medicamentos (ou seja, tomar muitas doses) e a questão seis busca identificar se esse uso excessivo foi intencional ou não intencional	Para o escore DAMS é necessário um denominador da quantidade total de medicação prescrita tomada em uma semana. Sendo este valor dividido pela quantidade de medicação prescrita, multiplicado por 100 para determinar a percentagem de doses tomadas. Alta = adesão perfeita (100%, excelente, tomando medicação o tempo todo); Média = muito boa, mas não perfeita [80-100[(tomando medicação a maior parte do tempo); todos os outros níveis classificados como baixa adesão à terapêutica	O questionário permite avaliar o tipo e a extensão da não adesão à terapêutica, auxiliando na identificação de intervenções apropriadas e medindo a mudança na adesão ao longo do tempo; também tem a vantagem de ter uma versão de cuidador do doente	Não foram encontradas publicações validadas para português

QUANTIDADE DE ITENS	AMOSTRA (N)	TIPOLOGIA DAS QUESTÕES	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	OBSERVAÇÕES	DISPONÍVEL EM PORTUGUÊS (ANO)
8. ARMS: Doze	Doentes com doença coronariana tratados na atenção primária (n= 435)	A subescala de medicação de 8 itens avalia a capacidade do doente de se autoadministrar corretamente a terapêutica prescrita. A subescala de reabastecimento de prescrição de 4 itens avalia a capacidade do doente de reabastecer os medicamentos no prazo. Questões com alternativas de resposta Likert de quatro pontos: 1 = nenhum; 2 = algum; 3 = a maioria, 4 = todo o tempo	Uma menor pontuação indica uma melhor adesão à terapêutica	Novas pesquisas são necessárias para avaliar seu desempenho em outros ambientes, bem como sua capacidade de medir as mudanças que podem resultar de intervenções para aumentar a adesão à terapêutica	Não foram encontradas publicações validadas para português
9. ASK-12: Doze	Doentes com asma, diabetes e insuficiência cardíaca congestiva (n= 112)	Foram retirados 8 itens da ASK-20, resultando no ASK-12, com 3 subescalas relacionadas à adesão chamadas de comportamento, crenças de saúde e esquecimento inconveniente; todos com pontuação reversa. Escala Likert de cinco pontos: 1 = concordo totalmente; 2 = concordo; 3 = neutro; 4 = discordo, 5 = discordo totalmente. Itens 16-20, escala de cinco pontos: na última semana, no último mês, nos últimos 3 meses, há mais de 3 meses e nunca	Para pontuar o ASK-12, cada pontuação de subescala é calculada como a soma de todos os itens dessa escala, e a pontuação total é a soma de todos os 12 itens. Com um intervalo possível de 12 a 60. Escores mais altos do ASK-12 indicam mais barreiras à adesão ou maiores problemas com o comportamento de adesão à terapêutica	-	Não foram encontradas publicações validadas para português

QUANTIDADE DE ITENS	AMOSTRA (N)	TIPOLOGIA DAS QUESTÕES	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	OBSERVAÇÕES	DISPONÍVEL EM PORTUGUÊS (ANO)
10. MASES: Vinte e seis	Doentes com hipertensão arterial, tomando pelo menos um anti-hipertensivo e acompanhados na atenção primária por pelo menos um ano (n= 106)	Os doentes são solicitados a avaliar seu grau de confiança em tomar seus medicamentos para a PA em uma variedade de situações. Onde as questões possuem alternativas de respostas Likert de três pontos: 1 = nada certo; 2 = pouco certo; 3 = muita certeza, Com opção adicional de “não se aplica”	Todas as respostas são somadas para obter uma pontuação total. Sendo as pontuações mais altas indicando maior autoeficácia	Profissionais da saúde e pesquisadores podem usar essa escala para identificar situações em que os doentes têm baixa autoeficácia em aderir aos medicamentos prescritos	Não foram encontradas publicações validadas para português
11. MUAH – <i>questionnaire</i> : Vinte e cinco	Doentes com hipertensão arterial (n= 255)	O questionário possui 4 subescalas: 1) com oito questões que avaliam a atitude positiva em relação aos cuidados de saúde e os medicamentos; 2) seis questões que avaliam a falta de disciplina; 3) cinco questões que abordam a aversão à medicação e 4) seis questões que medem o enfrentamento ativo de problemas de saúde. Questões com alternativas de resposta Likert de sete pontos variando de 1 = discordo totalmente a 7 = concordo totalmente. **Não é discriminado no estudo como ocorre esta variação na escala Likert (de 1 a 7)	As pontuações estão relacionadas com as pontuações do questionário BMQ. De modo que uma pontuação de soma mais alta na subescala 2 foi associada a uma maior probabilidade de pontuação como baixa adesão no BMQ. Pontuações mais altas na subescala 1 tiveram uma probabilidade menor de relacionar com baixa adesão	O questionário foi projetado para fornecer ao médico informações sobre o motivo pelo qual os doentes apresentam problemas de adesão à terapêutica. No entanto, o fato de os dados de validade convergente serem de difícil interpretação, aponta para a necessidade de validação do questionário MUAH em outros estudos***	Traduzido e validado para português (Portugal) em 2018 (70), numa versão curta MUAH-16

QUANTIDADE DE ITENS	AMOSTRA (N)	TIPOLOGIA DAS QUESTÕES	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	OBSERVAÇÕES	DISPONÍVEL EM PORTUGUÊS (ANO)
12. TAQPH: Vinte e oito	Hipertensão arterial (n= 278)	São perguntas que abordam sobre medicação e estilo de vida em doentes com HAS. As questões possuem alternativas de resposta Likert de quatro pontos: 1 = nunca; 2 = algum tempo; 3 = na maioria das vezes, 4 = todo o tempo	Pontuações mais altas representam uma melhor adesão à terapêutica	Pode ser utilizado como uma ferramenta de avaliação para identificar o nível de adesão de doentes hipertensos e os fatores que resultaram na não adesão em uma população-alvo, seguido do desenvolvimento de programas de saúde que visam melhorar a adesão à terapêutica	Não foram encontradas publicações validadas para português
13. ASCD: Oito	Doentes com doença cardiovascular (n= 413)	Todas as questões referem-se a determinantes da adesão à terapêutica associados ao comportamento e fatores que podem influenciar indiretamente a adesão e estão relacionados a situações e convicções. As questões possuem cinco opções de respostas e dependendo da resposta, cada item recebe de 0 a 4 pontos. **Não é discriminado no estudo como ocorre esta pontuação (a submeter ao artigo original), sendo dado para cada pergunta opções diferentes de respostas	O escore total pode variar de 0 a 32 pontos, com pontuações inferiores a 24, de 24 a 28 e superiores a 29, refletindo baixa, média e elevada adesão à terapêutica, respectivamente	O ASCD possui potencial de melhorar a comunicação e o relacionamento entre doente e profissional de saúde e que pode ser aplicado na prática clínica diária	Não foram encontradas publicações validadas para português

* Todos as amostras assinaladas incluíram indivíduos com doenças cardiovasculares. ** Informações retiradas do próprio estudo em questão. ***A validade do questionário foi avaliada avaliando-se a associação entre os escores somados nas subescalas e o BMQ, por isso, não está claro em que medida o questionário MUAH mede a real adesão à terapêutica. O fato de o escore do BMQ estar associado a apenas a dois dos quatro fatores do MUAH pode ser explicado pelo fato deste abranger uma gama mais ampla de possíveis barreiras de adesão à terapêutica

1.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da aplicação da metodologia descrita anteriormente foram identificados 13 artigos originais que avaliam a adesão à terapêutica ou barreiras à toma de medicamentos em forma de questionários validados. Nosso trabalho analisou estudos publicados entre o ano de 1986 a 2018 e todos publicados na sua versão original na língua inglesa.

Em relação aos autores apenas um, Donald E. Morisky, foi responsável pela elaboração de mais do que um instrumento. Através de sua primeira ferramenta desenvolvida, o MMAS-4 (ou MAQ) (48), publicou, posteriormente uma versão com mais quatro itens que deu origem ao MMAS-8 (50). Esta é muito utilizada e aplicada em diversos contextos, para além das DCV, uma vez que existem estudos validados em outras condições clínicas como no diabetes Mellitus (71), na dor crônica (72), na asma (73), em mulheres a utilizar contraceptivos orais (74) e dentre outras situações.

Na tabela 1 estão descritos os objetivos de avaliação de cada questionário, bem como o motivo pelo qual foram desenvolvidos. De modo que cinco questionários conseguem medir a adesão à terapêutica e aspectos associados as barreiras à toma da medicação: MMAS-4 (48), BMQ (49), ASK-12 (59), MASES (60) e MUAH (61). Sendo três deles validados em doentes com HTA (MMAS-4, MASES e MUAH); um validado em doentes com diversas condições clínicas (BMQ), e outro em doentes com insuficiência cardíaca congestiva (ASK-12). Ainda, cinco questionários medem exclusivamente a adesão à terapêutica, sem qualquer outro tipo de determinante relacionado à toma de medicamentos (*12-item Medication Adherence Scale* (52), INAS (53), DAMS (56), ARMS (58) e ASCD (64). Foram validados em diferentes situações clínicas: o *12-item Medication Adherence Scale* em doentes com várias doenças crônicas; o INAS em doentes com HTA, o DAMS em indivíduos com diversas condições clínicas de tratamento; o ARMS em doentes com doença coronária e o ASCD em doentes com DCV. Por fim, três questionários permitem medir a adesão à terapêutica e alguns determinantes psicossociais da adesão: como o conhecimento, o apoio social, a satisfação com o atendimento e a complexidade do regime terapêutico. Sendo, o MMAS-8 (50) e que foi validado em doentes com HTA; o TBQ (51) que levou em consideração a carga do tratamento (que está diretamente associada a ingestão de medicamentos, a vigilância, mudanças no estilo de vida e o impacto dos cuidados de saúde nas relações sociais) e foi validado em doentes com diversas condições crônicas.

E o TAQPH (62) que permite medir a adesão à terapêutica relacionada ao estilo de vida, acrescentou o conteúdo de controle de peso e o gerenciamento do estresse, validado em doentes com HTA. Portanto, seis questionários foram validados exclusivamente em doentes com HTA (MMAS-4 (48), MMAS-8 (50), INAS (53), MASES (60), MUAH (61) e TAQPH (62).

De acordo com a tabela 2, todas as ferramentas encontradas permitem a aplicação em doentes com algum tipo de DCV. Todavia, cabe destacar que a seleção de um instrumento de avaliação requer consideração do que de fato o questionário mede/avalia e também como ocorreu seu processo de validação, bem como o tamanho da amostra utilizada na fase de validação psicométrica. Tornando evidente a importância da fase de validação psicométrica neste tipo de estudos, para que os profissionais da saúde ou investigadores da área possam escolher o questionário mais adequado para as circunstâncias desejadas mesmo no âmbito das DCV em questão. Relativamente à dimensão da amostra os estudos analisados apresentam uma larga amplitude: a validação do BMQ (49) apresenta a amostra mais reduzida (43 doentes), enquanto que MMAS-8 (50) contou com a participação de 1.367 indivíduos.

A consistência interna dos questionários foi avaliada, em onze dos estudos, através do coeficiente alfa de *Cronbach*, que reflete até que ponto os itens se correlacionam entre si e quão bem os itens medem o mesmo construto (75). Portanto, de acordo com Nunnally (75) um valor de coeficiente alfa de *Cronbach* de 0.7 ou maior é um nível geralmente aceito de consistência interna adequada. Face ao exposto, encontramos este valor (e superior) nos seguintes questionários: MMAS-8 (50), TBQ (51), *12-item Medication Adherence Scale* (52), ARMS (58), ASK-12 (59), MASES (60), MUAH (61), TAQPH (62) e ASCD (64). Enquanto, o MMAS-4 (MAQ) (48) apresentou o alfa de *Cronbach* de 0.61, abaixo do esperado para uma boa consistência interna.

O BMQ (49) apresentou bons resultados nos testes de validação, com valores positivos para sensibilidade, especificidade, valor preditivo e precisão. Para o INAS (53) e o DAMS (56), foi avaliada a validação convergente com resultados positivos.

Convém destacar que em quatro estudos, especificamente DAMS (56), ARMS (58), ASK-12 (59) e TAQPH (62), a validade convergente foi demonstrada por meio de correlações com a escala de adesão de Morisky e todos os questionários demonstraram bons resultados. Enquanto, os questionários INAS (53) e MUAH (61), demonstraram

validade convergente através da correlação com o BMQ (49) e que também apresentaram bons resultados nos demais testes de validação.

Em dois estudos houve a avaliação da medida de concordância, realizada através do ICC, para o TBQ (51) e INAS (53). Sendo os valores dos testes, respectivamente, de 0.76, e 0.97 e 0.95 para as duas subescalas do INAS (53). Demonstrando assim que se referem a questionários com altos níveis de consistência interna, uma vez que todos os valores encontrados foram superiores a 0.60.

Relativamente quanto ao tamanho de cada questionário, ou seja, a quantidade de itens que cada ferramenta apresenta, influencia diretamente no tempo em que o doente demora a responder/preencher o questionário. Assim, nosso estudo encontrou um questionário que possui apenas quatro questões com respostas simples, com opção apenas de “sim” e “não” e que leva em torno de um minuto para que sejam respondidas: MMAS-4 (48). Entretanto, outras ferramentas, nomeadamente MUAH (61) que apresenta 25 questões, traz sete opções de respostas e leva cerca de 25 minutos para ser completamente preenchido. E ainda, o TAQPH (62) que possui 28 questões com quatro opções de respostas, apesar disso, o tempo estimado para seu completo preenchimento não foi fornecido pelos autores.

Cada questionário possui um formato de preenchimento diferente. As instruções estão descritas no próprio documento entregue ao doente ou quando omissas, estas informações são esclarecidas pelo investigador/profissional de saúde quando a ferramenta é aplicada em uma entrevista ou consulta médica. Destaca-se que oito questionários, nomeadamente, *12-item Medication Adherence Scale* (52), INAS (53), ARMS (58), ASK-12 (59), MASES (60), MUAH (61), TAQPH (62) e ASCD (64), apresentam semelhança por terem suas respostas baseadas na escala do tipo Likert. Enquanto, o DAMS (56) apresenta suas respostas baseadas em percentagem. Por outro lado, dois questionários possuem preenchimentos por etapas, especificamente o BMQ (49) e o TBQ (51), onde a forma de preenchimento está descrita na própria etapa do questionário.

Todos os questionários resultam numa pontuação que reflete diretamente a medida de adesão à terapêutica do doente, quer seja pelo somatório total das pontuações ou outros fatores que avaliam a adesão. Notoriamente, a semelhança está no fato de resultarem em uma pontuação geral (somatório), onde as pontuações mais

altas representam um melhor controle e de certa forma uma melhor adesão à terapêutica nos seguintes questionários: MMAS-4 (48), MMAS-8 (50), TBQ (51), *12-item Medication Adherence Scale* (52), INAS (53), MASES (60), MUAH (61), TAQPH (62) e ASCD (64).

Logo, no que se refere a validação linguística desses questionários para a língua Portuguesa, foram encontrados cinco instrumentos validados para o português: MMAS-4 (48), BMQ (49), MMAS-8 (50), INAS (53) e MUAH (61). Sendo que dois questionários foram validados em doentes brasileiros, nomeadamente MMAS-4 (65) e o BMQ (66), e dois validados só em doentes portugueses, INAS (69) e MUAH (70). Encontramos apenas um questionário, sendo o MMAS-8 que possui validação em português para ambas as nacionalidades, Brasil (67) e Portugal (68), respectivamente. Isso demonstra que muitas ferramentas não se encontram disponíveis na língua Portuguesa. Contudo, as ferramentas disponíveis em português permitem aplicação na prática clínica diária, permitindo a identificação dos motivos pelos quais os doentes não aderem à terapêutica, bem como apresentam a capacidade de sinalizar as barreiras reais e potenciais relacionadas à toma de medicamentos.

Assim sendo, as ferramentas de autorrelato, como os questionários abordados neste trabalho, conseguem medir/avaliar o comportamento de adesão à terapêutica farmacológica e permitem identificar os motivos que levam a não adesão, identificando as barreiras reais ou potenciais, bem como as crenças e outros determinantes que impedem a adesão à terapêutica. De acordo com Nguyen e colaboradores (76), o uso deste tipo de instrumentos complementa as medidas objetivas da adesão à terapêutica com possíveis causas que podem levar à não adesão (76), fato este que nem sempre é de fácil percepção na prática clínica diária.

Deste modo e partindo do pressuposto que doentes com diversas condições clínicas tomam aproximadamente metade da medicação prescrita, os prescritores devem tentar resolver as situações de baixa adesão, na medida em que esta é um motivo da ineficácia de um tratamento (77). Tendo isso em consideração, Haynes et al (78) sugeriu que aumentar a eficácia das estratégias para melhorar a adesão à terapêutica pode ter um impacto positivo muito maior na saúde humana e na economia, do que qualquer melhoria isolada no tratamento medicamentoso. Por isso, a promoção da adesão à terapêutica, no âmbito das DCV, deve ser considerada antes mesmo de qualquer intervenção ou conduta do profissional da saúde.

1.6 CONCLUSÃO

Existem, atualmente, muitos questionários os quais podem ser utilizados e aplicados em diversas situações na prática clínica, nomeadamente no que diz respeito às DCV. No entanto, muitos ainda não estão disponíveis ou validados para a língua portuguesa. Logo, para que o profissional da saúde ou investigador da área possa aplicar esta estratégia em suas rotinas, necessitam de instrumentos disponíveis e validados para português. Deste modo, neste presente trabalho elencamos alguns que se encontram publicados e validados na língua portuguesa. Assim sendo, esta revisão de âmbito reuniu treze questionários oriundos de artigos originais que estão disponíveis e validados para medir a adesão à terapêutica ou identificar crenças e barreiras à toma dos medicamentos, no âmbito das DCV. Ainda, dentre os estudos encontrados buscou-se apresentar quais questionários estão disponíveis na língua portuguesa. De tal modo que identificamos cinco ferramentas validadas para o português, sendo duas validadas na população portuguesa, duas na população brasileira e a outra nas duas nacionalidades.

É possível notarmos que, no momento, o desenvolvimento de novos questionários para medir a adesão não estaria contribuindo muito quando se pretende medir/avaliar a adesão à terapêutica e as barreiras à utilização de medicamentos. Isto quer dizer que é preciso mais questionários (os quais já estão disponíveis e validados em outros idiomas) sejam de facto validados para a língua portuguesa. Para além disso, é importante mencionar que essas ferramentas precisam ser aplicadas com mais frequência na prática clínica diária, com o intuito de avaliar a verdadeira adesão à terapêutica, bem como as barreiras e crenças relacionadas com utilização dos medicamentos CV, sobretudo devido à alta taxa de mortalidade em todo o mundo decorrente das DCV.

Através disso e levando em consideração que os doentes com diversas condições clínicas tomam aproximadamente metade da medicação prescrita, a busca pela má adesão deve ser evidenciada como um dos motivos da inefetividade de um tratamento. Logo, neste sentido, o uso de questionários como os apresentados nesta revisão pode ser útil para analisar os motivos subjacentes a não adesão do doente aos seus medicamentos CV.

2. CAPÍTULO II – MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Validar o questionário MYMEDS para português.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Validar linguisticamente o questionário;
- Validar o seu conteúdo, adaptando-o culturalmente, e
- Realizar a validação psicométrica do questionário MYMEDS através da sua aplicação em doentes que utilizam medicamentos para doença cardíaca e/ou cardiovascular.

2.3 CLASSIFICAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo com uma abordagem quantitativa que tem como objetivo validar o questionário MYMEDS para português, de forma a que possa ser aplicado e utilizado em qualquer contexto, clínico e/ou de investigação, onde doentes que utilizam medicamentos para DCV sejam acompanhados/monitorizados.

Face ao exposto, este projeto foi desenvolvido em quatro fases sendo a primeira delas referente a tradução e retroversão; a segunda fase esteve relacionada com a validação de conteúdo e adaptação cultural; a terceira foi de um pré-teste realizado com uma pequena amostra de doentes e a última fase foi a de validação psicométrica, as quais estão descritas detalhadamente adiante.

2.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Inicialmente, o questionário MYMEDS foi desenvolvido para ser preenchido por doentes que sofreram EM e que utilizam MPS (15). No entanto, neste estudo a população alvo incluiu doentes com qualquer tipo de doença cardíaca/cardiovascular e utilizando medicamentos CV, independentemente de ser prevenção primária e/ou secundária. Assim, nossa amostra tem de ser constituída por 140 doentes (valor mínimo), por levar em consideração as 14 perguntas do questionário. Este quantitativo

foi definido com base no intervalo necessário para a validação psicométrica, sendo imprescindível as respostas de no mínimo cinco a dez doentes por cada pergunta do MYMEDS.

A amostragem foi feita por conveniência entre os doentes que aguardavam por consulta médica em Cardiologia, em um Hospital de referência em DCV em Lisboa. Inicialmente apresentou-se o questionário MYMEDS com uma breve explicação dos objetivos do estudo e em seguida foi apresentado o Consentimento Informado (Anexo I – Consentimento informado para participação no projeto Validação Linguística, de Conteúdo, Cultural e Psicométrica do Questionário MYMEDS para Português). Dados os esclarecimentos necessários, e se o doente aceitasse participar, foi solicitada a sua assinatura no termo e posteriormente, o questionário foi distribuído em papel. O tempo de preenchimento do questionário foi de aproximadamente 15 minutos. No final, o doente entregou o questionário preenchido ao membro da equipa de investigação presente no local.

2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão no estudo foram:

- i) Idade igual ou superior a 18 anos;
- ii) Ter prescrição de medicação para doença cardíaca/cardiovascular, e
- iii) Que consentam em participar no estudo através da assinatura no Consentimento Informado.

Foram excluídos do estudo os doentes que não sabiam ler ou que apresentaram limitações cognitivo-motoras que impedissem o preenchimento autónomo do questionário.

2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Primeiramente, tanto o questionário como seu conteúdo são propriedades de “©2020 Dr Khatib & Prof Hall of Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, UK. All Rights Reserved” (15). Por isso, antes de tudo foi solicitado prévia autorização do autor quanto a utilização do questionário para sua validação para a língua portuguesa e posteriormente, aplicação na prática clínica. Esta solicitação foi realizada por meio de

correio eletrónico e o autor concedeu a autorização (Anexo II – Autorização do autor da versão original do MYMEDS para utilização do questionário).

O presente estudo foi realizado em observância das orientações da Declaração de Helsínquia (79). Teve um parecer favorável pela Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (Anexo III – Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa). Bem como, foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC) – Anexo IV – Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

De modo a reforçar a confidencialidade dos dados dos participantes, assim como as questões éticas inerentes a recolha de dados, nenhuma das questões colocadas permite a identificação do doente. Os dados foram tratados e analisados apenas pela equipa de investigação.

2.7 ETAPAS DO PROCESSO DE VALIDAÇÃO

2.7.1 FASE 1 – TRADUÇÃO E RETROVERSÃO

Esta foi a primeira fase deste projeto e ocorreu entre os meses de julho e outubro de 2021. O processo de validação iniciou-se através da tradução da versão original, partindo da língua inglesa para a portuguesa. Foi realizada de forma independente e autónoma por um tradutor nativo e fluente na língua original do questionário (inglesa).

Em seguida, oriunda da primeira versão, foi efetuada de forma cega a retroversão (da língua portuguesa para a língua inglesa), por outro tradutor independente e autónomo, nativo e fluente na língua portuguesa, o qual não tinha conhecimento prévio da versão original. A retroversão é uma forma de se verificar a equivalência semântica, a deteção das incoerências que podem existir ou identificar a presença de erros conceptuais da tradução.

O resultado foi então analisado, pela equipa de investigação, de modo a confrontar a retroversão com o questionário original, concluindo assim a segunda versão. Ainda, esta comparação envolveu uma pré validação de conteúdo, com a finalidade de adaptar a versão traduzida de acordo com o contexto cultural da língua portuguesa. De tal modo, cada questão foi individualmente analisada e discutida até se

atingir consenso entre os investigadores no que se refere aos critérios, conteúdos e aspetos culturais da população portuguesa, nomeadamente quanto à toma de medicamentos.

2.7.2 FASE 2 – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Esta fase envolveu a validação de conteúdo e adaptação cultural do questionário MYMEDS, que teve início no mês de outubro de 2021 e finalizou em fevereiro de 2022. Para a qual se recorreu à técnica Delphi que consiste na recolha de dados e poder de conhecimento sobre determinado assunto, de modo a auxiliar na elaboração de consensos de opiniões (80-81). Esta etapa contou com a participação de um painel de peritos sendo constituído por: médicos, enfermeiros, profissionais da área da farmácia, psicólogos e alguns doentes. Os profissionais foram selecionados pela sua experiência no acompanhamento/monitorização de doentes com DCV, sendo convidados a participarem nesta fase do projeto através de correio eletrónico. E os doentes, selecionados de acordo com os critérios de inclusão deste estudo, pelo que também foram convidados por meio de correio eletrónico.

A cada perito foi pedido para dar a sua opinião em relação a cada pergunta do MYMEDS sobre os seguintes critérios:

- i) Relevância da pergunta para identificar barreiras à toma dos medicamentos;
- ii) Qualidade de formulação/clareza e
- iii) Adequação à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa.

De modo que cada questão do questionário foi cotada relativamente aos três critérios numa escala Likert de quatro pontos, sendo as opções:

- (4) para “muito adequada/relevante”;
- (3) para “adequada/relevante”;
- (2) para “pouco adequada/relevante” e
- (1) para “inadequada/irrelevante”.

Para todas as questões do questionário eram pedidas, em pergunta aberta, sugestões para alterações e melhorias. Enquanto, em termos de escala Likert de quatro pontos de nosso estudo, o consenso do formato de resposta foi alcançado quando a

frequência de respostas entre as opções três e quatro foi igual ou superior a 70%. Então, caso alguma questão apresentasse mediana inferior a três, deveria ser analisada novamente através de uma nova ronda de discussão e reformulada até se atingir o consenso entre os peritos no que diz respeito a sua adequação em relação ao contexto nacional.

Todos os especialistas tiveram acesso ao formulário através de um *link online* e esta etapa levou cerca de cinco meses para sua finalização. Os dados obtidos foram tratados no *Microsoft Excel*, tendo sido analisadas as frequências (relativa e absoluta) dos resultados obtidos em cada uma das dimensões do questionário.

2.7.3 FASE 3 – PRÉ-TESTE

Foi realizado um pré-teste do questionário MYMEDS durante o mês de março de 2022, com uma amostra de dez doentes, os quais cumpriam os critérios de inclusão deste estudo, mas que posteriormente não foram incluídos no mesmo. O objetivo desta fase foi de receber *feedback* de uma amostra dos potenciais destinatários ao preenchimento do questionário, de modo a identificar e resolver eventuais dificuldades quanto ao seu preenchimento.

2.7.4 FASE 4 – VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA

Esta fase envolveu a aplicação do questionário em doentes com doença cardíaca/cardiovascular e com medicação CV prescrita, que resultou em análises das respostas dadas aos questionários. Onde, o período de disponibilização do questionário MYMEDS no CHULC foi de aproximadamente seis meses, a iniciar em maio e com finalização em novembro de 2022. Para esta fase, consideramos somente os questionários que foram completamente preenchidos.

2.8 TRATAMENTO DE DADOS

Todos os dados foram recolhidos junto do doente, sem consulta do processo clínico. Nas perguntas prévias ao questionário MYMEDS foi inquirido o tipo de doença cardíaca, a presença de outras doenças crónicas (doenças diagnosticadas por um médico) e alguns dados sociodemográficos. Os dados recolhidos são anónimos uma vez que não foram solicitados dados de identificação aos respondentes.

A análise estatística decorreu em duas fases: análise estatística das respostas ao questionário e validação psicométrica do mesmo. A validação psicométrica foi realizada de acordo com o seguinte procedimento:

- i) Pré-processamento dos dados: limpeza dos dados e imputação de valores omissos;
- ii) Análise da consistência interna, com recurso aos seguintes indicadores: Alpha de *Cronbach*, *Average Inter-Item Correlation* e índice da fiabilidade compósita;
- iii) Análise da validade teórica: validade fatorial, validade convergente e validade discriminante, e
- iv) Avaliação da qualidade do modelo: a validade do questionário será determinada com base nos Modelos de Equações Estruturais, em particular na Análise Fatorial Exploratória e na Análise Fatorial Confirmatória (AFC).

A análise estatística das respostas ao questionário foi realizada com base no cálculo da frequência de resposta para cada item. Os dados foram analisados com recurso *software R* (versão 4.0.3) e às bibliotecas *lavaan* e *semPlot*. Esta fase do projeto contou com a participação de um elemento da equipa de investigação com experiência em análise estatística.

2.9 ESTRUTURA E INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO MYMEDS

O questionário MYMEDS é um instrumento de autopreenchimento que permite avaliar barreiras à toma da medicação e a adesão à terapêutica. Onde, inicialmente, possui uma breve descrição sobre a sua estrutura e a forma de preenchimento. Em seguida, os doentes fornecem informações contextuais como quais os medicamentos estão tomando, quantas vezes ao dia e em que momento (manhã em jejum, pequeno-almoço, almoço, jantar, deitar, quando necessário e variável) e se conhecem o motivo pelo qual estão fazendo uso (se não sabe – devem escrever “não tenho a certeza”). Para facilitar, é apresentada uma lista de medicamentos para doentes cardíacos, que inclui:

- 1) Antiagregantes plaquetários – por exemplo, Aspirina, Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor;
- 2) Inibidores da Enzima de Conversão de Angiotensa (IECA) – por exemplo, Ramipril, Lisinopril, Perindopril, Enalapril, Captopril, Quinapril, Trandolapril;

- 3) Bloqueadores Beta – por exemplo, Bisoprolol, Carvedilol, Atenolol, Metoprolol, Nebivolol, Propranolol, Acebutalol;
- 4) Estatinas – por exemplo, Sinvastatina, Atorvastatina, Rosuvastatina, Pravastatina, Fluvastatina;
- 5) Antagonistas dos Recetores de Angiotensina II (ARA II) –por exemplo, Candesartan, Irbesartan, Losartan, Valsartan, Eprosartan, Olmesartan, Telmisartan.

Ao iniciar a segunda parte do questionário é solicitado que o doente indique assinalando com um “X” o grau de concordância com as afirmações. A partir daqui, são 14 perguntas agrupadas de acordo com o tema abordado e as opções de resposta, em escala de Likert, são: “concordo fortemente”, “concordo”, “discordo”, “discordo fortemente” e “elabore/comente”.

As primeiras quatro perguntas pertencem ao Grupo I e abordam a compreensão e satisfação com os medicamentos de acordo com a concordância descrita acima. Em seguida, três perguntas compõem o Grupo II que exploram as preocupações acerca dos medicamentos, como por exemplo: preocupação por estar tomando muitos medicamentos e que possam causar mais dano em vez de benefícios. Posteriormente, mais quatro perguntas que representam o Grupo III e analisam aspetos práticos acerca dos medicamentos, como por exemplo: relacionados com a ingestão, problemas na deglutição ou em ter que partir os comprimidos. As últimas três perguntas referem-se ao Grupo IV e avaliam os hábitos diários relacionados à toma dos medicamentos, como por exemplo o esquecimento ou qualquer outro inconveniente.

Em seguida, é avaliado em que medida o doente toma os vários medicamentos de acordo com a prescrição médica, podendo a resposta ser dada numa escala de Likert de cinco pontos (Sempre, Quase Sempre, A maioria das vezes, Cerca de Metade das Vezes e Menos de Metade das Vezes). Esta última secção do questionário avalia exclusivamente a adesão à terapêutica do doente e são considerados não aderentes se seleccionarem qualquer resposta diferente de “sempre” para a adesão a qualquer um dos medicamentos utilizados (15).

Por fim, o questionário MYMEDS termina com uma pergunta aberta que permite que os doentes partilhem seus pensamentos e experiências sobre o uso de medicamentos.

3. CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

3.1 FASE 1 – TRADUÇÃO E RETROVERSÃO

A versão original do questionário MYMEDS encontra-se no Anexo V – *The My Experience of Taking Medicines* – MYMEDS, e a versão em português do questionário MYMEDS (versão a qual os doentes responderam ao questionário e antes da fase de validação psicométrica) encontra-se no Anexo VI – MYMEDS na versão em português antes da validação psicométrica.

A equipa de investigação comparou e validou as duas versões traduzidas em inglês de modo a adequar alguns termos/palavras de acordo com a situação e realidade portuguesa, nomeadamente quanto à toma de medicamentos. Foram feitas as seguintes alterações:

- Na parte do texto onde se lê no original em inglês: “*herbal shops or the supermarket*” – em português foi traduzido para: parafarmácia ou ervanária;
- Na tabela para descrever como toma os medicamentos em relação ao termo traduzido do inglês: “quantas vezes de cada” – na versão após adequação ficou: “quantas vezes por dia”. Na mesma tabela, foi introduzido mais uma coluna com as opções: “manhã em jejum” e “pequeno-almoço”;
- Na pergunta três o termo em inglês “*working*” foi traduzido como “funcionar”;
- Na pergunta seis em relação a frase: “*I feel concerned about being prescribed too many medicines*” – foi modificada de forma que apresentasse mais sentido conforme o escrito e falado em português: “Sinto-me preocupado por me receitarem medicamentos a mais”;
- Para a pergunta oito, o termo em inglês “*blister packs*” foi traduzido como “invólucro” para que houvesse concordância quando relacionado aos medicamentos;
- Na pergunta nove, a palavra em inglês “*problems*” foi retirada, e
- Na pergunta 10, foi adicionado o termo em português “mais facilmente” e a palavra em inglês “*pharmacy*” foi retirada, dando mais sentido à situação e a realidade portuguesa na questão que envolve a forma de se conseguir as receitas médicas.

Deste modo, não foram observadas grandes discrepâncias entre a versão original em inglês e a versão (retro)traduzida. Assim sendo, as alterações realizadas foram relativamente quanto às questões linguísticas e culturais da população portuguesa, especificamente quanto à toma de medicamentos.

3.2 FASE 2 - VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Nesta fase de validação de conteúdo e adaptação cultural, realizada através da técnica Delphi, contamos com a participação de doze peritos, os quais analisaram três critérios: (i) relevância; (ii) qualidade, e (iii) adequação, para cada pergunta do questionário MYMEDS. O resultado das respostas de cada especialista está detalhado nas tabelas seguintes com as respectivas análises, considerando a escala Likert: (4) muito adequada/relevante; (3) adequada/relevante; (2) pouco adequada/relevante, e (1) inadequada/irrelevante.

As perguntas foram separadas de acordo com o tema abordado por grupo do questionário, especificamente o Grupo I que avalia a compreensão e a satisfação com os medicamentos; Grupo II aborda as preocupações acerca dos medicamentos; o Grupo III analisa aspetos práticos acerca dos medicamentos, e o Grupo IV refere-se ao ajuste à toma dos medicamentos à rotina do doente.

A tabela 3 apresenta as respostas da primeira e única ronda aos peritos referentes às perguntas do Grupo I (compreensão e a satisfação com os medicamentos). Para a pergunta dois em relação à qualidade, a pergunta três quanto à adequação e a pergunta quatro para a qualidade: houve frequência abaixo de 70%. Apesar disso, a pontuação mediana foi igual a três para ambos os critérios analisados em cada pergunta.

Em relação à frequência relativa para cada critério destacam-se as perguntas um, três e quatro, onde respectivamente 83.3% (n= 10), 66.7% (n= 8) e 75% (n= 9) dos peritos classificaram-nas como relevantes para identificar barreiras à toma dos medicamentos. Na pergunta três, apenas um perito considerou que a questão é irrelevante para identificar barreiras à toma dos medicamentos. Enquanto, na pergunta quatro, 66.7% (n= 8) dos peritos verificaram que a questão é adequada à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa. Na mesma pergunta, esta foi a única em

que houve consideração por parte dos peritos como uma questão irrelevante e inadequada para os três critérios analisados.

Tabela 3 – Respostas dos peritos quanto as perguntas que envolvem a compreensão e satisfação com os medicamentos (n=12).

Grupo I	Mediana	Freq [3-4]	Frequência relativa, n (%)			
			4	3	2	1
P1 - Relevância da pergunta para identificar barreiras à toma dos medicamentos	4.00	100%	10 (83.3%)	2 (16.7%)	-	-
P1 - Qualidade de formulação/clareza	3.00	75%	3 (25%)	6 (50%)	3 (25%)	-
P1 - Adequação à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa	4.00	90.9%	6 (54.5%)	4 (36.4%)	1 (9.1%)	-
P2 - Relevância da pergunta para identificar barreiras à toma dos medicamentos	4.00	91.7%	7 (58.3%)	4 (33.3%)	1 (8.3%)	-
P2 - Qualidade de formulação/clareza	3.00	66.7%	3 (25%)	5 (41.7%)	4 (33.3%)	-
P2 - Adequação à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa	3.00	83.3%	5 (41.7%)	5 (41.7%)	2 (16.7%)	-
P3 - Relevância da pergunta para identificar barreiras à toma dos medicamentos	4.00	75%	8 (66.7%)	1 (8.3%)	2 (16.7%)	1 (8.3%)
P3 - Qualidade de formulação/clareza	3.00	75%	5 (41.7%)	4 (33.3%)	3 (25%)	-
P3 - Adequação à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa	3.50	66.7%	6 (50%)	2 (16.7%)	4 (33.3%)	-
P4 - Relevância da pergunta para identificar barreiras à toma dos medicamentos	4.00	83.3%	9 (75%)	1 (8.3%)	-	2 (16.7%)
P4 - Qualidade de formulação/clareza	3.00	66.7%	4 (33.3%)	4 (33.3%)	3 (25%)	1 (8.3%)
P4 - Adequação à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa	4.00	91.7%	8 (66.7%)	3 (25%)	-	1 (8.3%)

Legenda: Mediana ≥ 3 ; Frequência [3-4] $\geq 70\%$; 4: Muito relevante/adequada; 3: Relevante/adequada; 2: Pouco relevante/adequada; 1: Irrelevante/inadequada; P1: Pergunta um; P2: Pergunta dois; P3: Pergunta três e P4: Pergunta quatro.

Na tabela 4 encontram-se as respostas dos peritos às perguntas do Grupo II (preocupação do doente acerca dos medicamentos). O consenso foi alcançado, uma vez que para todas as perguntas deste grupo a frequência de respostas entre [3 - 4] foi superior a 90%. Apenas a pergunta seis em relação à qualidade de formulação e clareza atingiu a mediana três, sendo para as demais a mediana igual a quatro.

Não houve, neste grupo, consideração por parte dos peritos como questões irrelevantes ou inadequadas para os três critérios analisados. Em geral, nota-se que mais de 50% dos peritos consideraram que as perguntas são relevantes para identificar barreiras à toma dos medicamentos; possuem qualidade de formulação e clareza, que são adequadas à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa. Na pergunta seis, 33.3% (n= 4) dos peritos consideraram que a pergunta é muito adequada em relação à qualidade de formulação e clareza.

Tabela 4 – Respostas dos peritos quanto as perguntas que analisam as preocupações acerca dos medicamentos (n=12).

Grupo II	Mediana	Freq [3-4]	Frequência relativa, n (%)			
			4	3	2	1
P5 - Relevância da pergunta para identificar barreiras à toma dos medicamentos	4.00	91.7%	8 (66.7%)	3 (25%)	1 (8.3%)	-
P5 - Qualidade de formulação/clareza	4.00	91.7%	7 (58.3%)	4 (33.3%)	1 (8.3%)	-
P5 - Adequação à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa	4.00	91.7%	7 (58.3%)	4 (33.3%)	1 (8.3%)	-
P6 - Relevância da pergunta para identificar barreiras à toma dos medicamentos	4.00	91.7%	8 (66.7%)	3 (25%)	1 (8.3%)	-
P6 - Qualidade de formulação/clareza	3.00	91.7%	4 (33.3%)	7 (58.3%)	1 (8.3%)	-
P6 - Adequação à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa	4.00	91.7%	8 (66.7%)	3 (25%)	1 (8.3%)	-
P7 - Relevância da pergunta para identificar barreiras à toma dos medicamentos	4.00	100%	8 (66.7%)	4 (33.3%)	-	-
P7 - Qualidade de formulação/clareza	4.00	100%	9 (75%)	3 (25%)	-	-
P7 - Adequação à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa	4.00	100%	9 (75%)	3 (25%)	-	-

Legenda: Mediana \geq 3; Frequência [3-4] \geq 70%; 4: Muito relevante/adequada; 3: Relevante/adequada; 2: Pouco relevante/adequada; 1: Irrelevante/inadequada; P5: Pergunta cinco; P6: Pergunta seis e P7: Pergunta sete.

A tabela 5 apresenta as respostas dos peritos ao Grupo III (aspetos práticos acerca dos medicamentos). Foi alcançado o consenso, tal como demonstrado na tabela, para todas as perguntas e critérios analisados neste grupo.

Para as perguntas oito e nove houve um perito (8.3%) que considerou as questões irrelevantes quanto à identificação de barreiras à toma dos medicamentos. Também na pergunta nove, 25% (n= 3) dos peritos cotaram-na como pouco adequada à realidade dos doentes portugueses e da cultura portuguesa. Na pergunta 11, 75% (n= 9) dos peritos ponderaram que a questão é relevante quanto à identificação de barreiras à toma dos medicamentos, embora um perito (8.3%) a tenha considerado irrelevante.

Tabela 5 – Respostas dos peritos quanto as perguntas que abordam os aspetos práticos acerca dos medicamentos (n=12).

Grupo III	Mediana	Freq [3-4]	Frequência relativa, n (%)			
			4	3	2	1
P8 - Relevância da pergunta para identificar barreiras à toma dos medicamentos	3.50	83.3%	6 (50%)	4 (33.3%)	1 (8.3%)	1 (8.3%)
P8 - Qualidade de formulação/clareza	4.00	100%	7 (58.3%)	5 (41.7%)	-	-
P8 - Adequação à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa	3.00	83.3%	5 (41.7%)	5 (41.7%)	2 (16.7%)	-
P9 - Relevância da pergunta para identificar barreiras à toma dos medicamentos	3.50	91.7%	6 (50%)	5 (41.7%)	-	1 (8.3%)
P9 - Qualidade de formulação/clareza	3.00	100%	4 (33.3%)	8 (66.7%)	-	-
P9 - Adequação à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa	3.00	75%	4 (33.3%)	5 (41.7%)	3 (25%)	-

Grupo III	Mediana	Freq [3-4]	Frequência relativa, n (%)			
			4	3	2	1
P10 - Relevância da pergunta para identificar barreiras à toma dos medicamentos	4.00	100%	9 (75%)	3 (25%)	-	-
P10 - Qualidade de formulação/clareza	4.00	100%	7 (58.3%)	5 (41.7%)	-	-
P10 - Adequação à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa	4.00	100%	8 (66.7%)	4 (33.3%)	-	-
P11 - Relevância da pergunta para identificar barreiras à toma dos medicamentos	3.00	91.7%	2 (16.7%)	9 (75%)	-	1 (8.3%)
P11 - Qualidade de formulação/clareza	3.00	100%	8 (66.7%)	4 (33.3%)	-	-
P11 - Adequação à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa	3.00	83.3%	5 (41.7%)	5 (41.7%)	2 (16.7%)	-

Legenda: Mediana ≥ 3 ; Frequência [3-4] $\geq 70\%$; 4: Muito relevante/adequada; 3: Relevante/adequada; 2: Pouco relevante/adequada; 1: Irrelevante/inadequada; P8: Pergunta oito; P9: Pergunta nove; P10: Pergunta dez e P11: Pergunta onze.

Na tabela 6 encontram-se as respostas às perguntas do Grupo IV (ajuste à toma dos medicamentos à rotina do doente). Para todas as perguntas deste grupo o resultado foi superior a 80%, atingindo-se o consenso entre peritos.

Não houve consideração como irrelevante ou inadequada para os três critérios analisados para nenhuma pergunta deste grupo. Em geral, nota-se que mais de 50% dos peritos consideraram que as perguntas deste grupo são relevantes para identificar barreiras à toma dos medicamentos; que as questões possuem qualidade de formulação e clareza, e que são adequadas à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa. Em relação à qualidade de formulação e clareza das perguntas 13 e 14, um perito (8.3%) as considerou como pouco adequadas. O mesmo foi considerado na pergunta 14 em que um perito (8.3%) avaliou a questão como pouco relevante em relação à identificação das barreiras à toma de medicamentos, bem como pouco adequada à realidade dos doentes portugueses e da cultura portuguesa.

Tabela 6 – Respostas dos peritos quanto as perguntas relacionadas ao ajuste à toma dos medicamentos às rotinas dos doentes (n=12).

Grupo IV	Mediana	Freq [3-4]	Frequência relativa, n (%)			
			4	3	2	1
P12 - Relevância da pergunta para identificar barreiras à toma dos medicamentos	4.00	100%	10 (83.3%)	2 (16.7%)	-	-
P12 - Qualidade de formulação/clareza	4.00	100%	10 (83.3%)	2 (16.7%)	-	-
P12 - Adequação à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa	4.00	100%	9 (75%)	3 (25%)	-	-
P13 - Relevância da pergunta para identificar barreiras à toma dos medicamentos	4.00	83.3%	8 (66.7%)	2 (16.7%)	2 (16.7%)	-
P13 - Qualidade de formulação/clareza	4.00	91.7%	8 (66.7%)	3 (25%)	1 (8.3%)	-
P13 - Adequação à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa	3.50	83.3%	6 (50%)	4 (33.3%)	2 (16.7%)	-

Grupo IV	Mediana	Freq [3-4]	Frequência relativa, n (%)			
			4	3	2	1
P14 - Relevância da pergunta para identificar barreiras à toma dos medicamentos	4.00	91.7%	8 (66.7%)	3 (25%)	1 (8.3%)	-
P14 - Qualidade de formulação/clareza	4.00	91.7%	8 (66.7%)	3 (25%)	1 (8.3%)	-
P14 - Adequação à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa	4.00	91.7%	7 (58.3%)	4 (33.3%)	1 (8.3%)	-

Legenda: Mediana \geq 3; Frequência [3-4] \geq 70%; 4: Muito relevante/adequada; 3: Relevante/adequada; 2: Pouco relevante/adequada; 1: Irrelevante/inadequada; P12: Pergunta 12; P13: Pergunta 13 e P14: Pergunta 14.

3.3 FASE 3 - PRÉ-TESTE

Os resultados desta fase mostraram que o *feedback* dos doentes foi altamente positivo, uma vez que os dez doentes que responderam ao MYMEDS, versão portuguesa concordaram, de forma unânime, que a ferramenta foi simples e fácil de usar. Todos responderam a todas as perguntas do questionário sem qualquer dificuldade de compreensão ou de interpretação e assim, não houve nenhuma alteração/modificação a decorrer desta etapa. Por conta disso, não foi realizada nenhuma mudança no questionário decorrente desta fase de nosso projeto.

3.4 FASE 4 - VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA

3.4.1. ANÁLISE DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO

O questionário MYMEDS foi distribuído a 177 doentes que aguardavam por consulta médica de cardiologia no Hospital de Santa Marta do CHULC, em Lisboa. Foram excluídos do estudo os questionários que não estavam completamente preenchidos.

Assim sendo, do total, 145 doentes preencheram completamente o questionário e constituíram a amostra em estudo (n). Desta forma, apresentamos na tabela 7 a caracterização da amostra: 145 doentes, com idade média de 59.67 anos com uma distribuição quase equivalente entre sexos – 50.3% do sexo masculino e 49.7% do sexo feminino. O nível de escolaridade mais referido foi até ao 12^o ano/antigo 5^o ano por 40 doentes (27.6%), seguido de Licenciatura por 30 doentes (20.7%) e a maioria dos mesmos vive acompanhado – 112 (77.2%).

Tabela 7 – Caracterização da amostra em estudo.

Amostra (n)	Idade média	Sexo (n - %)	Nível de escolaridade	Vive sozinho/ acompanhado	Taxa de resposta
145	59.67	n=72 – 49.7% (F), n=73 – 50.3% (M)	Menos de 4 – n=9 – 6.2%; 4º ano – n=25 – 17.2%; 6º ano – n=7 – 4.8%; 9º ano – n=16 – 11%; 12º ano – n=40 – 27.6%; Bacharelato – n=7 – 4.8%; Licenciatura – n=30 – 20.7%; Mestrado ou Doutorado – n=11 – 4.6%	Sozinho n =33 – 22.8% Acompanhado n=112 – 77.2%	81.92%

Legenda: F – sexo feminino e M – sexo Masculino.

Relativamente à caracterização da principal DCV, doença para a qual os participantes responderam ao questionário, as mais relatadas foram: HTA por 48 doentes (33.1%); arritmia cardíaca por sete doentes (4.8%), e EM por cinco doentes (3.5%). Três doentes (2.1%) relatam ter sofrido princípio de enfarte; também três doentes (2.1%) acometidos por insuficiência cardíaca, e dois (1.4%) que relataram apenas doença cardíaca. Para as seguintes DCV concomitantes, teve apenas um doente (0.7%) que relatou para cada uma delas: HTA e arritmia, HTA e enfarte, e HTA e doente cardíaco. Enquanto, 46 doentes (31.7%) não responderam a DCV pela qual são acometidos e também relataram não ter outras doenças crónicas, ainda, 28 doentes (19.3%) não responderam a esta questão.

Questionados se apresentam outras doenças crónicas para além da cardíaca/CV, a maioria dos doentes - 75 (51.7%) respondeu afirmativamente, destacando-se: diabetes Mellitus, dislipidemias (não relatada como DCV), asma, artrite reumatoide e artroses, fibromialgia, depressão/ansiedade, rinite alérgica, Alzheimer, anemia, psoríase, distúrbios da tireoide, cancro, doença de Parkinson, enxaqueca, gota, entre outras. Setenta doentes (48.3%) responderam que não possuem outra doença crónica.

Em relação ao completo preenchimento do questionário MYMEDS, cabe destacar que nossa taxa de resposta foi de 81.92% (n= 145).

Na secção onde se solicita para descreverem o nome dos medicamentos utilizados, apenas cinco doentes (3.4%) não responderam a esta questão. Em relação à dosagem, bem como quantas vezes por dia utiliza o medicamento, somente sete doentes (4.8%) não responderam a esta questão. Questionados sobre se sabem para que tomam o medicamento, 81 doentes (56.9%) souberam responder e apenas um doente (0.7%) respondeu “não tenho a certeza”. A maioria dos doentes - 106 (73.1%) utilizam mais do que dois medicamentos.

No que se refere aos medicamentos CV utilizados pelos doentes, notamos que os mais relatados foram, por ordem decrescente: os anti-hipertensivos da classe dos bloqueadores beta; as estatinas; os antiagregantes plaquetários; os anti-hipertensivos da classe dos inibidores da ECA, seguido dos anti-hipertensivos da classe ARA II.

Em relação à experiência no último mês, onde é solicitado para assinalar com que frequência tomou os seus medicamentos exatamente como o médico indicou, boa parte dos doentes não responderam a esta questão. Em relação ao medicamento aspirina: 51 doentes (35.2%) responderam a esta pergunta, destes, 39 doentes (26.9%) assinalaram a opção “sempre” e enquanto, 94 doentes (64.8%) não responderam à questão. Para os inibidores da ECA: 46 doentes (31.7%) responderam a esta questão, sendo que 37 doentes (25.5%) assinalaram com a opção “sempre” e 99 doentes (68.2%) não responderam. Quanto aos bloqueadores beta: 63 doentes (43.4%) responderam a esta pergunta, destes, 54 doentes (37.2%) assinalaram a opção “sempre”, enquanto 82 doentes (56.6%) não responderam. Em relação às estatinas: 87 doentes (60%) responderam a esta questão, sendo que 46 doentes (31.7%) preencheram a opção “sempre” e 58 doentes (40%) não responderam. Para os ARA II: 48 doentes (33.1%) responderam à pergunta, destes, 36 (24.8%) assinalaram a opção “sempre” e 97 doentes (68.3%) não responderam à pergunta.

No geral, na última secção que possui a questão aberta: “Existe mais alguma coisa relacionada com os seus medicamentos que gostaria de partilhar conosco”, somente oito doentes (5.5%) utilizaram a caixa de texto para partilhar informações adicionais e os comentários estão descritos na tabela 8. Os principais temas relatados podem ser agrupados nas seguintes categorias: i) efeitos físicos negativos (n= 2); ii) excesso de medicação (n= 2); iii) efeitos psicológicos (n= 1); iv) gestão da toma (n= 1); v) financeiros (n= 1) e vi) sem referência a problemas (n= 1).

Tabela 8: Comentários levantados na secção de texto livre do questionário MYMEDS.
Comentários

1. "Sinto muitas dores nas pernas depois que comecei a tomar os medicamentos"
2. "Fico ansioso quando os medicamentos estão a terminar"
3. "Gostava de tomar menos medicamentos, pelo menos em dosagem mais baixas"
4. "A dificuldade está em relacionar a receita e a dosagem com a "arrumação" dos medicamentos, sobretudo no caso de idosos. É demasiado complexo. Uma boa solução seria fazer a entrega ao doente uma matriz como acima no questionário."
5. "Se tivesse um único comprimido com associação seria uma vantagem na terapia"
6. "Tomo muitos medicamentos, anos atrás indicados, com custos elevados, praticamente sem recursos financeiros e sem ajuda das entidades competentes."

Comentários

7. "Toda medicação que me receitaram que está mencionado na página anterior, tomo sempre. Não tenho nada acrescentar porque estou bem informado."

8. "Por vezes hemorragias bucais (gengiva) e urinas ultrapassadas por espaçamento na toma de medicamentos. Paragem com as sinvastatinas por arroz vermelho, embora seja escandaloso o preço do mesmo e da lixiana."

Relativamente às questões do MYMEDS propriamente dito, no Grupo I - Compreensão e satisfação com os medicamentos (tabela 9) para as perguntas um, dois e três, a maioria dos doentes marcou a opção "concordo" (n= 93, n= 86 e n= 96, respectivamente). Também na pergunta três um doente comentou no campo "elabore/comente" com: "Sinto-me cansado". Enquanto para a pergunta quatro houve uma maior variação entre as respostas, onde a maioria (n= 59) marcou a opção "discordo" e outra parte que assinalou com "discordo fortemente" (n= 48).

Tabela 9 – Distribuição das respostas ao grupo I - Compreensão e satisfação com os medicamentos (n= 145).

Grupo I	Concordo fortemente (n - %)	Concordo (n - %)	Discordo (n - %)	Discordo fortemente (n - %)	Elabore / comente (n - %)
P1 - Compreendo perfeitamente os meus medicamentos para o coração e porque é que me foram receitados	51 (35.2%)	93 (64.1%)	1 (0.7%)	-	-
P2 - Estou convencido da importância de todos os meus medicamentos para o coração	60 (41.4%)	82 (56.6%)	3 (2.1%)	-	-
P3 - Os meus medicamentos para o coração parecem estar a funcionar em mim	43 (29.7%)	96 (66.2%)	6 (4.1%)	-	"Sinto-me cansado"
P4 -Pelo menos ocasionalmente, preciso de fazer alterações por mim próprio aos meus medicamentos para que façam efeito ou correspondam às minhas expectativas	5 (3.4%)	33 (22.8%)	59 (40.7%)	48 (33.1%)	-

Legenda: P1: Pergunta um, P2: Pergunta dois, P3: Pergunta três e P4: Pergunta quatro.

Neste grupo de perguntas, nota-se que os doentes concordam, compreendem e estão satisfeitos com os medicamentos utilizados e porque foram receitados. Também, estão convencidos da importância destes medicamentos e que os medicamentos parecem estar a funcionar. Enquanto, para a última pergunta deste grupo, os doentes discordaram quanto ao facto de realizar, ocasionalmente por conta própria, alterações nos medicamentos para que façam efeito. Porém, na mesma pergunta, alguns doentes concordaram com a necessidade de realizar alterações autónomas da medicação.

No Grupo II - Preocupações acerca dos medicamentos (tabela 10) para as perguntas cinco, seis e sete, a maioria dos doentes (n= 78, n= 84 e n= 75, respetivamente) respondeu "discordo". Sendo que cinco doentes responderam

“concordo fortemente” para a pergunta cinco. As outras opções de respostas permaneceram semelhantes para ambas as perguntas. Portanto, observa-se que a maioria dos doentes relata não ter preocupação acerca de que os medicamentos façam mais mal do que bem. Também discordam em estarem preocupados por receitarem medicamentos a mais e em alterar a forma de tomar os medicamentos. Por outro lado, uma parte das respostas apontam para a concordância com esses aspetos.

Tabela 10 – Distribuição das respostas ao grupo II - Preocupações acerca dos medicamentos (n= 145).

Grupo II	Concordo fortemente (n - %)	Concordo (n - %)	Discordo (n - %)	Discordo fortemente (n - %)	Elabore / comente (n - %)
P5 - Preocupa-me que um ou mais dos meus medicamentos me façam mais mal do que bem	5 (3.4%)	31 (21.4%)	78 (53.8%)	31 (21.4%)	-
P6 - Sinto-me preocupado por me receitarem medicamentos a mais	4 (2.8%)	32 (22.1%)	84 (57.9%)	25 (17.2%)	-
P7 - Por vezes altero a forma de tomar os meus medicamentos, reduzindo a dose ou interrompendo a toma (por exemplo, devido a sentir-me pior ou sentir-me preocupado ou por qualquer outra razão)	4 (2.8%)	22 (9%)	75 (53.8%)	44 (34.5%)	-

Legenda: P5: Pergunta cinco, P6: Pergunta seis e P7: Pergunta sete.

No Grupo III - Aspetos práticos acerca dos medicamentos (tabela 11) para as perguntas oito, nove, dez e onze, a maioria dos doentes (n= 78, n= 85, n= 84 e n= 76, respetivamente) preencheu a opção “discordo”. Sendo que as outras opções de respostas permaneceram semelhantes para ambas as perguntas. Verificamos, por isso, que a maior parte dos doentes respondeu discordar naquilo que envolve problemas na toma dos medicamentos, como ter dificuldade em: abrir os frascos ou retirar os comprimidos do invólucro, engolir os medicamentos, em conseguir as receitas e ainda, ler o rótulo das caixas ou frascos de medicamentos.

Tabela 11 – Distribuição das respostas ao grupo III – Aspetos práticos acerca dos medicamentos (n= 145).

Grupo III	Concordo fortemente (n - %)	Concordo (n - %)	Discordo (n - %)	Discordo fortemente (n - %)	Elabore / comente (n - %)
P8 - Tenho dificuldades em abrir os frascos dos medicamentos ou em retirar os comprimidos do invólucro e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa	4 (2.8%)	13 (9%)	78 (53.8%)	50 (34.5%)	-
P9 - Tenho dificuldade em engolir o(s) meu(s) medicamentos e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa	2 (1.4%)	11 (7.6%)	85 (58.6%)	47 (32.4%)	-
P10 - Tenho dificuldade em conseguir as receitas dos meus medicamentos e gostaria de ter ajuda em obter mais facilmente as receitas do meu médico	3 (2.1%)	23 (15.9%)	84 (57.9%)	35 (24.1%)	-
P11 - Tenho dificuldade em ler o rótulo das caixas ou frascos de medicamentos e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa	3 (2.1%)	26 (17.9%)	76 (52.4%)	40 (27.6%)	-

Legenda: P8: Pergunta oito P9: Pergunta nove, P10: Pergunta dez e P11: Pergunta onze.

No Grupo IV – Ajuste à toma dos medicamentos à rotina do doente (tabela 12) para as perguntas 12, 13 e 14 (n= 75, n= 90 e n= 63, respetivamente) a maioria dos doentes respondeu “discordo”. As outras opções de respostas permaneceram semelhantes para ambas as perguntas, sendo que apenas um doente respondeu “concordo fortemente” para as perguntas 12 e 13. Deste modo, percebe-se consideravelmente que a maioria dos doentes discorda em ter de ajustar a toma dos medicamentos à sua rotina e por sentirem-se incomodados por ter de tomar os medicamentos para o resto da vida. No entanto, alguns doentes responderam que concordam com essas questões.

Tabela 12 – Distribuição das respostas ao grupo IV – Ajuste à toma dos medicamentos à rotina do doente (n= 145).

Grupo IV	Concordo fortemente (n - %)	Concordo (n - %)	Discordo (n - %)	Discordo fortemente (n - %)	Elabore / comente (n - %)
P12 - Por vezes esqueço-me de tomar os meus medicamentos para o coração	1 (0.7%)	39 (26.9%)	75 (51.7%)	30 (20.7%)	-
P13 - Estou a ter dificuldade em encaixar na minha rotina diária a toma de um ou mais dos meus medicamentos para o coração	1 (0.7%)	12 (8.3%)	90 (62.1%)	42 (29%)	-
P14 - Sinto-me incomodado/aborrecido por ter de tomar todos os meus medicamentos do coração para o resto da minha vida	17 (11.7%)	38 (16.2%)	63 (43.4%)	27 (18.6%)	-

Legenda: P12: Pergunta 12, P13: Pergunta 13 e P14: Pergunta 14.

3.4.2. VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA

Análise Fatorial Confirmatória

Para a validação psicométrica, numa primeira fase foi implementado o modelo teórico de Khatib et al (2020) (15) onde foi realizada uma análise da matriz de correlações entre as dimensões (tabela 13), e verificou-se que as correlações entre as dimensões apresentam valores inferiores a 0.85 (valores superiores 0.85 são indicadores de que as dimensões avaliam o mesmo conceito podendo ser agregadas numa única dimensão) e a correspondente matriz de covariâncias é definida positiva (determinante é diferente de zero), permitindo realizar a análise subsequente.

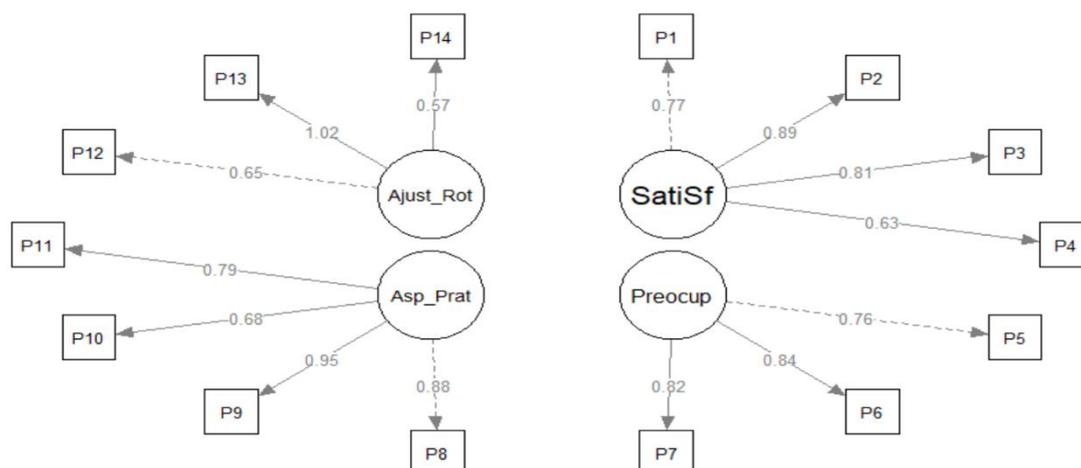
Tabela 13: Matriz de correlações entre as dimensões.

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Grupo I	1.000			
Grupo II	0.580	1.000		
Grupo III	0.485	0.660	1.000	
Grupo IV	0.530	0.617	0.696	1.000

Legenda: Grupo I (Compreensão e satisfação com os medicamentos); Grupo II (Preocupações acerca dos medicamentos); Grupo III (Aspectos práticos acerca dos medicamentos) e Grupo IV (Ajuste à toma dos medicamentos à rotina do doente).

Na figura 3 pode observar-se a proposta do modelo resultante da AFC. O diagrama de caminhos para este modelo mostra a relação dos itens individuais com as dimensões. As setas mostram a relação entre as dimensões e os itens. Os coeficientes estandardizados mostram a força dessas relações. Um coeficiente menor que 0.1 indica um baixo efeito; coeficientes em torno de 0.3 indicam um efeito médio, enquanto efeitos grandes são sugeridos por coeficientes maiores ou iguais a 0.5. Todos os itens têm valores superiores a 0.6, sendo um indicador que devem ser mantidos no modelo.

Figura 3: Diagrama de caminhos proposto pela AFC.



Legenda: Retângulos representam itens, círculos representam fatores (dimensões), e os valores nas setas são os pesos fatoriais (valores próprios ou *eigenvalues*) estandardizados; P1: Pergunta um, P2: Pergunta dois; P3: Pergunta três; P4: Pergunta quatro; P5: Pergunta cinco; P6: Pergunta seis; P7: Pergunta sete; P8: Pergunta oito; P9: Pergunta nove; P10: Pergunta 10; P11: Pergunta 11; P12: Pergunta 12; P13: Pergunta 13; P14: Pergunta 14; SatiSf: Grupo I (Compreensão e satisfação com os medicamentos); Preocup: Grupo II (Preocupações acerca dos medicamentos); Asp_Prát: Grupo III (Aspectos práticos acerca dos medicamentos) e Ajust_Rot: Grupo IV (Ajuste à toma dos medicamentos à rotina do doente).

A análise indicou que o modelo proposto por Khatib et al (2020) (15) apresenta um ajustamento global fraco face à amostra em estudo ($\chi^2/df=5.012$ (inaceitável); *Comparative Fit Index (CFI)*=0.966 (muito bom); *Goodness-of-fit Index (GFI)*=0.967 (muito bom); *Tucker-Lewis index (TLI)*=0.956 (muito bom); *Parsimony GFI (PGFI)* =0.528 (mau); *Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)*=0.153 (inapropriado); $p < .001$; IC a 90% RMSEA [0.138;0.169]).

A análise destes coeficientes leva-nos a concluir que o modelo deve ser alvo de uma análise de modo a aumentar a sua qualidade. Na tabela 14 apresentam-se os valores obtidos para a análise da fiabilidade interna para as quatro dimensões e ainda os valores que se obteria caso se removesse o item de uma determinada dimensão.

Tabela 14 – Coeficientes para Análise da Consistência Interna.

Dimensão	α <i>Cronbach</i>	ω McDonald	AIIC
1. Compreensão e Satisfação com os seus medicamentos	0.645	0.762	0.385
Pergunta um	0.536	0.680	-
Pergunta dois	0.434	0.615	-
Pergunta três	0.503	0.695	-
Pergunta quatro	0.829	0.837	-
2. Preocupações acerca dos seus medicamentos	0.718	0.751	0.465
Pergunta cinco	0.509	0.510	-
Pergunta seis	0.538	0.538	-
Pergunta sete	0.811	0.812	-
3. Aspectos práticos acerca dos seus medicamentos	0.836	0.842	0.565
Pergunta oito	0.781	0.784	-
Pergunta nove	0.761	0.764	-
Pergunta dez	0.825	0.843	-
Pergunta onze	0.801	0.825	-
4. Ajustando a toma dos medicamentos às suas rotinas	0.689	0.724	0.453
Pergunta doze	0.554	0.584	-
Pergunta treze	0.535	0.542	-
Pergunta quatorze	0.721	0.730	-
Total	0.858	0.867	0.312

Legenda: α (Alpha) de *Cronbach*; ω (Omega) de McDonald; AIIC - *Average Inter-Item Correlation*.

Podemos observar que para todos os coeficientes podemos concluir que todas as dimensões avaliam adequadamente, porém em termos globais, o valor do alfa de *Cronbach* poderia ser mais elevado. As dimensões um e quatro são as que obtiveram valores mais baixos para o alfa de *Cronbach*, sendo que removendo os itens Pergunta quatro e Pergunta 14, contribuem para um aumento da consistência interna das respetivas dimensões, assim como o item Pergunta sete também contribui para aumento, embora menos evidente.

Perante a análise anterior realizou-se uma nova AFC, onde se removeram os itens anteriormente identificados, um a um e analisou-se o impacto na qualidade do ajustamento do modelo. Na tabela 15 apresentam-se os valores obtidos para os índices de avaliação da qualidade do ajustamento do modelo teórico para cada item removido.

Tabela 15 – Índices de qualidade do ajustamento do modelo removendo itens ao modelo teórico.

Índice	Remoção P4	Remoção P7	Remoção P14
χ^2/df	2.96	4.39	5.60
CFI	0.985	0.973	0.966
GFI	0.983	0.973	0.968
TLI	0.980	0.965	0.955
PGFI	0.509	0.504	0.501
RMSEA	0.107; p<0.001; IC[0.089;0.126]	0.141; p<0.001, IC[0.124;0.159]	0.164; p<0.001; IC[0.147;0.182]

Legenda: CFI: *Comparative Fit Index*; GFI: *Goodness-of-fit Index*; TLI: *Tucker-Lewis index*; PGFI: *Parsimony Goodness-of-fit Index*; RMSEA: *Root Mean Square Error of Approximation*; P4: Pergunta quatro; P7: Pergunta sete e P14: Pergunta 14.

Pela análise da tabela acima, a remoção dos itens um a um ainda não permitiu obter valores para o RMSEA satisfatórios, pelo que se analisou a remoção dos itens Pergunta quatro e Pergunta sete, sendo que estes de uma forma individual foram os que permitiram obter melhores valores para os índices de qualidade do ajustamento.

Tabela 16 – Índices de qualidade do ajustamento do modelo removendo dois itens ao modelo teórico original.

Dimensão	Remoção P4 e P7
χ^2/df	2.42
CFI	0.990
GFI	0.987
TLI	0.987
PGFI	0.479
RMSEA	0.091; p=0.001, IC[0.070; 0.112]

Legenda: χ^2 : teste do qui-quadrado; CFI: *Comparative Fit Index*; GFI: *Goodness-of-fit Index*; TLI: *Tucker-Lewis index*; PGFI: *Parsimony Goodness-of-fit Index*; RMSEA: *Root Mean Square Error of Approximation*; P4: Pergunta quatro e P7: Pergunta sete.

A remoção dos dois itens levou a uma melhoria do ajustamento do modelo. Em particular o valor RMSEA (tabela 16). Porém este último índice é muito influenciado pela dimensão da amostra e pelo número de graus de liberdade, i.e., amostras de dimensões pequenas e com um número de graus de liberdade pequeno o valor do RMSEA pode ser enviesado (82). Como tal, consideramos que o modelo final proposto resulta de remover os itens Pergunta quatro e Pergunta sete. Também se realizaram as análises do ajustamento resultantes de remover as restantes combinações dois a dois dos itens e removendo também os três itens em simultâneo. Os resultados mais satisfatórios correspondem à remoção dos itens Pergunta quatro e Pergunta sete.

Na tabela 17 apresenta-se a matriz de correlações do modelo proposto e todas as correlações são inferiores a 0.85.

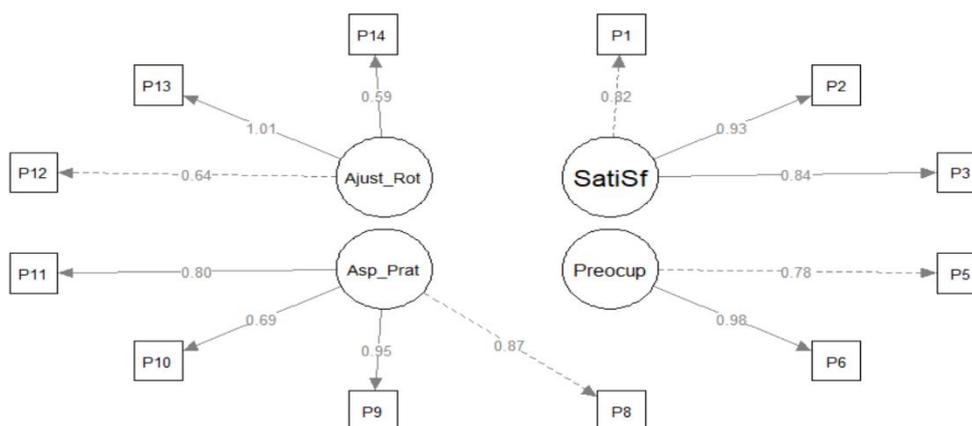
Tabela 17 – Matriz de correlações entre as dimensões no novo modelo proposto.

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Grupo I	1.000			
Grupo II	0.351	1.000		
Grupo III	0.394	0.562	1.000	
Grupo IV	0.458	0.508	0.700	1.000

Legenda: Grupo I (Compreensão e satisfação com os medicamentos); Grupo II (Preocupações acerca dos medicamentos); Grupo III (Aspectos práticos acerca dos medicamentos) e Grupo IV (Ajuste à toma dos medicamentos à rotina do doente).

Na figura 4 apresenta-se o gráfico dos caminhos do modelo proposto com remoção da Pergunta quatro e Pergunta sete.

Figura 4: Diagrama de caminhos proposto pela AFC com remoção P4 e P7.



Legenda: Retângulos representam itens, círculos representam fatores (dimensões), e os valores nas setas são os pesos fatoriais (valores próprios ou *eigenvalues*) estandardizados; P1: Pergunta um, P2: Pergunta dois; P3: Pergunta três; P4: Pergunta quatro; P5: Pergunta cinco; P6: Pergunta seis; P7: Pergunta sete; P8: Pergunta oito; P9: Pergunta nove; P10: Pergunta 10; P11: Pergunta 11; P12: Pergunta 12; P13: Pergunta 13; P14: Pergunta 14; SatiSf: Grupo I (Compreensão e satisfação com os medicamentos); Preocup: Grupo II (Preocupações acerca dos medicamentos); Asp_Prát: Grupo III (Aspectos práticos acerca dos medicamentos) e Ajust_Rot: Grupo IV (Ajuste à toma dos medicamentos à rotina do doente).

Todos os itens têm valores superiores a 0.6, sendo um indicador que devem ser mantidos no modelo. Portanto, dos resultados decorrentes desta fase de nosso trabalho, alcançamos a versão em português do questionário MYMEDS. Assim, através desta validação, a versão na língua portuguesa implica em menos duas perguntas em relação a versão original (Anexo VII – MYMEDS na versão em português).

4. CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo que teve como principal objetivo validar o questionário MYMEDS para português, as pequenas diferenças encontradas inicialmente com a primeira tradução (partindo da língua materna (inglesa) para a portuguesa) e posteriormente com a retroversão, não interferiram com a interpretação das perguntas. Por conta disso, manteve-se a versão para português praticamente tal como estava face à tradução inicial. As ligeiras alterações realizadas levaram em consideração a forma escrita e falada em português, com a finalidade de adaptar conforme a situação, realidade e à cultura portuguesa, nomeadamente quanto à toma de medicamentos.

Em relação a validação de conteúdo e adaptação cultural, através da técnica Delphi, nossos resultados mostraram que o painel de especialistas avaliou positivamente as questões do questionário nos três critérios propostos para cada pergunta do MYMEDS. Logo, houve consenso entre os peritos no que compete à relevância das perguntas para identificar barreiras à toma dos medicamentos; em relação à qualidade de formulação e clareza das perguntas e quanto à adequação à realidade dos doentes portugueses e à cultura portuguesa para as 14 perguntas analisadas. Mesmo por pouco que sejam, nossos participantes demonstraram resultados positivos que vão de encontro com os obtidos por Naughton et al (2017) (83). Uma vez que em termos de escala Likert de quatro pontos de nosso estudo, o consenso do formato de resposta foi alcançado quando a frequência de respostas entre as opções três e quatro foi igual ou superior a 70%. Portanto, esta fase buscou analisar se existe consenso entre as respostas aos peritos e conforme demonstrado nas tabelas de cada grupo de perguntas do questionário, onde a mediana das respostas foi sempre igual ou superior a três, pode-se afirmar que houve consenso (concordância) entre os peritos para cada uma das perguntas do questionário MYMEDS e nos três critérios analisados.

Em nosso pré-teste realizado com uma amostra de dez indivíduos, do mesmo modo que ocorre com o painel de peritos, por poucos que sejam, a adaptação dos doentes ao questionário foi positiva, uma vez que os doentes não sugeriram alterações, não apresentaram dúvidas e nem dificuldades decorrentes da compreensão e interpretação do texto. Semelhante aos resultados discutidos por Revicki et al (2007) (84) que demonstra a importância de envolver os doentes durante a validação de uma ferramenta, tal como o realizado neste estudo.

O questionário MYMEDS foi inicialmente desenvolvido para doentes que sofreram EM e que utilizam MPS (15), todavia, neste trabalho relativamente na fase de validação psicométrica, optamos por incluir doentes utilizando medicação para qualquer DCV. Através disso, esta ferramenta pode ser direcionada para doentes que tomam medicação para doença cardíaca/cardiovascular, independentemente de ser prevenção primária e/ou secundária. Posto isso, ressalta-se que vai de encontro com a discussão feita pelo autor da versão original do MYMEDS (15).

Nosso estudo conseguiu alcançar o número de indivíduos necessários para a realização dos testes e das análises psicométricas, onde nossa amostra foi constituída de 145 doentes, os quais responderam completamente as 14 perguntas do MYMEDS.

A avaliação da qualidade do modelo (e.g. modelo teórico associado ao um questionário) teve como objetivo avaliar o quão bem o modelo teórico é capaz de reproduzir a estrutura correlacional das variáveis manifestas observadas (itens) na amostra em estudo. Neste contexto, a AFC foi utilizada na validação fatorial para avaliar a qualidade de ajustamento do modelo associado ao questionário desenvolvido por Khatib et al (2020) (15). Por outro lado, como os dados utilizados são ordinais, foi usada uma matriz de correlação policórica para análise da AFC e uma Rotação Varimax, onde o método dos mínimos quadrados ponderados diagonalmente (DWLS, do inglês *Diagonal Weighted Least Square*) foi usado para estimar os parâmetros do modelo. No âmbito da AFC é usual avaliar, para além da qualidade global do ajustamento, a fiabilidade e a validade dos instrumentos de medida (85-86).

Os testes de ajustamento, nomeadamente o teste do χ^2 (qui-quadrado) de ajustamento, testa idealisticamente, se o ajustamento é perfeito. Apesar deste teste ser utilizado frequentemente, a sua utilização não é válida na grande maioria das aplicações, em particular quando as dimensões das amostras são muito elevadas (>200). Atualmente, existem vários índices que, com base empírica nem sempre isenta de crítica, podem ser utilizados em alternativa. Neste trabalho foram utilizados alguns índices, cuja seleção teve por base os índices que a maioria dos autores reporta: GFI, este índice explica a proporção da covariância observada entre as variáveis manifestas (itens), explicadas pelo modelo ajustado (um conceito semelhante ao R^2 (coeficiente de determinação da regressão linear). De uma forma geral considera-se que valores do GFI inferiores a 0.9 indicam modelos com mau ajustamento aos dados, entre [0.9;0.95[indica um bom ajustamento e valores de GFI superiores a 0.95 são indicadores de um

ajustamento muito bom. CFI, proposto por Bentler (1990) (87) para corrigir a subestimação que pode ocorrer quando as amostras são pequenas, este índice é portanto, independente da dimensão da amostra. Valores inferiores a 0.9 indicam um mau ajustamento, valores entre [0.9;0.95] indicam um ajustamento bom e valores superiores ou iguais a 0.95 indicam um ajustamento muito bom. TLI, varia entre zero e um, mas não está limitado a este intervalo. Valores próximos de um indicam um ajustamento muito bom. PGFI é obtido para compensar a melhoria “artificial” do modelo que se consegue simplesmente por inclusão de mais parâmetros, isto é, um modelo mais complexo pode ter melhor ajustamento do que um modelo mais simples (parcimonioso). Os valores de referência indicadores de bom ajustamento, de uma forma geral valores inferiores a 0.6 indicam um mau ajustamento, valores no intervalo]0.6,0.8] indicam um ajustamento razoável e valores superiores a 0.8 são indicadores de um bom ajustamento. O índice RMSEA foi proposto por Steiger et al (1985) (88) de modo a compensar a melhoria, potencial, do ajustamento do modelo pela simples adição de mais parâmetros. Estudos empíricos têm sugerido que o ajustamento do modelo é inapropriado quando a estimativa pontual do RMSEA é superior a 0.1, é considerado medíocre para valores do RMSEA no intervalo [0.08; 0.10], bom para [0.05; 0.08] e muito bom quando apresenta valores inferiores a 0.05.

Para a análise da fiabilidade interna foram obtidos os seguintes coeficientes: alfa (α) de Cronbach (89) onde valores >0.7 é considerado adequado para um questionário, no entanto há autores que consideram adequado para valores superiores a 0.6. O α de Cronbach para o questionário no total deverá ser pelo menos 0.9. Porém a validade deste coeficiente tem sido questionada e têm sido propostos outros coeficientes como o *average inter-item correlation* (AIIC), onde valores entre 0.15 e 0.5 são considerados adequados. Também se calculou o ómega (ω) de McDonald (90), onde valores entre 0.7 e 0.9 são considerados adequados. Estes dois últimos coeficientes são independentes do número de itens que uma dimensão é composta e da dimensão da amostra.

Da análise realizada resultou a remoção do questionário MYMEDS em Português das perguntas quatro e sete, uma vez que tal permitiu um melhor ajustamento do modelo desenvolvido, em particular o valor RMSEA. Acrescenta que aquando da validação de conteúdo, a pergunta quatro foi aquela onde houve peritos a considerá-la como irrelevante e inadequada. Na mesma pergunta, também houve maior variação

entre as respostas dos doentes ao questionário, onde a grande maioria assinalou a opção “discordo” e “discordo fortemente”.

Os dados sociodemográficos demonstraram que a maior parte dos doentes têm menos de 60 anos, são do sexo masculino, com nível de escolaridade até o 12º ano e vivem acompanhados. A DCV mais predominantemente relatada foi a HTA e a maioria dos doentes possui outras doenças crónicas (para além da DCV), sendo a diabetes Mellitus a mais descrita.

Além disso, notamos que a maioria dos doentes descreveu e/ou identificou os medicamentos que fazem uso, pois somente cinco doentes não responderam a esta questão. Identificamos que novamente a maioria dos doentes responderam quantas vezes ao dia utilizam seus medicamentos, sendo apenas sete doentes que não responderam à pergunta. Por outro lado, observamos que boa parte dos doentes (n= 63 – 43.45%) não responderam se sabe o motivo para que tomam os medicamentos e ainda, apenas um doente que relatou para esta pergunta com “não tenho a certeza”.

Percebemos que a maioria dos doentes (106 – 73.1%) utilizam mais de dois medicamentos. Que os medicamentos CV mais relatados foram os anti-hipertensivos da classe dos bloqueadores beta, seguidos das estatinas e os antiagregantes plaquetários. Já em relação às outras doenças crónicas apresentadas pelos doentes, a diabetes Mellitus foi a mais relatada e conseqüentemente os hipoglicemiantes orais também foram medicamentos muito citados pelos indivíduos.

Descobrimos, em relação à última secção do questionário (pergunta aberta), que a maioria dos doentes (137 – 94.5%) não sentiu necessidade/vontade de partilhar outras informações relacionadas com os seus medicamentos, pois somente oito indivíduos (5.5%) partilharam informações no espaço destinado a esta questão. Sendo, portanto, os efeitos físicos negativos que foram relatados com mais frequência, seguidos pelo excesso de medicação, efeitos psicológicos, gestão da toma e também os aspetos financeiros.

Notamos algumas possíveis barreiras que os doentes podem percecionar em relação a adesão à terapêutica. São questões que envolvem aspetos como: ter de alterar, ocasionalmente por conta própria os medicamentos para que façam efeito ou para que correspondam às expectativas. Também, o facto de que um ou mais dos

medicamentos estão a fazer mais mal do que bem, por sentirem-se preocupados ao receitarem medicamentos a mais e até mesmo, por vezes alterar a forma de tomar os medicamentos (reduzindo a dose ou interrompendo a toma). E ainda, quanto às questões como ter de ajustar a toma dos medicamentos às rotinas, por vezes esquecerem-se de tomar os medicamentos, dificuldades de encaixar na rotina diária ou até por sentirem-se incomodados por ter de tomar os medicamentos para o resto da vida, parecem estar entre as possíveis barreiras de adesão à terapêutica decorrente desta amostra em nosso estudo.

Por outro lado, questões que envolvem a compreensão e satisfação em relação aos medicamentos para o coração e porque foram receitados ou em estar convencido da importância dos medicamentos e que estes parecem estar a funcionar, parecem não estar entre as barreiras de adesão. Assim como, os aspetos práticos acerca dos medicamentos como ter dificuldade em abrir os frascos ou em retirar os comprimidos do invólucro, ter dificuldade em engolir os medicamentos, ter dificuldade em conseguir as receitas e ainda ter dificuldade em ler o rótulo das caixas, também não se encontram entre as prováveis barreiras de adesão à terapêutica percebidas em nosso estudo. Enquanto, na parte que avalia exclusivamente a adesão à terapêutica observamos que para aqueles doentes que responderam a esta questão, boa parte respondeu com a opção “sempre”.

Diante disso, esta versão em português do questionário MYMEDS pode ser considerada como uma versão linguisticamente válida e confiável, uma vez que nossos resultados demonstraram boas propriedades psicométricas. Segundo Pasquali (1997) (91), a validação psicométrica juntamente com métodos de análises estatísticas busca mensurar fenômenos psicológicos, emocionais ou cognitivos. Além de fundamentar o referencial teórico e de validar um instrumento, conferindo assim qualidade teórica, pelo que é de grande relevância para o desenvolvimento de trabalhos voltados para a construção e/ou validação de ferramentas tal como neste estudo. Logo, os resultados da validação psicométrica com a aplicação do questionário MYMDES na versão portuguesa, demonstraram que esta versão é similar à versão original, uma vez que a adaptação ao português implica que tenha menos duas perguntas que a versão original.

Devemos reconhecer algumas limitações do presente estudo. Em primeiro lugar, referente à participação de um número reduzido de doentes durante o pré-teste, mesmo como o demonstrado por Blair et al (2011) (92) em que uma pequena amostra pode

revelar problemas críticos, entretanto, não podemos descartar que um maior número de respondentes poderia revelar problemas adicionais em relação ao conteúdo deste questionário.

Quanto ao questionário e a forma de preenchimento, uma limitação é por ser baseado no autorrelato do doente. Segundo Johnson et al (2005) (93) o autorrelato pode apresentar viés de memória/esquecimento ou de desejabilidade social, no sentido de direcionar as respostas. Pois muitas vezes os indivíduos percebem o que os profissionais da saúde (ou investigadores) desejam obter como respostas em relação a uma boa/adequada adesão à terapêutica.

Por fim, seria de interesse a aplicação do questionário MYMEDS em outros países falantes da língua portuguesa e até mesmo no Brasil, uma vez que exigirá pequenas mudanças das particularidades no vocabulário, decorrente da versão aqui apresentada ser em português europeu (escrito e falado).

Deste modo, nosso estudo reforça que o questionário MYMEDS é um instrumento simples e de fácil aplicação na prática clínica diária, que permite avaliar as barreiras modificáveis (reais e potenciais) da adesão à terapêutica em indivíduos com DCV, assim como em sua versão original (15). Com isso, a partir desta tradução e validação para a língua portuguesa e de acordo com os resultados encontrados neste trabalho, percebemos que o questionário teve boa aceitabilidade pelos doentes. Ainda, identificamos que os doentes levaram menos de 10 minutos para responder todas as perguntas do questionário.

5. CAPÍTULO V – CONCLUSÕES

No geral, nosso estudo mostrou que o questionário MYMEDS é uma ferramenta com potencial para ser utilizada na prática clínica diária, quer seja por profissional de saúde ou de investigação neste âmbito. Realizamos pequenas alterações durante a fase de tradução e retroversão, levando sempre em consideração o objetivo deste trabalho de validar o questionário, realizando adaptações relativas à realidade e à cultura portuguesa quanto à toma de medicamentos. Além disso, a fase de validação de conteúdo realizada pelos peritos demonstrou a relevância, qualidade de formulação/clareza e adequação à realidade portuguesa das 14 perguntas do MYMEDS. Demonstrando assim que se trata de um instrumento simples e de fácil preenchimento, tal como se observou nos resultados do pré-teste, os quais foram altamente positivos.

Os resultados da validação psicométrica demonstraram que após a remoção das perguntas quatro e sete, todos os itens no diagrama de caminhos proposto pela AFC têm valores superiores a 0.6, sendo um indicador que devem ser mantidos no modelo. Logo, esta versão portuguesa é similar à versão original, uma vez que a adaptação ao português implica que tenha menos duas perguntas que a versão original. Além disso, é um questionário que permite identificar as barreiras modificáveis (reais e potenciais) que influenciam a adesão à terapêutica em doentes com DCV e com medicamentos CV prescritos. E que a partir desta validação está adaptado à cultura e à realidade portuguesa quanto à toma de medicamentos.

Convém destacar que os dados relativos às potenciais barreiras a utilização dos medicamentos que os doentes podem percecionar, não foram discutidos com ênfase neste presente trabalho, uma vez que não estavam entre os objetivos. Por outro lado, a partir desta validação é esperado que o questionário possa identificar tais fatores. Fatores que podem diminuir a adesão aos medicamentos CV, consequentemente, a sua efetividade.

Apesar disso, seria importante avaliar a adesão à terapêutica face a outros centros de estudo, pois neste desenho não incluímos outros centros de investigação. Mesmo, seria interessante realizar a comparação da adesão à terapêutica, quer seja por meio de outras escalas/questionários ou até mesmo através de medidas objetivas de adesão à terapêutica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vrijens B, Antoniou S, Burnier M, de la Sierra A, Volpe M. Current Situation of Medication Adherence in Hypertension. *Front Pharmacol*. 2017; 8:100.
2. Borzecki AM, Oliveria SA, Berlowitz DR. Barriers to hypertension control. *Am Heart J*. 2005; 149(5):785–94.
3. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, et al. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(4):e5641.
4. Khatib R, Patel N, Lavery U, et al. Re-engineering the post-myocardial infarction medicines optimisation pathway: a retrospective analysis of a joint consultant pharmacist and cardiologist clinic model. *Open Hear*. 2018; 5(2):e000921.
5. Khatib R, Marshall K, Silcock J, et al. Adherence to coronary artery disease secondary prevention medicines: exploring modifiable barriers. *Open Heart*. 2019; 6(2):e000997.
6. Chowdhury R, Khan H, Heydon E, et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur Heart J*. 2013; 34:2940-8.
7. Haynes RB, Montague P, Oliver T, et al. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2):CD000011.
8. Naderi S, Bestwick J, Wald D. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am J Med*. 2012; 125:882–7.
9. Sabate E. *Adherence to long-term therapies - Evidence for action*. Geneva: World Health Organization, 2003.
10. Brown MT, Bussell JK. Medication Adherence: WHO Cares? *Mayo Clin Proc*. 2011; 86(4):304-314.
11. Morrison VL, Holmes EAF, Parveen S, et al. Predictors of Self-Reported Adherence to Antihypertensive Medicines: A Multinational, Cross-Sectional Survey. *Value Heal*. 2015; 18(2):206–16.
12. Leslie KH, McCowan C, & Pell JP. Adherence to cardiovascular medication: a review of systematic reviews. *Journal of public health*. 2019; 41(1), e84–e94.
13. Easthall C, Taylor N, Bhattacharya D. Barriers to medication adherence in patients prescribed medicines for the prevention of cardiovascular disease: a conceptual framework, *International Journal of Pharmacy Practice*. 2019; 27(3); 223–231.

14. Wijisen LD, Borsboom D, Cabaço T, Heiser WJ. An Academic Genealogy of Psychometric Society Presidents. *Psychometrika*. 2019; 84(2):562-588.
15. Khatib R, Patel N, Hall AS. The my experience of taking medicines (MYMEDS) questionnaire for assessing medicines adherence barriers in post-myocardial infarction patients: development and utility. *BMC Cardiovasc Disord*. 2020; 20(1):46.
16. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005; 365:217-23.
17. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;380(9859):2224–2260.
18. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*. 2002; 360:1347–60.
19. World Health Organization. Global burden of disease. Geneva: WHO Press; 2008.
20. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update from the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Dec 22;76(25):2982-3021.
21. 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;32:1211–1221.
22. Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, et al. Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Rev Port Cardiol*. 2007;26(1):21-39.
23. Uva MS, Victorino P, Roquette R, Machado A, Dias CM. Epidemiological research on the incidence and prevalence of hypertension in the Portuguese population: A scoping review. *Rev Port Cardiol*. 2014;33:451-63.
24. Polanczyk CA. Epidemiology of Cardiovascular Diseases in Brazil: The Truth Hidden in the Numbers. *Arq Bras Cardiol*. 2020 Aug 28;115(2):161-162.
25. Figueiredo FSF, Rodrigues TFCDS, Rêgo ADS, et al. Distribution and spatial autocorrelation of the hospitalizations for cardiovascular diseases in adults in Brazil. *Rev Gaucha Enferm*. 2020 Jun 12;41:e20190314.
26. Brant LCC, Nascimento BR, Veloso GA, et al. Burden of Cardiovascular diseases attributable to risk factors in Brazil: data from the "Global Burden of Disease 2019" study. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2022 Jan 28;55(suppl 1):e0263.

27. Direção-Geral da Saúde. Hipertensão Arterial: definição e classificação. Direção-Geral da Saúde: Norma clínica n.º 20/2011. Atualização 19/03/2013.
28. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2021; 116(3):516-658.
29. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al; and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High BP: The JNC 7 Report. *Hypertension.* 2003;42:1206–1252.
30. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens.* 2007;25:1105–1187.
31. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. Task Force Members. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens.* 2013;31(7):1281-357.
32. Chobanian A. The Hypertension Paradox — More Uncontrolled Disease despite Improved Therapy. *N Engl J Med.* 2009; 361:878-87.
33. Chobanian A. Impact of Nonadherence to Antihypertensive Therapy. *Circulation.* 2009; 120:1558-60.
34. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 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). *JAMA.* 2014;311(5):507-520.
35. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2004, Issue 3. Art. No.: CD004804.
36. Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. *Rev Port Cardiol.* 2006;25(6):649-60.
37. Sabate E. Adherence to long-term therapies - Evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.
38. 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 trials. *BMJ.* 2009;338:b1665.

39. Brown MT, Bussell JK. Medication Adherence: WHO Cares? *Mayo Clin Proc.* 2011;86(4):304-314.
40. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005; 353(5):487-497.
41. Bramley TJ, Gerbino PP, Nightengale BS, Frech-Tamas F. Relationship of Blood Pressure Control to Adherence With Antihypertensive Monotherapy in 13 Managed Care Organizations. *J Manag Care Pharm.* 2006;12(3):239-45.
42. Chowdhury R, Khan H, Heydon E, et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur Heart J.* 2013; 34:2940-8.
43. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol.* 2013; 4:91.
44. Cutler DM, Everett W. Thinking outside the pillbox—medication adherence as a priority for health care reform. *N Engl J Med.* 2010; 362:1553–1555.
45. Munger, MA, Van Tassel, BW, LaFleur, J. Medication Nonadherence: An Unrecognized Cardiovascular Risk Factor. *Med Gen Med.* 2007;9(3):58.
46. Boswell KA, Cook CL, Burch SP, et al. Associating Medication Adherence With Improved Outcomes: A Systematic Literature Review. *Am J Pharm Benefits.* 2012;4(4):e97-e108.
47. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005; 8:19-32.
48. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986 Jan; 24(1):67-74.
49. Svarstad BL, Chewing BA, Sleath BL, Claesson C. The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Education and Counseling.* 1999; 37(2), 113–124.
50. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2008 May;10(5):348-54.
51. Tran VT, Montori VM, Eton DT, et al. Development and description of measurement properties of an instrument to assess treatment burden among patients with multiple chronic conditions. *BMC Med.* 2012 Jul 4; 10:68.
52. Ueno H, Yamazaki Y, Yonekura Y, et al. Reliability and validity of a 12-item medication adherence scale for patients with chronic disease in Japan. *BMC Health Services Research.* 2018 Jul 31; 18(1), 592.

53. Weinman J, Graham S, Canfield M, et al. The Intentional Non-Adherence Scale (INAS): Initial development and validation. *J Psychosom Res.* 2018 Dec; 115:110-116.
54. Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, et al. Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health services research.* 2005;40(6p1), 1918-1930.
55. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, et al. The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research.* 2006; 60(6), 631-637.
56. Garfield S, Eliasson L, Clifford S, et al. Developing the Diagnostic Adherence to Medication Scale (the DAMS) for use in clinical practice. *BMC Health Serv Res.* 2012 Oct 8; 12:350.
57. Lu M, Safren SA, Skolnik PR, et al. Optimal recall period and response task for self-reported HIV medication adherence. *AIDS & Behaviour.* 2008; 12:86–94.
58. Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *Value Health.* 2009 Jan-Feb;12(1):118-23.
59. Matza LS, Park J, Coyne KS, et al. Derivation and validation of the ASK-12 adherence barrier survey. *Ann Pharmacother.* 2009 Oct;43(10):1621-30.
60. Ogedegbe G, Mancuso CA, Algrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2003;56(6), 520–529.
61. Wetzels G, Nelemans P, van Wijk, B, et al. Determinants of poor adherence in hypertensive patients: Development and validation of the “Maastricht Utrecht Adherence in Hypertension (MUAH)-questionnaire.” *Patient Education and Counseling.* 2006; 64(1), 151–158.
62. Ma C, Chen S, You L, Luo Z, Xing C. Development and psychometric evaluation of the Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension. *Journal of Advanced Nursing.* 2012; 68(6), 1402–1413.
63. Scholz U, Gutiérrez DB, Sud S, et al. Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment.* 2022; 18, 242-251.
64. Buszko K, Obońska K, Michalski P, et al. The Adherence Scale in Chronic Diseases (ASCD). The power of knowledge: the key to successful patient — health care provider cooperation. *Med Res J.* 2016; 1 (1): 37–42.
65. Bloch KV, Melo AN, Nogueira AR. Prevalence of anti-hypertensive treatment adherence in patients with resistant hypertension and validation of three indirect methods for assessing treatment adherence. *Cadernos de saúde pública.* 2008, 24(12), 2979–2984.

66. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. The Brief Medication Questionnaire and Morisky-Green test to evaluate medication adherence. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):279-289.
67. de Oliveira-Filho AD, Morisky DE, Neves SJ, et al. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. *Res Social Adm Pharm*. 2014;10(3):554-561.
68. Cabral AC, Moura-Ramos M, Castel-Branco M, et al. Cross-cultural adaptation and validation of a European Portuguese version of the 8-item Morisky medication adherence scale. *Rev Port Cardiol (Engl Ed)*. 2018;37(4):297-303.
69. Sampaio R, Cruz M, Pinho S, et al. Portuguese Version of the Intentional Non-Adherence Scale: Validation in a Population of Chronic Pain Patients. *Front Pharmacol*. 2021 Jul 19; 12:681378.
70. Cabral AC, Castel-Branco M, Caramona M, et al. Developing an adherence in hypertension questionnaire short version: MUAH-16. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2018;20(1):118-124.
71. 56. Martinez-Perez P, Orozco-Beltrán D, Pomares-Gomez F, et al. Validation and psychometric properties of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in type 2 diabetes patients in Spain. *Aten Primaria*. 2021 Feb; 53(2):101942.
72. Zhang Y, Wang R, Chen Q, et al. Reliability and validity of a modified 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with chronic pain. *Ann Palliat Med*. 2021 Aug;10(8):9088-9095.
73. Janežič A, Locatelli I, Kos M. Criterion validity of 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with asthma. *PLoS One*. 2017 Nov 30;12(11):e0187835.
74. Tomaszewski D, Aronson BD, Kading M, Morisky D. Relationship between self-efficacy and patient knowledge on adherence to oral contraceptives using the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *Reprod Health*. 2017 Sep 6;14(1):110.
75. Nunnally J. *Psychometric theory*. New York: McGraw Hill; 1978.
76. Nguyen TM, La Caze A, Cottrell N. What are validated self-report adherence scales really measuring?: a systematic review. *British journal of clinical pharmacology*. 2014;77(3), 427–445.
77. Cramer JA. Patient outcomes. Consequences of Intermittent Treatment for Hypertension: The Case for Medication Compliance and Persistence. *Am J Manag Care*. 1998; 4:1563-68.
78. Haynes RB, Montague P, Oliver T, et al. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2):CD000011.

79. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. The World Medical Association, Inc. 1964. Available from: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2004.pdf>
80. Rowe G, Wright G. Expert opinions in forecasting: the role of the Delphi technique. In: Armstrong JS, ed. Principles of Forecasting [Internet]. USA: Springer, 2001; 125–44.
81. Justo, C. A técnica de Delphi de formação de consensos. 2005. Available from: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/A-Tecnica-Delphi-de-Formacao-de-Consensos.pdf>
82. Kenny DA, Kaniskan B, McCoach DB. The performance of RMSEA in models with small degrees of freedom. *Sociological methods & research*. 2015; 44(3), 486-507.
83. Naughton B, Roberts L, Dopson S, et al. Medicine authentication technology as a counterfeit medicine-detection tool: a Delphi method study to establish expert opinion on manual medicine authentication technology in secondary care. *BMJ Open* 2017; 7:e013838.
84. Revicki DA, Gnanasakthy A, Weinfurt K. Documenting the rationale and psychometric characteristics of patient reported outcomes for labeling and promotional claims: the PRO Evidence Dossier. *Qual Life Res*. 2007; 16:717–723.
85. Arbuckle JL. AMOS18 Reference Guide (version18) [*Computer Software*]. 2009; Chicago, IL: SPSS Inc.
86. Fornell C, Larcker DF. Evaluation SEM with Unobserved variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*. 1981; 18:39-50.
87. Bentler PM. Comparative fit indexes in structural modeling: Adjudging model fit. *Personality and Individual Differences*. 1990; 42(5), 815-824.
88. Steiger JH, Shapiro A, Browne MW. On the multivariate asymptotic distribution of sequential chi-square statistics. *Psychometrika*. 1985; 50: 253-263.
89. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951; 16(3):297-334.
90. McNeish D. 2018. “Thanks Coefficient Alpha, We’ll Take It from Here.” *Psychological Methods*. 2018; 23(3):412–33.
91. Pasquali L. *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1997.
92. Blair J, Conrad FG. Sample size for cognitive interview pretesting. *Public Opin Q*. 2011; 75:636–658.
93. Johnson T, Fendrich M. Modeling sources of self-report bias in a survey of drug use epidemiology. *Ann Epidemiol*. 2005; 15:381–389.

7. ANEXOS

Anexo I – Consentimento informado para participação no projeto Validação Linguística, de Conteúdo, Cultural e Psicométrica do Questionário MYMDES para Português.

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO VALIDAÇÃO LINGÜÍSTICA, DE CONTEÚDO, CULTURAL E PSICOMÉTRICA DO QUESTIONÁRIO MYMDES PARA PORTUGUÊS

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

O questionário que lhe será entregue enquadrar-se num estudo científico intitulado "Validação linguística, de conteúdo, cultural e psicométrica do questionário MYMDES para português", enquadrado numa dissertação de mestrado realizada na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa (ESTeSL-IP), Portugal.

Trata-se de um estudo que visa adaptar para o língua portuguesa o Questionário MYMDES – My Experience in Taking Medicines (a minha experiência em tomar medicamentos), já existente em língua inglesa. Este questionário é dirigido a doentes que tiveram um episódio agudo do miocárdio e tem 14 perguntas sobre a toma de medicamentos para o coração e quaisquer preocupações relacionadas com os mesmos, de modo a promover um acompanhamento mais adaptado às necessidades de cada indivíduo.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ESTeSL-IP.

A recolha de informação é realizada num único momento, através do preenchimento de um questionário que lhe será entregue por um membro da equipa de investigação. A informação a recolher inclui dados sociodemográficos (sexo, idade, nível de escolaridade e condições de coabitação), doenças diagnosticadas anteriormente, medicamentos que está atualmente a tomar e dificuldades que tenha sentido relativamente à toma dos medicamentos para o coração.

A sua participação é voluntária, não existindo nenhuma contrapartida financeira ou de outra natureza à sua participação. Em qualquer momento, poderá livremente recusar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto. Este estudo não é financiado por qualquer bolsa ou fundo de investigação. A sua contribuição permitirá o desenvolvimento de um questionário que facilitará aos profissionais de saúde identificar mais facilmente as dificuldades que os doentes possam sentir relacionadas com a toma da medicação e consequentemente, promover um acompanhamento mais adaptado às necessidades de cada doente.

A participação neste estudo não apresenta qualquer risco para os participantes.

A confidencialidade e anonimato dos dados serão garantidos – não haverá registo de dados de identificação pessoal, logo os dados recolhidos neste questionário não permitem identificá-lo(a). A informação recolhida no questionário será utilizada exclusivamente para fins académicos, sendo anexada apenas pelos cinco investigadores envolvidos no projeto. Não existirá transferência de dados para entidades terceiras. Os resultados do estudo poderão ser divulgados de forma agregada, nunca individualmente, em conferências, publicações em revistas ou outros meios de comunicação científica.

A declaração que se segue, e que terá de assinar se pretender participar no estudo, não será em momento algum associada às suas respostas ao questionário, garantindo assim o seu anonimato.

Pode esclarecer quaisquer questões ou dúvidas sobre os seus direitos e deveres como participante com um dos membros da equipa de investigação ou junto da Comissão de Ética da ESTeSL-IP (cometh@estslip.pt), uma vez que é uma das entidades independentes que apreciou e emitiu parecer favorável para este estudo.

Graça Andrade

Membro da equipa de investigação

mgandrade@estslip.pt

Declaração do Investigador

Confirmando que enquadro a pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e asseguro-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Enquadro que pode pedir para interromper ou mesmo desistir, caso sinta necessidade ou vontade de o fazer, sem que daí advinha qualquer prejuízo no contexto da sua assistência clínica. Informo que para conforto e respeito da sua privacidade, os dados que me irá fornecer, permanecerão confidenciais e mínimos.

Nome legível do profissional de saúde: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Contato institucional do investigador: _____

Declaração da pessoa que consente

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pelo investigador que assina este documento; ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora; ter-me sido garantido que não haverá prejuízos pessoais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/ão autorizo (tricar o que não interessa) o seu contacto.

Nome: _____

_____/_____/____ (data) Assinatura: _____

Anexo II – Autorização do autor da versão original do MYMEDS para utilização do questionário.

From: andre.coelho@estes.ipl.pt <andre.coelho@estes.ipl.pt>
Sent: Tuesday, 2 March 2021, 18:32
To: Rani Khatib
Cc: 'Graça Andrade'
Subject: Translation, Cross-Cultural Adaptation and Linguistic Validation of MYMEDS questionnaire

Dear Rani Khatib,

First of all, I hope this message finds you well and safe.
My name is André Coelho, I work at the Lisbon School of Health Technology - Portugal in the Pharmacy Department and I'm a researcher in the Health & Technology Research Center, based at our school.
My colleague Graça Andrade - Psychology Department - and myself would like the opportunity to translate and conduct a cross-cultural adaptation and linguistic validation of the MYMEDS questionnaire.
What do you think about that?

If you need further information from our part, please let us know.

Hope to get back from you.
Best regards,

André Filipe Ferreira Ramos Coelho, PhD, MPH
Departamento das Ciências da Terapia e Reabilitação
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL)
Av. D. João II, Lote 4.69.01 1990-096 Lisboa
andre.coelho@estes.ipl.pt
218 980 458 / 916 167 838



De: Rani Khatib <>
Enviada: 14 de abril de 2021 22:15
Para: andre.coelho@estes.ipl.pt
Cc: 'Graça Andrade' <mgandrade@estes.ipl.pt>; Alistair Hall <alistair.hall@nhr.ac.uk>
Assunto: Re: Translation, Cross-Cultural Adaptation and Linguistic Validation of MYMEDS questionnaire

Dear Andre

Thank you for your email and interest in the MYMEDS questionnaire. I have just caught up with some emails as I am on sick leave. Many thanks for your patience.

Please find attached the MYMEDS questionnaire with instructions and terms of reference / agreement. Happy to grant you permission to use and will be interested to hear how the MYMEDS performs and welcome any feedback.

If you have any questions please do not hesitate to let me know.

Many thanks and Best wishes

Rani

Dr Rani Khatib FRPharmS
Consultant Pharmacist in Cardiology & Cardiovascular Research | Leeds Teaching Hospitals NHS Trust
Honorary Senior Lecturer | University of Leeds
National Clinical Champion for PCSK9i & Lipid Management | NHS England
Science Committee Member | European Society of Cardiology, ACNAP
Co-Chair of Cardiovascular Group | UK Clinical Pharmacy Association

Anexo III – Conselho de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (CE-ESTeSL).

CE-ESTeSL-Nº.95-2021 - Suelen Arcego



De [Comissão Ética](#)
Para [Suelen Arcego, Andre coelho](#)
Cópia [Mestrados, Liliana Aranha Caetano](#)
Data 2022-03-17 20:18

[Resumo](#) [Cabeçalhos](#) [Texto simples](#)

REFERÊNCIA INTERNA DO PROJETO: CE-ESTeSL-Nº.95-2021

TÍTULO DO PROJETO: Validação linguística, de conteúdo, cultural e psicométrica do questionário MYMEDS para Português

Tipo de Projeto/Estudo: 2º ciclo

INVESTIGADORA/RESPONSÁVEL: Suelen Arcego

Equipa: André Coelho - orientador

INSTITUIÇÃO PROMOTORA: Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico de Lisboa

Instituição(ões) envolvidas: Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central – Hospital de Santa Marta

Exmo. Senhor Prof. Doutor André Coelho

Exma. Senhora Dra. Suelen Arcego, estudante de mestrado

Após os esclarecimentos, a Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (CE-ESTeSL) aprovou por unanimidade a emissão de parecer favorável.

O presente parecer tem em consideração a versão submetida do projeto e demais documentação enviada. Eventuais alterações nestes documentos determinam a necessidade de revisão do presente parecer.

Lembramos que todos os estudos que envolvem a autorização dos participantes e a recolha de amostras e dados anonimizados e/ou codificados têm de cumprir com o estabelecido no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados de 27 de abril de 2016.

Por último, solicita-se que, ao abrigo do artº 19 da Lei 21/2014 de 16 de abril e do disposto no nº 23 da atual versão da Declaração de Helsínquia, seja dado conhecimento à CE-ESTeSL do relatório final, com as conclusões do estudo, bem como de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Rute Borrego

Rute Borrego | Professora Adjunta
Presidente da Comissão de Ética

Av. D. João II, lote 4 65 01- Parque das Nações
1990-095 Lisboa | Portugal
ruteborrego@estsl.ipl.pt
+351 218920447

Anexo IV – Conselho de Ética do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CE-CHULC).



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Parecer

Data: 11-02-2022
Processo nº 1188/2022

Título: “MYMEDS - My experience in taking medicines”

Relator: Helena Xavier

Investigador Principal: Dra. Nélia Rebelo da Silva, Assessor Superior de Saúde – Psicologia; Graça Andrade Aluna mestrado ESTESL

Investigador associado: André Coelho, ESTESL; Carina Silva ESTESL; Suelen Arcego, ESTESL

Local: Serviço de Cardiologia, HSM - CHULC

Projeto desenvolvido por 3 investigadores de Health and technology Research Center (H&TRC), docentes da Escola Superior de tecnologias da Saúde de Lisboa (ESTESL), uma psicóloga do HSM (CHULC) e por uma estudante de mestrado em Farmácia.

Estudo Multicêntrico, em contexto de mestrado, observacional e prospetivo.

Projeto com o objetivo primário validar para português, nas vertentes de conteúdo, adaptação cultural e psicométrica, o questionário MYMEDS – My experience in taking medicines.

O MYMEDS tem como objetivo incentivar os doentes a pensarem sobre aspetos que englobam a toma de medicamentos ou quaisquer outras preocupações relacionadas com os mesmos, de modo a promover um cuidado adaptado e centrado nas necessidades individuais. Este questionário constitui um instrumento de avaliação das barreiras para a adesão à terapêutica e foi desenhado a pensar nos doentes que sofreram enfarte agudo do miocárdio.

A validação corresponde à fase 3 e 4 desta validação, nomeadamente ao pré-teste e à validação psicométrica.

Propõem-se aplicar o questionário, primeiro em 10 doentes (pré-teste) e depois em 140 doentes que sofreram enfarte agudo do miocárdio e são seguidos no H.SM, com terapêutica medicamentosa de prevenção secundária.

A amostra é de conveniência e os doentes terão que autorizar a utilização dos dados recolhidos. O questionário é de autopreenchimento e serão recolhidos ainda alguns dados sociodemográficos e relacionados com a saúde/doença. Não serão consultados os processos clínicos. Os doentes serão codificados e trabalhados numa base de dados pseudoanonimizada. Não se prevê a utilização de dados identificativos.

Apresentam Consentimento Informado detalhado e em conformidade, para realização do estudo e futuras publicações.

Tem parecer hierárquico da responsável da Psicologia e do Diretor do Serviço de Cardiologia.

Não estão previstos encargos financeiros para o CHULC.

Conclusão:

Assim sendo, o estudo em análise não levanta questões do ponto de vista ético, pelo que esta Comissão entende emitir parecer favorável à sua realização.

O Vice-Presidente da Comissão de Ética

(João Alves)

Anexo V – The My Experience of Taking Medicines – MYMDES.

My Experience of Taking Medicines (MYMEDS)

Taking medicines is an experience that differs from one patient to another. In order for us to support you and provide the help you need we would like to know how you are managing with your medicines, what questions you have and any concerns that you need addressing. Please share with us your personal experience in taking your heart medicines and anything you would like us to address. There is no right or wrong answer.

Please tell us what medicines you are currently taking, what dose, how often you are taking them, and what you take them for. Please include any tablets that you also buy from the pharmacy, herbal shops or the supermarket. Below is an example of how to write *Ibuprofen 200mg three times a day*.

The medicines you take			How many times a day?						What do you take it for? (If you do not know – Write "unsure")
			Morning	Midday	Evening	Bed Time	When needed	Variable	
Example ⇔	Name of Medicine and strength	How many EACH TIME?							
1)	<i>Ibuprofen 200mg</i>	<i>One tablet</i>	✓	✓		✓		<i>For pain in my knees</i>	
2)									
3)									
4)									
5)									
6)									
7)									
8)									
9)									
10)									
11)									
12)									

© 2020 Dr Khatib & Prof Hall, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, UK. All Rights Reserved.

The questionnaire is mainly about the following heart medicines: (however, you may mention other medicines which are not included in the list)

1. **Antiplatelets** – e.g. Aspirin, Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor
2. **ACE Inhibitors** – e.g. Ramipril, Lisinopril, Perindopril, Enalapril, Captopril, Quinapril, Trandolapril
3. **Beta Blockers** – e.g. Bisoprolol, Carvedilol, Atenolol, Metoprolol, Nebivolol, Propranolol, Acebutalol
4. **Statins** – e.g. Simvastatin, Atorvastatin, Rosuvastatin, Pravastatin, Fluvastatin
5. **ARBs** – e.g. Candesartan, Irbesartan, Losartan, Valsartan, Eprosartan, Olmesartan, Telmisartan

Understanding and Satisfaction with your medicines	Please indicate by ticking (✓) if you agree / disagree with the following statements				
	Strongly Agree	Agree	Disagree	Strongly Disagree	Elaborate / comments
1) I fully understand my heart medicines and why they were prescribed					
2) I feel convinced of the importance of all of my heart medicine(s)					
3) My heart medicine(s) seem to be working for me					
4) At least occasionally, I need to alter my medicines on my own to make them work or meet my expectations (e.g. increase or decrease dose, change frequency etc.)					

Concerns about your medicines	Please indicate by ticking (✓) if you agree / disagree with the following statements				
	Strongly Agree	Agree	Disagree	Strongly Disagree	Elaborate / comments
5) I worry that one or more of my medicines will do me more harm than good					Which medicine(s)?
6) I feel concerned about being prescribed too many medicines					Which medicine(s)?
7) I sometimes alter my medicines by cutting back or stopping taking them (e.g. due to feeling worse, getting worried or for any other reason)					Which medicine(s)?

© 2020 Dr Khatib & Prof Hall, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, UK. All Rights Reserved.

Please indicate by ticking (✓) if you agree / disagree with the following statements					
Practicalities with your medicines	Strongly Agree	Agree	Disagree	Strongly Disagree	Elaborate / comments
8) I have difficulties or problems opening the medicine bottles or blister packs and would like a solution or an alternative.					Which medicine(s)?
9) I have difficulties or problems swallowing my medicine(s) and would like a solution or an alternative.					Which medicine(s)?
10) I have difficulties or problems getting my repeat prescriptions and would like help ordering them from my GP and pharmacy.					Which medicine(s)?
11) I have difficulties or problems reading the label on the medicines bottle or box and would like a solution or an alternative.					Which medicine(s)?

Please indicate by ticking (✓) if you agree / disagree with the following statements					
Fitting medicines into your routine	Strongly Agree	Agree	Disagree	Strongly Disagree	Elaborate / comments
12) I sometimes forget to take my heart medicine(s)					Which medicine(s)?
Do you use any devices to manage your medicines such as a medicines' tray (e.g. Dosette, Venalink, Nomad, calendar blister packs etc.)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (if yes, please specify what type and if pharmacist provides this device)				
13) I am finding it difficult to fit one or more of my heart medicines into my daily routine.					
14) I feel bothered / inconvenienced about sticking to all my heart medicines					

© 2020 Dr Khatib & Prof Hall, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, UK. All Rights Reserved.

Thinking of the points mentioned in earlier questions and based on your personal experience in taking heart medicines please answer the following question for each one or more of the medicines you take: (There is no right or wrong answer)

We would like you to estimate in the **past MONTH** how often did you take your medicine exactly as it was prescribed?

	All of the time	Nearly all of the time	Most of the time	About half the time	Less than half the time
Aspirin					
Clpidogrel / Prasugrel / Ticagrelor					
ACE Inhibitor (e.g. Ramipril, Lisinopril, Perindopril, Enalapril, Captopril, Quinapril, Trandolapril)					
Beta Blocker (e.g. Bisoprolol, Carvedilol, Atenolol, Metoprolol, Nebivolol, Propranolol, Acebutalol)					
Statin (e.g. Simvastatin, Atorvastatin, Rosuvastatin, Pravastatin, Fluvastatin)					
ARB/AA (e.g. Candesartan, Irbesartan, Losartan, Valsartan, Eprosartan, Olmesartan, Telmisartan)					
Other (please specify)					

Is there anything else about your medicines that you would like to share with us?

© 2020 Dr Khatib & Prof Hall, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, UK. All Rights Reserved.

Anexo VI – MYMEDS na versão em português antes da validação psicométrica.

THE MY EXPERIENCE OF TAKING MEDICINES QUESTIONNAIRE (MYMEDS)

(A MINHA EXPERIÊNCIA EM TOMAR MEDICAMENTOS)

POR FAVOR, PREENCHA OS SEGUINTE DADOS:

Idade _____ anos

Sexo:

- Feminino
 Masculino

Nível de escolaridade:

- Menos de 4 anos de escolaridade
 4º ano / Antiga 4ª classe
 6º ano / Ciclo preparatório
 9º ano / Antigo 5º ano
 12º ano / Antigo 7º ano
 Bacharelato
 Licenciatura
 Mestrado ou Doutoramento

Vive:

- Sozinho
 Acompanhado

Qual a sua doença cardíaca?

Para além da doença cardíaca sofre de outras doenças crónicas?

- Sim
 Não

Se respondeu Sim à pergunta anterior enumere essas doenças:

Tomar medicamentos é uma experiência que difere de um doente para outro. De forma a que o possamos ajudar e providenciar a ajuda que precisa, precisamos saber como é que está a gerir os seus medicamentos, que questões tem e que preocupações precisa que sejam atendidas. Por favor partilhe connosco a sua experiência pessoal a tomar os seus **medicamentos para o coração** e qualquer outro assunto que queira indicar. Não existem respostas certas ou erradas.

Por favor diga-nos que medicamentos está atualmente a tomar, qual a dose, com que frequência os está a tomar e para que é que os toma. Por favor inclua quaisquer comprimidos que compra na farmácia, parafarmácia ou ervanária. Abaixo tem um exemplo de como escrever **Ibuprofeno 200mg três vezes ao dia**.

Nome do medicamento e dosagem		Quantas vezes por dia?						Para que toma o medicamento? (se não sabe - escreva "não tenho a certeza")
		Manhã, em jejum	Pequeno- almoço	Almoço	Jantar	Deitar	Quando necessário	
Exemplo:	Ibuprofeno 200 mg		1	1		1		Para as dores nos meus joelhos
1)								
2)								
3)								
4)								
5)								
6)								
7)								
8)								
9)								
10)								

Este questionário é essencialmente sobre os seguintes medicamentos para o coração: (no entanto, pode mencionar outros medicamentos que não estejam incluídos na lista)

1. **Antiagregantes plaquetários** - por exemplo, aspirina, Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor
2. **Inibidores da Enzima de Conversão de Angiotensina (IECA)** - por exemplo, Ramipril, Lisinopril, Perindopril, Enalapril, Captopril, Quinapril, Trandolapril
3. **Bloqueadores Beta** - por exemplo, Bisoprolol, Carvedilol, Atenolol, Metoprolol, Nebivolol, Propranolol, Acebutalol
4. **Estatinas** - por exemplo, Simvastatina, Atorvastatina, Rosuvastatina, Pravastatina, Fluvastatina
5. **Antagonistas dos Receptores de Angiotensina II (ARA II)** - por exemplo, Candesartan, Irbesartan, Losartan, Valsartan, Eprosartan, Olmesartan, Telmisartan

POR FAVOR INDIQUE, ASSINALANDO (X), SE CONCORDA/DISCORDA COM AS AFIRMAÇÕES SEGUINTE.

COMPREENSÃO E SATISFAÇÃO COM OS SEUS MEDICAMENTOS	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente	Elabore/comente
1) Compreendo perfeitamente os meus medicamentos para o coração e porque é que me foram receitados					
2) Estou convencido da importância de todos os meus medicamentos para o coração					
3) Os meus medicamentos para o coração parecem estar a funcionar em mim					
4) Pelo menos ocasionalmente, preciso de fazer alterações por mim próprio aos meus medicamentos para que façam efeito ou correspondam às minhas expectativas					

PREOCUPAÇÕES ACERCA DOS SEUS MEDICAMENTOS

5) Preocupa-me que um ou mais dos meus medicamentos me façam mais mal do que bem					
6) Sinto-me preocupado por me receitarem medicamentos a mais					

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente	Elabore/comente
7) Por vezes altero a forma de tomar os meus medicamentos, reduzindo a dose ou interrompendo a toma (por exemplo, devido a sentir-me pior ou sentir-me preocupado ou por qualquer outra razão)					

ASPETOS PRÁTICOS ACERCA DOS SEUS MEDICAMENTOS

8) Tenho dificuldades em abrir os frascos dos medicamentos ou em retirar os comprimidos do invólucro e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa					
9) Tenho dificuldade em engolir o(s) meu(s) medicamento(s) e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa					
10) Tenho dificuldade em conseguir as receitas dos meus medicamentos e gostaria de ter ajuda em obter mais facilmente as receitas do meu médico					
11) Tenho dificuldade em ler o rótulo das caixas ou frascos de medicamentos e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa					

AJUSTANDO A TOMA DOS MEDICAMENTOS ÀS SUAS ROTINAS

12) Por vezes esqueço-me de tomar os meus medicamentos para o coração					
13) Estou a ter dificuldade em encaixar na minha rotina diária a toma de um ou mais dos meus medicamentos para o coração					
14) Sinto-me incomodado/aborrecido por ter de tomar todos os meus medicamentos do coração para o resto da minha vida					

Pensando nos pontos mencionados nas questões anteriores e baseado na sua experiência pessoal em tomar **medicamentos para o coração**, responda por favor à questão seguinte para cada um ou mais dos medicamentos que toma (não há uma resposta certa ou errada).

Gostáramos que estimasse NO ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA TOMOU OS SEUS MEDICAMENTOS EXATAMENTE COMO O MÉDICO INDICOU?

	Sempre	Quase sempre	A maioria das vezes	Cerca de metade das vezes	Menos do que metade das vezes
Aspirina					
Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor					
Inibidor da ECA (por exemplo, Ramipril, Lisinopril, Perindopril, Enalapril, Captopril, Quinapril, Trandolapril)					
Bloqueador Beta (por exemplo, Bisoprolol, Carvedilol, Atenolol, Metoprolol, Nebivolol, Propranolol, Acebutalol)					
Estatina (por exemplo, Simvastatina, Atorvastatina, Rosuvastatina, Pravastatina, Fluvastatina)					
ARA II (por exemplo, Candesartan, Irbesartan, Losartan, Valsartan, Eprosartan, Olmesartan, Telmisartan)					
Outro (por favor especifique)					

Existe mais alguma coisa relacionada com os seus medicamentos que gostaria de partilhar connosco?

Anexo VII – MYMEDS na versão em português.

THE MY EXPERIENCE OF TAKING MEDICINES QUESTIONNAIRE (MYMEDS)

(A MINHA EXPERIÊNCIA EM TOMAR MEDICAMENTOS)

POR FAVOR, PREENCHA OS SEGUINTE DADOS:

Idade ____anos

Sexo:

- Feminino
 Masculino

Nível de escolaridade:

- Menos de 4 anos de escolaridade
 4º ano / Antiga 4ª classe
 6º ano / Ciclo preparatório
 9º ano / Antigo 5º ano
 12ºano / Antigo 7º ano
 Bacharelato
 Licenciatura
 Mestrado ou Doutoramento

Vive:

- Sozinho
 Acompanhado

Qual a sua doença cardíaca?

Para além da doença cardíaca sofre de outras doenças crónicas?

- Sim
 Não

Se respondeu Sim à pergunta anterior enumere essas doenças:

Tomar medicamentos é uma experiência que difere de um doente para outro. De forma a que o possamos ajudar e providenciar a ajuda que precisa, precisamos saber como é que está a gerir os seus medicamentos, que questões tem e que preocupações precisa que sejam atendidas. Por favor partilhe connosco a sua experiência pessoal a tomar os seus **medicamentos para o coração** e qualquer outro assunto que queira indicar. Não existem respostas certas ou erradas.

Por favor diga-nos que medicamento está atualmente a tomar, qual a dose, com que frequência os está a tomar e para que é que os toma. Por favor inclua quaisquer comprimidos que compra na farmácia, parafarmácia ou orfanária. Abaixo tem um exemplo do como escrever **Ibuprofeno 200mg três vezes ao dia**.

Nome do medicamento e dosagem	Quantas vezes por dia?							Para que toma o medicamento? (se não sabe - escreva "não tenho a certeza")
	Manhã, em jejum	Pequeno- almoço	Almoço	Jantar	Deitar	Quando necessário	Variável	
Exemplo: Ibuprofeno 200 mg		1	1		1			Para as dores nos meus joelhos
1)								
2)								
3)								
4)								
5)								
6)								
7)								
8)								
9)								
10)								

Este questionário é essencialmente sobre os seguintes medicamentos para o coração: (no entanto, pode mencionar outros medicamentos que não estejam incluídos na lista)

1. **Antiagregantes plaquetários** - por exemplo, aspirina, Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor
2. **Inibidores da Enzima de Conversão de Angiotensina (ECA)** - por exemplo, Ramipril, Lisinapril, Perindopril, Enalapril, Captopril, Quinapril, Trandolapril
3. **Bloqueadores Beta** - por exemplo, Bisoprolol, Carvedilol, Atenolol, Metoprolol, Nebivolol, Propranolol, Acebutalol
4. **Estatinas** - por exemplo, Simvastatina, Atorvastatina, Rosuvastatina, Pravastatina, Fluvastatina
5. **Antagonistas dos Receptores de Angiotensina II (ARA II)** - por exemplo, Candesartan, Irbesartan, Losartan, Valsartan, Eprosartan, Olmesartan, Telmisartan

POR FAVOR INDIQUE, ASSINALANDO (X), SE CONCORDA/DISCORDA COM AS AFIRMAÇÕES SEGUINTE(S).

COMPREENSÃO E SATISFAÇÃO COM OS SEUS MEDICAMENTOS	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente	Elabore/comente
1) Compreendo perfeitamente os meus medicamentos para o coração e porque é que me foram receitados					
2) Estou convencido da importância de todos os meus medicamentos para o coração					
3) Os meus medicamentos para o coração parecem estar a funcionar em mim					

PREOCUPAÇÕES ACERCA DOS SEUS MEDICAMENTOS

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente	Elabore/comente
4) Preocupa-me que um ou mais dos meus medicamentos me façam mais mal do que bem					
5) Sinto-me preocupado por me receitarem medicamentos a mais					

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente	Elabore/comente
--	---------------------	----------	----------	---------------------	-----------------

ASPECTOS PRÁTICOS ACERCA DOS SEUS MEDICAMENTOS

6) Tenho dificuldades em abrir os frascos dos medicamentos ou em retirar os comprimidos do invólucro e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa					
7) Tenho dificuldade em engolir o(s) meu(s) medicamento(s) e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa					
8) Tenho dificuldade em conseguir as receitas dos meus medicamentos e gostaria de ter ajuda em obter mais facilmente as receitas do meu médico					
9) Tenho dificuldade em ler o rótulo das caixas ou frascos de medicamentos e gostaria de ter uma solução ou outra alternativa					

AJUSTANDO A TOMA DOS MEDICAMENTOS À SUAS ROTINAS

10) Por vezes esqueço-me de tomar os meus medicamentos para o coração					
11) Estou a ter dificuldade em encaixar na minha rotina diária a toma de um ou mais dos meus medicamentos para o coração					
12) Sinto-me incomodado/aborrecido por ter de tomar todos os meus medicamentos do coração para o resto da minha vida					

Pensando nos pontos mencionados nas questões anteriores e baseado na sua experiência pessoal em tomar **medicamentos para o coração**, responda por favor à questão seguinte para cada um ou mais dos medicamentos que toma (não há uma resposta certa ou errada).

Gostariamos que estimasse HO ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA TOMOU OS SEUS MEDICAMENTOS EXATAMENTE COMO O MÉDICO INDICOU?

	Sempre	Quase sempre	A maioria das vezes	Cerca do metade das vezes	Menos do que metade das vezes
Aspirina					
Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor					
Inibidor da ECA (por exemplo, Ramipril, Lisinapril, Perindopril, Enalapril, Captopril, Quinapril, Trandolapril)					
Bloqueador Beta (por exemplo, Bisoprolol, Carvedilol, Atenolol, Metoprolol, Nebivolol, Propranolol, Acebutalol)					
Estatina (por exemplo, Simvastatina, Atorvastatina, Rosuvastatina, Pravastatina, Fluvastatina)					
ARA II (por exemplo, Candesartan, Irbesartan, Losartan, Valsartan, Eprosartan, Olmesartan, Telmisartan)					
Outro (por favor especifique)					

Existe mais alguma coisa relacionada com os seus medicamentos que gostaria de partilhar connosco?