

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA**

**MARIANE GAMA DE OLIVEIRA**

**ADESÃO AO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: ELABORAÇÃO DE ESTUDOS  
PSICOMÉTRICOS INICIAIS DE UM PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO**

**CAMPINAS  
2022**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA**

**MARIANE GAMA DE OLIVEIRA**

**ADESÃO AO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: ELABORAÇÃO DE ESTUDOS  
PSICOMÉTRICOS INICIAIS DE UM PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como exigência para obtenção de título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Professora Doutora Tatiana de Cássia Nakano Primi.

**CAMPINAS  
2022**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada por Vanessa da Silveira CRB 8/8423  
Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

152.8  
O48a

Oliveira, Mariane Gama de

Adesão ao tratamento psiquiátrico: elaboração de estudos psicométricos iniciais de um protocolo de avaliação / Mariane Gama de Oliveira. - Campinas: PUC-Campinas, 2022.

138 f.: il.

Orientador: Tatiana de Cássia Nakano Primi.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2022.

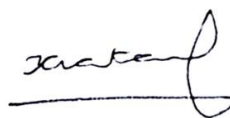
Inclui bibliografia.

1. Psicometria. 2. Testes psicológicos. 3. Adesão à medicação. I. Primi, Tatiana de Cássia Nakano. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD - 22. ed. 152.8

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA**  
**ADESÃO AO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: ELABORAÇÃO DE ESTUDOS**  
**PSICOMÉTRICOS INICIAIS DE UM PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO**

Dissertação Defendida e aprovada em 27 de  
janeiro de 2022 pela Comissão Examinadora



---

Profª Dra. Tatiana de Cássia Nakano Primi  
Orientadora da Dissertação e Presidente da  
Comissão Examinadora  
Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
(PUC-Campinas)



---

Prof. Dr. Wanderlei Abadio de Oliveira  
Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
(PUC-Campinas)



---

Prof. Dr. Nelson Hauck Filho  
Universidade São Francisco (USF-Campinas)

## DEDICATÓRIA

Devolvo toda dedicação que tive nesses dois anos de mestrados àqueles que nunca deixaram de me amar, mesmo irritada, cansada e me ausentando de momentos em famílias e entre amigos. Em especial ao meu esposo Felipe que me lança para voos altos e aos meus pais Elizabeth e Miguel que sempre me amaram incondicionalmente! Aos meus sobrinhos (Isabelle e Vincenzo) que de alguma forma me motiva na construção de um mundo melhor.

## AGRADECIMENTOS

Por onde começar? Bom, de forma bem clichê agradeço a Deus por todas as vezes que pensei que não conseguiria, que não tinha mais força e que sempre me acalmou e me colocou no caminho de luz. Foram dias difíceis, mas se não fosse pela rede de apoio que tenho nada disso seria possível. Então bora agradecer essa rede de apoio! Em primeiro lugar merecidamente vai para o Felipe (esposo) que além de me apoiar também aturou minhas constantes oscilações de humor. Quando chorei ele estava ali para me acalmar e quando dava tudo certo ele comemorava comigo! Muito obrigada meu amor, meu companheiro de vida, de planos e de sonhos! Te amo!

Em seguida agradeço meus pais Elizabeth e Miguel por sempre me apoiarem e por garantirem os cuidados com a minha Benedita (minha cachorrinha) para eu pudesse ir tranquilamente para Campinas, e também por serem esses pais incríveis que nos acompanham sem querer nada em troca, que transbordam amor incondicional. Amo vocês! A nossa “Jo” que sempre cuidou da gente com muito cuidado e muito amor em organizar nossa casa e deixar tudo limpinho fazendo mais do que precisava! Aos meus queridos irmãos Diego e Vinícius que sempre me apoiaram e do jeitinho deles me incentivam ser uma pessoa melhor. As cunhadas (Aline, Milena e Thamires) e cunhado (Davi) por sempre me incentivarem aos estudos e me mandavam força e coragem. Aos meus sogros (Valdeni e Dilma) por estarem sempre dispostos em ajudar. A minha querida avó Sueli que sempre me deu amor e carinho e que sempre se pôs a me ajudar nas tarefas domésticas! Amo você

vó! Aos meus sobrinhos (Isabelle e Vincenzo) que tiveram a maior paciência do mundo comigo, pois estive muito ausente em suas vidas nesse momento.

Aos meus queridos amigos (Franguinhos) Amandinha, Ana Beatriz (Bia/Boa) e Frederick (Derick/Gordinho), Bruno e Camila por sempre estarem ao meu lado, aguentarem meu mau humor e ainda entenderem minha ausência, meus grandes amigos incentivadores! (Amo vocês). Não poderia de deixar de agradecer toda a amizade, rede de apoio e trocas, minhas amigas Pâmela e Marisa, vocês são parte também dessa conquista, amo vocês!

Aos meus queridos amigos que a Pucc me deu, Annelise, Rosana, Carlos, Allan, Isabel e Tatiana (Maranhão), por partilhas, trocas tanto de conhecimento como de conforto e colo, sem vocês de fato teria sido muito mais difícil, muito grata por tudo amigos queridos! Ao meu grupo de pesquisa que a pandemia separou, mas que mesmo assim tivemos oportunidade de partilhar experiências, trocas e ensinamentos. Meus queridos professores doutores (Solange, João Messias, André, Wanderlei, Leticia, Sonia) foram muito acolhedores e incentivadores!

Bom, essas duas pessoas precisam de um espaço só para elas! Minha orientadora Dr<sup>a</sup> Tatiana de Cássia Nakanno Primi, que de alguma forma sempre acalmou meu coração, até para “brigar” foi afetuosa! Uma pessoa muito simples com conhecimento vasto e muito generosa, de verdade você fez toda a diferença nessa experiência tão temida como é a pós-graduação, um ambiente onde é propenso ao adoecimento, mas você não faz isso conosco! Muito obrigada, por tudo, pela disponibilidade de sempre!

Agora a outra pessoa especial é a minha amiga Gisele que entrou na minha vida de fato para mudar, sem você eu não teria conseguido! Você é

sinônimo de amor, de dedicação e de muita inspiração! Obrigada por tudo, pela partilha de vida, de conhecimento e também de acolhimento! Amo você amiga!

Aos meus queridos clientes que são de fato minha inspiração não só de vida pela coragem que eles têm, mas também por compreenderem todos esse momento pessoal! As prefeituras de São Vicente e de Santos por me permitirem a prática dos meus estudos, em especial a psicóloga Selma Maria que, apesar de ser da família, sempre me incentivou e foi graças à experiência de trabalho anos atrás no CAPS II na cidade de Cubatão me motivou e me influenciou na escolha do meu projeto de pesquisa.

Gostaria também de agradecer minha grande amiga Carolina (Carol) que foi umas das pessoas que mais me incentivaram não só na pós-graduação, mas em toda a minha vida profissional, na vida pessoal sempre se preocupando com meu bem estar, e graças a ela estou aqui nessa etapa da minha carreira, te amo Carol! As minhas queridas amigas psicólogas (Leonor, Selma (de novo), Gisele (de novo) Carolina (de novo), psiquiatra (Karina) pela disponibilidade em colaborar para a minha pesquisa, sem vocês essa etapa não teria sido possível E aos participantes do estudo piloto do projeto, como poderíamos ter avançado nesse tema sem vocês? Não teria sido possível! Muito Obrigada!!

E por fim, todas as pessoas que de alguma forma me incentivaram, me acolheram e compreenderam minhas escolhas, todos os amigos que não foram citados e que de alguma fizeram parte desse processo todo! Termino esse estágio da minha vida com muita gratidão e com muita vontade de que a minha pesquisa realmente faça a diferença na vida daqueles que estão em sofrimento psíquico.



O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

## RESUMO

OLIVEIRA, Mariane Gama. *Adesão ao tratamento psiquiátrico: elaboração de estudos psicométricos iniciais de um protocolo de avaliação*. 2022. 138f Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2022.

As dificuldades relacionadas à adesão aos 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. O instrumento engloba cinco áreas relacionadas ao engajamento pessoal, suporte das áreas de apoio, relacionamento médico-paciente, engajamento familiar e social, e bem-estar psicológico. Para investigar suas qualidades psicométricas iniciais, três estudos foram conduzidos, o primeiro descrevendo o processo de construção da escala, segundo o estudo piloto e o terceiro voltado à investigação das evidências de validade de conteúdo da escala. Os resultados do estudo piloto, conduzido junto a 10 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. 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. Desse modo, os resultados positivos motivam a continuidade dos estudos com o instrumento, voltados à investigação de outras qualidades psicométricas até que a escala possa ser disponibilizada para uso profissional, de modo a sanar parte da lacuna relacionada à temática da adesão ao tratamento psiquiátrico medicamentoso.

Palavras-chave: escala; avaliação psicológica; tratamento medicamentoso; construção de teste; evidências de validade.

## ABSTRACT

OLIVEIRA, Mariane Gama. Adherence to psychiatric treatment: Development of an assessment protocol and initial studies to investigate psychometric qualities. 2022. 138f Dissertation (Masters in Psychology) – Pontifical Catholic University of Campinas, Center for Life Sciences, Postgraduate Program in Psychology, Campinas, 2022.

Difficulties related to adherence to 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 situation, 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 "Medication Adherence Assessment Scale in the psychiatric treatment" and the investigation of its psychometric qualities. The instrument encompasses five areas related to personal engagement, support from the support areas, doctor-patient relationship, family and social engagement, and psychological well-being. To investigate its initial psychometric qualities, three studies were conducted, the first describing the scale construction process, the second the pilot study and the third aimed at investigating the evidence of content validity of the scale. The results of the pilot study, conducted with 10 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. 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. Thus, the positive results motivate the continuity of studies with the instrument, aimed at investigating other psychometric qualities until the scale can be made available for professional use, in order to fill part of the gap related to the theme of adherence to psychiatric drug treatment.

Keywords: scale; psychological assessment; drug treatment; test construction; validity evidence.

Dor, prazer e morte não são mais que um processo para a existência. A luta revolucionária neste processo é um portal aberto à inteligência.

Frida Kahlo

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	22
Adesão do tratamento: importância do tema.....	22
Fatores associados à ausência de adesão ao tratamento .....	24
<i>Fatores que Podem Influenciar a Adesão ao Tratamento.</i> .....	26
Adesão nos principais diagnósticos psiquiátricos.....	32
Transtorno Depressivo .....	32
Transtorno de Ansiedade Generalizada .....	33
Transtorno Bipolar e outros Transtornos Relacionados .....	34
Espectro da esquizofrenia .....	35
Transtorno Obsessivo-Compulsivo e outros Transtornos relacionados .....	36
Transtorno de Personalidade .....	37
Estrutura de suporte e mecanismos para a Saúde Mental no Brasil.....	45
Psicologia da Saúde e o papel do psicólogo nesse contexto .....	48
Avaliação da adesão ao tratamento .....	51
OBJETIVOS .....	58
Objetivo Geral .....	58
Objetivos Específicos .....	58
MÉTODO.....	59
Estudo 1: Elaboração de protocolo de avaliação .....	60
Material .....	60
Procedimentos .....	63
Estudo 2: Estudo Piloto .....	65
Hipótese .....	65
Método .....	65
Grupo 1 .....	68
Resultados .....	68
Grupo 2 .....	71
Resultados .....	68
Discussão.....	76
Estudo 3: Evidências de validade de conteúdo .....	78
Avaliação dos especialistas.....	79
Método .....	80
Participantes.....	80
Instrumento .....	80
Procedimentos .....	82
Análise de dados.....	83
Resultados .....	83
2ª rodada: análise de juízes .....	91
Coeficiente Kappa.....	93
Resultados .....	94
Discussão.....	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	97
REFERÊNCIAS.....	100
ANEXOS .....	123
Anexo A: Versão da Escala de avaliação da Adesão à medicação no Tratamento Psiquiátrico .....	124
Anexo B: Aprovação do Estudo Comitê de Ética .....	126

ANEXO C: Termo de consentimento livre e esclarecido para participantes maiores de 18 anos – Estudo Piloto.....	127
PROCOLO DE AVALIAÇÃO PARA ADESÃO AO TRATAMENTO PSQUIÁTRICO.....	134
Anexo D: Formulário 1 .....	135
Anexo E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para juízes.....	137

## INDICE DE TABELAS

Tabela 1. Dimensões e subáreas pelo protocolo de avaliação para adesão ao tratamento psiquiátrico.....	61
Tabela 2. Participantes do Estudo Piloto.....	65
Tabela 3. Alterações Semânticos das áreas de investigação e conteúdo dos itens da escala Grupo 1 e Grupo 2 .....	72
Tabela 4. Porcentagem de Concordância para a Dimensão Adesão ao Tratamento Psiquiátrico .....	84
Tabela 5. Porcentagem de Concordância para a Dimensão Suporte das Áreas de Apoio.....	86
Tabela 6. Porcentagem de Concordância para a Dimensão Relacionamento Médico-Paciente .....	87
Tabela 7. Porcentagem de Concordância para a Dimensão Aspectos Técnicos .....	88
Tabela 8. Porcentagem de Concordância para a Dimensão Bem Estar Psicológico ....	90
Tabela 9. Porcentagem de Concordância de Juízes na Segunda Rodada da Avaliação.....	91
Tabela 10. Síntese de Análise de Concordância de Juízes por Dimensão .....	92
Tabela 11. Detalhamento dos resultados dos Juízes .....	94

## **INDICES DE QUADROS**

Quadro 1. Fatores que Podem Influenciar a Adesão ao Tratamento .....	26
Quadro 2. Instrumentos em Uso no Brasil para Avaliação da Adesão ao Tratamentos.	52
Quadro 3. Descrição dos Juízes.....	80



## **APRESENTAÇÃO**

Em 2016, iniciei minha jornada profissional na saúde da família, estruturada pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Na clínica, tenho me dedicado a acompanhar pacientes com transtornos mentais e transtornos de personalidade, especialmente junto ao público adolescente e adulto. Embora existam diferenças entre idades, o foco de trabalho sempre se ajusta às demandas em questão, entretanto, o objetivo principal se mantém – preparar psicologicamente cada um dos indivíduos e ajudá-los a construir estratégias de enfrentamento eficazes no gerenciamento de situações estressoras vivenciadas no dia-a-dia. Ao longo dessa prática, percebi a necessidade de olhar e construir um procedimento que colabore com os pacientes que são acometidos com diagnósticos de transtornos mentais sendo que essa motivação impulsionou o desenvolvimento da dissertação aqui apresentada.

A assistência psiquiátrica e em saúde mental no Brasil vem sofrendo importantes modificações desde a década de 1980, quando começou a ser direcionada para um atendimento especializado fora do contexto hospitalar de modo a evitar as internações de longa duração, restritas somente a casos mais graves (Silva et al., 2012). Nesse novo contexto, é comum que, durante o processo de cuidado com a saúde mental, pacientes psiquiátricos apresentem dificuldades na adesão ao tratamento medicamentoso, questão que vem sendo considerada um relevante problema de saúde pública. Como resultado, impactos negativos no próprio paciente são percebidos (exacerbação de

sintomas, cronificação de doenças e altos custos com tratamentos que se mostram ineficazes quando não seguidos de forma adequada).

Tal impacto também tem efeitos junto a pacientes, amigos e familiares. Diante desse quadro, frequentemente esse círculo social e de suporte relata sentimentos de pesar, angústia, sofrimento, frustração, decepção, irritação, entre outros que traduzem os prejuízos negativos ao tratamento psiquiátrico decorrente da baixa adesão. Essa condição é observada em cerca de 50% dos pacientes, resultando em inúmeros prejuízos em relação à qualidade de vida e saúde mental (Cardoso et al., 2011), podendo ainda resultar em frustração do profissional que o atende (Santin et al., 2005).

Diante desse quadro, o presente estudo teve, por finalidade, revisar as condições que podem afetar, de forma positiva ou negativa, a adesão ao tratamento psiquiátrico medicamentoso, especialmente em relação ao próprio paciente psiquiátrico, médico, família e equipe de apoio multidisciplinar (psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros). Após a revisão de literatura, os achados serviram como base para o desenvolvimento de uma escala que visa avaliar a percepção do paciente em relação à adesão ao tratamento medicamentoso psiquiátrico.

O processo de adesão ao tratamento ocorre quando os pacientes seguem as recomendações médicas e a falta de adesão envolve a recusa em seguir instruções ou não se esforçar para a realização do tratamento (Straub, 2014). Nesse contexto, devemos ressaltar a importância da avaliação psicológica no funcionamento da personalidade, patológico ou não, o qual possibilita, ao clínico, compreender as reações do paciente em interação com o

ambiente, bem como a dinâmica que está subjacente aos comportamentos manifestos do paciente (Carvalho et al., 2010).

Na área da saúde, a psicologia vem ganhando espaço e importância no âmbito multi e interdisciplinar para a compreensão de vários fenômenos relacionados à saúde e ao adoecimento, de maneira que tal ciência vem propondo intervenções para a melhoria e manutenção do bem-estar humano. A perspectiva biopsicossocial combina essas modalidades ao reconhecer forças biológicas, psicológicas e sociais que agem em conjunto para determinar a saúde e a vulnerabilidade de um indivíduo à doença (Straub, 2014). Nesse sentido, a avaliação psicológica em ambientes médicos pode ser considerada como uma adequada ferramenta na apropriação de decisões a respeito do diagnóstico diferencial, tipo de tratamento necessário e prognóstico (Capitão et al., 2005).

A colaboração na conduta médica psiquiátrica em relação aos aspectos da adesão ao tratamento psiquiátrico, assim como a compreensão do papel da família e da equipe multidisciplinar são aspectos importantes de serem considerados pelo psicólogo (Souza & Kopittke, 2016). Ainda de acordo com os autores, ao realizar um trabalho em conjunto com o médico da família e comunidade, tais profissionais podem aprender a conhecer o paciente em suas extensões, em suas dificuldades com outros membros da família e usar esse potencial dinâmico para aprimorar sua prática, facilitar a educação continuada efetiva, para aperfeiçoar suas condutas e melhorar a adesão dos pacientes aos tratamentos propostos.

Nesse contexto, o psicólogo pode atuar de modo a ampliar o repertório de informações sobre o paciente, favorecer melhor a equipe sobre o

conhecimento do caso, auxiliar na construção de estratégias de tratamento para seu familiar, compreender sobre as novas demandas do paciente, construir manejo diário que possibilitará a compreensão da doença, melhor convivência familiar e fortalecimento das relações e favorecer a diluição de sentimentos de angústia reorganizando a prática em prol da acessibilidade dos usuários e o progresso comunitário (Oliveira & Oliveira, 2018).

Entretanto, uma das principais dificuldades relacionadas à melhora do atendimento se ampara no fato de que os atendimentos nas redes do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentam adversidades, inclusive o número de pacientes para atendimentos não é equivalente à quantidade de médicos psiquiatras nos equipamentos de saúde mental nos municípios. Tal quadro corrobora para que os atendimentos sejam realizados em poucos minutos e sem muita oportunidade de interação, esclarecimentos e convencimento, de modo a prejudicar a adesão ao tratamento medicamentoso psiquiátrico. Isso porque o diálogo do paciente com o profissional prescritor tem se mostrado um dos recursos mais importantes para alcançar um tratamento mais eficiente, agradável e menos oneroso (Souza & Kopittke, 2016). Segundo os autores, o aumento da consulta em dois minutos a mais do que habitual, é capaz de melhorar o custo-efetivo da medicação, pois o paciente se sente confiante em tomar decisão em conjunto com o médico e não deixa de tomar os remédios. No caso do paciente aceitar a medicação, então o objetivo do médico será facilitar a adesão a decisão estabelecida em conjunto (*National Collaborating Centre for Primary Care - NCCP, 2009*).

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. Apesar do fato de alguns instrumentos psicológicos terem sido construídos para investigar os estados emocionais dos pacientes que apresentam transtornos mentais, a literatura não dispõe de um instrumento de avalie a adesão ao tratamento medicamentoso psiquiátrico de forma ampla e que possa mensurar aspectos como os mencionados anteriormente.

Nomear os aspectos que contribuem e não contribuem para adesão ao tratamento medicamentoso psiquiátrico pode garantir a eficácia dos resultados da escala de avaliação e, conseqüentemente, direcionar de forma benéfica, o paciente em seu tratamento, haja vista que a literatura tem demonstrado que variáveis relacionadas a aspectos sociodemográficos, psicopatologias de diagnóstico e tratamento podem ser consideradas preditoras de abandono (Ribeiro, Alves, Vieira, Silva, & Lamas, 2008). Nesse sentido, almeja-se que a escala de avaliação para a adesão ao tratamento medicamentoso psiquiátrico aqui apresentada como ferramenta de avaliação psicológica, possa auxiliar na reconstrução da história de vida do sujeito e compreender aspectos que possam interferir nas demandas atuais apresentadas por ele no momento do atendimento médico, desinchando o sistema de saúde por otimizar o tempo de consulta médica e a logística dos equipamentos públicos de saúde mental.

## INTRODUÇÃO

### **Adesão do tratamento: importância do tema**

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, 2001). Pode também ser definido a partir de expressões alternativas, como “conformidade” ou “aderência” (Silva, Lovisi, Verdolin, & Cavalcanti, 2012) e envolve a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em, pelo menos, 80% do seu total, respeitando horários, doses e tempo de tratamento (Cardoso & Galera, 2009).

O conceito passou, ao longo do tempo, por várias definições, envolvendo, por exemplo, os termos “conformidade” ou “aderência”, tendo sido adotada, de forma mais consensual, a expressão “adesão ao tratamento” (Silva et al., 2012). Segundo os autores, a adesão pode envolver, por exemplo, a aquisição 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. É importante considerar que a literatura tem demonstrado que os resultados de um tratamento dependem do uso dos medicamentos na dose e períodos corretos (Aquino et al., 2017). Estudos definem que o paciente como sujeito ativo, participa e se responsabiliza pelo processo de adesão ou não do seu tratamento (Freitas, Nielson, & Porto, 2015).

Por outro lado, 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). A baixa adesão ao tratamento tem sido considerada um relevante problema de saúde pública, visto que pode provocar a exacerbação dos sintomas, cronificação de doenças e altos custos com tratamentos que podem se tornar ineficazes (Silva et al., 2012).

Apesar disso, a estimativa dos pacientes que não aderem ao tratamento não seja consensual, oscilando de acordo com o perfil do paciente. Segundo pesquisas conduzidas por Tavares et al. (2013), Gewehr et al. (2018) e Aquino et al. (2017), 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 de 49% entre os portadores de transtorno mental (Borba et al., 2018). Nos transtornos mentais, a baixa adesão à medicação é observada em cerca de 50% dos pacientes, sendo a principal causa de morbidade psiquiátrica, reinternações, tempo mais longo de tratamento, assim como menor resposta clínica (Cardoso & Galera, 2009).

A baixa adesão ao tratamento 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). Reconhecer a prevalência da baixa adesão ao tratamento é difícil, pois o problema assume muitas formas diferentes (Straub,

2014). Dentre os pontos principais, sua identificação se mostra essencial como forma de prevenir um impacto negativo no tratamento proposto (Gewehr et al., 2018). Conseqüentemente, o conhecimento dos fatores que predisõem 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).

### **Fatores associados à baixa adesão ao tratamento**

Segundo Tavares et al. (2013), os fatores que levam a baixa adesão ao tratamento estão relacionados a características individuais, medicamentos utilizados, interação do paciente e os serviços de saúde, ausência de sintomas visíveis, falta de compreensão sobre o curso da doença. Para além disso, a própria percepção da doença é essencial para a adesão terapêutica, porém o isolamento social, e a ausência de elementos de referência, como familiares, amigos ou vizinhos, podem contribuir para manutenção e/ou agravamento do quadro clínico (Mendes et al., 2015).

O recurso terapêutico medicamentoso pode ser relevante, mas a literatura mostra que a adesão aos psicofármacos pelo portador de transtorno mental é baixa por aqueles que iniciam o tratamento e poucos mantêm (Kane, Kishimoto, & Correll, 2013; Nicolino et al., 2011). O desconhecimento da terapia medicamentosa é outro fator que transparece a necessidade de reforçar a participação do usuário na construção do seu projeto terapêutico e empoderamento sobre sua terapia (Silva & Ruas, 2018). A baixa adesão ao tratamento ainda pode estar relacionada às características individuais do paciente, à doença em si, o que limita substancialmente a eficácia do tratamento, de modo a ocasionar altas taxas de recaídas e conseqüentemente



a utilização dos serviços de emergência em saúde mental bem como internações hospitalares (Lew et al., 2006). Um ponto a ser discutido sobre a baixa adesão aos tratamentos dos portadores de transtornos psiquiátricos se relaciona com a atuação dos profissionais envolvidos, visto que o conhecimento em especial sobre a concepção que o indivíduo tem a respeito do medicamento prescrito e quais são os motivos que o desencorajam para seguir com o tratamento se mostra essencial (Miasso, Carmo, & Tirapelli, 2012).

Estudo bibliográfico sobre a adesão/baixa adesão de indivíduos ao tratamento de saúde revela que a perspectiva reduzida do papel do paciente no processo de tratamento, desperta sentimentos de submissão ao profissional e ao serviço de saúde, de modo que o paciente se vê como um sujeito não ativo no seu processo de conviver com o transtorno e o tratamento. Neste sentido para o sucesso da adesão é necessário à corresponsabilidade dos profissionais e serviço de saúde (Reiners et al., 2008). “A preferência pelo controle e domínio sobre o tratamento também ajudam a explicar a adesão, sendo assim pacientes que expressam maior envolvimento pelo seu tratamento de saúde demonstram maior adesão” (Straub, 2014, p. 354).

Vale ressaltar que, no processo de adesão ao tratamento, devem ser considerados os diagnósticos equivocados, dos quais as emoções, como a tristeza ou timidez, com frequência, podem ter olhares patologizantes (Maturó, 2010). Outra situação envolve o fato de que o diagnóstico de transtorno mental pode vir acompanhado de dúvidas ou pré-concepções de origem cultural sobre os remédios psicofármacos (relacionados especialmente à sua associação à loucura, preconceitos envolvendo seus usuários, estigmas negativos). Tal

situação acaba por promover comportamentos negativos, os quais favorecem a descontinuidade do uso e, conseqüentemente, a baixa adesão ao tratamento (Bet et al., 2013; Haddad, Brain, & Scott, 2014).

Ao vivenciar a dualidade destes efeitos, os pacientes podem apresentar sentimentos ambíguos quanto ao seu tratamento, de modo que estes devem ser um dos tópicos principais e mais discutidos nas consultas quando é identificada a necessidade de uso de medicamentos (Souza & Kopittke, 2016). É importante destacar que as causas de interrupções no tratamento psiquiátrico medicamentoso variam de acordo com as especificidades de cada paciente, principalmente com relação à exacerbação dos efeitos colaterais indesejáveis e o não assentimento quanto ao uso diário desses medicamentos (Xavier, Terra, Silva, Mostardeiro, Silva, & Freitas, 2014).

Considerando-se que a literatura tem indicado que diferentes fatores que podem influenciar o processo de adesão ao tratamento, uma busca não sistematizada de estudos com foco na adesão ao tratamento foi realizada e alguns dos estudos encontrados são apresentados como exemplos, a seguir, bem como seus principais resultados.

#### Quadro 1.

##### *Fatores que Podem Influenciar a Adesão ao Tratamento.*

Referência	Variáveis investigadas	Construtos e aspectos avaliados
Lindemann et al. (2019)	Sexo, idade, presença de cônjuge, renda familiar, escolaridade, ocupação e número de moradores no domicílio	Estado de saúde, autopercepção, características demográficas e socioeconômicas, morbidade de qualidade de vida
Borba et al. (2018)	Sexo, faixa etária, situação conjugal, religião, escolaridade, situação de trabalho,	Presença de histórico familiar de transtorno mental, percepção sobre sua saúde, diagnóstico de depressão ou esquizofrenia,

	renda individual, uso de álcool e drogas, histórico familiar de transtorno mental, percepção sobre sua saúde, comorbidade, uso de medicação, diagnóstico, tempo de doença e de tratamento, tentativa de suicídio, medicamentos prescritos, dúvida sobre medicamentos, motivação para uso, participação da família	tempo de doença, tempo de tratamento, tentativa de suicídio, participação da família
Gewehr et al. (2018)	Idade, sexo, cor da pele, estado civil, escolaridade, renda familiar	Renda familiar, baixo nível de escolaridade
Aquino et al. (2017)	Idade, cor, escolaridade, nível socioeconômico, consulta nos últimos 3 meses, via de acesso ao SUS, via de acesso a farmácia, número de comprimidos tomados por dia	satisfação com o serviço, autorrelato de problema de saúde, percepção de saúde, percepção de visão, percepção de audição, fragilidade,
Mendes et al. (2015)	Sexo, idade, estado civil, situação profissional, internação regime compulsivo, quadro psiquiátrico descompensado	Ideação delirante persecutória, interpretações delirantes, falta de crítica face a própria doença, doença incapacitante
Silva (2015)	identidade social	Carreira moral do doente mental, redução de status de adulto livre após internação
Vedana e Miasso (2014)	Tempo de diagnóstico, gênero, faixa etária, escolaridade, posição no grupo familiar, estrato socioeconômico, credo religioso, medicamento utilizado, via de administração do fármaco, supervisão de familiares, entre outras	Apoio familiar, espaço para cuidados, apoio social, significado atribuído à terapia medicamentosa, motivações, tomadas de decisões, enfrentamento do transtorno, identificação de potencialidades, problemas para seguir a terapia medicamentosa
Tavares et al. (2013)	Sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, nível	Principais aspectos relacionados à baixa adesão: idade (65 a 74 anos), não ter plano de saúde, ter

	socioeconômico, plano privado de saúde, número de comorbidades, autopercepção de saúde	que comprar (totalmente ou em parte) os seus medicamentos, ter três ou mais morbidades, possuir incapacidade instrumental para a vida diária e usar três ou mais medicamentos.
Miasso et al. (2012)	Perfil farmacêutico, sexo, idade, escolaridade	Variáveis: número total de comprimidos que utiliza diariamente, número de vezes ao dia que toma os medicamentos e número de tipos de medicamentos utilizados
Souza et al. (2011)	Aspectos sociais e econômicos	Fatores relacionados ao sistema e à equipe de saúde, à condição enfrentada pelos pacientes (gravidade da doença, incapacidade, comorbidades, efeitos físicos e psicológicos da doença), fatores relacionados à terapia
Ventura (2011)	Doença crônica, evidências das dificuldades no diagnóstico, dados demográficos, antecedentes e contextos familiares, dados da história clínica	Sintomas somáticos, hipervalorização dos problemas de saúde, mudanças de hábitos de vida, família disfuncional
Monteschi, Vedana e Miasso (2010)	Idade, presença de comorbidades físicas	Isolamento social, perdas cognitivas, polifarmácia, dependência com relação aos cuidadores
Cardoso e Galera (2006)	Aspectos demográficos	Paciente (características pessoais, fatores demográficos), medicação (ocorrências de reações adversas), fatores externos (suporte familiar, aliança terapêutica, apoio social de atendimento multiprofissional) papéis e responsabilidade do sujeito no processo.

A fim de esboçar os aspectos significativos sobre a adesão ao tratamento foram selecionados estudos que apresentaram alguns dados importantes para a compreensão desse fenômeno. As variáveis como sexo, condição socioeconômica, histórico familiar de transtorno mental, percepção

sobre saúde, o diagnóstico de transtorno mental, tempo de doença e de tratamento, tentativa de suicídio, não fazer uso correto da medicação, engajamento da família foram investigadas na maioria dos estudos selecionados.

Souza et al. (2011) afirmam que os transtornos mentais graves e persistentes são correlatos à baixa escolaridade somado a falta de informação sobre as doenças e medicamentos, bem como a falta de acompanhamento pelo serviço de saúde. Concluem que um programa de adesão deve ser um esforço cooperativo entre o paciente, os profissionais de saúde, governo e indústria. Contudo a saúde privada mostra menor risco de baixa adesão ao tratamento (Tavares et al., 2013).

Outros fatores são apontados por Lindemann et al. (2019): autopercepção negativa da saúde pode influenciar na demanda por atendimentos de saúde, principalmente aqueles que necessitam de mudança de estilo de vida. De modo geral, o gênero feminino, pacientes com maior nível de escolaridade e maior número de moradores em domicílio, apresentam uma autopercepção de saúde positiva e, por outro lado, a inatividade física e ocupação sem remuneração se mostram os fatores mais preocupantes. Os autores indicam que a autopercepção negativa da saúde pode influenciar demanda dos atendimentos em saúde e conseqüentemente a adesão ao tratamento de saúde.

Com relação à medicação, Gewehr et al. (2018) descrevem que se a quantidade de remédios for maior, menor é a adesão, bem como a baixa renda também pode influenciar na adesão. Sobre o comportamento do paciente relacionado a medicação Vedana e Miasso (2014) concluem que pode ser

influenciado pelo acesso, limitações para a autoadministração dos fármacos e interações com familiares e equipe de saúde. Outros fatores que aparentam influenciar a adesão ao tratamento psiquiátrico medicamentoso podem estar relacionados à ação terapêutica do medicamento bem como a ocorrência de efeitos adversos. Miasso et al. (2012) complementam apontando que a baixa adesão ao tratamento pode envolver perspectivas reduzida quanto ao papel do paciente, ao ser considerado submisso ao profissional e ao serviço de saúde e não um sujeito ativo no seu processo de conviver com o transtorno e tratamento.

Silva (2015) ressalva aspectos relacionados aos estigmas que um paciente egresso de internação psiquiátrica pode carregar em sua carreira moral no manejo da sua identidade social, assim como outras características demográficas também podem estar associadas à adesão ao tratamento medicamentoso, sendo que os fatores menos significativos para a adesão envolvem a aceitação da doença e a motivação para tratá-la (Droulout, Liraud, & Verdoux, 2003). A percepção do paciente e de seus familiares quanto ao tratamento psicofarmacológico também é preditiva à adesão, pois quando há avaliação dos benefícios do tratamento e riscos da doença (sintomatologia) versus os custos do tratamento (efeitos colaterais adversos) podem influenciar de forma positiva ao tratamento (Cardoso & Galera, 2006). Monteschi (2010) revela que a falta de conhecimento dos familiares quanto a terapia medicamentosa além de ser uma falha ofertada pelos profissionais de saúde, limita as intervenções destes para manter a medicação em níveis terapêuticos, e assim não colaborando para a adesão ao tratamento. A família também pode atuar de modo a garantir o comparecimento às consultas médicas, colaborar e

influenciar o paciente a aderência ao tratamento como todo (Sajatovic et al., 2010).

Neste sentido, concluímos que o planejamento em saúde e o sucesso das intervenções pelos profissionais de saúde pode estar vinculadas a autopercepção dessa população com relação à sua situação de saúde (Lindemann et al., 2019). Dentre as principais ferramentas para o enfrentamento da baixa adesão ao tratamento, intervenções baseadas em técnicas de resolução de problemas e motivacionais têm se mostrado mais eficientes (Cardoso & Galera, 2006) do que intervenções comportamentais como psicoeducação ou suporte comunitário, os quais representam menor eficácia na melhora para a adesão (Zygmunt et al., 2002).

No entanto, tal percepção não é consensual. Vilar et al. (2019), após revisão de literatura, indicaram que a psicoeducação permite o aumento de conhecimentos sobre o diagnóstico, sobre a doença, necessidade de aderir ao tratamento medicamentoso, possibilitando a mudança de comportamentos face à adesão à medicação e percepção sobre a saúde mental. Entretanto, na prática, Pinho et al. (2018) apontam que há deficiências nos processos de trabalho dos profissionais da saúde mental, nas esferas gestoras, bem como na valorização das atividades ofertadas pelo equipamento de saúde mental, sendo essencial a desconstrução do modelo de assistência a medicação e que maior investimento em estudos voltados para a realidade da saúde mental no Brasil.

Após a revisão dos principais fatores que podem influenciar o processo de adesão ao tratamento medicamentoso e considerando que o instrumento proposto foi desenvolvido inicialmente para ser utilizado junto a parte dos

pacientes psiquiátricos, uma revisão acerca da adesão junto a esses principais diagnósticos é apresentada a seguir. Ela foi elaborada de modo a incluir os principais diagnósticos psiquiátricos, a saber: transtorno depressivo, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno bipolar (outros transtornos relacionados), transtorno obsessivo compulsivo (outros transtornos relacionados), espectro da esquizofrenia e transtornos de personalidade.

### **Adesão nos principais diagnósticos psiquiátricos**

Considerando-se que a adesão pode se dar em diferentes diagnósticos, os principais diagnósticos psiquiátricos, foco posterior de interesse do instrumento para a dissertação aqui apresentado serão abordados a seguir.

### **Transtorno Depressivo**

A sintomatologia da depressão, especialmente quando aliada aos estressores do cotidiano, se mostra uma dificuldade enfrentada pelos pacientes no seguimento da terapêutica medicamentosa. O paciente deprimido pode experimentar desesperança, avolição, falta de energia e iniciativa, lentidão, falta de concentração, desejo de morrer, menor sensação de autocontrole e dificuldade para tomar decisões (Ibanez et al., 2014). A prevalência desse transtorno na população geral pode variar entre 3% a 11%, sendo, frequentemente, associado à incapacitação, e deve ser tratado continuamente por tempo indeterminado após as remissões dos sintomas, dependendo da avaliação e plano de tratamento traçado pelo médico psiquiatra (Fleck et al., 2009).



É comum, entre os pacientes depressivos, a interrupção da medicação precocemente, após a melhora dos sintomas, como se não precisassem continuar a terapia medicamentosa ou a condução, de forma ineficiente, do tratamento devido a sensação de bem estar. Tais comportamentos comprometem a obtenção de benefícios clínicos em longo prazo e implicam em riscos de recaídas e recorrências (Sansone & Sansone, 2012).

Sobre os principais tratamentos para o transtorno depressivo, podemos considerar vários farmacológicos e não farmacológicos, caso não produza resultados bem-sucedido o paciente pode ser classificado como resistente ao tratamento, e as estratégias não farmacológicas incluem psicoterapia (frequentemente em conjunto com farmacoterapia), também terapia eletroconvulsiva e estimulação do nervo vago (Shelton et al., 2010).

### **Transtorno de Ansiedade Generalizada**

O transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é diferente dos sentimentos causados pela ansiedade, é caracterizado por preocupação intensa e persistente sobre situações do cotidiano, capaz de provocar sofrimento significativo que eleva os custos diretos e indiretos. Está entre os transtornos psiquiátricos mais incapacitantes na vida adulta (Pérez-Edgar et al., 2010). Essa preocupação excessiva e irreal interfere na rotina diária e nos relacionamentos, sendo que, nesse sentido, o diagnóstico precoce e o acompanhamento especializado podem ser benéficos para o paciente que porta o TAG (Almeida et al., 2013).

Para o tratamento desse transtorno destacam-se os antidepressivos e os benzodiazepínicos, cuja eficácia é bem documentada no tratamento de curta

duração, porém, a longo prazo, é contraindicado devido aos riscos dos efeitos colaterais, inclusive de dependência (Castro et al., 2013). Como tratamento de primeira linha para as diferentes categorias de transtorno de ansiedade, o antidepressivo tem sido utilizado há anos devido à sua eficácia, sendo bem aceito pelo paciente e por não ocasionar dependência (Ravindran & Stein, 2013). Contudo o tratamento com os antidepressivos pode ser desafiador pois metade dos pacientes interrompe a terapia nos primeiros seis meses (Burton et al., 2012; Sansone, & Sansone, 2012).

Uma pesquisa realizada nos EUA revelou que 57% dos pacientes com diagnóstico de transtorno de ansiedade não aderem à terapia antidepressiva (Stein et al., 2006). Uma revisão da literatura aponta que há poucos estudos que investigam preditores de não adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com transtorno de ansiedade, relatando que os estudos identificados são consistentes ao descrever a alta taxa de não adesão desses pacientes (Santana & Fontenelle, 2011). Da mesma forma, outros estudos apontam que a não adesão pode estar relacionada à complexidade de fatores ligados ao próprio paciente, seja pelo gênero, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico, assim como ao processo terapêutico com tratamentos complexos e efeitos colaterais (Sousa, Vedana, & Miasso, 2016).

### **Transtorno Bipolar e outros Transtornos Relacionados**

Os critérios diagnósticos para a mania e hipomania no Transtorno Afetivo Bipolar (TB) tem ênfase nas mudanças relacionadas na energia e nas atividades. O quadro misto é um especificador que anteriormente não fazia parte dos critérios diagnósticos para TB (Araújo, Cabral, & Lotufo, 2014). A

adesão para as pessoas com transtorno afetivo bipolar pode ser complexa, pois tem forte componente biológico e sua principal forma de tratamento envolve medicamentos estabilizadores de humor (Lotufo, 2004). Nos pacientes são crônicos, o tratamento medicamentoso é fundamental para aumentar as possibilidades de melhora para o prognóstico (Miasso, Carmo, & Tirapelli, 2012).

Através de uma entrevista realizada com pacientes que portam o transtorno, foi constatado que 63% não aderem ao tratamento, aumentando a recorrência de mania e a vivência das crises, o que ocasiona a rehospitalização e o suicídio (Pompili et al., 2009). As características do transtorno afetivo bipolar se baseiam por fases, com isso os agentes medicamentosos podem ser eficazes somente em uma das fases do transtorno, sendo assim a polifarmácia utilizada para tratar os sintomas subsindrômicos persistentes, após o fracasso da monoterapia (Machado-Vieira & Soares, 2007). Miasso (2006) identificou, em outro estudo, que há indivíduos com o transtorno afetivo bipolar que acreditam estar tomando muitos medicamentos e tendem a questionar a necessidade de todas as doses prescritas, bem como suportar os efeitos desses remédios no organismo, que acabam sendo reforçadas pela opinião de amigos, familiares que estimulam a não adesão ao tratamento medicamentoso.

### **Espectro da esquizofrenia**

A esquizofrenia é um transtorno mental de condição crônica que demanda tratamento medicamentoso prolongado com remédios antipsicóticos, porém muitos pacientes não aderem ao tratamento prejudicando o sucesso da terapia medicamentosa (Nicolino et al., 2011). O pior prognóstico para os

portadores de esquizofrenia é a não adesão ao tratamento com antipsicóticos, quadro que está associado à maior probabilidade a recaídas, re-hospitalizações e aumento de demandas de recursos no setor da saúde (Daltio, Mari, & Ferraz, 2007; Morken, Widen, & Grawe, 2008).

No entanto, em um estudo realizado pelos autores Nicolino et al. (2011), os entrevistados não aderentes descreveram que uma das dificuldades era para se lembrar de tomar a medicação. Sabe-se que cerca de 40 a 60% dos indivíduos com esquizofrenia possuem déficits cognitivos graves e dentre essa defasagem esta o comprometimento com a memória (Sá Junior & Souza, 2007).

### **Transtorno Obsessivo-Compulsivo e outros Transtornos relacionados**

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é conhecido pelo seu curso crônico e altamente incapacitante, caracterizado por ideias obsessivas e/ou por comportamentos compulsivos recorrentes (Macy et al., 2013). Os prejuízos causados pelo transtorno podem ser vistos na vida ocupacional e social, cujas ideias e comportamentos importunam e influenciam o tempo da vida do sujeito (Scholl et al., 2017). Segundo a OMS, o TOC está em 10º lugar dentre os mais incapacitantes no mundo (Macy et al., 2013; *World Health Organization*, 1999).

Sobre a terapia medicamentosa, a primeira linha é clomipramina (inibidores seletivos de receptação da serotonina (ISRS), e a terapia comportamento de exposição, prevenção de rituais e terapia cognitivo comportamental (March et al., 1997). Pacientes com baixo juízo crítico (*Insight*) sobre o diagnóstico do transtorno devem ser submetidos à terapia medicamentosa, principalmente quando os sintomas são muitos graves (Raffin et al., 2008), sendo as recaídas frequentes após dois meses de interrupções

dos remédios (Pato et al., 1988). Como nos outros transtornos, a intolerância aos efeitos colaterais são presentes pelos portadores de TOC, bem como a não aceitação da terapia medicamentosa e/ou abandono do tratamento (Pigott & Seay, 2000).

Com relação à adesão ao tratamento psiquiátrico, são pacientes que resistem ao tratamento e que não respondem aos vários tratamentos propostos. Também são descritos como refratários que não ingressam a nenhum esquema terapêutico de primeira, segunda ou terceira linha disponível, tais como alternativas farmacológicas e psicoterápicas, incluindo a neurocirurgia e a estimulação transcraniana, mesmo sendo terapias com acesso mais dificultoso e/ou custoso (Shavitt et al., 2001).

### **Transtorno de Personalidade**

Os transtornos de personalidade (TP) podem comprometer de forma negativa o comportamento, as emoções, os relacionamentos, a autoimagem do indivíduo. Pesquisas têm demonstrado que a psicoterapia e terapias medicamentosas são benéficas para o tratamento (Kendell, 2002; Stoffers & Lieb, 2015; Vinnars et al., 2005). Não há remédios específicos recomendados para o tratamento de TP, contudo há medicações para o tratamento de comorbidades e controle de sintomas nucleares que são frequentemente presentes (Gunderson et al., 2003; Stoffers et al., 2010).

Para o controle de raiva, regulação emocional, impulsividade e sintomas psicóticos transitórios são utilizados os antipsicóticos e estabilizadores de humor, para os sintomas depressivos que podem ser recorrentes são os antidepressivos (Angstman & Rasmussen, 2011; Díaz-Marsá et al., 2008;

Stoffers et al., 2010). Os benefícios dos medicamentos e os riscos inerentes devem ser referidos ao paciente, principalmente com relação aos benzodiazepínicos, pois há potencial abuso e efeito paradoxal com desinibição do comportamento, ao invés de ficar restrito ao uso em momentos críticos de crises (Gabbard, 2009).

Como primeira linha de tratamento a psicoterapia é a mais indicada (Vinnars et al., 2005). A base do tratamento e a eficácia se dá por uma boa aliança terapêutica, de forma colaborativa com participação ativa do terapeuta e seu paciente (Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais – DSM-5), sendo que ambos os tratamentos devem ser considerados de longo prazo (Mazer, Macedo, & Juruena, 2017). A adesão ao tratamento para o TB é falha com altas ocorrências de abandono, irregularidade e incidências de automedicação, bem como relatos de efeitos colaterais desconfortáveis, em especial metabólica principalmente para a obesidade (Aviram, Brodsky, & Stanley, 2006; Gabbard & Ogden, 2009).

### **Custos monetários relacionados aos Transtornos Mentais: a importância da prevenção da baixa adesão ao tratamento**

A revista médica britânica *The Lancet* mostra que o enfrentamento a saúde mental tem passado por uma crise e que os países estão falhando em combatê-la. Essa situação é considerada uma epidemia que avança com velocidade sem que haja investimento por partes dos governos proporcional à gravidade do quadro: 13,5 milhões de pessoas ao ano poderiam ser salvas da morte, com tratamento adequado para os transtornos mentais. As estimativas

consideram que os serviços em saúde mental não são de qualidade causando prejuízos individuais além do retardo no tratamento de pessoas em idade ativa, o qual pode gerar custo de 16 trilhões de dólares até 2030 (CEE Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, 2018).

Potencialmente os custos com a baixa adesão ao tratamento são enormes, fazendo com que de 10 a 20% dos pacientes precisem de uma nova rodada do medicamento prescrito, de 5 a 10% necessitem de mais consulta com o médico e 5 a 10% precisem de licença médica do trabalho (Straub, 2014). A falta de adesão terapêutica tem como estimativa um impacto econômico anual de mais de 100 bilhões de dólares com custos adicionais com tratamento e hospitalização e perda de produtividade (HRSA *Care Action*, 2005).

Um estudo conduzido por Soeteman et al. (2008) concluiu que pacientes com transtornos de personalidade podem ser um fardo econômico e que a carga de pacientes que buscam por tratamento de saúde mental relacionados a ansiedade generalizada e depressão, por exemplo, pode ser comparável ou ainda maior do que aqueles pacientes que tem transtorno mental, por exemplo, esquizofrenia. Melnyk (2020) aponta que o oferecimento de tratamentos como terapia pode provocar importante redução nos custos relacionados aos cuidados com pacientes com depressão e ansiedade, cerca de 14 mil dólares por cada hospitalização que deixa de acontecer. Tal dado reforça a importância de trabalhos preventivos.

Nesse mesmo sentido, Knapp e Wong (2020) reforçam que o impacto da doença mental na economia, por meio das consequências relacionadas, tais como perda de produtividade e custos de tratamento, projetam que, até 2030,

os problemas relacionados à saúde mental serão responsáveis por mais da metade da carga econômica global atribuída às doenças não transmissíveis, algo em torno de seis trilhões de dólares. De forma isolada, o custo relacionado aos transtornos mentais, neurológicos e abuso de substâncias foi estimado em US\$16,3 trilhões entre 2011 e 2030. Esse valor, segundo o autor, ultrapassa o impacto das doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, câncer e diabetes. No entanto ressalta que a estimativa atual do gasto médio global em saúde mental, no entanto, é de apenas US\$ 2,50 por pessoa anualmente (variando de US\$ 0,1 a US\$ 21,7 dependendo do país), de modo a representar menos de 2% dos gastos governamentais em saúde. Esta baixa despesa é uma das principais razões para a grande lacuna entre as necessidades de saúde mental e a oferta de intervenção.

Uma das soluções possíveis envolve a prevenção da baixa adesão ao tratamento, relacionada à promoção da saúde. Segundo a OMS (2010a), recursos sociais e pessoais podem ser fortalecidos de modo a potencializar o indivíduo a ter mais consciência sobre as melhorias relacionadas à manutenção da sua saúde, a fim de promover a capacitação física. Dentro desse contexto, a psicologia pode ter um papel importante na dinâmica entre a promoção e a adesão ao tratamento, uma vez que sua atuação pode envolver ações de planejamento vinculadas à promoção e prevenção através do direcionamento das consultas psicológicas voltadas à investigação da adesão, associada ao médico seja da família ou do equipamento de saúde mental, avaliações posteriores e encaminhamento para atendimentos psiquiátricos em casos que identifiquem agravamentos dos quadros (Oliveira & Oliveira, 2018).



Estratégias voltadas para a humanização do cuidado, baseadas na promoção e prevenção em prol do bem-estar mental dos pacientes, segundo Jorge et al. (2011) são propostas realizadas através de iniciativas políticas, científicas e sociais. 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. Segundo Santin et al. (2005), uma das medidas importantes envolve identificar as 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. Quando identificados, os problemas de adesão podem ser resolvidos e o tratamento, continuado. Outras medidas podem envolver a psicoeducação por meio de terapia cognitivo-comportamental e auxílio à família.

A família pode ser um dos alicerces para o processo de adesão ao tratamento medicamentoso na área da saúde mental, propulsora para o enfrentamento de dúvidas e dificuldades do cotidiano, desde que essa família seja coesa, das quais realizam atividades juntos, e tenham interesses uns pelos outros que compartilham tempo e espaço (Souza & Kopittke, 2016). Através de um estudo de meta-análise DiMatteo (2004) comenta que o apoio familiar aumenta de forma significativa a adesão ao tratamento com medicamentos por famílias coesas em comparação das famílias em conflitos.

Neste sentido, os serviços de saúde mental podem atuar como um suporte para estes familiares cujas demandas sejam das mais variadas necessidades, principalmente com relação a crises vivenciadas, conflitos familiares emergentes, com sentimentos relacionados à culpa e/ou

pessimismo, no geral por diferentes dificuldades na rotina diária e também com relação à frustração pela cura não alcançada, desconhecimento do diagnóstico e propriamente dito com relação à prescrição (Colvero, Ide, & Rolim, 2004). A família pode ser um elo entre a prevenção e a recuperação do indivíduo, abrindo os caminhos para o médico da família a fim de compreender o funcionamento do próprio paciente e suas crenças, com o objetivo de dar mais significado à vida e ao tratamento (Souza & Kopittke, 2016).

A relação médico-paciente é importante em todas as especialidades, mas quando se trata de recuperar a saúde mental, no contato inicial a comunicação é o ponto central para a compreensão do ato ou da forma de pensar e sofrer com a finalidade de revisar a vida do paciente até o momento, o estimular com perguntas abertas e acolher as dúvidas que possam surgir (Souza & Kopittke, 2016). É uma relação complexa no que se refere ao equilíbrio do poder de influência com relação às decisões que permeiam o tratamento, e as opções de escolhas relacionadas ao profissional a ser contratado, pois acaba por amortizar a autonomia do paciente quanto à seleção da terapêutica e a conduta profissional, em especial no Sistema Único de Saúde (SUS) no qual o paciente não escolhe o profissional a se consultar (Silva & Nogueira, 2019).

Cabe aos profissionais da saúde mental, obter um profundo entendimento das diferentes modalidades terapêuticas com relação à adesão medicamentosa, não se ater apenas em abordagens biológicas ou psicológicas, mas atender as reais necessidades do paciente, pois esse encontro pode ser um marco importante no processo de mudança (Miasso et al., 2012). O vínculo terapêutico e a escuta qualificada apresenta papel de

destaque no processo de adesão ao tratamento, porque enriquece a anamnese com informações num nível mais íntimo capaz de trazer mais recursos ao profissional de saúde, e gera uma melhora na adesão às consultas e terapias o que permite descobrir e tratar a causa real das dificuldades encontradas pelos pacientes (Souza & Kopittke, 2016). Com o tempo, a relação de confiança entre o médico e o paciente pode gerar respeito, capacidade clínica de trazer resultados perceptíveis ou sintomáticos atender as expectativas do paciente de longo prazo e resolutivas, boa comunicação, sigilo, ter boas respostas quanto às reações emocionais e se expressar de forma segura (Carrió, 2012).

Vale ressaltar que essas combinações de condutas profissionais somadas ao empoderamento do paciente quanto a sua saúde mental são essenciais para a adesão ao tratamento (Souza & Kopittke, 2016). Em contrapartida, umas das dificuldades atuais na área da saúde é a agenda lotada o que acarreta na falta de atenção ao paciente e a não participação deste na consulta conforme a revisão da NCCP (2009).

Compreender, de forma precoce, as barreiras e os facilitadores à adesão através de atitudes cooperativas dos médicos e seus pacientes possibilita a intervenção precoce por meio da confiança e conquista que resulta na adesão do paciente ao psicofármaco (Souza & Kopittke, 2016). Neste ponto, os autores destacam a importância do diálogo e comunicação com seu prescritor, por vezes acontece do paciente gerenciar os remédios por conta própria, o que torna a terapia ineficiente e quando não comunicada o tratamento como todo fica comprometido sem a possibilidade de pensar em outras terapias.

O sofrimento, a frustração e sensação de sentimentos negativos relacionados à vivência desses efeitos adversos podem ter consequências

problemáticas como perdas e limitações relacionadas à interação desse indivíduo com a família e a sociedade (Miasso, Cassiani, & Pedrão, 2011). A supervisão desses pacientes sob os cuidados dos profissionais da saúde mental pode ser uma boa estratégia para a manutenção do tratamento (Ferreira, Caliar, & Figueiredo, 2015), principalmente para aqueles pacientes cujo apresentam baixa adesão e com dificuldade em autoadministrar as medicações, pois pode evitar o uso abusivo de comprimidos por ter posse de número elevado ou como tentativa de suicídio (Fortes et al., 2014). Uma das premissas sobre o uso de medicamento e a adesão ao tratamento tem a ver com a preocupação e confiança que o médico irá passar nas consultas ao propor tratamento farmacológico, ser claro quanto aos benefícios e ao potencial danos (efeitos colaterais) para evitar ou reduzir resposta iatrogênica (Souza & Kopittke, 2016).

Contudo, embora existam vários estudos científicos que explicam a natureza dos transtornos, ainda há poucas pesquisas que abordem questões relacionadas ao manejo de estratégias na adesão aos cuidados a portadores (Oliveira & Oliveira, 2018). Nesse sentido, busca-se que o trabalho aqui proposto possa auxiliar os profissionais a orientarem os pacientes quanto ao uso de medicamentos, ajustar a rotina do paciente, bem como dar suporte familiar, identificar fatores comportamentais e psicológicos do paciente que favorecem ou prejudicam a adesão ao tratamento medicamentoso.

Diante desse cenário, a construção de um instrumento que visa avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso pode trazer benefícios importantes para o setor da saúde, principalmente para a área da saúde mental. O sistema de saúde seja ele privado ou público e a própria pessoa que sofre podem

economizar tempo e dinheiro, mas, como resultado mais importante, será garantir o bem-estar psicológico que ultimamente acomete boa parte da população mundial.

### **Estrutura de suporte e mecanismos para a Saúde Mental no Brasil**

De modo geral, no Brasil, a partir das mudanças voltadas à desinstitucionalização do paciente psiquiátrico, este deixa de ser cuidado pelas instituições psiquiátricas e passa a ser integrado na comunidade, especialmente após as ações propostas pela Reforma Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária Brasileira (Silva et al., 2019). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída no ano de 2011 como a estratégia de atenção à saúde mental no âmbito do SUS, que tem por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2011).

Em virtude dessas mobilizações como resultado foi criada a lei Federal nº 10.216 que garante a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e também a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RASP), para articular e integrar os pontos de atenção da rede de saúde, próxima às pessoas com necessidade de cuidados à saúde mental ampliando o acesso, com atendimentos mais qualificados, acolhimento e atenção contínua (Silva et al, 2019). A reforma também foi pautada nas políticas de saúde no processo de desinstitucionalização, a fim de evidenciar a assistência integral e resolutiva, com o surgimento de novas versões e visões sobre o tratamento de pacientes com transtornos psiquiátricos (Oliveira & Oliveira, 2018).

Nesta perspectiva, os acessos aos atendimentos especializados se configuram em três níveis: primário, secundário e terciário (Silva et al., 2019) no qual destacamos o Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades, além das ações estratégicas no componente Atenção Básica (AB) tais como as desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (Sampaio, & Garcia Filho, 2015). e a Atenção Primária à Saúde (APS).

Vale ressaltar que o CAPS, a AB, APS e as UBS desenvolvem suas atividades, pois um dos principais problemas relacionados ao tratamento de saúde mental é que ainda não há protocolos para a equipe realizar o acompanhamento dos usuários nem diretrizes bem estabelecidas para o tratamento dos pacientes (Rocha & Werlang, 2013). Além disso, os profissionais da atenção básica têm um papel crucial no tratamento e cuidado aos usuários com transtornos mentais (Hirdes, 2009). Parte desses indivíduos é tratada na Atenção Primária à Saúde (APS), que foram considerados o primeiro nível de cuidado da saúde mental (Rocha & Werlang, 2012). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituíram a principal estratégia da política de saúde mental para substituir o modelo asilar e hospitalocêntrico, redefinindo os conceitos sobre o tratamento da saúde mental (Silva & Ruas, 2018).

É possível observar através da atenção primária que toda patologia leva o indivíduo ao isolamento social, provavelmente à negação, ao preconceito, ao estigma, à tristeza e à baixa autoestima (Souza & Kopittke, 2016). Num estudo realizado Queiroz e Bertolozzi (2010) destacam que ao implementar ações de supervisões por profissionais favorecem o sentimento de segurança aos pacientes, pois podem ter a convicção de que ingeriram os medicamentos e a

oportunidade diária de perceber a importância do tratamento, a evolução do quadro clínico e até mesmo melhorar relacionamentos entre profissionais e pacientes.

Neste sentido a falta de boa relação entre profissional e paciente pode agravar a saúde mental e de forma secundária a esses fatores, ter comprometimento nas atividades de rotina diárias, bem como impacto nas relações dessa comorbidade, sobrecarga gerada nas vítimas e nos seus familiares pela baixa adaptabilidade (Souza & Kopittke, 2016). Neste sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), devem encarar os problemas de saúde mental como emergentes e ela tem a capacidade de atuar em diversos lugares onde os indivíduos estão inseridos e de articular possibilidades de saúde pelo contexto familiar e cultural do lugar, estabelecendo vínculos e corresponsabilidade com a população, entre outros (Dimenstein et al., 2009). Sendo assim, o processo de adesão ao tratamento psiquiátrico desse paciente com transtorno mental, se realizada de forma efetiva as intervenções na adesão ao tratamento por profissionais da atenção primária, tem custo-efetivos, reduzem a morbidade, melhoram a qualidade de vida e fortalecem o vínculo do paciente com a atenção primária (Souza & Koppittke, 2016).

A função da ESF é visitar os lares, identificar os laços significativos entre os envolvidos, é a equipe que tem acesso direto às famílias, sendo representativo na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), já que a ideia é desinstitucionalização e também inserir a família no processo de reestabelecimento desse usuário em sofrimento psíquico (Arce, Sousa, & Lima, 2011). Os recursos científicos disponíveis melhor fundamentados devem atender as necessidades dos cuidados das pessoas que sofrem com transtorno

mental que dependem de sistema de saúde e segundo o *Global Mental Health* (GMH) mostra que recursos psicossociais e farmacológicos são custo-efetivos que devem ser acessíveis para todas as pessoas do planeta, com a atenção primária fortalecida sustentável capaz de integrar toda a rede de saúde mental organizada e com recursos especializados tornando a base da atenção à saúde mental (Wenceslau & Ortega, 2015).

Por fim, através dos parâmetros da literatura, destacamos que a ótica da promoção à saúde é pouco explorada, tanto no manejo das estratégias associadas às condutas vinculadas a saúde mental quanto no atendimento de acolhimento dos indivíduos portadores de transtornos psiquiátricos, sendo assim necessárias novas pesquisas que incentivem inovações dentro das políticas em saúde mental (Branco & Bosi, 2014).

### **Psicologia da Saúde e o papel do psicólogo nesse contexto**

Os objetivos específicos da psicologia da saúde são promover a saúde, prevenir e tratar doenças, investigar o papel de fatores comportamentais e sociais das doenças, e avaliar, aperfeiçoar a formulação de políticas e serviços de saúde para todas as pessoas, através das premissas de que a saúde é o estado completo de bem estar físico, mental e social (Straub, 2014). As instituições de saúde no Brasil abrem novas possibilidades para os profissionais da psicologia, que surge a necessidade de entender e pensar o processo de saúde/doença em dimensão psicossocial (Almeida & Malagris, 2011).

As políticas de atenção à saúde mental associada à psicologia podem romper os modelos tradicionais, reduzir a unidimensionalidade e são capazes



de representar uma ferramenta de modelo positivista a fim de aderirem à integralidade e humanização (Oliveira & Oliveira, 2018). Com relação ao mecanismo de suporte técnico, na área da Psicologia Social da Saúde, a mesma propõe que as questões psicológicas sejam tratadas com um enfoque coletivo, social e comunitário (Borges & Cardoso, 2005). Bem como em contextos onde os indivíduos estejam inseridos seja em grupos ou não que possam estar expostos a diferentes doenças e condições de saúde impróprias a psicologia da saúde deve compreender e intervir (Almeida & Malagris, 2011).

Sobre os psicólogos da saúde clínico “podemos dizer que trabalham com foco em intervenções que visam à promoção de saúde e habilitados para trabalhar com técnicas terapêuticas educacionais, avaliação diagnóstica” (Straub, 2014). O profissional da psicologia deve considerar que a construção de identidade dos sujeitos é influenciada por processos culturais e sociais que determinam suas relações com os outros (Novaes & Mota, 2019). Nesse cenário, o trabalho dos psicólogos na atenção básica, deve contribuir para o fortalecimento de vínculos entre os usuários e profissionais e é necessário identificar determinantes sociais relacionados ao surgimento de agravos em saúde, romper com o paradigma clínico e elaborar ações de promoção em saúde mental (Novaes & Mota, 2019).

Resumindo, compreendemos que há complexidade para o indivíduo aderir quaisquer que sejam os tratamentos relacionados a saúde. A ação movida por esse paciente à aderência depende de variáveis importantes, como o entendimento deste sobre aspectos relacionados a saúde, bem como quais terapias serão envolvidas. Seguir um plano médico é sinônimo de adesão, porém devemos ressaltar que isso depende da motivação envolvida nesses

trâmites que necessitam de mudança cognitiva, como deixar de seguir um hábito para constituir outro. E tudo isso em pacientes psiquiátricos se torna ainda mais desafiador por se tratar de pessoas que podem ter prejuízos cognitivos importantes por conta da sua condição mental como portadores de transtornos mentais ou até transtornos de personalidade, o que torna ainda mais complexas as questões referentes à adesão ao tratamento medicamentoso.

Ao se tratar de remédios psiquiátricos devemos expor a dificuldade em lidar com os efeitos colaterais dessas terapias químicas que nem sempre seus sintomas serão superados, como por exemplo quando há aumento de peso, enjoos recorrentes, insônia, hipersonia, dores de cabeça, baixa na libido, etc. Outro aspecto importante se relaciona à comunicação desse paciente psiquiátrico com seus médicos, profissionais envolvidos em suas terapias e seu meio social. É desafiador para todos os envolvidos pois, por vezes, esses pacientes não se sentem acolhidos, por medo de expor seu diagnóstico até mesmo para os profissionais que os acompanham.

Vale ressaltar também a organização destes tratamentos no sistema público, em clínicas populares ou em clínicas inseridas em planos de saúde, nem sempre os recursos humanos são efetivos diante da quantidade de pessoas aguardando para atendimento. Não ter clareza sobre a demanda desses pacientes pode ser dificultador para uma boa adesão por parte desse sujeito, sendo assim hipótese diagnóstica pode ficar comprometida também, pois se há necessidade de ser uma consulta breve, pode faltar clareza para fechar diagnósticos mais precisos. Sem contar com os gastos tanto da pessoa física como do sistema único de saúde, pois alterar as terapias

medicamentosas geram custos para ambos. Diante desse cenário de escassez de profissionais que atuam nessa área, do aumento da demanda e dos custos envolvidos na baixa adesão ao tratamento psiquiátrico, uma das opções viáveis envolve a avaliação da adesão dos pacientes.

### **Avaliação da adesão ao tratamento**

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, destacam que 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 podem superestimar a adesão ao tratamento.

Diversos métodos de medir a adesão são citados por Santin, Ceresér e Rosa (2005) envolvem o autorrelato, monitoramento terapêutico do fármaco ou metabólicos, medição de parâmetros fisiológicos, refil, contagem de pílulas, monitoramento eletrônico e escalas de adesão. Após realizar pesquisas nas bases de dados sobre a temática, Silva et al. (2012) encontraram que os métodos mais comumente utilizados envolvem o relato dos pacientes, familiares e equipes de saúde (40,7%), consulta aos prontuários (24,1%), estimativa da quantidade de medicação fornecida e o número de dias entre as consultas (22,2%), contagem direta dos comprimidos restantes (5,5%),

monitoramento eletrônico (9,3%), dosagem plasmática da medicação (7,4%) e uso de instrumentos específicos (16,4%). No Brasil, o método mais comum foi à consulta ao prontuário (66,6%).

Uma revisão na base de dados do Google Acadêmico, a partir do descritor “avaliação da adesão ao tratamento” indicou a existência de 12 instrumentos para essa finalidade. A partir dos dados encontrados, uma análise foi realizada, buscando-se identificar somente os nacionais ou que apresentavam tradução e/ou adaptação para o Brasil, diagnóstico para o qual foi desenvolvido, seu formato, exemplo de item e qualidades psicométricas investigadas. Os resultados são apresentados a seguir.

#### Quadro 2.

##### *Instrumentos em Uso no Brasil para Avaliação da Adesão ao Tratamento.*

Nome	Diagnóstico	Formato	Exemplos de item	Estudos psicométricos
Questionário Martín-Bayarre-Grau (Alfonso et al., 2008)	Hipertensão e diabetes	Autorrelato 12 itens respondidos em escala Likert de 5 pontos (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre)	“Toma as medicações no horário estabelecido” “Vai as consultas marcadas”	Tradução e adaptação brasileira, estudo piloto (Matta et al., 2013) precisão por meio da consistência interna e teste reteste (Matta et al., 2013)
Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) (Remor, 2002a, 2002b)	Anti-retrovírica	Autorrelato 20 itens respondido em escala Likert	-	Adaptação portuguesa, precisão, evidências de validade com base em critério externo e preditiva, sensibilidade e especificidade
Questionário	Diabete	Autorrelato	“alguma vez	Evidências de

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (Delgado & Lima, 2001).	melitus tipo 2	7 itens resposta em escala likert de seis pontos (“nunca” a “sempre”)	o(a) esqueceu de tomar os comprimidos/a plicar a insulina para o diabetes?”	validade de conteúdo, evidências de validade de critério consistência interna (Boas, Lima, & Pace, 2014).
Teste de Morisky-Green (Morisky & Levine, 1986).	Hipertensão	Autorrelato Quatro questões com respostas “sim ou não”	“Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento?” “Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seu medicamento?” “Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de toma-la?”	Evidências de validade de conteúdo (Fleiss, Levin, & Paik, 2003). Evidências de validade com base em critério externo (Ben, 2011; Bastos-Barbosa et al., 2012) Evidências de validade preditiva (Bloch, Melo, & Nogueira, 2008) Precisão por meio da consistência interna e estabilidade temporal (Ben, Neumann, & Mengue, 2012)
Wed Adherence Qualiaids Questionnaire (WedAd-Q)	Tratamento antirretroviral para HIV	Autorrelato Quatro perguntas (respostas: sim, não e não sei/ não lembro)	“Nos últimos 7 dias, você deixou de tomar pelo menos 1 dos seus remédios?”	Evidências de validade com base em critério externo (Vale, 2014).
Brief Medication Questionnaire (BMQ)	Hipertensão	Autorrelato Três domínios: Regime, Crenças e Recordação	“Quanto esta medicação te incomodou?”	Tradução e adaptação, evidências de validade de conteúdo, Evidências de validade preditiva, precisão por meio da estabilidade temporal e consistência interna (Bloch, Melo, & Nogueira, 2008)
Escala de Autoeficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral (Leite, et al., 2002)	HIV/AIDS	Autorrelato Vinte e um itens	“acho que não vou tomar”	Precisão por meio da consistência interna, evidências de validade de construto (Leite et al., 2002)
Questionário de adesão ao tratamento da HAS	Hipertensão arterial sistêmica	Autorrelato Vinte itens	-	Estudo piloto, evidências de validade de conteúdo, precisão por meio da

(QATHAS) (Rodrigues, Moreira, & Andrade, 2014)				consistência interna, evidências de validade com base na estrutura interna, análise dos itens (Rodrigues et al., 2014)
Escala URICA- Voz (McConnaughy , et al., 1983).	Estágios de adesão ao tratamento da voz	Autorrelato 32 itens. Respostas likert de 5 pontos: “Discordo totalmente”, “Discordo”, “Não sei”, “Concordo” e “Concordo totalmente”	“O meu problema de voz me incomoda e eu estou tentando resolvê-lo.”	Adaptação e investigação da influência de variáveis sociodemográficas (Teixeira et al., 2013)
Questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antiretroviral (CEAT-VIH) (Remor & Preussler, 2007)	Hepatite B	Autorrelato 20 itens Likert “Sempre”, Mais da metade das vezes”, Aproximada mente a metade das vezes”, “Alguma vez” e “Nenhuma vez”.	“Deixou de tomar sua medicação alguma vez”	Tradução, adaptação transcultural, estudo piloto, consistência interna, evidências de validade com base em critério externo, evidências de validade preditiva, análise de variáveis sociodemográficas (Reis, Lencastre, Guerra, & Remor, 2009) Precisão por meio da consistência interna, curva ROC (Abreu, 2013)
Adherence to Refills and Medications Scale -ARMS (Kripalani et al., 2009)	Doenças crônicas	Autorrelato 12 Itens em escala Likert de quatro pontos: “Nunca”, “Algumas vezes”, “Quase sempre” e “Sempre”	“Com que frequência você se esquece de tomar os seus medicamentos ?”	Tradução, adaptação, precisão por meio da consistência interna e estabilidade temporal, evidências de validade de critério externo (Aguiar, 2019)
Questionário de adesão a medicamentos – Qualiadis (QAM-Q) (Helena,	Hipertensão arterial	Autorrelato 3 questões	Nos últimos sete dias, em quais dias da semana o(a) Sr.(a) não tomou ou	Evidências de validade com base em critério externo (Helena et al., 2008)

---

Nemes, & Aluf-  
Neto, 2008)

tomou a mais  
pelo menos  
um  
comprimido  
deste  
remédio?  
Nestes dias,  
quantos  
comprimidos  
o(a) Sr.(a) dei-  
xou de tomar  
ou tomou a  
mais  
Como estava  
sua pressão  
na última vez  
que mediu?

---

A busca indicou a existência de 12 instrumentos, construídos, adaptados e traduzidos para uso no Brasil. Eles avaliam a adesão ao tratamento em diferentes diagnósticos: hipertensão, diabetes, HIV, voz, hepatite B, doenças crônicas. A maior parte deles apresenta diversos estudos voltados à investigação de suas qualidades psicométricas. Interessantemente, nenhum deles aborda a população foco do estudo aqui apresentado: pacientes psiquiátricos. Esse dado reforça a importância do processo de desenvolvimento da escala aqui relatada.

No contexto internacional, alguns instrumentos são mais comumente utilizados junto a esse público alvo. A escala intitulada *Drug Attitude Inventory (DAI)* foi originalmente desenvolvida por Hogan, Award e Eastwood (1983) para uso na avaliação da adesão de pacientes esquizofrênicos a um tratamento medicamentoso. Trata-se de uma escala dicotômica (sim/não), de fácil aplicação, envolvendo questões sobre a regularidade com que o paciente toma os remédios durante o tratamento. Nenhum estudo com a escala foi encontrado no Brasil. A *Medication Adherence Rating Scale (MARS)* é uma

escala de auto relato composta por 10 itens que avaliam tanto a não adesão intencional quanto a não adesão não intencional. Ela é resultado da combinação da *Medication Adherence Questionnaire* e do *Drug Attitude Inventory* (Zemmour et al., 2016). Os itens são formulados de modo a serem apresentados de forma não ameaçadora e sem julgamento sobre a falta de adesão. Diversos estudos apontam suas qualidades psicométricas no contexto internacional (Chan, Horne, Hankins, & Chisari, 2020). A adaptação transcultural do instrumento para o Brasil foi feita por Moreira, Bandeira, Pollo e Oliveira (2014) por meio de estudo voltado à investigação das evidências de validade de conteúdo. De acordo com os autores, “estudos futuros deverão investigar as qualidades psicométricas de validade e confiabilidade da escala para que ela possa ser utilizada no contexto brasileiro” (p. 274).

A escala *Rating of Medication Influences* (ROMI) foi desenvolvida por Weiden et al. (1994) para avaliar os fatores que influenciam a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes esquizofrênicos. É composta por duas partes. A primeira contempla uma entrevista semiestruturada contendo cinco questões e uma entrevista estruturada contendo uma questão (“Qual a principal razão que faz você estar disposto a tomar a medicação?”). Em seguida, são apresentados 20 itens que contemplam motivos, divididos em dois fatores: razões para adesão e motivos para não adesão. O primeiro fator contempla: (1) a qualidade do relacionamento com o médico prescritor e a crença da família de que o medicamento é importante, (2) a prevenção do retorno da doença e o medo da reinternação, (3) afinidade com o medicamento quando o paciente acreditava que o remédio o fazia se sentir melhor e que não havia pressão para consumi-lo. O segundo fator envolve: (1) negação/disforia



relacionada a negação da doença e da necessidade de medicamentos, percepção de falta de benefício no uso contínuo e seus efeitos colaterais, (2) problemas logísticos incluindo dificuldade de acesso a tratamento e restrições financeiras, (3) rejeição do rótulo incluiu constrangimento pelo diagnóstico de doença mental e a interrupção de medicamentos em troca de substância ilícita, (4) influência familiar quando um membro da família se opõe à medicação e (5) aliança terapêutica negativa com o médico. A escala foi adaptada e traduzida por Rosa e Marcolin (2000). No entanto, segundo Terra et al. (2011), nenhum dado além desse foi publicado sobre o instrumento, não havendo investigação acerca das suas propriedades psicométricas.

De acordo com Aquino et al. (2017), 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 todos os estudos. É importante destacar que nenhum instrumento específico para a temática aqui investigada e que apresente qualidades psicométricas para uso na população brasileira foi encontrado durante a revisão de literatura. 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.

É diante desse cenário que o presente estudo apresenta o processo de construção de uma escala de autorrelato para avaliação da adesão ao tratamento psiquiátrico medicamentoso, assim como seus primeiros estudos psicométricos.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

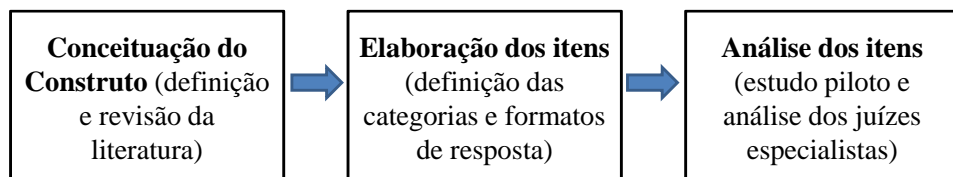
Desenvolver um Protocolo de Avaliação à Adesão ao Tratamento Psiquiátrico e investigar suas qualidades psicométricas.

### **Objetivos Específicos**

- Elaborar um protocolo que compreenda o processo de adesão dos pacientes ao tratamento psiquiátrico, envolvendo orientações sobre o tratamento, uso de medicamentos, ajustes da rotina do paciente, suporte familiar, identificação de fatores comportamentais e psicológicos do paciente que favorecem ou prejudicam à adesão ao tratamento
- Realizar um estudo piloto visando identificar a adequação do instrumento de autorrelato para o público alvo
- Investigar evidências de validade de conteúdo do protocolo de avaliação

## MÉTODO

Considerando que o processo de construção de um instrumento usualmente envolve uma série de procedimentos teóricos, dois diferentes estudos foram planejados. O esquema a seguir sintetiza as etapas organizadas:



Fonte: Watson, Clark e Tellegen (1988)

Para atender aos objetivos propostos, três diferentes estudos foram organizados. O Estudo 1 descreverá o processo de construção da escala, o Estudo 2 irá apresentar os resultados do estudo piloto e o Estudo 3 apresentará o estudo de busca por evidências de validade de construto. A descrição da metodologia que será adotada em cada um deles é apresentada a seguir, separadamente.

## **Estudo 1: Elaboração de protocolo de avaliação**

Conforme a literatura aponta, o processo de adesão se baseia no grau em que o comportamento do indivíduo faz uso do medicamento, seguimentos de dietas ou mudança de estilo de vida correspondentes às recomendações de um profissional da saúde (Freitas et al., 2015), e a não adesão se desenvolve no curso do tratamento que está relacionado ao agravamento das doenças (Cardoso & Galera, 2009). A partir disto dessa compreensão, foi iniciada a proposta de construção de um protocolo de avaliação para a adesão ao tratamento psiquiátrico.

### **Material**

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. Tais áreas foram utilizadas como base para a construção do roteiro de entrevista semiestruturada a ser realizada dentro de uma proposta de estudo piloto, visando a identificação de áreas e questões não englobadas nos itens propostos.

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, melhor apresentados na Tabela a seguir.

Tabela 1.

*Dimensões e subáreas avaliadas pelo protocolo de avaliação para adesão ao tratamento psiquiátrico.*

<b>Dimensão</b>	<b>Descrição da dimensão</b>	<b>Exemplos de aspectos avaliados na dimensão</b>
<b>Engajamento pessoal</b>	Refere-se aos comportamentos apresentados pelos pacientes em relação ao tratamento psiquiátrico, psicológico e medicamentoso, o quanto influenciam no processo de adesão ao tratamento	compreensão relacionada ao próprio diagnóstico e a terapia prescrita como o paciente se relaciona com a terapia medicamentosa episódios de recaídas efeitos colaterais adversos dos remédios prescritos protagonismo no plano de tratamento se recebe orientação médica sobre as duas questões remédios e diagnóstico.
<b>Suporte das áreas de apoio</b>	Compreende áreas (enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional entre outros) que planejam e executam ações de apoio para o tratamento do paciente em todo o processo.	relacionamento com técnicos de referência sensação de acolhimento oriunda da equipe entrosamento com as propostas terapêuticas relação de confiança e corresponsabilidade com a equipe de atendimento avaliação positiva ou negativa da equipe das áreas de atendimento
<b>Relacionamento</b>	Investida a percepção do	relacionamento de confiança

<b>médico-paciente</b>	paciente com relação a alguns fatores que compreende a confiabilidade e vínculo terapêutico e relação do paciente com o médico psiquiatra	sobre a conduta do médico avaliação positiva ou negativa do médico escuta qualificada realizada pelo médico orientação quanto a terapia medicamentosa e do diagnóstico
<b>Engajamento familiar e social</b>	Avalia os vínculos familiares e sociais (apoio externo como vizinhos, amigos e etc.) além de investigar a capacidade de manter a rede de apoio inseridas ao longo do tratamento	compreensão da família e outros sobre o diagnóstico do paciente engajamento dos familiares e outros ao longo do processo de diagnóstico participação desses atores nas consultas apoio ou não em relação ao uso de medicamentos
<b>Bem-estar psicológico</b>	Reúne aspectos que podem indicar como o paciente está lidando psicologicamente em situações vivenciadas relacionadas ao tratamento.	crenças positivas com relação ao seu tratamento busca informações em situações de insegurança estratégias de enfrentamento apresentadas para o paciente diante a situações conflituosas percepção da adaptação ao medicamento e tratamento psicológico comportamentos através de pensamentos sabotadores com relação ao tratamento

## **Procedimentos**

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, que contemple uma única ideia por item, que seja compreensível para a população alvo e que seja consistente com a fundamentação teórica adotada (Borsa & Seize, 2017).

Assim, uma primeira versão da Escala de avaliação da Adesão à medicação no tratamento psiquiátrico (Anexo A), 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”. É importante destacar o fato de que, apesar, de em um primeiro momento, o protocolo apresentar um número bastante elevado de itens, tal cuidado foi tomado com o objetivo de garantir que, ao final dos demais estudos voltados à investigação das suas qualidades psicométricas, todas as áreas inicialmente pensadas pudessem estar contempladas na versão final e que as pesquisadoras tivessem um número adequado de itens para avaliar cada uma delas.

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 serão utilizadas para a descrição da amostra e sua caracterização.



## **Estudo 2: Estudo Piloto**

Ao construir um instrumento brasileiro devemos considerar que as especificidades do contexto cultural e a equivalência do construto, sua administração e o formato do teste podem variar de uma cultura para outra (Selau, Silva, & Bandeira, 2020). A construção de um instrumento é um processo que carece de diversas ações que devem investigar a qualidade do material que será desenvolvido (Pacico, 2015). Dentre esse processo de construção, uma delas é verificar se os itens apresentam-se compreensíveis a população alvo (Selau et al., 2020), indicar erros de gramática, ortografia e semântica (Fonseca et al., 2015), bem como alcançar informações específicas e iniciais da amostra (Pacico, 2015).

Diante disso, após a construção dos itens, o próximo passo durante o desenvolvimento de um instrumento envolve a verificação da adequação dos itens para a população alvo, a fim de buscar a identificação dos termos que possam estar confusos ou de difícil compreensão, bem como o ajuste das instruções e do formato de respostas, para que haja clareza e compreensão dos itens e do processo de resposta (Borsa & Seize, 2017). Tais objetivos foram buscados nesse estudo piloto.

### **Hipótese**

Os itens desenvolvidos para a escala se mostram adequados para o público alvo.

### **Método**

#### *Participantes*

Para composição dos participantes desse estudo foram seguidas as orientações de Pasquali (2011), as quais sugerem formações de pequenos grupos, com idades extremas da população alvo, para trocas de informações sobre os conteúdos apresentados nos itens da escala.

Para tal, optou-se em realizar um encontro, organizado considerando participantes que possuíam idades extremas (20 a 35 anos e 53 a 70 anos) para as quais o instrumento será disponibilizado futuramente. O encontro foi realizado em ambiente virtual (Via aplicativo *Google Meet*), devido a situações atuais relacionadas à pandemia de COVID-19. Todos os participantes selecionados estão em acompanhamento por médico psiquiatra, com diagnóstico de transtorno mental e em psicoterapia com psicólogo.

Tabela 2

*Participantes do Estudo Piloto*

<b>Grupo 1</b>	<b>N° Participantes</b>	<b>Sexo</b>
20 – 35 anos	12	Masculino n= 3
		Feminino n= 9
<b>Grupo 2</b>	<b>N° Participantes</b>	<b>Sexo</b>
53 – 70 anos	3	Feminino n= 3

*Instrumento*

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

## *Procedimentos*

O estudo deu início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, sob número do parecer CAAE 47846721.1.0000.5481 - (Anexo B). A coleta de dados foi iniciada após a obtenção das autorizações das instituições de saúde.

O convite para os participantes foi realizado através de profissionais da psicologia, das instituições de saúde. A pesquisadora contatou essas profissionais no qual garantiu que os critérios de inclusão fossem respeitados para que todos os participantes estivessem em tratamento psiquiátrico, bem como psicológico também. Essas 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.

O estudo foi desenvolvido com o grupo 1 (20 – 35 anos) e com grupo 2 (53 – 70 anos), idades mínimas e máximas determinadas para a população alvo. 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 fechada ou não. Inicialmente os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no formato digital encaminhado via e-mail pelo *Google Forms* (Anexo C). 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.

## **Grupo 1**

### **Resultados**

Os participantes do grupo 1 precisaram aproximadamente entre 50 minutos para concluírem a tarefa. Foi possível notar que, durante a aplicação coletiva, independentemente dos grupos, os participantes aparentaram desconforto com alguns itens da escala, como por exemplo, aqueles que avaliavam questões relacionadas a prospecção do futuro ou vida social. Tal percepção embasou-se na observação de comportamentos não verbais dos participantes como, por exemplo, expressões faciais e postura corporal que pareciam introspectivas.

De modo geral, 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 representassem 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. Neste sentido, os itens que referem essas questões foram reformulados no tópico a seguir “*alterações semânticas das áreas de investigação e conteúdo dos itens da escala*”. Nessas situações, a aplicadora explicou, em maiores detalhes o contexto da afirmativa através de exemplos para facilitar o entendimento.

Conforme relatos dos participantes, ao preencher o questionário tiveram a oportunidade de refletir sobre situações vivenciadas, de maneira que a atividade, na opinião dos participantes, proporcionou um momento de autoconhecimento. No entanto, alguns explanaram de forma positiva e outros nem tanto, como por exemplo, a dificuldade em aceitar seu diagnóstico de transtorno mental, e não falarem sobre isso em outros ambientes sociais, que por fim perceberam a necessidade de levar esses conteúdos para suas psicoterapias.

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. 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. Os ajustes realizados nos itens, estão apresentados na Tabela 2, a seguir.

## **Grupo 2**

### *Participantes*

Participou, dessa etapa, o grupo 2 (idades entre 53 e 70 anos), idades máximas determinadas para a população alvo, composto por três pacientes do sexo feminino.

### *Instrumento*

Para esse estudo, foi utilizada a versão preliminar da Escala de Avaliação da adesão à medicação no tratamento psiquiátrico, contendo os 114 itens (Anexo A), após revisão realizada com base nos apontamentos do Grupo 1.

### *Procedimentos*

Na semana seguinte a finalização da aplicação da escala no grupo 1 foi realizado o contato com os participantes desse segundo momento e agendado o dia e horário para ocorrer a tarefa. Inicialmente os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no formato digital encaminhado via e-mail pelo *Google Forms* (Anexo C).

Os procedimentos foram mantidos igualmente com os dois grupos, sendo assim foi realizada uma chamada de vídeo pela plataforma *Google Meet*, e os participantes poderiam ficar à vontade em deixar a câmera fechada ou não. Todos os participantes receberam uma versão da escala de autorrelato encaminhada uma semana antes da data da aplicação e foi solicitado para que todos realizassem a impressão da mesma. Vale ressaltar que todos os

participantes desse grupo conseguiram realizar a impressão da escala. Quando terminássemos ficou acordado que todos iriam digitalizar e enviaria posteriormente para a pesquisadora. Após condução dos tramites iniciais, ficou combinado o dia e o horário com cada participante destinado ao grupo 2. Após a leitura do 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.

## **Resultados**

Nessa segunda aplicação, os participantes responderam aos itens da escala com tempo maior quando comparado aos participantes da primeira etapa. O tempo estimado dessa aplicação ficou em até 70 minutos. Houve relatos de dificuldade de compreensão, sanados após a pesquisadora informar a intenção da questão. Alguns participantes demonstraram dificuldade em compreender alguns itens sendo que alguns exemplos são apresentados na segunda coluna da Tabela 2, juntamente com os ajustes realizados nos itens, terceira coluna.

Tabela 3.

*Alterações semânticas das áreas de investigação e conteúdo dos itens da escala – Grupo 1 e Grupo 2*

Conteúdo original por área de investigação		Dificuldades de compreensão nos itens	Conteúdo final após ajustes realizados
<b><i>Engajamento Pessoal</i></b>			
03	Sou responsável pelo meu tratamento psiquiátrico	Necessário explicar questões referentes ao objetivo da palavra “responsável” por parecer dúbio, pois pareceu que a responsabilidade era restrita ao paciente	Eu sou responsável por agendar a consulta com o médico psiquiatra Eu sou responsável por comprar meus remédios e/ou retirar na Saúde Mental
05	Tenho vontade de desistir do tratamento	Definir de forma ampla “tratamento” (poderia ser psicológico ou psiquiátrico)	Tenho vontade de desistir do tratamento psicológico
<b><i>Suporte das Áreas de Apoio</i></b>			
32	Discuto com o psicólogo sobre minhas responsabilidades com relação a minha saúde mental	Nesse item alguns participantes ficaram confusos com a ideia de “discutir”, que parecia brigar	Consigo resolver os problemas que surgiram com transtorno através da terapia com psicólogo
33	Consigo resolver os problemas que surgiram com transtorno através da terapia	Necessário explicar que era referente a psicoterapia	Converso com o psicólogo sobre minhas responsabilidades com relação a minha saúde mental
<b><i>Relacionamento Médico-Paciente</i></b>			



2	Sinto satisfeito com o tempo de atendimento médico.	-	Estou satisfeito com o tempo de atendimento médico
8	Me irrita com o tempo que fico aguardando atendimento médico	-	Fico irritado com o tempo de espera para a consulta com o médico
<b>Engajamento Familiar e Social</b>			
8	Tenho medo que meus vizinhos saibam do meu tratamento psiquiátrico	Para alguns não fazia sentido a palavra "vizinhos".	Tenho medo que pessoas próximas (vizinhos, parentes) saibam do meu tratamento psiquiátrico
15	Meus familiares participam de reuniões no equipamento	-	Meus familiares participam de reuniões no equipamento ou consultório médico
<b>Bem Estar Psicológico</b>			
4	Depois que descobri meu diagnóstico sinto que a minha vida não é mais normal	A palavra "normal" foi questionada por alguns participantes	Depois que descobri meu diagnóstico sinto que a minha vida não é mais a mesma
16	Me sinto animado com o tratamento	Sentiram dúvidas com relação a qual tratamento se referia	Estou animado com o tratamento psicológico

## **Discussão**

O estudo piloto da escala de autorrelato teve como objetivo testar a primeira versão da escala e identificar a necessidade de possíveis modificações de termos ou sentenças que pudessem dificultar o entendimento dos itens. Este tipo de estudo foi conduzido baseando-se nas considerações da literatura científica, as quais recomendam que, durante o processo de desenvolvimento do instrumento, torna-se indispensável compreender a adequação do material pela população alvo para qual será destinado (França & Schelini, 2014; Irwing & Hughes, 2018). Essa etapa da pesquisa tem por finalidade constatar se os itens podem ser compreendidos pela população alvo (Pawlowski et al., 2007).

Nesse momento buscam-se apanhar as percepções, sensações e ideias que os participantes podem apresentar sobre os temas mencionados no instrumento (Dias, 2000). Os resultados dos dados podem ser úteis para embasar as alterações necessárias, bem como aprimorar o instrumento a partir dessa interação entre pesquisador e participantes (Gomes, 2005).

Para garantir a integridade da pesquisa recomendada pela literatura científica, a pesquisadora buscou participantes que continham características definidas para a população alvo do instrumento, especialmente em relação a condição da saúde mental e proximidade na faixa etária. A aplicação em grupos aparentemente favoreceu discussão entre os participantes, bem como troca de ideias, relato de sentimentos que emergiram ao refletir sobre os conteúdos dos itens. Parece que o fato de todos os participantes possuírem

diagnóstico de transtorno mental permitiu que se sentissem a vontade de compartilhar ideias ao decorrer das respostas.

Os resultados indicaram que, dos 114 itens analisados, 23 sofreram algum tipo de modificação (20,1%). Dentre os tipos de alterações, algumas foram realizadas nas afirmativas com sentido dúbio ou com frases que pareciam estar incompletas apontadas pelos dois grupos. Através do procedimento adotado foi necessário ajustar algumas afirmações que apresentavam palavras com sentido dúbio como no caso do item 04 *“Depois que descobri meu diagnóstico sinto que a minha vida não é mais normal”* indicado necessidade de ajuste semântico e sendo alterado para *“Depois que descobri meu diagnóstico sinto que a minha vida não é mais a mesma”*. Outra situação ocorreu em relação ao item 3 (*“Sou responsável pelo meu tratamento psiquiátrico”*), o qual foi desmembrado em dois itens: *“Eu sou responsável por agendar a consulta com o médico psiquiatra”* e *“Eu sou responsável por comprar meus remédios e/ou retirar na Saúde Mental”*.

Importante relatar que a aplicação da escala não foi no formato presencial com lápis e papel, visto que as limitações que o isolamento social provocou no país e no mundo em virtude da COVID-19. Portanto, a aplicação *online* da escala foi criada para que a pesquisa pudesse ser realizada. Essa oportunidade mostrou-se extremamente benéfica, uma vez que ampliou o alcance de participantes. Cabe ressaltar que esse tipo de estudo consiste na primeira fase a ser conduzida durante o processo de construção de instrumentos, sendo recomendado, em seguida, a condução de estudo de busca por evidências de validade de conteúdo. Portanto, a versão da Escala

(autorrelato) de Avaliação da adesão à medicação no tratamento psiquiátrico seguirá para análise de juízes especialistas.

### **Estudo 3: Evidências de validade de conteúdo**

Construir um instrumento psicológico requer procedimentos teóricos, empíricos, experimentais e analíticos ou estatísticos (Pasquali, 1999), portanto, a investigação teórica deve preceder a construção dos itens, e direcionar as etapas seguintes de construção. Considerando que o sistema psicológico elegido para investigação não pode ser medido diretamente, são delimitadas as propriedades relevantes definidas a partir dos estudos teóricos e dos fatores considerados importantes, pelo pesquisador, para compor as dimensões do instrumento. Todo o conceito teórico deverá ser transformado em itens mensuráveis, ou seja, devem ser definidos operacionalmente, e ao final desse processo, submetidos à análise semântica pelo público-alvo e a análise juízes (especialistas e peritos na área do construto) (Pawlowski, Trentini, & Bandeira, 2007).

A análise semântica propõe verificar se os itens podem ser compreendidos e se apresentam validade aparente (Pawlowski, et al., 2007), nessa etapa o estudo compreende a validade de conteúdo do instrumento. 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 (Alves, Souza, & Baptista, 2011; Borsa, & Seize, 2017). Tal procedimento contribui para o reconhecimento dos aspectos fortes e fracos do

instrumento, anteriormente à aplicação empírica (Primi, 2011), cujos resultados serão relatados nesse estudo. Os procedimentos adotados e os resultados obtidos nesse estudo foram descritos separadamente a fim de facilitar a compreensão de cada uma das etapas que compuseram essa fase da pesquisa. O estudo aqui apresentado contempla a análise da concordância entre juízes (rodada 1 e rodada 2), bem como análise do coeficiente Kappa, direcionadas para os procedimentos adotados para avaliação da validade de conteúdo.

### **Hipótese**

H<sub>0</sub>: Não é possível observar concordância entre os juízes quanto aos itens apresentados na *Escala de avaliação à adesão de medicamento no tratamento psiquiátrico* e a concordância ocorre por casualidade.

### **Avaliação dos especialistas**

A análise de juízes é fundamentada no julgamento realizado por um grupo de especialistas, no qual são responsáveis por avaliar se o conteúdo apresentado está adequado à proposta do estudo (Moura, Bezerra, Oliveira, & Damasceno, 2008), assim como, analisar a representatividade e clareza de cada item da escala (Rubio et al., 2003). Recomenda-se a participação de um mínimo de cinco e no máximo de dez especialistas para tais análises (Lynn, 1986). Desse modo foram convidados um total de cinco juízes, os quais deveriam apresentar atuação profissional na área da psicologia clínica. Para compor a seleção, considerou-se importante que os juízes fossem especialistas, com ou sem mestrado ou doutorado nessa área específica.

## Método

### 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 descrição dos juízes é apresentada no Quadro 1.

Quadro 3.

*Descrição dos juízes.*

Juiz	Descrição
1	psicóloga especialista em psicologia clínica e neuropsicologia, com 17 anos de experiência na área
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 da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e atualmente coordenadora da Residência Médica em Psiquiatria
3	psicóloga especializada em psicopedagogia clínica e institucional, neuropsicologia, neuropsicopedagogia, com atuação de 10 anos nessas áreas
4	psicóloga institucional no município de Cubatão (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
5	doutora em psicologia e especialista em psicologia do esporte com 15 anos de atuação no esporte e clínica.

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.

### **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 2.

Para obter as avaliações dos juízes, foi elaborado o *Formulário 1* (Anexo D) - baseado nas sugestões de Pasquali (2009), 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 em itens específicos, caso observassem tal necessidade.

A Tabela 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 com Seres Humanos da Puc-Campinas (CAAE 47846721.1.0000.5481), os participantes foram contatados por telefone para esclarecimentos sobre a pesquisa, compreensão quanto aos pré-requisitos definidos nos critérios de inclusão e extensão do convite para participação enquanto juiz.

Posteriormente à seleção dos participantes, foi enviado, por e-mail, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E) e “Formulário 1” (Anexo D) - no qual foi apresentado a descrição da tarefa a ser desenvolvida por cada juiz (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. Esse procedimento foi adotado com o intuito de dificultar aos juízes a descoberta dos itens, verificando a disposição dos mesmos, de forma que não fosse possível identificar os subgrupos de itens por similaridade ou proximidade. Todos os juízes tiveram aproximadamente quinze dias para avaliar os itens da escala, devolvendo, posteriormente, por e-mail, o TCLE assinado e o “Formulário 1” devidamente preenchido.



Após o recebimento do formulário, efetuou-se o levantamento das categorias apontadas pelos juízes 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.

### **Análise de dados**

Para a estimativa da concordância, as respostas de cada um dos juízes foram digitadas em uma planilha contendo dez colunas sendo: a 1ª indicando o número do item (de 1 a 118), 2ª coluna apresentando a descrição do item, 3ª a 7ª colunas direcionadas para indicação das respostas dos juízes participantes (J1, J2, J3, J4 e J5), 8ª coluna correspondente às informações de gabarito, ou seja, as respostas do “juiz ideal” (representadas pelo fator para o qual, originalmente, o item foi desenvolvido), 9ª coluna direcionada para identificar o número de respostas concordantes entre si (0 a 5 respostas) e, por último, a 10ª coluna a qual informava as porcentagens das respostas iguais apresentadas por todos os participantes para cada item (0 a 100%).

A análise das respostas dos juízes considerou a orientação de Pasquali (2009), a qual recomenda 80% como valor mínimo de concordância entre as respostas para cada item. Desta forma, apenas os itens que apresentaram esse total foram considerados adequados e, conseqüentemente, mantidos na escala.

### **Resultados**

Inicialmente os resultados referentes à porcentagem de concordância do julgamento realizado pelos juízes são apresentados nas Tabelas 4, 5, 6, 7 e 8.

Os primeiros itens analisados são referentes ao F-1 - “*Engajamento pessoal*”, constituído inicialmente por 25 itens, os quais buscavam compreender comportamentos apresentados pelos pacientes em relação ao tratamento psiquiátrico e psicológico e o quanto influenciam no processo de adesão ao tratamento. Envolve aspectos como a compreensão relacionada ao próprio diagnóstico e a terapia prescrita, relação com a terapia medicamentosa, episódios de recaída, efeitos colaterais e adversos dos remédios prescritos, protagonismo no plano de tratamento e recebimento de orientação médica sobre medicação e diagnóstico.

Após análise das respostas dos juízes, a maior parte deles (n=18), registrou porcentagens superiores a 80% de concordância. Somente os itens (2 e 17) apresentaram concordância de 80% para outras áreas e foram realocados, enquanto outros cinco itens (6, 8, 11, 19 e 20) retornaram para a segunda rodada por estarem abaixo de 60%. Nessa dimensão, as concordâncias entre os especialistas indicaram que 72% dos itens permaneceram na mesma área de investigação.

#### **Tabela 4**

##### *Porcentagem de Concordância para a Dimensão Engajamento Pessoal*

Item da escala	Elemento originalmente definido	Elemento sugerido pelos juízes	Porcentagem de concordância entre juízes
5	1	1	100
10	1	1	100
12	1	1	80
14	1	-	40
22	1	1	100
26	1	1	80
27	1	1	100
29	1	1	80

30	1	1	80
37	1	1	100
48	1	-	60
60	1	1	100
73	1	1	80
78	1	3	80
96	1	3	80
98	1	1	100
101	1	1	80
102	1	-	20
103	1	1	80
107	1	1	100
110	1	1	100
112	1	1	100
113	1	1	60
114	1	1	100
115	1	-	20

Legenda: sombreamento cinza = não alcançaram porcentagem de concordância adequada; sombreamento rosa = alcançaram porcentagem de concordância em outra área, diferente da qual originalmente foram pensados.

O F-2 - “suporte das áreas de apoio” (n=34 itens) compreende as áreas de apoio (psicólogo, enfermagem, assistência social, terapia ocupacional, entre outros) que planejam e executam ações de suporte para o tratamento do paciente em todo o processo. Envolve cinco aspectos como relacionamento com os profissionais da equipe, sensação de acolhimento, adesão às propostas terapêuticas, relação de confiança, corresponsabilidade dos profissionais em relação ao paciente e avaliação positiva ou negativa da equipe das áreas de atendimento.

A análise das respostas dos juízes registrou concordância igual ou acima de 80% em 25 itens (73,5%), indicando que os juízes concordaram que tais afirmações representavam essa área de investigação. Oito itens apresentaram valor abaixo do esperado (itens 7, 18, 20, 43, 45, 47, 94 e 105). Foi possível

observar que um item indicou concordância para outro elemento que não o desenvolvido originalmente.

**Tabela 5**

*Porcentagem de Concordância para a Dimensão Suporte das Áreas de Apoio*

Item da escala	Elemento originalmente definido	Elemento sugerido pelos juízes	Porcentagem de concordância entre juízes
1	2	2	80
2	2	2	80
3	2	2	80
4	2	2	80
7	2	-	40
8	2	2	80
18	2	-	60
20	2	-	60
34	2	2	100
35	2	2	100
36	2	2	100
41	2	2	80
42	2	2	80
43	2	-	60
45	2	-	20
47	2	-	60
59	2	2	100
66	2	2	80
69	2	2	80
83	2	2	100
84	2	2	100
85	2	2	100
86	2	2	100
87	2	2	100
88	2	2	100
89	2	2	100
90	2	2	100
91	2	2	100
92	2	2	100
94	2	-	60
95	2	2	80
97	2	1	80

105	2	1	20
116	2	2	100

Legenda: sombreamento cinza = não alcançaram porcentagem de concordância adequada; sombreamento rosa = alcançaram porcentagem de concordância em outra área, diferente da qual originalmente foram pensados.

O F-3 - “*relacionamento médico-paciente*” direcionado a investigar a percepção do paciente com relação à confiabilidade, vínculo terapêutico e relação do paciente com o médico psiquiatra. Relacionamento de confiança sobre a conduta do médico, avaliação positiva ou negativa do médico, escuta empática realizada pelo médico, orientações quanto à terapia medicamentosa e o diagnóstico são outros aspectos avaliados nessa dimensão. Foi representada por um total de 16 itens, e os resultados, indicaram que 12 afirmações apresentaram concordância acima de 80% (75%). Dois itens não atingiram o mínimo esperado de porcentagem de concordância entre os especialistas (itens 40 e 62). Um desses itens (100) alcançou a porcentagem máxima de concordância, mas na dimensão F-4 - “engajamento familiar e social”. Vale ressaltar que o item (80) foi erroneamente duplicado e posteriormente retirado da escala.

## **Tabela 6**

*Porcentagem de Concordância para a Dimensão Relacionamento Médico-Paciente*

Item da escala	Elemento originalmente definido	Elemento sugerido pelos juízes	Porcentagem de concordância entre juízes
----------------	---------------------------------	--------------------------------	--

11	3	3	100
13	3	3	100
25	3	3	100
28	3	3	100
32	3	3	80
40	3	-	20
61	3	3	100
62	3	-	20
65	3	3	100
77	3	3	100
79	3	3	100
80	3	3	100
81	3	3	100
82	3	3	100
100	3	4	100

Legenda: sombreamento cinza = não alcançaram porcentagem de concordância adequada; sombreamento rosa = alcançaram porcentagem de concordância em outra área, diferente da qual originalmente foram pensados.

A área representada pelo F-4 - “Engajamento Familiar e Social” estruturada com intuito de investigar fatores que avalia vínculos familiares e sociais (apoio externo como vizinhos, amigos e etc.) além de investigar a capacidade de manter uma rede de apoio ao longo do tratamento. Na Tabela 7, nos mostra o total de 18 itens, e os resultados, indicaram que 12 afirmações apresentaram concordância acima de 80% (75%). Seis dos itens ficaram abaixo de 60%.

### **Tabela 7**

*Porcentagem de Concordância para a Dimensão Engajamento Familiar e Social*

Item da escala	Elemento originalmente definido	Elemento sugerido pelos juízes	Porcentagem de concordância entre juízes
----------------	---------------------------------	--------------------------------	--

15	4	4	100
16	4	4	100
38	4	-	20
46	4	-	20
51	4	4	100
52	4	4	100
53	4	4	100
54	4	4	100
55	4	4	100
56	4	4	100
57	4	4	100
58	4	4	100
63	4	-	20
64	4	-	20
70	4	4	100
76	4	-	60
99	4	4	100
111	4	-	60

Legenda: sombreamento cinza = não alcançaram porcentagem de concordância adequada; sombreamento rosa = alcançaram porcentagem de concordância em outra área, diferente da qual originalmente foram pensados.

O F-5 - “*Bem estar Psicológico*” foi desenvolvido a partir de 25 itens, sendo que reúne aspectos que podem indicar como o paciente este se sentindo psicologicamente durante o tratamento. Tais como as crenças positivas em relação a si mesmo, a busca ativa por informações em situações sentido da vida, a percepção da adaptação psicológica e o domínio sobre o ambiente.

Destes, 21 itens registraram alcançaram concordância igual ou superior a 80% (84%). Três deles não alcançaram concordância mínima (itens 23, 24 e 93), demonstrando necessidade de seguir para uma nova avaliação dos especialistas. Um item apresentou concordância de 100% para a dimensão F-2 - “suporte das áreas de apoio” (item 31).

**Tabela 8***Porcentagem de Concordância para a Dimensão Bem Estar Psicológico*

Item da escala	Elemento originalmente definido	Elemento sugerido pelos juízes	Porcentagem de concordância entre juízes
6	5	5	100
9	5	5	100
17	5	5	100
19	5	5	80
21	5	5	80
23	5	-	20
24	5	-	20
31	5	2	100
33	5	5	80
39	5	5	100
44	5	5	100
49	5	5	80
50	5	5	100
67	5	5	100
68	5	5	100
71	5	5	100
72	5	5	100
74	5	5	80
75	5	5	80
93	5	-	60
104	5	5	100
106	5	5	80
108	5	5	100
109	5	5	100
117	5	5	100

Legenda: sombreamento cinza = não alcançaram porcentagem de concordância adequada; sombreamento rosa = alcançaram porcentagem de concordância em outra área, diferente da qual originalmente foram pensados.

Ao final da primeira rodada de avaliação, 5 itens foram realocados para outra dimensão, diferente daquela 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%).

## 2ª rodada: análise de juízes

Dos itens analisados, novamente 12 apresentaram discordância entre os especialistas, sendo excluídos da versão da escala que seguirá para as próximas etapas, empíricas. Dois outros foram realocados para outra dimensão em que alcançaram concordância. Os resultados são apresentados na Tabela a seguir.

**Tabela 9**

*Porcentagem de Concordância de Juízes na Segunda Rodada de Avaliação*

Item da escala	Elemento originalmente definido	Elemento sugerido pelos juízes	Porcentagem de concordância entre juízes
7	2	5	40
14	1	3	20
18	2	5	20
20	2	5	60
23	5	2	60
24	5	2	20
38	4	4	80
40	3	3	80
43	2	2	80
45	2	2	80
46	4	4	80
47	2	2	100
48	1	1	100
62	3	1	100
63	4	1	60
64	4	-	40
76	4	4	80
93	5	-	60
94	2	2	80
102	1	-	40

105	2	1	80
111	4	4	80
113	1	-	40
115	1	3	40

Legenda: sombreamento cinza = não alcançaram porcentagem de concordância adequada; sombreamento rosa = alcançaram porcentagem de concordância em outra área, diferente da qual originalmente foram pensados.

Desse modo, uma síntese dos resultados obtidos na análise de juízes especialistas é apresentada na Tabela 9. O panorama geral da análise de concordância entre as juízas visa indicar os ajustes realizados ao longo do processo. 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, indicando que a proposta da escala está adequada a temática da adesão ao tratamento psiquiátrico, segundo a opinião de especialistas.

**Tabela 10**

*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
----------------	-----	----	---	----	-----

Após a avaliação dos juízes, alguns itens foram avaliados como pertinentes a mais de um fator, como por exemplo, nessas duas situações: “O médico me explicou como o meu tratamento funciona” (esse item originalmente estava no F1 que migrou para F3) e “sou responsável por comprar meus remédios e/ou retirar na Saúde Mental” (esse item originalmente estava no F1 que migrou para F3) que apesar de ambos migrarem para outros fatores, as especialistas apontaram que ambos poderiam pertencer a mais de um fator. A análise de concordância entre as juízas ajudou a identificar os 12 itens que expressaram conteúdo incerto e, portanto, deveriam ser excluídos da escala. Com a conclusão dessa etapa do estudo, permaneceram na “Escala de avaliação a adesão à medicação psiquiátrica”, um total de 105 itens.

### **Coeficiente Kappa**

Em seguida a análise dos juízes foi realizada a análise do Coeficiente de Kappa, considerando-se a segunda versão da escala de 105 itens e o julgamento realizado por cada um dos juízes. Tal procedimento pode ser definido como uma medida que descreve e testa o grau de concordância (confiabilidade e precisão) na classificação de diferentes juízes (Kotz & Johnson, 1983).

Os cálculos desenvolvidos para o coeficiente de Kappa foram realizados a partir do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 22. Para compreender 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 qualitativa, estabeleceram-se os valores de Kappa recomendados por Fleiss (1981) e 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

Através da análise do coeficiente de Kappa, observa-se concordância considerada excelente (entre 0,75 a 1,0) para todas as juízas indicando que todas as especialistas participantes desse estudo obtiveram classificações excelentes. A Tabela 11 apresenta os resultados encontrados.

**Tabela 11**

*Detalhamento dos resultados dos Juízes*

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 na Tabela 10, tanto na 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. A discussão sobre os dados apresentados segue abaixo.

## **Discussão**

O presente estudo contou com a participação de juízes os quais, avaliaram o conteúdo de cada um dos itens da escala. Neste sentido, foi possível observar que, em 88 itens da escala, todas as juízas concordaram que os conteúdos dos itens estavam adequados às dimensões desenvolvidas originalmente para a escala. Vale ressaltar que na primeira rodada foi possível observar que cinco itens apresentaram maior relevância para outra dimensão da escala que não a desenvolvida originalmente pela pesquisadora como será descrito em alguns exemplos a seguir.

Todas as dimensões tiveram alguns de seus itens sugeridos para outra dimensão ou que necessitaria de uma nova avaliação. 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. Na dimensão *“Engajamento Familiar e Social”* seis itens sugeriram inconsistência entre eles, pois foram também diretos para a segunda rodada. Podemos dizer que o tema adesão ao tratamento psiquiátrico pode ser bem amplo e com muitos aspectos em sua descrição, o que pode sugerir falta de clareza para a avaliação destes bem como podemos citar alguns exemplos, como na dimensão *“Engajamento Pessoal”* no item *“Recebo orientações sobre os remédios passados pelo médico psiquiatra”* (96), quatro

juízas escolherem e compreenderam que esse item faria parte da dimensão “*Relacionamento médico-paciente*”. Nessa mesma dimensão o item “*Sinto que dependo de ajuda médica para melhorar*” (100) foi entendido para a área “*Adesão ao tratamento psiquiátrico*”.

A fim de avaliar a participação das juízas procedeu-se a análise dos coeficientes de Kappa, para conferir a qualidade das classificações realizadas pelas especialistas. Conforme critérios de classificação de Fleiss (1981) e Fonseca, Silva e Silva (2007), os resultados indicaram para coeficientes classificados como excelentes para todas as juízas, no qual apontou que a análise dos itens foram adequados.

Vale ressaltar que o bom resultado obtido pelas juízas se dá pela especialidade de cada uma, pois todas são psicólogas e clínicas e apenas uma sendo atuante na área da psicologia do esporte o que não atrapalhou em nada esse estudo, pois também possuía experiência na área clínica. Os estudos permitiram finalizar o processo de desenvolvimento do instrumento, assim como, indicaram evidências iniciais de validade baseadas no conteúdo (Primi, 2011). Tais 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. Nesse sentido, essa versão deve ser alvo de outros estudos voltados à investigação das suas qualidades psicométricas antes de ser disponibilizada para uso profissional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado com a saúde mental se mostra uma questão frágil e sensível nessa sociedade adoecida e incapacitada para lidar com todas as diversidades da vida, inclusive com uma pandemia mundial. A partir das discussões realizadas acerca da psicologia da saúde que se aplica a princípios e pesquisas psicológicas para a melhora da saúde, prevenção e tratamento de doenças (Straub, 2014), confirma-se a adesão ao tratamento como um aspecto relevantes na condução de todo o tratamento psicológico e psiquiátrico. Dentre seus principais aspectos, a literatura demonstrou a influência de cinco deles: Engajamento pessoal, Suporte das áreas de apoio, Relacionamento médico-paciente, Engajamento familiar e social, e Bem estar psicológico, os quais foram selecionados para compor a base teórica do instrumento aqui apresentado.

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 estarem 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.

Na presente dissertação foram apresentados o processo de construção do instrumento, seu estudo piloto e evidências de validade de conteúdo. Os resultados dos estudos iniciais de investigação das suas qualidades

psicométricas mostraram-se favoráveis e motivam a continuação dos estudos com o instrumental.

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. Assim será necessário a continuidade desse projeto em doutoramento que buscará investigar outras qualidades psicométricas, tais como evidências de validade baseadas na estrutura interna e na precisão por meio da consistência interna, evidências de validade com base na relação com variáveis externas e teste e reteste do instrumento, a fim de que o instrumento possa ser disponibilizado para uso profissional.

Caso os resultados se mostrem positivos, a escala poderá sanar parte da lacuna encontrada no Sistema de Avaliação de Teste Psicológicos (SATEPSI), dada a ausência de ferramentas que avaliam a adesão ao tratamento psiquiátrico medicamentoso. Neste sentido, esperamos que a escala de autorrelato possa trazer dados para a melhora da adesão ao tratamento psiquiátrico medicamentoso e que possibilite mudanças na prática dos profissionais envolvidos no processo. Dentre essas mudanças, ações de cuidado e implementação de estratégias de promoção à adesão (Borba et al., 2018).

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.

É importante esclarecer que a exata indicação do uso da escala será definida posteriormente. Inicialmente a proposta envolve o uso restrito e exclusivo pelo profissional da Psicologia, para avaliação de pacientes em tratamento psiquiátrico, independente do diagnóstico.

Contamos que a escala através da sua eficácia consiga trazer dados que colaborem principalmente nas consultas psiquiátricas do SUS, pois a demanda nesse sistema é altamente complexa, bem como também nas consultas realizadas pelos planos de saúde que por vezes estipulam tempo mínimo de atendimento médico. Destacamos também a originalidade desse estudo no Brasil, pois apesar dessa temática ser bastante discutida na literatura ainda não existe nenhum instrumento que consiga investigar aspectos relevantes para a adesão.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, R. M. (2013). *Validação de um questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antiviral em pacientes portadores de hepatite B*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo
- Aguiar, K. D. S. (2019) *Validação de uma versão em português do instrumento Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) para avaliação de adesão ao tratamento com antineoplásicos orais*. Dissertação de Mestrado. Curitiba: Universidade Federal do Paraná.
- Alfonso, M.L., Vea, H. D. B., & Ábalo, J. A. G. (2008). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de salud pública*, 34.
- Almeida, P. A, Silva, P. M. C., Espíno lam L. L., Azevedo, E. B., & Ferreira Filha, M. O. (2013). Desafiando medos: relatos de enfrentamento de usuários com transtornos fóbico-ansiosos *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(4), 528-534 <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400010>
- Almeida, R. A. & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da SBPH*, 14(2), 183-202.
- Alves, G. A. S., Souza, M. S., & Baptista, M. N. (2011). Validade e precisão de testes psicológicos. In: R. A. M. Ambiel, I. S. Rabelo, S. V. Pacanaro, G. A. S. Alves, & I. F. A. S. Leme (Orgs.), *Avaliação psicológica: guia de consulta para estudantes e profissionais de psicologia* (pp. 109-128). Casa do Psicólogo.

- Angstman, K. B., & Rasmussen, N. H. (2011). Personality disorders: review and clinical application in daily practice. *American family physician*, 84(11), 1253–1260.
- 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. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160098>
- Araújo, A. C., & Lotufo Neto, F. (2014). A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82.
- Arce, V. A. R., Sousa, M. F., & Lima, M. G. (2011). A práxis da saúde mental no âmbito da estratégia saúde da família: Contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(2), 541-560. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200011>
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard review of psychiatry*, 14(5), 249–256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Bastos-Barbosa, R. G., Ferriolli, E., Moriguti, J. C., Nogueira, C. B., Nobre, F., Ueta, J., & Lima, N. K. C. (2012). Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 99(1), 636-641. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000054>.
- Ben, Â. J. (2011). *Confiabilidade e análise de desempenho de dois questionários de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo: teste*

*de morisky-green e brief medication questionnaire*. Dissertação de Mestrado.

Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Bet, P. M., Hugtenburg, J. G., Penninx, B. W., & Hoogendijk, W. J. (2013). Side effects of antidepressants during long-term use in a naturalistic setting. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 23(11), 1443–1451. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.05.001>

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. <http://doi.org/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.

Boas, L. C. G. V., Foss-Freitas, M. C., & Pace, A.E. (2014). Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2). <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140036>.

Branco, A. B. A.C., & Bosi, M. L. M. (2014). Integralidade e humanização em saúde mental: experiências de usuários em dois centros de atenção psicossocial. *Caderno Saúde Coletiva*, 22(2), 221-222. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400020018>

- Burton, C., Anderson, N., Wilde, K., & Simpson, C. R. (2012). Factors associated with duration of new antidepressant treatment: analysis of a large primary care database. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(595), e104–e112. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X625166>
- Cardoso, L. & Galera, S. A. F. (2006). Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(3), 343-348. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000300015>
- Carrió, F. B. (2012). *Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde*. Artmed.
- Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz (2018). Crise na saúde mental em nível global: prejuízos individuais e para a economia.
- Chan, A. H. Y., Horne, R., Hankins, M., & Chisari, C. (2020). The Medication Adherence Report Scale: A measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 86, 1281-1288. <https://dx.doi.org/10.1111/bcp.14193>.
- Colvero, L. A., Ide, C. A. C., & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(2), 197-205. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000200011>
- Daltio, C. S., Mari, J. J., & Ferraz, M. B. (2007). Estudos farmacoeconômicos e carga da doença em esquizofrenia. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34(Supl. 2), 208-212. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000800012>
- Delgado, B. A. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(2),81-100.

- Dias, C. A. (2000) Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisa qualitativas. *Informação & Sociedade: Estudos*, 2(10), 1-12.
- Díaz-Marsá, M., González Bardanc, S., Tajima K., GarcíaAlbea, J., Navas, M., Carrasco, J.L. (2008) Psychopharmacological treatment in borderline personality disorder. *Actas Esp Psiquiatria*, 36, 39-49.
- DiMatteo M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology. American Psychological Association*, 23(2), 207–218. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.207>
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 63-74. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007>
- Droulout, T., Liraud, F., & Verdoux, H. (2003). Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis. *L'Encephale*, 29(5), 430–437.).
- Everitt, B. S., & Dunn, G. (1991). *Applied multivariate data analysis* (No. 519.5076 E9). London, UK: Edward Arnold.
- Ferreira, R. C. Z, Caliar J. S., & Figueiredo R. M. (2015). Concepções de enfermeiros sobre o tratamento supervisionado da tuberculose no Brasil. *Revista Ibero-americana de saúde e envelhecimento*, 1(2), 219-32. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2015.1\(2\).219](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(2).219)
- Fleck, M. P., Berlim, M. T., Lafer, B., Sougey, E. B., Porto, J. A. D., Brasil, M. A., Juruena, M. F., & Hetem, L. A. (2009). Revisão das diretrizes da

- Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31(1), S7-S17. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000500003>
- Fleiss, J. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. John Wiley & Sons.
- Fleiss, J. L., Levin, B., & Paik, M. C. (2003). *Statistical methods for rates and proportions*. John Wiley & Sons.
- Fonseca, M. G., Gontijo, C. H., & Souza, J. C. S. (2015). O Tratamento Quantitativo e sua Potencialidade para a Construção de Testes Psicométricos em Pesquisa de Educação Matemática. *Perspectivas da Educação Matemática*, 8(18), 770-783.
- Fonseca, R., Silva, P., & Silva, R. R. (2007). Acordo inter-juízes: o caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia*, 5(1), 81-90. <http://doi.org/10.14417/lp.759>
- Fortes, S., Menezes, A., Athié, K., Chazan, L.F., Rocha, H., Thiesen J., Ragoni, C., Pithon, T., & Machado, A. (2014). Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a atenção primária pelo matriciamento. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1079-1102. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400006>
- França, A. B. , & Schelini, P. W. (2014). Análise semântica e evidências de validade da escala metacognitiva para idosos. *Avaliação Psicológica*, 13(3), 333–341
- Freitas, J. G. A., Nielson, S. E. O., & Porto, C. C. (2015). Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura; *Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 1, 75-84.

- Gabbard, G. O. (2009). A psicoterapia neurobiologicamente informada para transtorno da personalidade borderline. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 11, 267-85.
- Gabbard, G.O. & Ogden, T. H. (2009) On becoming a psychoanalyst. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(2), 311-327.  
<https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2009.00130.x>
- 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.  
<http://doi.org/10.1590/0103-1104201811614>.
- Gomes, A. A. (2005). Apontamentos sobre a pesquisa em educação: uso e possibilidades do grupo focal. *EccoS Revista Científica*, 7(2), 275-290.
- Gunderson, J. G., Bender, D., Sanislow, C., Yen, S., Rettew, J. B., Dolan-Sewell, R., Dyck, I., Morey, L. C., McGlashan, T. H., Shea, M. T., & Skodol, A. E. (2003). Plausibility and possible determinants of sudden “remissions” in borderline patients. *Psychiatry*, 66, 111-19.
- Haddad, P. M., Brain, C., & Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Related Outcome Measurement*, 5, 42.  
<https://doi.org/10.2147/PROM.S42735>
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>.
- Hogan, T. P., Awad, A. G., & Eastwood, R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative



- validity. *Psychological Medicine*, 13 (1), 177-183.  
<https://doi.org/10.1017/s0033291700050182>.
- HRSA Care Action. (2005). Health Resources and Services Administration. U.S. Department of Health and human Services.
- Ibanez, G., Mercedes, B. P. C., Vedana, K. G. G., & Miasso, A. I. (2014). Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), 556-562. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670409>
- Irwing, P., & Heghes, D. J. (2018). Test development. In T. Irwing, D. Booth & J. Hughes (Eds.), *The Wiley handbook of psychometric testing: a multidisciplinary reference on survey, scale and test development* (pp. 3- 8). John Wiley & Sons.
- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, F. S. P., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da saúde mental tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3051-3060. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>
- Kane, J. M., Kishimoto, T., & Correll, C. U. (2013). Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*, 12(3), 216–226.  
<https://doi.org/10.1002/wps.20060>
- Kendell R. E. (2002). The distinction between personality disorder and mental illness. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 180, 110–115. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.2.110>

- Knapp, M., & Wong, G. (2020). Economics and mental health: the current scenario. *World Psychiatry*, 19(1), 3-14. <https://doi.org/10.1002/wps.20692>
- Kotz, S., Johnson, N. L. (1983). *Encyclopedia of Statistical Sciences* (pp. 352-354). John Wiley & Sons.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics*, 33(2), 363–374.
- Leite, J. C. C., Drachler, M. L., Centeno, M. O., Pinheiro, C. A. T., & Silveira, V. L. (2002). Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(1), 121-133. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100014>
- Lew, K. H., Chang, E. Y., Rajagopalan, K., & Knoth, R. L. (2006). The effect of medication adherence on health care utilization in bipolar disorder. *Managed care interface*, 19(9), 41–46.
- Lindemann, I. L., Reis, N. R., Mintem, G. C., Mendoza-Sassi, R. A. (2019). Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 45-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34932016>.
- Lotufo N. F. (2004). Terapia cognitiva comportamental para pessoas com transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (3), 44-46. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000700010>
- Lynn, M.R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(9), 382-386. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>

- Machado-Vieira, R., & Soares, J. C. (2007). Transtornos de humor refratários a tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), S48-S54. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000058>
- Machado, A. P. M. C., Santos, A. C. G., Carvalho, K. K. A., et al. (2019). Avaliação da adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus e seus fatores associados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (19), e565. <https://doi.org/10.25248/reas.e565.2019>
- Macy, A. S., Theo, J. N., Kaufmann, S. C., Ghazzaoui, R. B., Pawlowski, P. A., Fakhry, H. I., Cassmassi, B. J., & IsHak, W. W. (2013). Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS spectrums*, 18(1), 21–33. <https://doi.org/10.1017/S1092852912000697>
- March JS, Frances A, Kahn DA, Carpenter D. (1997). Treatment of obsessive-compulsive disorder. The Expert Consensus Panel for obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 58(4), 2–72.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(3), 368. <https://doi.org/10.1037/h0090198>
- Matta, S. R. (2010). *Adaptação transcultural de instrumento para medida da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético*. Dissertação de mestrado não publicada. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.
- Matta, S. R., Luiza, V. L., Botelho Azeredo, T. (2013). Adaptação brasileira de questionário para avaliação adesão terapêutica em hipertensão arterial. *Revista de Saúde Pública*, 47(2), 292-300. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003463>.

- Maturo, A. (2010). Bipolar disorder and the medicalization of mood: an epidemics of diagnosis?". In A. Mukherjea (Ed.), *Understanding Emerging Epidemics: Social and Political Approaches* (pp. 225-242). Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1108/S1057-6290\(2010\)0000011016](https://doi.org/10.1108/S1057-6290(2010)0000011016)
- Mazer, A., Macedo, B., & Juruena, M. (2017). Transtornos da personalidade. *Medicina Ribeirão Preto Online*, 50(1), 85-97. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p85-97>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.08.002>
- Mendes, J. E., Ferreira, A. V. M., Sofia, & Gil, C. (2015). Esquizofrenia: papel-chave do Médico de Família e recurso ao internamento em regime compulsivo. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31(5), 341-345.
- Miasso A. I. (2006). *Entre a cruz e a espada: o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com transtorno afetivo bipolar, em sua perspectiva e na de seu familiar*. Tese doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Pinho, E. S., Souza, A. C. S., & Esperidião, E. (2018). Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 23(1) 141-152 <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.08332015>.
- Miasso, A. I., Carmo, B. P., & Tirapelli, C. R. (2012). Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. *Revista da Escola de*

*Enfermagem da USP*, 46(3), 689-695. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300022>

Miasso, A. I., Cassiani, S. H. D. B., & Pedrão, L. J. (2011). Affective bipolar disorder and ambivalence in relation to the drug treatment: analyzing the causal conditions. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 433-441. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200019>

Ministério da Saúde (2011). Brasília. Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_re p.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_re p.html)

Monteschi, M., Vedana, K. G. G., & Miasso, A. I. (2010). Terapêutica medicamentosa: conhecimento e dificuldades de familiares de pessoas idosas com transtorno afetivo bipolar. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19(4), 709-718. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400014>

Morken, G., Widen, J. H., & Grawe, R. W. (2008). Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalization in recent-onset schizophrenia. *BCM Psychiatry*. 8(32). <https://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-8-32>

Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67-74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>.

Moura, E. R. F., Bezerra, C. G., Oliveira, M. S., & Damasceno, M. M. C. (2008). Validação de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 11(4), 435-443.

- Motta, S. R. (2010). Adaptação transcultural de instrumento para medida da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético. / Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349(9064), 1498–1504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)07492-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)07492-2)
- National Collaborating Centre for Primary Care (UK). (2009). *Medicines Adherence: Involving Patients in Decisions About Prescribed Medicines and Supporting Adherence*. Royal College of General Practitioners.
- Nicolino, P. S., Vedana, K. G. G., Miasso, A. I., Cardoso, L., & Galera, S. A. F. (2011). Schizophrenia: adherence to treatment and beliefs about the disorder and the drug treatment. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 708-715. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300023>
- 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. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V4N3A9>
- Organização Mundial de Saúde (2010b). *Manual mhGAP de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas para a rede de atenção básica à saúde*. OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2010a). *Mental Health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Geneva: World Health Organization and Mental Health and Poverty Project.
- Pacico, J. C. (2015). Validade. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Orgs.), *Psicometria* (pp.46-53). Artmed.

- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. LabPAM & IBAP.
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(Esp), 992- 999. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>
- Pasquali, L. (2011). *Técnicas do exame psicológico – TEP: manual*. Casa do Psicólogo/Conselho Federal de Psicologia
- Pasquali, L., & Primi, R. (2003). Fundamentos da teoria da resposta ao item: TRI. *Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 2(2), 99-110.
- Pato, M. T., Zohar-Kadouch, R., Zohar, J., & Murphy, D. L. (1988). Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 145(12), 1521–1525. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.12.1521>
- Pawlowski, J., Trentini, C. M., & Bandeira, D. R. (2007). Discutindo procedimentos psicométricos a partir da análise de um instrumento de avaliação neuropsicológica breve. *Psico-USF*, 12(2), 211-219.
- Pérez-Edgar K, Bar-Haim Y., Mcdermott J.M., Gorodetsky E., Hodgkinson C.A, & Goldman D. (2010). Variations in the serotonin-transporter gene are associated with attention bias patterns to positive and negative emotion faces. *Biological Psychology*. 83(3) <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2009.08.009>
- Perkins D. O. (1999). Adherence to antipsychotic medications. *The Journal of clinical psychiatry*, 60(21), 25–30.
- Perroca, M. G., & Gaidzinski, R. R. (2003). Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes: coeficiente Kappa. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 37(1), 72-80.

- Pigott T, & Seay S. (2000). Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: overview and treatment-refractory strategies. In: W. K. Goodman, M. V. Rudorfer, J. D. Maser (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder - contemporary issues in treatment* (pp. 277-282). Lawrence Erlbaum Associates.
- Pinho, E. S., Souza, A. C. S., & Esperidião, E. (2018). Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 141-152. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.08332015>
- Polit, D. F., Hungler, B. P. (1995). Qualidade dos dados. In Polit, D. F. Hungler, B. P. (Eds.), *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (pp.223-267). Artes Médicas.
- Pompili, M., Serafini, G., Del Casale, A., Rigucci, S., Innamorati, M., Girardi, P., Tatarelli, R., & Lester, D. (2009). Improving adherence in mood disorders: the struggle against relapse, recurrence and suicide risk. *Expert review of neurotherapeutics*, 9(7), 985–1004. <https://doi.org/10.1586/ern.09.62>
- Primi, R. (2011). Responsabilidade ética no uso de padrões de qualidade profissional na avaliação psicológica. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Ano da Avaliação Psicológica – Texto Geradores* (pp. 53-58). Conselho Federal de Psicologia.
- Queiroz, E. M., & Bertolozzi, M. R. (2010). Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 453-461. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200030>
- Raffin, A. L., Ferrão, Y. A., Souza, F. P., Cordioli, A. V (2008). Fatores preditores de resultados no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo



- com as terapias comportamental e cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(1) 1-20. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000200006>.
- Ramos, J., Sousa Carvalho Filha, F., & Almeida da Silva, R. (2015). Avaliação da Adesão ao Tratamento por Idosos Cadastrados no Programa do Hiperdia. *Revista De Gestão Em Sistemas De Saúde*, 4(1), 29-39. <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v4i1.127>
- Ravindran & Stein (2013). Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. *Revista Interdisciplinar*, 6(1).
- 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. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900034>
- Reis, A. C., & Lencastre, L., & Prista G., M., & Remor, E. (2009). Adaptação Portuguesa do Questionário para a avaliação da adesão ao tratamento Anti-retrovírico- VIH(CEAT – VIH). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10(2),175-191
- Remor, E. A. (2002a). Aspectos Psicossociais na Era dos Novos Tratamentos da AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3),283-287. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722002000300007>
- Remor,E.(2002b).Valoración dela adhesión altratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*,14(2), 262-267.
- Remor, E., Milner-Moskovics, J., & Preussler, G. (2007). Brazilian adaptation of the assessment of adherence to antiretroviral therapy questionnaire. *Revista*

de *Saúde Pública*, 41(5), 685-694. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102006005000043>

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. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000100004>

Ribeiro, J. M. C., Souza, J. M., Machado, V. B., & Sousa, E. T. G. (2016). Instrumento de Avaliação da adesão medicamentosa e aferição da concentração de imunossupressores: relato de experiência. *Journal of Nursing UFPE*, 10(6). <https://doi.org/10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201644>

Rocha, B. S. & Werlang, M. C. (2013). Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11), 3291-3300 <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100019>.

Rodrigues, M. T. P., Moreira, T. M. M., & Andrade, D. F. D. (2014). Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. *Revista de Saúde Pública*, 48, 232-240. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005044>.

Rosa, M. A., & Marcolin, M. A. (2000). Translation and adaptation of the Rating of Medication Influences (ROMI): an instrument to assess compliance to treatment. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49 (10), 405-412.

- Rubio, D. M., Berg-Weger, M., Tebb, S. S., Lee, S., & Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 27(2), 94-105.
- Sá Junior, A. R., & Souza, M. C. (2007). Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34(2), 164-168. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000800003>
- 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 <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.05.007>.
- Sampaio, J. J. C., & Garcia Filho, C. (2015). *Saúde Mental: política, trabalho e cuidado*. UECE.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012). Antidepressant adherence: are patients taking their medications?. *Innovations in clinical neuroscience*, 9(5-6), 41–46.
- Santa Helena, E. T. D., Nemes, M. I. B., & Eluf-Neto, J. (2008). Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, 42, 764-767. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000400025>
- Santana, L., & Fontenelle, L. F. (2011). A review of studies concerning treatment adherence of patients with anxiety disorders. *Patient preference and adherence*, 5, 427–439. <https://doi.org/10.2147/PPA.S23439>
- Santiago, A., & Holanda, A. F. (2013). Fenomenologia da depressão: uma análise da produção acadêmica brasileira. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(1), 38-50.

- Santin, A., Ceresér, K., & Rosa, A. (2005). Método ao tratamento no transtorno bipolar. *Archives of Clinical Psychiatry*, 32(1), 105-109. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000700015>
- Scholl, C. C., Tabeleão, V. P., Stigger, R. S., Trettim, J. P., Mattos, M. B., Pires, A. J., Molina, M. A. L., Silva, R. A., Tomasi, E., Quevedo, L. A. (2017). Qualidade de vida no Transtorno Obsessivo-Compulsivo: um estudo com usuários da Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1353-1360. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.02062015>.
- Selau, T., Silva, M. A., & Bandeira, D. R. (2020). Construção e Evidências de Validade de Conteúdo da Escala de Funcionamento Adaptativo para Deficiência Intelectual (EFA-DI). *Avaliação Psicológica*, 19(3), 333-341. <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2020.1903.17952.11>
- Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., Bravo, M. C., Belotto, C., Junior, A. L., Miguel, E. C. (2001). Transtorno obsessivo-compulsivo resistente: conceito e estratégias de tratamento. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 23(2), 52-57. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000600016>.
- Shelton, R.C, Osuntokun, O., Heinloth, A.N., & Corya, S. A. (2010). Therapeutic Options for Treatment-Resistant Depression. *CNS Drugs* 24, 131-161. <https://doi.org/10.2165/11530280-000000000-00000>
- Silva, E. F., Pereira, M. G. (1998). Avaliação das estruturas de concordância e discordância nos estudos de confiabilidade. *Revista de Saúde Pública*, 32(4), 383-393.
- Silva, L. B. R. da, & Nogueira, R. H. P. (2019). A igualdade democrática na relação paciente-psiquiatra como meio para o exercício da liberdade para

- além da adesão ao tratamento. *Revista De Direito Sanitário*, 20(1), 127-148.  
<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i1p127-148>
- Silva, M. B. B. (2015). From patient to clinical case: an ethnography with psychiatric inpatient care releases. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 353-362. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.20362013>
- 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.
- 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. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000400008>.
- Sousa, L., Vedana, K., & Miasso, A. (2016). Adesão ao tratamento medicamentoso por pessoas com transtorno de ansiedade. *Cogitare Enfermagem*, 21(1). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43510>
- Souza, M. S. F., & Kopittke, L. (2016). Adesão ao tratamento com psicofármacos: fatores de proteção e motivos de não adesão ao tratamento farmacológico. *Rev. APS* 19(3), 361-369.
- Souza, T. T., Silva, W. B., Onofre, A. S. C., Quintans, J. S. S., Onofre, F. B. M., & Quintans-Júnior, L. J. (2011). Evaluation of adherence to treatment by patients seen in a psychosocial care center in northeastern Brazil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 47(4), 787-795. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-82502011000400016>

- Stein M.B., Cantrell C.R., Sokol M.C., Eaddy M.T., & Shah M.B. (2006). Antidepressant adherence and medical resource use among managed care patients with anxiety disorders. *Psychiatric Services*, 57(5) 673–680.
- Stoffers, J. M., & Lieb, K. (2015). Pharmacotherapy for borderline personality disorder--current evidence and recent trends. *Current psychiatry reports*, 17(1), 534. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0534-0>
- Stoffers, J., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6, CD005653. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005653.pub2>
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da Saúde: Uma abordagem Biopsicossocial*. (3ª ed.) 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), <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004834>
- Teixeira, L. C., Rodrigues, A. L. V., Silva, Á. F. G. D., Azevedo, R., Gama, A. C. C., & Behlau, M. (2013). Escala URICA-VOZ para identificação de estágios de adesão ao tratamento de voz. *In CoDAS*, 25(1), 8-15.
- Terra, M. B., Barros, H. M. T., Stein, A. T., Figueira, I., Athayde, L. D., & Silveira, D. X. (2011). Internal consistency and factor structure of the adherence scale for alcoholics anonymous. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(1), 107-113.

- Vale, F. C. D. (2014). *Avaliação do questionário WebAd-Q como ferramenta de monitoramento da adesão ao tratamento antirretroviral nos serviços do SUS*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Vedana, K. G. G. & Miasso, A. I. (2014). The meaning of pharmacological treatment for schizophrenic patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 670-678. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3427.2466>
- Ventura, T. (2011). Depressão e comorbidade: um caso clínico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(1), 36-42. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v27i1.10816>.
- Vilar, T., Nogueira, M. J., Valentim O., & Seabra, P. (2019). A psicoeducação na adesão terapêutica em utentes com esquizofrenia: uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Spe7)*, 103-108. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0254>
- Vinnars, B., Barber, J. P., Norén, K., Gallop, R., & Weinryb, R. M. (2005). Manualized supportive-expressive psychotherapy versus non-manualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. *The American journal of psychiatry*, 162(10), 1933–1940. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1933>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Weiden, P., Rapkin, B., Mott, T., Zygmunt, A., Goldman, D., Horvitz-Lennon, M., & Frances, A. (1994). Rating of Medication Influences (ROMI) Scale in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(2), 297-310.

- Wenceslau, L. D. & Ortega, F. (2015). Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55), 1121-1132. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>.
- World Health Organization (WHO). (1999). Regional Office for the Eastern Mediterranean. The newly defined burden of mental problems. *East Mediterr Health Journal*, 5(2), 394-401.
- Xavier, M. S., Terra, M. G., Silva, C. T., Mostardeiro, S. C. T. S., Silva, A. A., & Freitas, F. F. (2014). The meaning of psychotropic drug use for individuals with mental disorders in outpatient monitoring. *Escola Anna Nery*, 18(2), 323-329. <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140047>
- Zemmour, K., Tinland, A., Boucekine, M., Girard, V., Loubiere, S., Resseguire, N., Fond, G., Auquier, P., & Boyer, L. (2016). Validation of the Medication Adherence Rating Scale in homeless patients with schizophrenia: Results from the French Housing First experience. *Scientific Reports*, 6, 31598. <http://doi.org/10.1038/srep31598>
- Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A., & Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 159(10), 1653–1664. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1653>



## **ANEXOS**

**Anexo A: Versão da Escala de avaliação da Adesão à medicação no Tratamento Psiquiátrico – exemplos de itens**

<b>DIMENSÃO 1: ENGAJAMENTO PESSOAL (n=22)</b>	
Refere-se aos comportamentos apresentados pelos pacientes em relação ao tratamento psiquiátrico e psicológico e o quanto influenciam no processo de adesão ao tratamento. Envolve seis aspectos: 1) Compreensão relacionada ao próprio diagnóstico e a terapia prescrita; 2) Relação com a terapia medicamentosa; 3) Episódios de recaída; 4) Efeitos colaterais e adversos dos remédios prescritos; 5) Protagonismo no plano de tratamento; 6) Recebimento de orientação médica sobre medicação e diagnóstico.	
Entendo o diagnóstico do meu transtorno psiquiátrico	Eu não sei por que tenho passar no médico psiquiatra
Recebo orientações sobre os remédios passados pelo médico psiquiatra	Sigo todas as orientações que o médico passa com relação aos remédios
Sou responsável pelo meu tratamento psiquiátrico	O médico me explicou como o meu tratamento funciona

<b>DIMENSÃO 2: SUPORTE DAS ÁREAS DE APOIO (n=34)</b>	
Compreende as áreas de apoio (enfermagem, assistência social, terapia ocupacional, psicólogo entre outros) que planejam e executam ações de suporte para o tratamento do paciente em todo o processo. Envolve cinco aspectos: 1) Relacionamento com os profissionais da equipe; 2) Sensação de acolhimento; 3) Adesão às propostas terapêuticas; 4) Relação de confiança e corresponsabilidade dos profissionais em relação ao paciente; 5) Avaliação positiva ou negativa da equipe das áreas de atendimento	
os profissionais da equipe me incentivam a fazer o tratamento me incentivam a fazer o tratamento	Os profissionais entendem meu problema
Os profissionais me ajudam a entender meu tratamento	Os profissionais me ajudam a aceitar meu tratamento
Gosto das atividades que são realizadas aqui no equipamento	Não gosto das atividades que são realizadas aqui

<b>DIMENSÃO 3: RELACIONAMENTO MÉDICO-PACIENTE(n=16)</b>	
Investiga a percepção do paciente com relação a confiabilidade, vínculo terapêutico e relação do paciente com o médico psiquiatra. Envolve quatro aspectos: 1) Relacionamento de confiança sobre a conduta do médico; 2) Avaliação positiva ou negativa do médico; 3) Escuta empática realizada pelo médico; 4) Orientações quanto à terapia medicamentosa e o diagnóstico.	
O médico psiquiatra me explica em detalhes tudo sobre meu diagnóstico	Não entendo o que o médico psiquiatra me explica e fico com vergonha de perguntar

Sinto satisfeito com o tempo de atendimento médico.	O médico psiquiatra não me explica em detalhes o que eu tenho
Não consigo confiar no médico psiquiatra que me atende	Me incomoda não poder escolher o médico psiquiatra que irá me atender

<b>DIMENSÃO 4: ENGAJAMENTO FAMILIAR E SOCIAL (n=18)</b>	
Avalia vínculos familiares e sociais (apoio externo como vizinhos, amigos e etc) além de investigar a capacidade de manter uma rede de apoio ao longo do tratamento. Envolve quatro aspectos: 1) compreensão da família e de outros (vizinhos, amigos e etc) sobre diagnóstico do paciente, 2) engajamento dos familiares e outros ao longo do processo de diagnóstico, 3) participação desses atores nas consultas e 4) apoio ou não em relação ao uso do medicamento.	
Considero que minha família me apoia em relação ao meu tratamento psiquiátrico	Considero que meus amigos me apoiam em relação meu tratamento psiquiátrico
Minha família entende sobre meu transtorno psiquiátrico	Meus amigos entendem sobre meu transtorno psiquiátrico
Minha família entende sobre a importância do uso da medicação	Meus amigos me encorajam a usar os remédios prescritos

<b>DIMENSÃO 5: BEM ESTAR PSICOLÓGICO (n=24)</b>	
Reúne aspectos que podem indicar como o paciente este se sentindo psicologicamente em durante o tratamento. Envolve quatro características, sendo elas: 1) Crenças positivas em relação a si mesmo; 2) Busca ativa por informações em situações sentido da vida; 3) Percepção da adaptação psicológica; 4) Domínio sobre o ambiente	
Falo sobre meus sentimentos com o psicólogo	Me sinto tranquilo com a rotina organizada
Não tenho boas expectativas com relação ao futuro	Tenho dificuldades de me relacionar com outras pessoas
As exigências do dia a dia tem me deixado exausto	Fico preocupado com o que as pessoas pensam de mim

## Anexo B: Parecer do Comitê de Ética



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Adesão à medicação no tratamento psiquiátrico: elaboração de escala de avaliação

**Pesquisador:** MARIANE GAMA DE OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 47846721,1,0000,5481

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.816.506

#### Apresentação do Projeto:

A ineficiência dos tratamentos psiquiátricos tem se mostrado um problema de saúde pública, com altos custos em tratamentos e exacerbção de sintomas mentais graves. Esse projeto de pesquisa tem por finalidade conhecer aspectos relacionados ao paciente psiquiátrico, médico, família e profissionais multidisciplinares e para que possa embasar o desenvolvimento de uma escala que avale o processo de adesão ao tratamento psiquiátrico medicamentoso. O método adotado consiste em duas etapas: procedimentos teóricos (Conceituação do constructo, elaboração dos itens e análise dos itens) e procedimentos empíricos (investigação de diferentes fontes de evidências de validade e investigação da precisão). Espera-se desse projeto que os fatores prejudiciais para a adesão ao tratamento medicamento no tratamento psiquiátrico sejam encontrados através da escala. Por fim, que esse trabalho seja ferramenta de avaliação psicológica à reconstrução da história de vida do sujeito, que diminua e otimize tempo para as consultas médicas e desinche o sistema único de saúde.

#### Objetivo da Pesquisa:

Segundo o Projeto e Informações Básicas:

#### Objetivo Geral

Desenvolver uma Escala de Avaliação à Adesão ao Medicamento no Tratamento Psiquiátrico e

**Endereço:** Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 - Bloco A02 - Térreo  
**Bairro:** Parque Rural - Fazenda Santa Cândida      **CEP:** 13.067-571  
**UF:** SP      **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3343-6777      **Fax:** (19)3343-6777      **Email:** comitedeetica@pucocampinas.edu.br

Continuação do Parecer: 4.0/16.208

investigar suas qualidades psicométricas,

#### Objetivos Específicos

- Compreender os fatores prejudiciais baseado na teoria sobre adesão medicamentosa dos pacientes em tratamento psiquiátrico;
- **Elaborar uma escala de avaliação da adesão ao medicamento nos tratamentos psiquiátricos;**
- Investigar diferentes fontes de evidências de validade do instrumento (com base no conteúdo e com base na estrutura interna)
- **Estimar a precisão;**

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito no Projeto:

#### Riscos:

Toda pesquisa científica pode gerar algum tipo de risco, principalmente quando se trata de estudos com seres humanos. No referido estudo, os participantes deverão ler um questionário subdivididos em cinco dimensões no qual responderão as essas perguntas conforme se sentem nas últimas semanas. Toda a escala (os itens) da avaliação à medicação ao tratamento psiquiátrico foi construída através dos achados na literatura, sendo assim o assunto sobre a adesão ao tratamento medicamentoso está distribuída de forma que os participantes terão que se questionar sobre o tratamento psiquiátrico, como a gestão da medicação, tratamento psicológico, sobre suas relações sociais e familiares e se tem estado bem emocionalmente. Contudo, existe o risco nessa situação do participante evocarem emoções desconfortáveis, e assim se sentirem mais sensíveis e fragilizados. Vale ressaltar que os participantes deverão dizer se estão em tratamento psicológico para assegurar que esses desconfortos sejam cuidados. Portanto, a participação envolve riscos mínimos relacionados à fadiga durante a execução da tarefa ou ainda à dificuldade na resposta a algum item específico. Caso o entrevistado experimente qualquer desconforto psicológico decorrente de sua participação, solicita que entre em contato imediatamente com a pesquisadora, que é psicóloga, a qual poderá oferecer um atendimento inicial e verificar se você pode ou não dar continuidade à tarefa, caso seja do seu interesse. Caso o desconforto se mantenha, a pesquisadora poderá realizar um encaminhamento para atendimento psicológico.

#### Benefícios:

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 - 1º Andar - Têrreo  
Bairro: Parque Rara - Fazenda Santa Cândida CEP: 13.067-071  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3343-6777 Fax: (19)3343-6777 E-mail: comitedoetica@puc-campinas.edu.br

Continuação do Parecer: 4.018.508

O público alvo ter atendimento direcionado e eficaz tanto pelo Sistema Único de Saúde - SUS como em clínicas de planos de saúde. Portanto, espera que as respostas possam ser significativas e funcionais e que aponte como o processo de adesão está para o paciente, médico psiquiatra, bem como para demais profissionais como psicólogos, assistentes sociais, etc, todos que estão envolvidos no tratamento.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa pertinente com relevância científica do estudo proposto, adequação da metodologia aos objetivos perseguidos, Os compromissos éticos foram adequadamente indicados. Foi elaborado para o Comitê de Ética.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresenta os itens exigidos, preenchidos e assinados adequadamente.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências identificadas pelo CEP PUC-Campinas na reunião do dia 21/06/2021 foram atendidas pela pesquisadora. Diante disso, consideramos o projeto aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Dessa forma, e considerando a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: **Aprovado**. Conforme a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1762499.pdf	28/06/2021 17:18:41		Aosito

Endereço: Rua Professor Doutor Eurycides de Jesus Zerbini, 1516 - Jd. Itaipu - Térreo  
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida CEP: 13.267-671  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3343-6777 Fax: (19)3343-6777 Email: comitedeetica@puccampinas.edu.br

Continuação do Parecer: 4.016.208

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.doc	28/06/2021 17:17:50	MARIANE GAMA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Outros.doc	27/06/2021 20:40:11	MARIANE GAMA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_juizes.doc	27/06/2021 20:38:44	MARIANE GAMA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_participantes_18.doc	27/06/2021 20:38:31	MARIANE GAMA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Piloto.doc	27/06/2021 20:38:18	MARIANE GAMA DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	cronograma.doc	27/06/2021 20:37:52	MARIANE GAMA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Carta_autorizacao_Saovicente.pdf	09/06/2021 12:26:22	MARIANE GAMA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Carta_autorizacao_clinica.pdf	09/06/2021 12:16:52	MARIANE GAMA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Dimensoes_itens_avalados.doc	08/06/2021 16:46:05	MARIANE GAMA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	instrumento_juizes.doc	08/06/2021 16:27:20	MARIANE GAMA DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	custos_recursos.doc	08/06/2021 16:16:35	MARIANE GAMA DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infra_estrutura_caps_clinica.doc	08/06/2021 15:15:38	MARIANE GAMA DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	CEP.pdf	08/06/2021 12:54:48	MARIANE GAMA DE OLIVEIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 - Bloco A02 - Térreo  
**Bairro:** Parque Rural Fazenda Santa Cândida      **CEP:** 13.267-671  
**UF:** SP      **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3343-6777      **Fax:** (19)3343-6777      **Email:** comitedorico@puocampinas.edu.br

Página 04 de 05





Continuação do Processo: 4.616.208

CAMPINAS, 30 de Junho de 2021

---

**Assinado por:**  
**Mário Edvin Greter**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 - Bloco A02 - Térreo  
**Bairro:** Parque Rara - Fazenda Santa Cândida      **CEP:** 13.067-671  
**UF:** SP      **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3343-6777      **Fax:** (19)3343-6777      **E-mail:** comitedorso@puc-campinas.edu.br

Página 05 de 05

## **ANEXO C: Termo de consentimento livre e esclarecido para participantes**

### **maiores de 18 anos – Estudo Piloto**

Prezado(a),

Venho, por meio desse documento, convidá-lo a participar de uma pesquisa intitulada “ADESÃO À MEDICAÇÃO NO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: ELABORAÇÃO DE ESCALA DE AVALIAÇÃO”, que tem como objetivo investigar os principais fatores que dificultam o processo de adesão dos pacientes ao tratamento psiquiátrico. A pesquisa faz parte da minha dissertação de mestrado, desenvolvida no programa de Pós-graduação em Psicologia, na PUC-Campinas, sob orientação da Profa. Dra. Tatiana de Cassia Nakano.

A pesquisa envolve a participação de indivíduos com idades a partir de 18 anos que estejam agendados para a primeira consulta com o médico psiquiatra no equipamento municipal. Caso concorde em participar da pesquisa, você deverá responder uma série de frases que avaliam diferentes aspectos da adesão ao tratamento psiquiátrico. O estudo piloto no qual você participará visa avaliar as frases em sua semântica e se o sentido das frases são compreensíveis e legíveis.

Após ter terminado de responder a todas as frases, você será convidado a dizer o que compreendeu ao ler cada frase, dar sua opinião sobre os itens, bem como apontar palavras que não conhece o significado.

A atividade será realizada no próprio local de atendimento com o médico psiquiatra, podendo acontecer de forma individual ou em grupo, em dias e horários previamente combinados com o responsável pelo equipamento ou da clínica, para evitar qualquer tipo de prejuízo com relação à rotina da instituição e do paciente. A atividade tem duração estimada de 30 minutos. Por se tratar de uma atividade simples, essa pesquisa prevê riscos psicológicos mínimos decorrentes da participação, os quais podem envolver fadiga na execução da atividade ou dificuldade em responder algum item. Caso alguma dessas situações seja notada, você poderá interromper a atividade a qualquer momento, podendo retomá-la caso haja interesse. Entretanto, caso haja algum desconforto, a pesquisadora, que é psicóloga, poderá realizar um primeiro atendimento e, posteriormente, realizar o encaminhamento, se necessário.

Vale ressaltar que todos os protocolos de segurança relacionados à COVID-19 orientados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) serão seguidos, incluindo o distanciamento social no caso de sessões coletivas, uso obrigatório de máscaras, fornecimento de álcool em gel para higienização das mãos antes e após a realização da entrevista, bem como do local. Caso a pandemia de COVID-19 se agrave, e esta esteja na fase intitulada pelos governantes como fase vermelha, a sua participação na pesquisa será realizada de forma online, por meio de um link que será enviado por email e/ou whatsapp para os pacientes.

Sua participação é voluntária, não existindo nenhuma penalidade caso não queira participar, podendo, inclusive, se retirar da pesquisa a qualquer momento, mesmo após ter sido iniciada a atividade. Da mesma forma, não há nenhum pagamento pela sua participação.

Somente poderão participar da pesquisa os participantes que devolverem esse documento assinado para a pesquisadora. Reforça-se que tal documento será elaborado em duas vias, de igual teor, sendo que uma será devolvida assinada para a pesquisadora e, a outra, deverá ficar em poder do participante, para eventual consulta. No caso de aplicação online, o participante deve clicar no botão “concordo em participar da pesquisa” e receberá o mesmo termo automaticamente no email em que recebeu o convite de participação.

A pesquisadora compromete-se ainda a não divulgar nenhum dado dos participantes, bem como do local onde a coleta de dados foi realizada. Os dados poderão ser utilizados em futuras comunicações realizadas em congressos científicos, bem como publicados sob a forma de artigos científicos, sempre assegurado o sigilo e anonimato. Salienta ainda que a pesquisadora poderá ser contatada, através do telefone abaixo mencionado para esclarecer qualquer dúvida em relação a pesquisa, antes, durante e depois da pesquisa, caso solicite.

O projeto em questão foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da PUC-Campinas, telefone de contato (19) 3343-6777, e-mail: [comitedeetica@puc-campinas.edu.br](mailto:comitedeetica@puc-campinas.edu.br), endereço Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516, prédio A02 - térreo – Parque Rural Fazenda Santa Cândida – CEP 13087-571 – Campinas- SP, horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 08h00 às 17h00, que poderá ser contatado para quaisquer esclarecimentos quanto à avaliação do caráter ético do projeto.

Mariane Gama de Oliveira  
Discente do curso de Pós-Graduação da PUC-Campinas  
E-mail: [mariane.go@puccampinas.edu.br](mailto:mariane.go@puccampinas.edu.br)  
Telefone para contato: (13) 98101-5663

Após ter sido esclarecido sobre a presente pesquisa, “ADESÃO À MEDICAÇÃO NO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: ELABORAÇÃO DE ESCALA DE AVALIAÇÃO”, concordo em participar voluntariamente da mesma.

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

## **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO PARA ADESÃO AO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO**

MARIANE GAMA DE OLIVEIRA E TATIANA DE CASSIA NAKANO

A seguir você encontrará uma série de afirmações que avaliam aspectos que podem influenciar na adesão ao tratamento psiquiátrico. As cinco áreas (engajamento pessoal, suporte de áreas de apoio, relação médico-paciente, engajamento familiar e social e bem estar psicológico) estão caracterizadas por uma série de comportamentos específicos que buscam avaliar como o paciente se percebe em cada uma delas. Almeja-se que as informações obtidas por meio desse instrumento possam auxiliar o psicólogo clínico a mapear se há necessidade de intervenção em uma ou mais áreas após a primeira consulta com o médico psiquiatra.

O formulário aqui apresentado é composto por duas seções. Na primeira, você encontrará uma definição de cada área avaliada pelo instrumento, a qual poderá ser consultada para embasar seu julgamento.

Na segunda seção, você terá acesso aos itens do protocolo. Sua tarefa consiste em ler cada um dos itens (afirmativas) apresentados e avaliar qual das sete áreas, na sua opinião, aquela afirmação avalia. Você deve marcar um “x” na coluna correspondente à sua escolha.

## **Anexo D: Formulário 1**

### **Descrição das áreas e frases para avaliação Juízes**

#### **Área: Engajamento pessoal**

Refere-se aos comportamentos apresentados pelos pacientes em relação ao tratamento psiquiátrico e psicológico e o quanto influenciam no processo de adesão ao tratamento. Envolve seis aspectos: 1) Compreensão relacionada ao próprio diagnóstico e a terapia prescrita; 2) Relação com a terapia medicamentosa; 3) Episódios de recaída; 4) Efeitos colaterais e adversos dos remédios prescritos; 5) Protagonismo no plano de tratamento; 6) Recebimento de orientação médica sobre medicação e diagnóstico.

#### **Área: Suporte das áreas de apoio**

Compreende as áreas de apoio (enfermagem, assistência social, terapia ocupacional, psicólogo entre outros) que planejam e executam ações de suporte para o tratamento do paciente em todo o processo. Envolve cinco aspectos: 1) Relacionamento com os profissionais da equipe; 2) Sensação de acolhimento; 3) Adesão às propostas terapêuticas; 4) Relação de confiança e corresponsabilidade dos profissionais em relação ao paciente; 5) Avaliação positiva ou negativa da equipe das áreas de atendimento

#### **Área: Relacionamento médico-paciente**

Investiga a percepção do paciente com relação a confiabilidade, vínculo terapêutico e relação do paciente com o médico psiquiatra. Envolve quatro aspectos: 1) Relacionamento de confiança sobre a conduta do médico; 2) Avaliação positiva ou negativa do médico; 3) Escuta empática realizada pelo médico; 4) Orientações quanto à terapia medicamentosa e o diagnóstico.

#### **Área: Engajamento familiar e social**

Avalia vínculos familiares e sociais (apoio externo como vizinhos, amigos e etc) além de investigar a capacidade de manter uma rede de apoio ao longo do tratamento. Envolve quatro aspectos: 1) compreensão da família e de outros (vizinhos, amigos e etc) sobre diagnóstico do paciente, 2) engajamento dos familiares e outros ao longo do processo de diagnóstico, 3) participação desses atores nas consultas e 4) apoio ou não em relação ao uso do medicamento.

#### **Área: Bem estar psicológico**

Reúne aspectos que podem indicar como o paciente este se sentindo psicologicamente em durante o tratamento. Envolve quatro características, sendo elas: 1) Crenças positivas em relação a si mesmo; 2) Busca ativa por informações em situações sentido da vida; 3) Percepção da adaptação psicológica; 4) Domínio sobre o ambiente

<b>Nº</b>	<b>Itens</b>	<b>Engajamento pessoal</b>	<b>Suporte das áreas de apoio</b>	<b>Relacionamento Médico- paciente</b>	<b>Engajamento familiar e social</b>	<b>Bem-estar psicológico</b>	<b>Pertinência do conteúdo (0 a 5)</b>	<b>Sugestão de ajustes</b>
1	A equipe de apoio me ajuda a conversar com meus familiares sobre meu tratamento							
2	A equipe de apoio não interfere quando tenho problemas com meus familiares em relação ao meu tratamento							
3	A equipe me passa confiança							
4	A equipe que me atende é capacitada							
5	Acho importante tomar a medicação psiquiátrica							
6	Acredito no meu crescimento pessoal							
7	As atividades me ajudam a organizar emoções e lidar com o medo que sinto de não conseguir ficar bem							
8	As atividades realizadas pela equipe me ajudam a organizar a rotina com relação aos remédios							
9	As exigências do dia a dia tem me deixado exausto							
10	As reações dos remédios me fazem mal							

## **Anexo E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para juízes**

Prezado(a) Senhor(a) Avaliador(a),

Você está sendo convidado a participar de minha pesquisa de mestrado em Psicologia, desenvolvida na PUC-Campinas, sob orientação da Profa. Dra. Tatiana de Cassia Nakano Primi, cujo objetivo visa a construção de um protocolo de avaliação para adesão ao tratamento psiquiátrico. Dentre os estudos que envolvem a busca por evidências de validade de conteúdo para os itens criados, a análise de juízes se mostra essencial. Portanto, gostaria de convidá-lo a participar dessa etapa.

O instrumento foi elaborado a partir de revisão de literatura acerca dos principais aspectos envolvidos no processo de adesão ao tratamento psiquiátrico. A partir de tal análise, separou-se 5 grandes dimensões, sendo elas: engajamento pessoal, suporte da áreas de apoio, relacionamento médico-paciente, engajamento familiar e social e bem estar psicológico.

Caso aceite participar, sua tarefa envolverá a análise do conteúdo dos itens, tomando como base as definições das sete dimensões. Você deverá ler cada frase, identificando, na sua opinião, qual dessas sete dimensões ela representa.

Sua participação é voluntária e não envolve nenhum pagamento ou bonificação. Ressalto que sua colaboração poderá ser interrompida a qualquer momento, sem que haja prejuízo pessoal ou profissional, mesmo que a atividade já tenha sido iniciada ou o consentimento tenha sido dado. Asseguro também, que seus dados pessoais, bem como as suas respostas serão mantidas em sigilo, podendo os resultados desse estudo, serem apresentados em eventos científicos e artigos, mantendo-se o anonimato dos participantes.

A participação nessa pesquisa envolve riscos mínimos relacionados à fadiga durante a execução da tarefa ou ainda à dificuldade na resposta a algum item específico. Caso experimente qualquer desconforto psicológico decorrente de sua participação, entre em contato imediatamente com a pesquisadora, que é psicóloga, a qual poderá oferecer um atendimento inicial e verificar se você pode ou não dar continuidade à tarefa, caso seja do seu interesse. Caso o desconforto se mantenha, a pesquisadora poderá realizar um encaminhamento para atendimento psicológico.

Os questionários respondidos pelos participantes serão mantidos em arquivo por um período de cinco anos, e sua destruição, será realizada ao final desse prazo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas. Se você tiver dúvidas durante sua participação na pesquisa, ou mesmo depois dela ter se encerrado, poderá entrar em contato para esclarecê-las com a mestrande Mariane Gama de Oliveira, pelo telefone (13) 9801.5663. Questões de ordem ética poderão ser consultadas junto ao Comitê de Ética através do número (19) 3343-6777, e/ou email: [comitedeetica@puc-campinas.edu.br](mailto:comitedeetica@puc-campinas.edu.br), endereço Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 – Parque Rural Fazenda Santa Cândida – CEP 13087-571 horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 08h00 às 17h00.

Se concordar em colaborar em realizar a análise dos itens do Protocolo de Avaliação para adesão ao tratamento psiquiátrico, por favor, assine a ficha

abaixo, elaborada em duas vias iguais. Uma delas deverá ser devolvida para a pesquisadora e a outra ficará em seu poder, para consulta se necessário.

Desde já agradeço sua colaboração.

Mariane Gama de Oliveira  
Mestranda em Psicologia pela PUC-Campinas  
[psicologamarianegama@gmail.com](mailto:psicologamarianegama@gmail.com)

---

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro estar ciente dos termos da pesquisa descrita nesse documento. Aceito participar como juiz na análise dos itens e dou meu consentimento para que as informações prestadas por mim sejam utilizadas no estudo para construção do Protocolo de Avaliação para adesão ao tratamento psiquiátrico.

\_\_\_\_\_

Assinatura

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021