

Escala de avaliação para adesão ao tratamento psiquiátrico: construção de instrumento e qualidades psicométricas iniciais

Assessment scale for adherence to psychiatric treatment: instrument construction and initial psychometric qualities

Mariane Gama de Oliveira* , **Tatiana de Cassia Nakano** 

Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil. *Autor para correspondência. E-mail: psicologamarianegama@gmail.com

Resumo: Introdução: As dificuldades nos tratamentos psiquiátricos têm se mostrado um problema de saúde pública, gerando altos custos em tratamentos e exacerbação de sintomas mentais graves. Diante da lacuna relacionada à protocolos ou instrumentos de avaliação desse quadro no cenário brasileiro, o presente trabalho teve como objetivo, desenvolver uma escala de autorrelato que avalie o processo de adesão ao tratamento psiquiátrico medicamentoso, intitulada “Escala de avaliação da Adesão à medicação no tratamento psiquiátrico” e a investigação de suas qualidades psicométricas. Material e métodos: Dois estudos foram conduzidos: estudo piloto e a investigação das evidências de validade de conteúdo da escala. Os resultados do estudo piloto, conduzido junto a 15 pacientes em tratamento psiquiátrico possibilitou o ajuste na redação dos itens. Em seguida, os 118 itens foram enviados a cinco juízes especialistas que classificaram os itens nas cinco áreas. Para o estudo piloto, foi utilizada a versão preliminar da Escala de Avaliação da adesão (autorrelato) à medicação no tratamento psiquiátrico, contendo os 114 itens. Resultado e discussão: Desse modo, 105 itens apresentaram concordância considerada adequada (igual ou acima de 80%), sendo selecionados para compor a versão atual do instrumento, de modo a confirmar suas evidências de validade de conteúdo. Considerações finais: Os resultados dos estudos iniciais de investigação das suas qualidades psicométricas mostraram-se favoráveis e motivam a continuação dos estudos com o instrumental. Vale salientar que há limitações para esse estudo, tendo em vista que a construção de um instrumento de autorrelato é subjetivo e requer compreensão cognitiva do sujeito, principalmente sobre questões referentes ao seu bem-estar físico e mental.

Palavras-chaves: instrumento, psicologia da saúde, saúde mental, tratamento psiquiátrico.

Abstract: Introduction: Difficulties in psychiatric treatments have been shown to be a public health problem, generating high costs in treatments and exacerbation of severe mental symptoms. In view of the gap related to protocols or assessment instruments for this condition in the Brazilian scenario, the present study aimed to develop a self-report scale that assesses the process of adherence to psychiatric drug treatment, entitled “Scale for assessing adherence to medication in treatment psychiatric” and the investigation of its psychometric qualities. Material and methods: Two studies were carried out: pilot study and investigation of the evidence of content validity of the scale. The results of the pilot study, conducted with 15 patients undergoing psychiatric treatment, made it possible to adjust the wording of the items. Then, the 118 items were sent to five expert judges who rated the items in the five areas. For the pilot study, the preliminary version of the Assessment Scale of Adherence (self-report) to medication in psychiatric treatment was used, containing 114 items. Result and discussion: Thus, 105 items presented agreement considered adequate (equal to or above 80%), being selected to compose the current version of the instrument, in order to confirm their evidence of content validity. Final considerations: The results of the initial investigation studies of its psychometric qualities proved to be favorable and motivate the continuation of the studies with the instrument. It is worth noting that there are limitations to this study, given that the construction of a self-report instrument is subjective and requires a cognitive understanding of the subject, especially on issues related to their physical and mental well-being.

Keywords: instrument, health psychology, mental health, psychiatric treatment.

Introdução

Adesão ao tratamento é um termo de difícil conceitualização, sendo de modo geral, compreendido como a medida na qual o comportamento do indivíduo corresponde ao aconselhamento dado pelo profissional de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2010). Envolve a aquisição e utilização das prescrições médicas, o uso diário e correto da medicação, manutenção do tratamento pelo período estabelecido, seguir dietas ou executar mudanças comportamentais no estilo de vida (Silva et al., 2012). A adesão ao tratamento ocorre quando o paciente atende, pelo menos, 80% das recomendações médicas, respeitando horários, doses e tempo de tratamento (Cardoso & Galera, 2009).

O estudo dessa temática se mostra importante visto que os resultados de um tratamento dependem diretamente da adesão ao tratamento proposto, incluindo uso dos medicamentos na dose e períodos corretos (Aquino et al., 2017). Nesse sentido, a baixa adesão pode comprometer a efetividade da terapia, impactar na

qualidade de vida, assim como afetar negativamente a evolução clínica do paciente, trazendo consequências pessoais, sociais e econômicas (Tavares et al., 2013). Além disso, pode envolver o abandono do uso do medicamento, execução irregular do tratamento (atrasando a tomada do medicamento ou realização de interrupções no uso), sem orientação médica (Gewehr et al., 2018), provocar a exacerbação dos sintomas, cronificação de doenças e altos custos com tratamentos que podem se tornar ineficazes (Silva et al., 2012).

Potencialmente os custos com a baixa adesão ao tratamento são enormes (Melnik, 2020), fazendo com que de 10 a 20% dos pacientes precisem de uma nova rodada do medicamento prescrito, 5 a 10% necessitem de mais consultas com o médico e 5 a 10% precisem de licença médica do trabalho (Straub, 2014). Estima-se que o impacto da doença mental na economia até 2030, por meio das consequências relacionadas, tais como perda de produtividade e custos de tratamento, envolverá algo em torno de seis trilhões de dólares (Knapp & Wong, 2020).

Nos transtornos mentais, apesar da estimativa dos pacientes que não aderem ao tratamento não ser consensual, oscilando de acordo com o perfil do paciente, pesquisas conduzidas por Tavares et al. (2013), Gewehr et al. (2018) e Aquino et al. (2017) indicam que cerca de 30,8% de pacientes portadores de doenças crônicas no Brasil, 66,2% dos idosos, 33,8% dos hipertensos e 53% dentre os idosos hipertensos apresentam baixa adesão ao tratamento. Especificamente em relação aos diagnósticos psiquiátricos, foco do presente estudo, as estimativas apontam para uma média de 57% dentre os pacientes diagnosticados com espectro esquizofrênico (Silva et al., 2012), 47% entre os que apresentam transtorno bipolar (Santin, Ceresér, & Rosa, 2005) e 49% entre os portadores de transtorno mental (Borba et al., 2018). De modo geral, a baixa adesão à medicação é observada em cerca de 50% dos pacientes, sendo esta a principal causa de morbidade psiquiátrica, reinternações, tempo mais longo de tratamento, menor resposta clínica (Cardoso & Galera, 2009).

Reconhecer a prevalência da baixa adesão ao tratamento é difícil (Straub, 2014) mas essencial (Gewehr et al., 2018). Consequentemente, o conhecimento dos fatores que predis põem os pacientes à pouca ou baixa adesão, deve ser foco de atenção dos profissionais de saúde que atuam na saúde mental (Borba et al., 2018; Ribeiro et al., 2008). Dentre os principais motivos que levam à baixa adesão, a literatura tem apontado características individuais, medicamentos utilizados, interação do paciente e serviços de saúde, ausência de sintomas visíveis, falta de compreensão sobre o curso da doença (Tavares et al., 2013), desconhecimento acerca da terapia medicamentosa (Droulout, Lirard, & Verdouz, 2003), sentimentos de submissão ao profissional e ao serviço de saúde (Reiners et al., 2008), ausência de suporte social (DiMatteo, 2004). Outra situação envolve o fato de que o diagnóstico de transtorno mental pode vir acompanhado de dúvidas ou pré-concepções sobre os remédios psicofármacos, relacionados especialmente à sua associação à loucura, preconceitos envolvendo seus usuários, estigmas negativos (Aviram, Brodsky, & Stanley, 2006). Tal situação acaba por promover comportamentos negativos, os quais favorecem a descontinuidade do uso e, consequentemente, a baixa adesão ao tratamento (Haddad, Brain, & Scott, 2014).

Dentro desse contexto, a psicologia pode ter um papel importante na dinâmica entre a promoção e a adesão ao tratamento (Oliveira & Oliveira, 2018). Para atuarem de forma eficaz junto aos pacientes, os profissionais de saúde precisam conhecer os usuários de seus serviços e usar tal conhecimento como base para a proposição e implementação de ações que atendam às suas reais necessidades (Chan, Horne, Hankis, & Chisari, 2020). Compreender, de forma precoce, as barreiras e os facilitadores à adesão através de atitudes cooperativas dos médicos e seus pacientes possibilita a intervenção precoce (Souza & Kopittke, 2016). Segundo Santin et al. (2005), uma das medidas importantes envolve identificar atitudes que fazem os pacientes interromperem o tratamento, discutindo-as nas consultas, de modo a promover informação e conhecimento sobre a doença e o tratamento, dentre outras estratégias (Haddad, Brain, & Scott, 2014). Quando identificados, os problemas de adesão podem ser resolvidos e, o tratamento, continuado (Silva, Lima, & Ruas, 2018).

A adesão ao tratamento pode ser avaliada por meio de métodos diretos e indiretos (Silva et al., 2012). Nos meios diretos pode-se, por exemplo, mensurar a concentração do medicamento ou de marcadores biológicos presentes nos remédios. Pode ainda envolver o questionamento do paciente sobre a utilização das doses prescritas e seu uso regular. Por outro lado, os métodos indiretos seriam aqueles que envolvem a contagem do número de comprimidos, avaliação do efeito farmacológico, relato do paciente, questionários específicos, realização de diário de medicação pelo paciente. Apesar de fácil utilização, tais métodos indiretos podem superestimar a adesão ao tratamento (Sajatovic et al., 2010).

Apesar da relevância do tema e da atuação importante da psicologia dentro do contexto da adesão ao tratamento medicamentoso psiquiátrico, o que se nota, na prática, é a inexistência de escalas ou ferramentas que avaliem a dinâmica do paciente com seu médico, com seu diagnóstico e com seu tratamento medicamentoso. A maior parte dos instrumentos voltados à avaliação da adesão volta-se a pacientes com hipertensão, diabetes, HIV, hepatite B, doenças crônicas, sendo que nenhum é voltado ao paciente psiquiátrico e nenhum apresenta qualidades psicométricas para uso no Brasil. Além disso, são descritos, na literatura científica, instrumentos para mensurar a adesão, porém sem que exista um consenso sobre um padrão ouro e a dificuldade na seleção de um instrumento que se adeque a diferentes diagnósticos (Aquino et al., 2017). Especialmente se considerarmos a importância da atuação do psicólogo dentro de um trabalho multidisciplinar de atendimento no sistema de saúde, a ausência de instrumentos que embasem sua prática aponta para uma lacuna importante a ser sanada por esse profissional.

Diante desse cenário, a construção de um instrumento que visa avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso foi iniciado. O processo de desenvolvimento e os resultados dos primeiros estudos voltados à investigação das suas qualidades psicométricas são apresentados. Para fins de apresentação dos resultados, dois estudos foram organizados: Estudo 1: elaboração do protocolo e estudo piloto e Estudo 2: evidências de validade de conteúdo do protocolo de avaliação.

Materiais e métodos

Estudo 1: elaboração do protocolo e estudo piloto

Inicialmente foi realizada a revisão da literatura na temática a fim de identificar possíveis fatores importantes relacionados à adesão ao tratamento psiquiátrico. Tais fatores identificados serviram como base para o desenvolvimento das áreas e itens avaliados do instrumento. As áreas selecionadas foram cinco: engajamento pessoal, suporte das áreas de apoio, relacionamento médico-paciente, engajamento familiar e social e bem-estar psicológico. Cada uma dessas áreas apresenta subáreas de interesse, em um total de 24 aspectos, exemplificados na Tabela 1.

Tabela 1. Dimensões e exemplos de aspectos avaliados na escala

Dimensão	Descrição	Exemplo de aspectos
Engajamento pessoal	Comportamentos apresentados pelos pacientes em relação ao tratamento psiquiátrico, psicológico e medicamentoso	Compreensão do próprio diagnóstico e da terapia prescrita; tolerância a efeitos colaterais diversos
Suporte das áreas de apoio	Atuação do profissionais que planejam e executam ações de apoio para o tratamento do paciente em todo o processo	Relacionamento com profissionais; avaliação positiva ou negativa da equipe das áreas de atendimento
Relacionamento médico-paciente	Percepção do paciente em relação a fatores que compreendem confiança, vínculo terapêutico e relação médico-paciente	Confiança em relação à conduta do médico; avaliação da orientação recebida quanto a terapia medicamentosa e diagnóstico
Engajamento familiar e social	Vínculos familiares e sociais e existência de rede de apoio ao longo do tratamento	Compreensão e engajamento da família; participação desses atores nas consultas; apoio em relação ao uso de medicamentos
Bem-estar psicológico	Presença de recursos psicológicos relacionados ao tratamento	Crenças positivas com relação ao seu tratamento; estratégias de enfrentamento diante de situações conflituosas

Para cada uma das áreas identificadas foram criados itens para avaliação das condições em que elas se apresentavam durante o processo de tratamento. Durante sua redação, buscou-se atender a uma série de cuidados recomendados na literatura: expressar um comportamento concreto, uma única ideia por item, compreensível para a população alvo e consistente com a fundamentação teórica adotada (Borsa & Seize, 2017).

Assim, uma primeira versão da Escala de avaliação da Adesão à medicação no tratamento psiquiátrico, contendo 114 itens foi desenvolvida, optando-se por um sistema de frases correspondentes à uma série de situações vivenciadas perante a primeira consulta. As instruções indicam que o paciente considere “como você se sente, nesse momento, em relação a cada uma das situações apresentadas nas frases”. O formato de resposta escolhido foi do tipo Likert de três pontos: “considero inadequado”, “poderia melhorar em alguns aspectos” ou “considero adequado”. O instrumento ainda apresenta, em uma primeira parte, questões referentes a dados sociodemográficos (idade, gênero, nível de escolaridade, período de agendamento até a consulta, tempo da consulta entre outras), as quais foram utilizadas para a descrição da amostra e sua caracterização. Posteriormente à sua elaboração, os itens foram avaliados pelos pacientes em estudo piloto.

Participantes

A amostra foi composta por quinze participantes com idades entre 20 e 70 anos, sendo seis homens e nove mulheres. Todos os participantes selecionados estão em acompanhamento por médico psiquiatra, com diagnóstico de transtorno mental e em psicoterapia com psicólogo.

Instrumentos

Para o estudo piloto, foi utilizada a versão preliminar da Escala de Avaliação da adesão (autorrelato) à medicação no tratamento psiquiátrico, contendo os 114 itens.

Procedimentos

O estudo deu início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Após a autorização das instituições de saúde, o convite para a pesquisa foi realizado através de profissionais da psicologia que atuam nesses locais. Esses profissionais fizeram uma relação contendo nomes e telefones no qual a pesquisadora entrou em contato via telefônico com esses possíveis participantes. Após o contato telefônico quinze participantes aceitaram participar da pesquisa.

Foi realizada uma chamada de vídeo pelo aplicativo *Google Meet*, em dia e horário combinado previamente. Os participantes poderiam ficar à vontade em deixar a câmera ligada ou não. Inicialmente os participantes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no formato digital encaminhado via e-mail pelo *Google Forms*. Importante ressaltar que a pesquisadora se apresentou e explicou os procedimentos que seriam adotados no estudo, assim como quais as atividades que seriam realizadas pelos participantes.

Após a leitura das instruções e apresentação do item de exemplo, foi iniciada a aplicação. Os participantes receberam um formulário no *Google Forms* contendo todas as instruções e os itens para a avaliação da escala. Após a leitura de cada item, os participantes foram interrogados acerca do que compreenderam da questão. Na ausência de dúvidas, seguiu-se para a análise do próximo item. Os participantes também foram questionados sobre a existência de possíveis áreas e questões que não teriam sido englobadas nos itens proposto pelo instrumento. Ao final, os participantes foram convidados a compartilhar as dúvidas dificuldades, sugestões e percepções sobre o material.

Estudo 2: Evidências de validade de conteúdo

A análise dos especialistas consiste em uma revisão dos itens do instrumento, a fim de verificar se o conteúdo representa o construto, sendo essencial que os juízes sejam especialistas no construto ou na área de construção de instrumentos (Borsa & Seize, 2017). Tal procedimento contribui para o reconhecimento dos aspectos fortes e fracos do instrumento, anteriormente à aplicação empírica. Como forma de atingir esses objetivos, a porcentagem de concordância e o coeficiente Kappa foram utilizados.

Participantes

A amostra foi composta por cinco juízas, com idades entre 37 e 50 anos ($M= 41,4$ anos; $DP= 5,1$) e, tempo médio de atuação profissional entre 10 e 28 anos ($M=17$; $DP=6,6$). A amostra abrangeu participantes de cinco cidades do Estado de São Paulo (Campinas, Cubatão, Guarulhos, Santos e São Paulo). Como critério de inclusão os profissionais convidados deveriam apresentar experiência em tratamento psiquiátrico (psicólogos clínicos e da área de saúde, bem como médicos psiquiatras), independente do gênero e especialização.

Dentre suas qualificações, destacam-se: Juiz 1 - psicóloga especialista em psicologia clínica e neuropsicologia, com 17 anos de experiência na área, Juiz 2 - médica psiquiatra, mestre em Saúde Mental, estudante de doutorado em Psicologia, com atuação de 15 anos na área em consultório, hospital, docente da faculdade de Medicina e coordenadora da Residência Médica em Psiquiatria de uma instituição privada localizada no Estado de SP, Juiz 3 - psicóloga especializada em psicopedagogia clínica e institucional, neuropsicologia, neuropsicopedagogia, com atuação de 10 anos nessas áreas, Juiz 4 - psicóloga institucional de um município localizado no Estado de São Paulo, com aprimoramento em saúde mental, especialista em neuropsicologia, coordenadora das equipes interdisciplinares dos CAPS, CAPS AD, Ambulatório de Saúde Mental e Matriciamento em Saúde Mental, Juiz 5 - doutora em psicologia e especialista em psicologia do esporte com 15 anos de atuação clínica.

Instrumento

O instrumento utilizado para esse estudo foi a “Escala de avaliação da Adesão à medicação no tratamento psiquiátrico”, na sua versão reformulada após a condução do Estudo 1. Para obter as avaliações dos juízes, foi elaborado um formulário contendo: título do instrumento, descrição do modelo teórico usado como base para a construção da escala, definição de cada uma das áreas avaliadas e, por último, tabela com cada um dos itens ($n=118$). Na penúltima coluna o juiz deveria marcar qual área ele julgava que o item avaliava, e nas duas últimas colunas deveriam avaliar de zero a cinco a pertinência do conteúdo para aquela área e poderiam sugerir alterações sugerir alterações em itens específicos, caso observassem tal necessidade.

A Tabela enviada foi estruturada para que os juízes indicassem qual área cada um dos itens se enquadrava, e para facilitar a compreensão, as áreas foram nomeadas como fatores, sendo: (F1) adesão ao tratamento psiquiátrico, (F2) suporte das áreas de apoio, (F3) relacionamento médico-paciente, (F4) engajamento familiar e social, (F5) bem-estar psicológico.

Procedimentos

Após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, os participantes foram contatados por telefone. Aqueles que aceitaram participar receberam, por email, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido um Formulário, no qual era apresentada a descrição da tarefa a ser desenvolvida (ler cada um dos itens que compõem a escala, julgando em qual das áreas ele se enquadrava, marcando-se com um “x” na coluna correspondente), sendo ainda oferecidas as definições de cada área. Para maior controle dos dados, foi atribuído um número para cada juiz (J1, J2, J3, J4 e J5) e vale dizer que não foram informados sobre quem eram os demais participantes desse estudo.

Com a finalidade de evitar que os itens estivessem agrupados de acordo com as áreas que avaliavam, eles foram organizados em uma única lista e classificados de forma alfabética. Após o recebimento do formulário, efetuou-se o levantamento das categorias apontadas pelos juizes para cada um dos itens da escala, utilizando-se, para análise dos dados, dois diferentes procedimentos: porcentagem de concordância e o cálculo do coeficiente Kappa para cada juiz.

Para analisar os resultados realizou-se comparação entre os valores indicados pelos especialistas para cada item e os valores do “juiz ideal”, ou seja, a classificação originalmente desenvolvida para cada item. Para a análise do coeficiente Kappa estabeleceram-se os valores recomendados por Fonseca, Silva e Silva (2007), sendo: acima de 0,75 indicariam uma concordância excelente; entre 0,40 e 0,75, uma concordância satisfatória; e abaixo de 0,40, uma concordância insatisfatória.

Resultados e discussão

De modo geral, para o estudo 1, não foram registrados problemas de entendimento da tarefa, mas vale ressaltar que, embora todos os participantes compreendessem a necessidade de escolher uma resposta que mais lhe representasse no atual momento, alguns demonstraram dificuldades em afirmativas que poderiam ter sentido dúbio, bem como os exemplos nesses itens demonstram: (item 03 – Adesão ao tratamento psiquiátrico) “*sou responsável pelo meu tratamento psiquiátrico*” e (item 08 – Adesão ao tratamento psiquiátrico) “*sou eu que resolvo tudo relacionado ao meu tratamento*”, pois é mencionado pelos participantes que a palavra “responsável” ou “resolvo tudo” pode parecer isentar os profissionais que os acompanham da responsabilidade, e/ou que só o paciente seja responsável pelo tratamento. Nessas situações, a aplicadora explicou, em maiores detalhes o contexto da afirmativa através de exemplos para facilitar o entendimento.

Os resultados indicaram a necessidade de ajuste de algumas afirmações que continham palavras com sentido dúbio e por parecer que a sentença estivesse incompleta ou muito abrangente. Os resultados indicaram que, dos 114 itens analisados, 23 sofreram algum tipo de modificação (20,1%). O item citado “Sou responsável pelo meu tratamento psiquiátrico”, por exemplo, foi dividido em outros dois: “Eu sou responsável por agendar a consulta com o médico psiquiatra” e “Eu sou responsável por comprar meus remédios ou retirar na saúde mental”. Outro exemplo deu-se em relação ao item “Depois que descobri meu diagnóstico sinto que a minha vida não é mais normal”, alterado para “Depois que descobri meu diagnóstico sinto que a minha vida não é mais a mesma”.

No que se refere à ortografia, gramática, divisão dos itens por área de investigação, alternativas de respostas, explicação presente no cabeçalho do instrumento e exemplos cedidos para entendimento da tarefa, não houve identificação de problemas por nenhum dos grupos. Após essa etapa, cujo objetivo visou a compreensão da adequação do material pela população alvo para qual será destinado (Irwing & Hughes, 2018), uma segunda versão da escala foi obtida, a qual foi submetida ao Estudo 2.

Para o estudo 2, a concordância entre os juizes foi avaliada para cada item em cada dimensão. Aqueles que apresentaram concordância igual ou superior a 80% foram mantidos no instrumento. Os demais foram enviados para uma nova rodada de avaliação dos juizes, havendo ainda casos de itens que alcançaram porcentagem de concordância adequada, mas em outra área diferente daquela para a qual originalmente foi desenvolvido. Os resultados são sumarizados na Tabela 2.

Tabela 2. Resultado da Análise dos Juizes

Dimensão	Número de itens	Concordância igual ou acima de 80%	Concordância não adequada	Concordância em outras áreas diferentes da original
F1 Pessoal Engajamento	25	18	5	2
F2 Suporte das áreas de apoio	34	25	8	1
F3 Relacionamento médico-paciente	16	12	2	1
F4 Engajamento familiar e social	18	12	6	-
F5 Bem-estar psicológico	25	21	3	1

Ao final da primeira rodada de avaliação foi possível verificar que a maior parte dos itens alcançou concordância entre os juizes (74,5%, n=84). Cinco itens foram realocados para outra dimensão, diferente daquele original para a qual foram desenvolvidos (4,16%) e outros 24 não alcançaram a porcentagem de concordância adequada e seguiram para uma segunda rodada de avaliação (20,0%). Foi possível observar que todas as dimensões tiveram alguns de seus itens sugeridos para outra dimensão.

Apesar da escala ter perdido apenas 10,3% de seus itens, a área de “*Suporte das Áreas de Apoio*” foi uma das dimensões que mostrou, já na primeira rodada, necessidade de avaliação, pois oito itens retornaram para reavaliação e um item foi compreendido para outra área. Outra dimensão, “*Engajamento Familiar e Social*” também teve seis itens submetidos a uma segunda rodada de avaliação dos juizes.

Dos itens analisados nessa segunda rodada, novamente 12 apresentaram discordância entre os especialistas, sendo excluídos da versão da escala que seguirá para as próximas etapas, empíricas. Destes, quatro pertenciam ao F1, três ao F2, dois ao F4 e três ao F5. Dois outros foram realocados para outra dimensão em que alcançaram concordância: um originalmente desenvolvido para o F3 mas que foi mudado para o F1 e outro que, originalmente pertencia ao F2 e foi realocado no F1. Desse modo, uma síntese dos resultados obtidos na análise de juízes especialistas é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3. Síntese da Análise de Concordância de Juízes por Dimensão

Elemento Fundamental	Itens desenvolvidos originalmente	Itens excluídos da escala	Itens que migraram para outro fator	Itens mantidos no fator original	Quantidade final de itens por fator
Engajamento Pessoal	25	4	2	18	22
Suporte das áreas de apoio	34	3	2	25	30
Relacionamento Médico-Paciente	16	1	2	12	15
Engajamento Familiar e Social	18	2	-	12	16
Bem estar Psicológico	25	3	1	21	22
Total de itens	118	13	7	88	105

Sabe-se que, durante o processo de construção de um instrumento e de seu refinamento, a perda de itens é esperada. No caso aqui apresentado, 15,3% foram subtraídos do total. Com a conclusão dessa etapa do estudo, permaneceram na escala, um total de 105 itens. Em seguida, a análise do coeficiente de Kappa foi realizada. Os resultados indicaram concordância considerada excelente (entre 0,75 a 1,0) para os juízes (Tabela 4).

Tabela 4. Coeficiente Kappa

Identificação	Nº de itens avaliados	Número de acertos	% de acertos	Kappa	Spearman
Juiz 1	117	101	86,32	0,85**	0,72**
Juiz 2	117	100	85,47	0,88**	0,75**
Juiz 3	117	98	83,76	0,79**	0,71**
Juiz 4	117	89	76,06	0,79**	0,64**
Juiz 5	117	86	73,50	0,80**	0,67**

Nota. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$

Os resultados indicaram a adequação do julgamento realizado por todos os juízes, bem como altos índices de porcentagem de acertos na classificação dos itens. A partir dos resultados apresentados, tanto em relação à análise de porcentagem de concordância entre juízes, quanto no cruzamento entre classificações dos juízes e o juiz ideal, foi possível afirmar a existência de validade de conteúdo para a Escala de Adesão ao Tratamento Medicamentoso Psiquiátrico.

Considerações finais

O cuidado com a saúde mental se mostra uma questão frágil e sensível na sociedade atual. O processo de construção do instrumento foi iniciado a partir da percepção de lacunas na avaliação objetiva desse aspecto no Brasil. Apesar de diferentes instrumentos em uso no país, geralmente eles são feitos para um único diagnóstico específico ou ainda não apresentam estudos, em número suficiente, para atestar suas qualidades psicométricas, de modo que seu uso é feito sem garantia e/ou segurança na sua interpretação. É nesse contexto que a “Escala de Avaliação da Adesão à medicação no tratamento psiquiátrico” foi desenvolvida. Os resultados dos estudos iniciais de investigação das suas qualidades psicométricas mostraram-se favoráveis e motivam a continuação dos estudos com o instrumental.

Vale salientar que há limitações para esse estudo, tendo em vista que a construção de um instrumento de autorrelato é subjetivo e requer compreensão cognitiva do sujeito, principalmente sobre questões referentes ao seu bem-estar físico e mental. Outra dificuldade poderia ser a disposição desse paciente em responder a escala tendo em vista a complexidade que os transtornos mentais podem ocasionar na vida deles. É importante ressaltar ainda que o número de itens ainda permanece elevado, especialmente se considerarmos que os pacientes que apresentam baixa adesão ao tratamento também podem ter dificuldades em responder a um instrumento composto por 105 itens. No entanto, esse número será mantido nos estudos posteriores, a fim de que, futuramente, os melhores itens possam ser selecionados para compor uma versão reduzida.

Apesar dos estudos aqui apresentados constituírem-se em estudos iniciais com o instrumento, seus resultados permitiram que uma versão mais refinada da escala fosse obtida a partir da investigação da sua adequação à população alvo e, posteriormente, pela investigação das evidências de validade de conteúdo.

Almeja-se que, ao final de todo esse processo, a escala de autorrelato possa ser utilizada para melhorar a relação dos pacientes psiquiátricos com a sua saúde mental e especificamente com os remédios que fazem parte do seu cotidiano, otimizar as consultas com os médicos psiquiátricos e garantir terapias medicamentosas eficientes.

Agradecimentos

A primeira autora agradece a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES). Código de financiamento: 001.

Referências

- Aquino, G. A., Cruz, D. T., Silvério, M. S., Vieira, M. T. Bastos, R. R., & Leite, I. C. G. 2017. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(1), 111-122. doi:10.1590/1981-22562017020.160098
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. 2006. Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard review of psychiatry*, 14(5), 249–256. doi:10.1080/10673220600975121
- Borba, L. O. Maftum, M. A., Vayego, S. A., Mantovani, M. F., Felix, J. V. C., & Kalinke, L. P. 2018. Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem*, 52, e03341. doi:10.1590/S1980-220X2017006603341.
- Borsa, J. C., & Seize, M. M. 2017. Construção e adaptação de instrumentos psicológicos: dois caminhos possíveis. In B. Damasio, & J. C. Borsa (Orgs.), *Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos* (pp. 15-38). Vetor.
- Cardoso, L. & Galera, S. A. F. 2009. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(3), 343-348. doi:10.1590/S0103-21002006000300015
- Chan, A. H. Y., Horne, R., Hankins, M., & Chisari, C. 202). The Medication Adherence Report Scale: A measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 86, 1281-1288. doi:10.1111/bcp.14193.
- DiMatteo M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health psychology*, 23(2), 207–218. doi:10.1037/0278-6133.23.2.207
- Fonseca, R., Silva, P., & Silva, R. R. 2007. Acordo inter-juizes: o caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia*, 5(1), 81-90. doi:10.14417/lp.759
- Gewehr, D. M., Bandeira, V. A. C., Gelatti, G. T., Colet, C. F., & Oliveira, K. R. (2018). Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*, 42(116), 179-190. doi:10.1590/0103-1104201811614.
- Haddad, P. M., Brain, C., & Scott, J. 2014. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Related Outcome Measurement*, 5, 42. doi:10.2147/PROM.S42735.
- Haddad, P. M., Brain, C., & Scott, J. 2014. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Related Outcome Measurement*, 5, 42. doi:10.2147/PROM.S42735
- Irwing, P., & Hughes, D. J. 2018. Test development. In Irwing, T. Booth, & D. J. Hughes (Eds.), *The Wiley handbook of psychometric testing: a multidisciplinary reference on survey, scale and test development* (pp. 3- 8). John Wiley & Sons.
- Knapp, M., & Wong, G. 2020. Economics and mental health: the current scenario. *World Psychiatry*, 19(1), 3-14. doi:10.1002/wps.20692
- Melnyk, B. M. 2020. Reducing Healthcare Costs for Mental Health Hospitalizations With the Evidence-based COPE Program for Child and Adolescent Depression and Anxiety: A Cost Analysis. *Journal of Pediatric Health Care*, 34(2), 117-121. doi:10.1016/j.pedhc.2019.08.002
- Oliveira, L. A., & Oliveira, V. C. 2018. Os Transtornos Depressivos: um olhar sobre a reestruturação dos cuidados em saúde mental. *Psicologia e Saúde em Debate*, 4(3), 96–109. doi:10.22289/2446-922X.V4N3A9
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Mental Health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Geneva: World Health Organization and Mental Health and Poverty Project.
- Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. S., Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. 2008. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2299-2306. doi:10.1590/S1413-81232008000900034
- Ribeiro, M. S., Alves, M. J. M., Vieira, E. M. M., Silva, P. M., & Lamas, C. V. D. 2008. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 16-22. doi:10.1590/S0047-20852008000100004

- Sajatovic, M., Velligan, D. I., Weiden, P. J., Valenstein, M. A., & Ogedegbe G. 2010. Measurement of psychiatric treatment adherence, *Journal of Psychosomatic Research*, 69(6), 591-599. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.05.007.
- Santin, A., Ceresér, K., & Rosa, A. 2005. Método ao tratamento no transtorno bipolar. *Archives of Clinical Psychiatry*, 32(1), 105-109. doi:10.1590/S0101-60832005000700015
- Silva, S. N., Lima, M. G., & Ruas, C. M. 2018. Brazilian Mental Health Services Assessment: user satisfaction and associated factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3799. doi:10.1590/1413-812320182311.25722016.
- Silva, T. F. C., Lovisi, G. M., Verdolin, L. D., & Cavalcanti, M. T. 2012. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(4), 242-251. doi:10.1590/S0047-20852012000400008
- Souza, M. S. F., & Kopittke, L. 2016. Adesão ao tratamento com psicofármacos: fatores de proteção e motivos de não adesão ao tratamento farmacológico. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 19(3), 361-369.
- Straub, R. O. 2014. *Psicologia da Saúde: Uma abordagem Biopsicossocial*. Artmed.
- Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Thumé, E., Facchini, L. A., França, G. V. A., & Mengue, S. S. 2013. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 47(6), 1092-1101. doi:10.1590/S0034-8910.2013047004834

Minicurrículo

Mariane Gama de Oliveira. Mestre em psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Tatiana de Cassia Nakano. Doutora em Psicologia. Docente do programa de pós-graduação stricto sensu em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Pesquisadora da linha de instrumentos e processos em avaliação psicológica. Bolsista produtividade 2 CNPq.

Como citar: Oliveira, M.G., & Nakano, T.C. 2022. Escala de avaliação para adesão ao tratamento psiquiátrico: construção de instrumento e qualidades psicométricas iniciais. *Pubsaúde*, 11, a396. DOI: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsaude11.a396>

Recebido: 10 out. 2022.

Revisado e aceito: 4 dez. 2022.

Conflito de interesse: os autores declaram, em relação aos produtos e companhias descritos nesse artigo, não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros que representem conflito de interesse.

Licenciamento: Este artigo é publicado na modalidade Acesso Aberto sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 (CC-BY 4.0).