

CLOVIS DA SILVA MELO JUNIOR

**FIDEDIGNIDADE DA ESCALA DE ADESÃO A
MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS MARS – *MEDICATION
ADHERENCE RATING SCALE***

São João del-Rei

PPGPSI-UFSJ

2019

CLOVIS DA SILVA MELO JUNIOR

**FIDEDIGNIDADE DA ESCALA DE ADESÃO A
MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS MARS – *MEDICATION
ADHERENCE RATING SCALE***

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Linha de Pesquisa: Instituições, Saúde e Sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Marina Bandeira

Co-orientadora: Profa. Dra. Tatiana Cury Pollo

São João del-Rei

PPGPSI-UFSJ

2019

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, meus irmãos, e à minha família, pela compreensão, pelo amor e cuidado.

Ao Fábio, por todo o incentivo, carinho e paciência durante todo esse percurso.

À Profa. Dra. Marina Bandeira, minha querida orientadora. Obrigado pela confiança, atenção e cuidado com que sempre se dedicou ao meu trabalho, a quem, certamente, devo muito do meu progresso intelectual.

À Profa. Dra. Tatiana Cury Pollo, pela co-orientação do meu trabalho, pelos ensinamentos, momentos de acolhida e de descontração.

Aos meus colegas do Programa de Mestrado e aos colegas do Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM), que estiveram comigo durante esses dois anos, pelo convívio, amizade, momentos de alegria e tantos outros momentos que passamos juntos.

Aos meus colegas de trabalho que tanto me ajudaram e incentivaram nos momentos em que pensei que não fosse mais ter forças para continuar.

Aos pacientes, que confiaram, sem receio, informações sobre suas vidas para serem fonte de nosso conhecimento e aperfeiçoamento. Agradeço, com imenso carinho, a cada um de vocês.

Aos diretores do CAPS e da Vila Verde por terem permitido que essa pesquisa fosse realizada. Agradeço também, a todos os funcionários destes locais pela receptividade e ajuda durante a coleta de dados.

Aos Professores Ana Paula Souto Melo e Carlos Eduardo Leal Vidal, pela participação no exame geral de qualificação e pelas contribuições, de imenso valor, para a elaboração desta pesquisa.

Aos Professores Mario Cesar Rezende Andrade e Carlos Eduardo Leal Vidal por aceitarem participar da banca da defesa desta dissertação.

Agradeço a aqueles, que mesmo que não citados aqui, contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

RESUMO

A adesão dos pacientes ao tratamento psiquiátrico é um dos fatores determinantes para obter resultados positivos. Uma das formas de avaliar esse construto é por meio da aplicação de escalas de medida que mensurem especificamente a adesão aos medicamentos psicotrópicos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que avaliações em saúde mental sejam realizadas com instrumentos validados, desenvolvidos ou adaptados para cada país onde serão utilizados. Entretanto, no Brasil, há uma falta de instrumentos de medida validados para avaliar a adesão ao uso de medicações psicotrópicas. O objetivo do presente trabalho foi analisar a fidedignidade - quanto à estabilidade temporal e consistência interna - da versão adaptada para o contexto cultural brasileiro da escala MARS – *Medication Adherence Rating Scale*, que visa avaliar a adesão aos medicamentos psicotrópicos. Participaram 100 pacientes que estavam em tratamento em serviços de saúde mental, nas cidades de Barbacena e Juiz de Fora, Minas Gerais. Os pacientes foram entrevistados com a aplicação da escala MARS e de um questionário para avaliar suas características sociodemográficas, clínicas e de condições de vida. Os resultados encontrados mostraram que a versão brasileira desta escala possui uma boa estabilidade temporal, com correlações positivas significativas entre os escores do teste e reteste, com intervalo de 15 dias, tanto para a escala global ($r=0,95$; $p < 0,05$), quanto para as suas três subescalas, respectivamente ($r=0,95$; $r=0,92$; $r=0,71$; $p < 0,05$). A escala apresentou igualmente uma adequada consistência interna, tendo sido obtido um valor de 0,72 na análise de alfa de Cronbach para a escala global. Os resultados obtidos foram comparáveis aos da escala original e também às versões da escala validadas em outros países. Os resultados comprovam que a versão brasileira da escala MARS de adesão a uso de medicações possui propriedades psicométricas adequadas de fidedignidade para ser utilizada no contexto brasileiro. Estudos futuros deverão ser realizados para estabelecer a validade de construto da escala.

Palavras-chave: Adesão à medicação, escalas de medida para psiquiatria, avaliação de serviços de saúde, saúde mental.

ABSTRACT

Patients' adherence to psychiatric treatment is the main determinant of positive results. One of the tools to evaluate this construct is through the application of rating scales assessing specifically patients' adherence to psychotropic drugs. The World Health Organization (OMS) recommends that mental health evaluation be made using validated instruments, developed or adapted to each country. However, in Brazil, there is a lack of validated rating scales to assess patients' adherence to the use of psychotropic medications. The objective of this study was to analyze the reliability - regarding temporal stability and internal consistency - of the Brazilian adapted version of the MARS scale - *Medication Adherence Rating Scale*, which evaluates patients' adherence to psychotropic drugs. Participants were 100 patients being treated at mental health services, in the cities of Barbacena and Juiz de Fora, state of Minas Gerais. Patients were interviewed with the application of the MARS scale and a questionnaire to evaluate their sociodemographic, clinical and life conditions characteristics. The results showed that the Brazilian version of this scale has good temporal stability, since we obtained significant positive correlations between the test and retest scores, with an interval of 15 days, both for the global scale ($r = 0.95$, $p < 0,05$), and its three subscales, respectively ($r = 0.95$, $r = 0.92$, $r = 0.71$, $p < 0.05$). The MARS scale also presented adequate internal consistency, since a Cronbach alpha coefficient score of 0,72 was obtained for the scale global score. The results obtained were comparable to those described for the original scale and also for the its versions validated in other countries. The results demonstrate that the Brazilian version of the MARS scale of adherence to medication has adequate psychometric properties of reliability so that it can be used in the Brazilian context. Future studies should be carried out to establish the construct validity of this scale.

Key words: Medication adherence, psychiatric rating scales, health services evaluation, mental health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	12
Reforma psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização.....	12
Dificuldades da Desinstitucionalização Psiquiátrica	13
Avaliação de Serviços de Saúde Mental	18
Adesão ao tratamento.....	29
Modelos teóricos da adesão.....	31
Fatores associados à adesão medicamentosa.....	35
Métodos de avaliação do tratamento medicamentoso.....	40
Propriedades psicométricas dos instrumentos de medidas.....	41
Fidedignidade.....	42
Validade.....	46
Instrumentos de medida de adesão medicamentosa.....	49
OBJETIVOS.....	56
Objetivo Geral.....	56
Objetivo Específico.....	56
MÉTODO.....	57
Delineamento.....	57
Descrição do local da pesquisa.....	57
População-alvo.....	59
Amostra.....	60
Instrumentos de medida.....	60
Escala de adesão a medicamentos psicotrópicos (MARS)	60
Questionário sociodemográfico e clínico.....	61
Procedimentos de coleta de dados.....	61
Análise de dados.....	63
Considerações éticas.....	63
RESULTADOS.....	65
Descrição da amostra dos pacientes.....	65
Características sociodemográficas	65
Características clínicas.....	68
Características de condição de vida dos pacientes.....	73

Análise dos escores de adesão ao medicamento da escala MARS.....	74
Normalidade da Amostra.....	74
Análise descritiva dos escores da escala MARS.....	74
Análise correlacional entre as subescalas e escore global da escala MARS.....	75
Consistência Interna dos Itens da escala MARS.....	75
Estabilidade temporal da escala MARS.....	77
DISCUSSÃO	79
CONCLUSÕES.....	82
REFERÊNCIAS.....	83
ANEXOS	
ANEXO 1 - Escala de adesão a medicamentos psicotrópicos (MARS).....	99
ANEXO 2 - Questionário sociodemográfico e clínico.....	100
APÊNDICE	
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Médias, desvios-padrão, frequências e porcentagens das variáveis sociodemográficas dos pacientes	66
Tabela 2 - Médias, desvios-padrão, frequências e porcentagens das variáveis clínicas dos pacientes	69
Tabela 3 - Médias, desvios-padrão, frequências e porcentagens das variáveis de condições de vida dos pacientes	73
Tabela 4 – Médias e desvios-padrão da adesão à medicação psicotrópica.....	75
Tabela 5 – Correlações entre as Subescalas da escala MARS	75
Tabela 6 – Correlações item-total e valores de Alfa da escala global MARS se os itens fossem retirados.....	76
Tabela 7 – Médias e desvios-padrão dos escores das subescalas e da escala global no teste e no reteste, após 15 dias e Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) entre os dois escores.....	77

INTRODUÇÃO

Os transtornos psiquiátricos podem produzir grandes prejuízos e comprometimento funcional, sendo resultantes de alterações biológicas, psicológicas, genéticas, sociais, físicas ou químicas. Estes transtornos podem acometer pessoas de qualquer idade e produzem elevados custos, social e econômico, por causarem incapacitações e elevarem as demandas em serviços de saúde (Santos & Siqueira, 2010).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), os transtornos psiquiátricos afetam mais de 25% da população em alguma fase de sua vida. Aproximadamente 20% das pessoas que são atendidas em serviços de atenção primária à saúde possuem, pelo menos, um transtorno psiquiátrico. Estima-se, também, que a cada quatro famílias exista, pelo menos, uma pessoa com transtorno psiquiátrico. (OMS, 2001; Santos & Siqueira, 2010). Os transtornos psiquiátricos apresentam baixos índices de mortalidade, entretanto, geram alta incapacidade e, em alguns casos, por longos períodos (Gonçalves, Vieira, & Delgado, 2012; Santos & Siqueira, 2010).

Nos últimos anos, têm-se modificado o olhar em relação à avaliação dos impactos dos transtornos psiquiátricos, sobretudo pelos custos e incapacidades geradas. As doenças mentais representam 13% da Carga Global de Doenças (CGD), sendo maior do que das doenças cardiovasculares (9,7%) e das neoplasias malignas (5,1%). Esse índice mede o ônus causado pelas doenças, incluindo a sua mortalidade e os anos vividos com incapacidade decorrente do adoecimento, ajustado pela gravidade dos transtornos (OMS, 2008; Thornicroft & Tansella, 2010). Em 2010, os transtornos psiquiátricos foram responsáveis por 22,9% do total de anos vividos com incapacidade e por 7,4% da carga global de doenças no mundo, tornando-se a primeira causa de incapacidade e a quinta responsável pela carga de doença (Bonadiman, Passos, Mooney, Naghavi & Melo, 2017).

No Brasil, em 2015, os transtornos psiquiátricos foram responsáveis pela terceira maior CGD, correspondendo a 9,5% do total. Dentre os transtornos psiquiátricos, o transtorno depressivo foi o principal responsável por esse índice, com a carga de doença de 35%, seguidos pelos transtornos de ansiedade (28,0%) e pelos transtornos causados por uso de álcool (7,0%). Os transtornos psiquiátricos são responsáveis pela maior incapacidade gerada pelas doenças, respondendo por 24,9% do total. Os principais responsáveis pelos anos vividos com incapacidade são os transtornos depressivos (37,0%), transtornos de ansiedade (30,0%), esquizofrenia (6,0%) e transtorno bipolar (6,0%). Em relação aos anos de vida perdidos por mortes prematuras, os transtornos psiquiátricos são responsáveis por

apenas 1,2% do total no Brasil, sendo que a maior parte (81%) decorre de transtornos por uso de álcool (Bonadiman, Passos, Mooney, Naghavi & Melo, 2017).

Além dos custos financeiros e do sofrimento aos pacientes, os transtornos psiquiátricos produzem consequências aos familiares dos doentes, que sentem diretamente a sobrecarga relacionada ao cuidar, com interferências em sua vida social, profissional, saúde, lazer, bem-estar físico e psicológico (Thornicroft & Tansella, 2010). Os transtornos psiquiátricos mantem um caráter de evolução crônica, marcada por instabilidade nas manifestações da patologia, com alternância de controle e diminuição dos sintomas e momentos de exacerbação da doença (Cardoso & Galera, 2006).

A literatura apresenta evidências em relação aos benefícios e eficácia dos psicofármacos no tratamento das doenças psiquiátricas. O uso de psicofármacos pode possibilitar a melhora, controle ou eliminação de sintomas, restaurando comportamentos, prevenindo recaídas e recorrência de sintomas com benefícios para a qualidade de vida e ressocialização dos pacientes (Cardoso & Galera, 2006; Cunha & Gardini, 2009; Czarnobay, 2015).

Durante o tratamento psiquiátrico, a não adesão à terapêutica medicamentosa está relacionada com o agravamento da doença e, em alguns casos, com aumento da frequência de recaídas, tempo de recuperação e, por conseguinte, dos custos relacionados à doença (Cardoso & Galera, 2006; Cardoso & Galera, 2009). A adesão se refere ao nível em que as recomendações dos profissionais de saúde são seguidas pelos pacientes, a partir das informações fornecidas sobre o uso de medicações, dietas e estilo de vida. A não adesão é um problema de extrema relevância e é persistente em pacientes em uso de antipsicóticos, tendo forte impacto na terapêutica medicamentosa (Cruz, Miranda, Verdana, & Miasso, 2011; Miasso, Miamoto, Mercedes, & Verdana, 2015).

Dados da OMS mostram que a não adesão gira em torno de 50% e que esses valores podem ser ainda maiores em países menos desenvolvidos. Trata-se, portanto, de um grande problema de saúde pública, já que a não adesão gera, em muitos casos, exacerbação de sintomas, piora e/ou cronificação da doença, aumento de custos de tratamentos, piora na resposta ao tratamento e aumento nas taxas de suicídio (Remondi, Cabrera, & Souza, 2014; Silva, Lovisi, Verdolin, & Cavalcanti, 2012).

Vários são os fatores associados à não adesão ao uso de medicamentos, tais como a gravidade dos sintomas, falta de *insight*, carência de apoio social, comorbidades com uso

de substâncias psicoativas, presença de efeitos colaterais ao uso das medicações, via de administração e persistência de sintomas psicóticos. Alguns desses fatores, a exemplo da persistência de sintomas psicóticos, ao mesmo tempo que favorecem a não adesão ao uso de medicamentos são agravados pela falta de adesão, produzindo assim, um movimento cíclico, onde a não adesão às medicações piora a gravidade do sintoma, a qual diminui a adesão. Variáveis sociodemográficas, tais como pacientes jovens, solteiros, com comportamento violento e vivendo em situação de rua, também foram fatores associadas à não adesão ao uso de medicações (Silva et al., 2012; Rosa & Elkis, 2007).

A adesão dos pacientes ao tratamento psiquiátrico é importante como fator determinante dos resultados do tratamento. Em consequência, a realização de avaliações sobre a adesão ao tratamento medicamentoso é de fundamental relevância (Silva et al., 2012; Remondi et al., 2014). A OMS recomenda que as avaliações em saúde mental sejam realizadas com a utilização de instrumentos de medidas desenvolvidos ou adaptados e validados, para o contexto cultural do país onde serão utilizados. Em particular, são recomendadas as escalas de medida internacionais adaptadas para cada país. Este procedimento garante que as medidas utilizadas sejam fidedignas e válidas e que possibilitem a comparação entre resultados obtidos em outros estudos e vários países (Bandeira, 2014; Moreira, Bandeira, Pollo, & Oliveira, 2014; Mangualde, Botelho, Soares, Costa, Junqueira, & Vidal, 2013; OMS, 2001).

Com a finalidade de identificar escalas de medidas descritas na literatura, que avaliem a adesão à medicação, foi realizada uma busca nas Bases de dados SciElo, Lilacs e Medline/PubMed com as palavras-chave: adesão, aderência, medicação, escala, psiquiatria, *compliance*, *adherence*, *medication*, *scale*, *psychiatry* e *psychiatric*. Foram encontrados 10 instrumentos de medida de adesão: *Drug Attitude Inventory* (DAI), *Rating Of Medication Influences* (ROMI), *Medida de Adesão aos Tratamentos* (MAT), *Medication Adherence Rating Scale* (MARS), *Attitudes towards Neuroleptic Treatment* (ANT), *Teste de Morisky-Green* (TMG), *Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs* (BEMIB), *Brief Adherence Rating Scale* (BARS), *Questionário de Adesão a Medicamentos - Qualiaids* (QAM-Q), *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8).

Ao analisar esses instrumentos, citados acima, verificou-se que eles apresentam algumas limitações. Alguns avaliam a adesão a outros tipos de medicação e não a medicações psicotrópicas. Outros avaliam crenças e atitudes em relação ao uso da medicação ou fatores que a influenciam, mas não a própria adesão.

Dentre os instrumentos encontrados, a escala MARS é a única desenvolvida especificamente para avaliar a adesão ao uso de medicações psicotrópicas, o que a torna mais adequada para aferir a adesão medicamentosa em pacientes psiquiátricos. É um instrumento de fácil aplicação, multidimensional, utilizado amplamente em vários países. Em 2014, passou pelo processo de adaptação transcultural onde foi traduzida, retraduzida e adaptada para o contexto cultural brasileiro, e teve a sua equivalência semântica e conceitual mantida em relação à sua versão original (Moreira, et al., 2014).

O problema de pesquisa encontrado na literatura consultada é que, apesar de existirem instrumentos para verificar a adesão de medicações, apenas um se propõe a mensurar a adesão aos medicamentos psicotrópicos, a escala MARS. Esse único instrumento existente, apesar de ter sido submetido ao processo de adaptação transcultural para o contexto brasileiro, requer ainda um estudo de suas propriedades psicométricas. A questão de pesquisa que se coloca, neste trabalho, é: quais são as qualidades psicométricas desta escala, em particular à sua consistência interna e estabilidade temporal?

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Reforma psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização

A ideia de loucura remonta a própria história da humanidade. Em vários momentos ela foi representada e teve significados diferentes. Na Idade Média, passam a existir mecanismos de exclusão social dos loucos como forma de excluir as pessoas que não se adaptavam ao modelo social da época. Nesse período, a loucura não era vista como um fenômeno que demandava saberes específicos ou cuidados. Eram realizados procedimentos médicos, sem quaisquer significados terapêuticos (Silveira & Braga, 2005; Mesquita, Novellino, & Cavalcanti, 2010).

A partir do século XVIII, a loucura é caracterizada e passa a ser entendida como doença mental, portanto, com possibilidade de tratamento. Nesse contexto, surgem os hospitais psiquiátricos que ocupariam a dimensão de espaços de tratamento, embora, essa suposta finalidade tenha dado lugar às demandas sociais, institucionalizando as suas necessidades. O modelo manicomial permitiu que fosse adotado, para as pessoas consideradas loucas ou delirantes, o tratamento asilar onde o paciente tivesse um espaço para exercer sua liberdade e não fosse excluído (Barroso & Silva, 2011; Acioly, 2009).

No início do século XX, fortes críticas começaram a vigorar em relação às formas em que eram tratados os pacientes nos hospitais e o aumento do número de pacientes crônicos, motivando pedidos de mudanças. Movimentos reformistas começaram a surgir e questionaram o modelo hospitalocêntrico, apontando para a necessidade de reformulação do modelo vigente (Silva, Pitta, Covre, Souza, Oliveira, Nicácio, Vasco, Dellosi, Bichaff & Barros, 2008; Silveira & Braga, 2005).

Movimentos reformistas descortinavam-se na Europa e nos Estados Unidos, após a segunda guerra, e seus líderes propunham reformas no modelo existente e ao próprio dispositivo médico psiquiátrico (Silva et al., 2008; Silveira & Braga, 2005; Amarante, 1996). A justificativa para a desinstitucionalização era baseada em uma visão sociológica que criticava os efeitos prejudiciais da internação prolongada. Além disso, os padrões de tratamento psiquiátrico estavam mudando rapidamente com o desenvolvimento de agentes antipsicóticos como a descoberta da Clorpromazina em 1952 (Thornicroft & Tansella, 2010).

O período reformista é marcado pela construção de centros ocupacionais e de reabilitação, mudanças no aparelho legal e político, alterações nas formas de ensino médico e da psiquiatria e surgimento de novos antipsicóticos e antidepressivos. Para a efetivação das mudanças propostas, três componentes foram apontados como essenciais: prevenção de admissões em hospitais psiquiátricos inapropriadas, através da oferta de serviços na comunidade; liberação para comunidade de todos os pacientes institucionalizados; estabelecimento e a manutenção de sistemas de suporte na comunidade (Thornicroft & Tansella, 2010).

No Brasil, foram implantados serviços substitutivos ao modelo asilar, sobretudo pela influência do modelo de reforma italiana, paralelamente ao processo de desinstitucionalização de pacientes, eliminação de leitos em hospitais psiquiátricos e o surgimento de políticas públicas para esses pacientes. (Antunes & Queiroz, 2007). Esse processo culminou com a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que promoveu a substituição do modelo hospitalocêntrico por um modelo de atendimento psiquiátrico comunitário (Silveira & Braga, 2005; Barroso & Silva, 2011). Com isso, surgiram os serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Hospitais-Dia, dentre outros (Mangualde et al., 2013).

Com o novo modelo proposto e a nova política de saúde mental brasileira, os CAPS tornaram-se um dos principais recursos para tratamento de pacientes com transtornos psiquiátricos na comunidade. Os CAPS regulam a entrada dos pacientes na rede de assistência psiquiátrica e coordenam o seu cuidado, permitindo o seu trânsito nos vários pontos dos serviços de assistência (Mangualde et al., 2013). Esses serviços, juntamente com outros dispositivos do sistema de saúde, compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que realiza o atendimento aos pacientes com transtornos psiquiátricos.

Dificuldades da Desinstitucionalização Psiquiátrica

Para que haja um processo adequado de desinstitucionalização, é necessário o estabelecimento de condições básicas de tratamento e cuidados aos pacientes e seus familiares. É necessária uma estrutura complexa e dispendiosa, principalmente no início do processo de desinstitucionalização, assim como o emprego da farmacoterapia, aliada à uma psicoterapia compreensiva (Morgado & Lima, 1994).

A reinserção social de pacientes com transtornos psiquiátricos, mesmo em países precursores desse processo, tem levado a dificuldades importantes. Essas dificuldades frequentemente se relacionam a uma integração inadequada do paciente na comunidade, devido a diversos fatores: falta de continuidade e frequência do atendimento médico, falta de programas de intervenção adequados na comunidade, interrupção ao uso das medicações, ausência de atividades ocupacionais e de lazer, suporte social ausente ou frágil paciente em crise e os seus familiares em seu domicílio, através de equipes volantes (Bandeira et al., 1998).

Assim como em outros países, no Brasil, houve uma redução importante de números de leitos psiquiátricos nos últimos anos. De 1995 a 2005, houve uma redução de 41% na taxa de leitos psiquiátricos (Andreoli et al., 2007). Somente entre 2001 a 2009, cerca de 18.500 leitos foram fechados (Gonçalves et al., 2012). Paralelamente foram criados diversos serviços comunitários. Entre 1995 e 2005, o número de CAPS aumentou nove vezes (de 0,004 para 0,037 por 10.000 habitantes). De 2002 a 2010, a cobertura do CAPS subiu de 21% para 66% (Ministério da Saúde, 2012).

Apesar da diminuição do número de leitos e aumento do número de CAPS, os serviços comunitários revelam-se insuficientes e incapazes de atender as múltiplas necessidades dos pacientes desinstitucionalizados, sobretudo por uma falta de investimento. Além disso, os recursos economizados com os fechamentos dos leitos não estavam sendo reinvestidos na saúde mental (Andreoli et. al., 2007; Bandeira et al., 1998).

O financiamento de políticas em saúde mental é um forte problema no mundo. Embora os transtornos psiquiátricos correspondam a 13% da carga global de doenças (OMS, 2008), a maioria dos países destinam menos de 1% do orçamento em saúde para a saúde mental, o que impacta em mais de 1 milhão de pessoas em todo o mundo (OMS, 2001; Gonçalves et. al., 2012). Os gastos públicos em saúde mental são muito escassos em países de baixa e média renda e mais de 80% desses fundos vão para hospitais psiquiátricos. Dos 194 Estados-Membros da OMS, um total de 162 estimou ter recursos financeiros ou humanos necessários para implantar políticas/planos de saúde mental, entretanto, um pouco mais da metade dos países declarou que os recursos foram alocados de acordo com as necessidades indicadas. Entre os países da Europa e Pacífico Ocidental, 75% declararam que os recursos previstos foram utilizados de acordo com as suas

necessidades, em comparação com menos de 30% dos países da região da África (OMS, 2018).

Com base no banco de dados de Gastos em Saúde Global da OMS, a mediana global do gasto em saúde geral per capita em 2015 foi de US \$ 141. O gasto per capita em saúde mental foi de US \$ 2,5, tornando os gastos em saúde mental do governo inferiores a 2% da mediana global dos gastos governamentais em saúde. Esses gastos sofrem importantes variações entre as regiões, por exemplo, o gasto com saúde mental per capita na região da Europa é mais de 20 vezes maior em comparação com a região da África e do Sudeste Asiático (OMS, 2018). Segundo dados da OMS (2001), mais de 61,5% dos países da Europa destinam mais de 5% do orçamento da saúde com saúde mental. Dos países que fazem parte da Comunidade Europeia, 9,6% destinam entre 2,0 e 5,0% de seu orçamento de saúde para a saúde mental. Quatro países, entre eles a Inglaterra, destinam mais de 10% do seu orçamento total de saúde para a saúde mental e outros 16% dos países destinam de 5 a 10%. Não há informações disponíveis para 46,1% dos países da Comunidade Europeia (OMS, 2001; Gonçalves et al., 2012).

Nas Américas, 33%, dentre os países que disponibilizaram dados, destinam mais de 5,0% de seu orçamento para a saúde mental e 44,4% gastam entre 2,0 e 5,0% do seu orçamento (Gonçalves et al., 2012). Os Estados Unidos e o Canadá gastam 6% e 11%, respectivamente, do orçamento de saúde. No Brasil, a saúde mental recebe apenas 2,5% do orçamento da saúde. A despesa com saúde mental sofreu uma queda de 26,7% entre os anos de 1995 e 2005 e as despesas de saúde mental em relação às da saúde teve uma redução percentual de 5,8% para 2,3% (Kohn, Mello & Mello, 2007; Andreoli, 2007).

O aumento no investimento do orçamento da saúde mental é necessário para o estabelecimento de condições adequadas ao tratamento e cuidado do paciente e seus familiares na comunidade. Devem ser criados serviços que possuam uma estrutura adequada, que sejam em número suficiente, que possuam equipes multidisciplinares preparadas e que incorporem o acompanhamento de pacientes resistentes e que apresentem dificuldade de adesão ao tratamento (Morgado & Lima, 1994). A OMS apontou para o problema de carência de serviços comunitários de saúde mental em diversos países (OMS, 2017)

Morgado e Lima (1994) apresentam cinco graves consequências negativas da desospitalização e do tratamento dos transtornos psiquiátricos na comunidade. A primeira é

o desamparo dos pacientes graves e mais necessitados, sobretudo os crônicos, que muitas vezes não aderem ao tratamento e não são aceitos em serviços substitutivos. Estes pacientes ficam desassistidos, do ponto de vista terapêutico e dos cuidados gerais. Uma segunda consequência é o fenômeno “*revolving door*” ou porta giratória, que é caracterizado pelas reinternações após sua alta. Esse fenômeno é o melhor indicador da assistência na comunidade e que serve para avaliar diretamente a assistência hospitalar e indiretamente ou de maneira virtual sobre o funcionamento dos serviços na comunidade. A terceira consequência se refere ao custo não-monetário das doenças psiquiátricas. Há uma tendência em negligenciar esses custos que, no entanto, acarretam grandes prejuízos na vida do paciente e seus familiares. Os familiares ficam sobrecarregados com as tarefas inerentes aos cuidados dos pacientes e ao terem que lidar com as suas alterações comportamentais problemáticas. Muitas vezes, os familiares não foram preparados e informados sobre a doença do paciente e não contam com serviços de apoio. A quarta consequência se refere aos problemas dos pacientes com a polícia. Esses problemas geralmente decorrem de uso de drogas e delitos e por intinerância de pacientes e por falta de preparo da polícia em lidar com pacientes com transtornos psiquiátricos. Por último, os autores citam a consequência negativa que surge com a ideologia e demagogia de partidos políticos e grupos que transformam os ganhos sociais alcançados na saúde mental em vantagens partidárias.

Outro problema da desinstitucionalização é a dificuldade em encontrar um equilíbrio entre tratamento hospitalar e comunitário, necessário para o bom funcionamento do atendimento aos pacientes (Thornicroft & Tansella, 2010; Morgado & Lima, 1994). Segundo dados da OMS, no mundo, existem 11,3 leitos psiquiátricos para cada 100.000 habitantes. Na Europa, existem 34,2 leitos psiquiátricos por 100.000 habitantes, enquanto que na região norte-americana e na parte ocidental do Pacífico há menos de 20 leitos por 100.000. Em todas as outras regiões, encontramos menos de 4 leitos por 100.000 habitantes. O número mediano de leitos de saúde mental por 100.000 habitantes varia de menos de 7, em países de baixa e média renda, para mais de 50, em países de renda alta. O número de leitos para crianças e adolescentes, globalmente, é menor que 1 por 100.000 habitantes e varia de menos de 0,2 em países de baixa e média renda a mais de 1,5 em países de renda alta (OMS, 2018).

Em relação aos trabalhadores da saúde mental, globalmente, o número médio é de 9 trabalhadores por 100.000 habitantes, mas há variações extremas, que se estendem de

menos de 1, em países de baixa renda, para 72 em países de alta renda. Dados apontam que há 11,9 psiquiatras por 100.000 habitantes em países de alta renda, em comparação com menos de 0,1 em países de baixa renda. Da mesma forma, existem 23,5 enfermeiros que trabalham em saúde mental por 100.000 em países de alta renda, 6,8 em países de renda média alta, 1,4 em países de renda média baixa e apenas 0,3 em países de baixa renda, e (OMS, 2018).

Apesar da transição de leitos em hospitais psiquiátricos para enfermarias em hospitais gerais e a provisão de cuidados residenciais baseados na comunidade, os países de alta renda ainda têm um número muito maior de leitos em hospitais psiquiátricos (31,1 por 100.000 habitantes) e taxas de admissão (163,2 por 100.000 habitantes) do que países de baixa renda. A taxa global de leitos em hospitais psiquiátricos (11,29 por 100.000 habitantes) é seis vezes maior do que a taxa de leitos de enfermaria psiquiátrica. Há 2,0 leitos por 100.000 habitantes em enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, embora isso mascare diferenças substanciais entre regiões e grupos de renda do país; por exemplo, há mais de 13 leitos por 100.000 habitantes em países de alta renda, em comparação com menos de 1 em países de renda média e baixa. Diferenças semelhantes são observadas para a taxa de admissões (OMS, 2018).

No Brasil, em 2002, havia 51.393 leitos psiquiátricos com redução para 32.735 em 2010 (Ministério da Saúde, 2011). É necessária a disponibilidade de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para atender a pacientes com quadro agudos por um período curto de tempo. É estimado que 1% da população sofra de quadros psicóticos graves, e destes, 5% precisam de leitos psiquiátricos ao longo da vida. Calcula-se que seja necessário, no mínimo, 50 leitos para cada 100 mil habitantes. No Brasil, no ano de 2003, havia 37 leitos para cada 100 mil habitantes, com distribuição heterogênea entre as regiões do país, um número considerado baixo para atender a população (Andreoli, 2007, Thornicroft & Tansella, 2010).

Apesar de ter havido redução importante no número de leitos psiquiátricos e a criação de serviços na comunidade, o processo de desinstitucionalização no Brasil tem enfrentado muitos problemas. O aumento do orçamento destinado à saúde mental, uma necessidade para a melhoria da qualidade dos serviços, é um dos desafios para os próximos anos, haja visto que o orçamento da saúde, no atual contexto político-econômico, tem sofrido cortes. Sem investimentos, restringe-se o desenvolvimento de novos serviços e os

existentes podem tornar-se inadequados, e conseqüentemente, gerar uma total desassistência dos pacientes e familiares de portadores de transtornos psiquiátricos (Andreoli, 2007; Gonçalves et al., 2012). As desigualdades relacionadas ao acesso aos cuidados em saúde mental é outro problema a ser sanado. No Brasil, 78,8% dos pacientes com sintomas depressivos clinicamente relevantes não recebem nenhum tipo de tratamento, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (Bonadiman et al. 2017).

Avaliação de Serviços de Saúde Mental

As avaliações no campo da saúde têm ganhado destaque entre as ações de planejamento e gestão. Os diferentes contextos da prática de saúde têm sido considerados com uso de estratégias metodológicas variadas e multidimensionais (Bosi & Uchimura, 2007).

O conceito de avaliação de programas públicos foi desenvolvido por economistas, no final da Segunda Guerra Mundial, depois que o Estado passou a desempenhar o papel de fornecedor de serviços nas áreas de educação, saúde, emprego, entre outros. Havia a necessidade de que os recursos concedidos fossem utilizados de maneira mais eficaz possível e, com isso, foram desenvolvidos métodos para aferir custos e vantagens desses programas públicos (Contandriopoulos, Champagne, Denis & Pineault, 1996).

Os métodos desenvolvidos, rapidamente se mostraram ineficientes, sobretudo quando aplicados a programas sociais e de educação, o que demandou a adoção de mudanças em perspectiva para uma visão interdisciplinar, com reiterada insistência nas questões metodológicas. A necessidade de se obter informações sobre o funcionamento e eficácia dos serviços de saúde tornou-se indispensável para o controle dos custos e financiamento pelo Estado, sobretudo com a diminuição do crescimento econômico no ano de 1970. A avaliação foi considerada a melhor solução para fornecer informações sobre o funcionamento e a eficácia dos serviços (Contandriopoulos et. al., 1996).

Guba e Lincoln (1990, citado por Contandriopoulos et. al., 1996) apontam para a existência de quatro estágios na história da avaliação. Esses estágios foram se sucedendo com o desenvolvimento e acumulação dos conhecimentos. O primeiro estágio foi denominado de mensuração e se baseou no desenvolvimento de medidas de avaliação. Nesse estágio, o avaliador era essencialmente um técnico que devia saber usar e construir

instrumentos que permitiam medir o fenômeno estudado. O segundo estágio ocupou-se em identificar e descrever o processo pelo qual os programas atingiam os resultados, e não somente na medição como no estágio anterior. O terceiro e quarto estágios ainda estão em desenvolvimento em alguns contextos. O terceiro estágio é caracterizado pela realização de um julgamento avaliativo a respeito dos serviços. O avaliador continua a exercer as funções do estágio anterior de descrever e mensurar, mas acrescidas da emissão de um julgamento. O quarto e último estágio, também chamado de avaliação construtivista responsiva, está emergindo e se refere a um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada (Oliveira, Cestari, Pereira, Pinho, Gonçalves & Claro, 2014).

No que tange a tarefa de conceituar “avaliação”, as definições são muitas, podendo, inclusive, cada avaliador construir a sua própria definição, a partir de um determinado referencial teórico (Contandriopoulos et. al., 1996; Almeida, 2002; Camilo, 2011). Essa falta de consenso sobre o conceito de avaliação pode ser reflexo da tentativa de adequar os variados desenhos assumidos no escopo da intervenção a uma racionalidade científica que suporta o estudo (Bosi & Uchimura, 2007).

Contandriopoulos et. al., (1996) definem que avaliar consiste fundamentalmente em realizar um julgamento, objetivando à tomada de decisão, sobre uma intervenção/serviço ou qualquer um de seus componentes, podendo ser resultado da aplicação de um procedimento científico, como na pesquisa avaliativa, ou da aplicação de critérios e de normas, como na avaliação normativa. A avaliação normativa visa comparar os componentes da intervenção/serviço, em relação a normas e critérios estabelecidos por uma agência reguladora, e a partir disso realizar um julgamento. A pesquisa avaliativa pretende, por um procedimento científico, após uma intervenção, examinar as relações existentes entre os diferentes componentes da intervenção e os seus resultados.

A pesquisa avaliativa pode ser categorizada em somativa ou formativa (Contandriopoulos et al., 1996). A pesquisa avaliativa formativa ou de processo é uma pesquisa do tipo qualitativa, realizada no início da implantação de um serviço ou programa. Busca avaliar as intervenções desenvolvidas pela equipe de um serviço por meio de várias fontes de dados, como relatos informais dos envolvidos no serviço, entrevistas e observação participante. Geralmente são bem aceitas pelos administradores, por ajudar a

melhorar a qualidade dos serviços por meio de respostas imediatas para a correção de possíveis erros (Smith, 2004; Contandriopoulos et al., 1996; Bandeira, 2014).

A pesquisa avaliativa somativa ou de resultado é quantitativa e se dispõe a avaliar o efeito ou resultado de um serviço, após um período de tempo de funcionamento. Nesse tipo de pesquisa, normalmente, utiliza-se de análise estatística de dados, que auxilia na decisão se o serviço avaliado deve continuar, ser interrompido ou modificado. Pode-se distribuir em seis tipos de análise: da estratégia, da intervenção, da produtividade, dos efeitos ou resultados, dos rendimentos e da implantação. Na pesquisa avaliativa, a análise pode contemplar os seis tipos ou suas partes (Contandriopoulos et al., 1996; Bandeira, 2014).

Na análise estratégica, busca-se verificar a pertinência da intervenção, isto é, se a intervenção realizada se adequa à situação problemática que lhe deu origem, se é a mais pertinente, e se o problema de saúde escolhido para análise apresenta a maior prioridade em relação a um conjunto de problemas levantados. Na análise de intervenção, avalia-se a relação entre os recursos e meios empregados e os objetivos propostos. É avaliado se esses recursos estão bem organizados e são suficientes em quantidade e qualidade para obter os resultados desejados. A análise de produtividade consiste em avaliar a maneira como são usados os recursos para produzir serviços de suporte ou dos recursos profissionais em serviços clínicos, tais como a produtividade do pessoal de manutenção em produzir serviços de reparação, serviços alimentares em produzir refeições ou recursos de laboratório e de radiologia em produzir exames laboratoriais e radiológicos. Na análise dos efeitos, avaliam-se as mudanças ocorridas no estado de saúde dos pacientes como resultados do tratamento nos serviços, verificando assim a sua efetividade, assim como os resultados das intervenções sobre a qualidade de vida dos pacientes. Na análise dos rendimentos, verifica-se a relação dos recursos empregados com os efeitos alcançados. É a combinação da análise da produtividade econômica e da análise de efeitos. A avaliação do rendimento de uma intervenção pode ser realizada em função de todos os custos gerados e as vantagens alcançadas (custo/benefício). Por fim, na análise de implantação, avalia-se a influência da variação no grau de implantação de uma intervenção e a influência do ambiente nos resultados da intervenção (Contandriopoulos et al., 1996).

O procedimento de avaliação visa garantir a qualidade dos serviços comunitários de saúde mental. Apesar de existir um consenso de que é melhor para o paciente receber tratamento na comunidade, várias questões precisam ainda ser respondidas, com relação

aos tipos de serviços necessários, aos custos desses serviços e aos efeitos do tratamento no desempenho psicossocial e autonomia dos pacientes (Gonçalves, Fagundes, Lovisi, & Lima, 2001). Com intuito de avaliar indicadores de qualidade, a OMS (2001) fez dez recomendações para a saúde mental no mundo, com destaque para o desenvolvimento da pesquisa e do monitoramento dos serviços. As pesquisas têm como finalidade avaliar a qualidade dos serviços no que se refere ao acesso, forma de atendimento, intervenções preventivas e terapêuticas e os resultados do tratamento (Bandeira, 2014; OMS, 2001). Com as recomendações da OMS, busca-se realizar avaliações que contemplem todas as dimensões dos serviços e seus impactos nos pacientes, familiares, profissionais e comunidade. As perspectivas desses vários agentes devem ser incluídas na avaliação dos serviços.

Cuidados metodológicos devem ser observados com a finalidade de garantir, nas pesquisas avaliativas, a sua validade interna e externa e possibilitar, assim, confiar nos resultados obtidos e generalizá-los (OMS, 2001, Bandeira, 2014). Bandeira (2014) fez várias recomendações metodológicas para a avaliação de serviços de saúde mental que incluem: 1) Delineamento da pesquisa e o controle de variáveis; 2) Cuidados metodológicos com a amostragem da pesquisa e; 3) Instrumentos de medidas.

No que se refere aos delineamentos da pesquisa e controle de variáveis, a escolha do delineamento pode afetar a validade interna da pesquisa. A validade interna se refere à garantia de que os resultados ou efeitos encontrados são devidos ao tratamento efetuado. São utilizadas três grandes categorias de delineamentos: experimentais, quase experimentais e pré-experimentais. Delineamentos experimentais possuem maior rigor no controle de vieses, por isso são utilizadas nas pesquisas de avaliação da eficácia, nas quais é avaliado se os resultados obtidos se devem, de fato, às intervenções efetuadas no tratamento. Nas pesquisas de avaliação da efetividade utilizam-se os dois últimos delineamentos, quase experimentais e pré-experimentais, nas quais se avaliam se houve uma melhora dos pacientes, mas não é possível determinar se esta melhora se deve às intervenções efetuadas no tratamento (Bandeira, 2014).

Existe, ainda, uma distinção entre dois subtipos de pesquisa avaliativa baseando-se no tipo de delineamento utilizado: a pesquisa de resultados e a pesquisa de impacto, segundo Smith (2004). A pesquisa de resultados é utilizada para avaliações da efetividade do tratamento usando os delineamentos quase experimentais e pré-experimentais. Esses

delineamentos controlam menos os vieses ou variáveis que podem causar confundimento, tendo assim uma menor validade interna. A pesquisa de impacto visa avaliar a eficácia do serviço, utilizando delineamento experimental, que é considerado como “padrão ouro” para pesquisas avaliativas. Para tanto, é necessário, como característica essencial, o uso de distribuição aleatória dos sujeitos para compor os grupos de comparação (grupo experimental e grupo de controle) com o objetivo de torná-los equivalentes (Bandeira, 2014). Para garantir um maior rigor, um terceiro grupo (placebo) pode ser incluído na pesquisa com a finalidade de determinar se o efeito obtido na pesquisa é resultado do ingrediente ativo do tratamento e não da expectativa do sujeito em estar participando de uma intervenção. Nesse procedimento, os sujeitos não sabem de qual grupo fazem parte e, em alguns casos, as pessoas que aplicam o tratamento ou fazem a coleta de dados também não sabem a qual grupo cada sujeito pertence (duplo cego), aumentando assim o rigor da pesquisa e controlando a expectativa de ambos (Bandeira, 2014).

Outros dois tipos de avaliação que não são considerados pesquisas, mas que apresentam grande importância no que se refere à qualidade dos serviços são o monitoramento contínuo dos serviços de saúde e a aferição dos indicadores de desempenhos. O primeiro é realizado através de instrumentos de medidas de preenchimento simples para verificar os efeitos dos tratamentos, podendo ser preenchidos pelos próprios pacientes. O segundo tipo de avaliação, que se refere à aferição dos indicadores de desempenho dos serviços, busca dados mais globais e não os de indivíduos, avaliados por medidas administrativas, tais como número de pacientes que abandonam o tratamento, número de atendimentos e duração de internações. Ambos são realizados nos próprios serviços (Smith, 2004).

Quanto aos cuidados com a amostragem da pesquisa, Bandeira (2014) destaca a importância da representatividade da amostra dos sujeitos da pesquisa para garantir a validade externa. A escolha do tipo de amostragem deve ser feita em função da característica do estudo, podendo ser de dois tipos: aleatória e não aleatória, que incluem vários outros subtipos (Bandeira, 2014; Contandriopoulos et al., 1996). As pesquisas de avaliação de resultados, geralmente, são realizadas com amostras não aleatórias (também chamadas “de conveniência”), adotadas pela sua praticidade. A amostragem acidental é o subtipo de amostra não aleatória mais utilizada. Nesse tipo de amostragem, selecionam-se alguns pacientes que estão presentes no lugar e horário em que o pesquisador realizará a coleta dos dados. Nem todos os pacientes que frequentam aquele lugar terão a mesma

chance de participar da pesquisa por não está presente naquele dado momento. A amostragem acidental pode comprometer os resultados obtidos por não possibilitar generalizações para a população-alvo do conjunto dos pacientes, ou seja, a validade externa da pesquisa estará comprometida. Para garantir a generalização dos resultados deveria ser adotado o procedimento de amostragem aleatória, com sorteio de uma amostra dos pacientes, a partir de uma lista da população-alvo. A impossibilidade de realizar esse procedimento deve ser apontada como limitação do estudo na apresentação dos resultados da pesquisa (Bandeira, 2014).

No que se refere aos instrumentos de medida, há necessidade de padronização nas avaliações das dimensões dos recursos, processo e dos resultados dos serviços, como forma de possibilitar a comparabilidade dos dados encontrados nos mais diversos estudos nacionais e internacionais. Só através de medidas padronizadas é possível comparar resultados divergentes e concluir se essas divergências decorrem dos tratamentos diferenciados desenvolvidos em cada serviço e não como um produto do uso de medidas não padronizadas (Smith, Manderscheid, Flynn, & Steinwatches, 1997).

Bandeira (2014) aponta, ainda, para uma especial atenção a ser tomada em relação às qualidades psicométricas dos instrumentos de medidas utilizados, sobretudo no que se refere à sua validade e fidedignidade. A utilização de instrumentos que não passaram por processo de validação pode comprometer os resultados obtidos em pesquisas, por não terem tido suas qualidades psicométricas aferidas. Esse tema será apresentado novamente neste trabalho em um tópico próprio. Outro aspecto que pode comprometer a pesquisa é a falta de validade das respostas aos itens do instrumento de medida pelos participantes da pesquisa. Isso pode acontecer quando as alternativas de respostas são muitas e os sujeitos têm dificuldade de discriminá-las. No entanto, um número muito reduzido de alternativas de repostas pode influenciar na variância dos escores, provocando uma diminuição das propriedades psicométricas de fidedignidade e da validade da escala. Variáveis do tipo dicotômicas impedem respostas intermediárias o que afeta a sensibilidade dos dados, além de favorecer o viés de aquiescência (tendência a concordar), que ocorre em populações de graus mais baixos de nível educacional (Bandeira, 2014)

A forma da apresentação das alternativas de resposta e de elaboração dos itens também deve ser valorizada. Diferenças sutis nos termos que designam as alternativas podem confundir os participantes da pesquisa. A dimensionalidade do construto deve ser

clara, bem especificada com base na teoria que lhe fundamenta, abrangente sem, no entanto, extrapolar para outros construtos. Além disso, os instrumentos de medida que avaliam várias dimensões dos fenômenos estudados, como as escalas multidimensionais, têm sido destacados e preferidos, por possuírem subescalas que possibilitam resultados independentes para cada dimensão avaliada (Bandeira, 2014). Este tipo de escala permite verificar se o respondente avalia diferentemente as dimensões pesquisadas.

Ao se escolher um instrumento de medida, devem ser preferidos aqueles que tenham versões já validadas e que sejam utilizados em outros países, sendo essa uma qualidade do instrumento, apontada por Salvador-Carulla e Gonçalves-Caballero (2010, citado por Bandeira, 2014), como uma característica de muita importância a ser observada. Instrumentos desenvolvidos em outros países devem ser submetidos ao procedimento de adaptação transcultural, passando pelas seguintes etapas: a) tradução por dois ou mais tradutores, bilíngues, cuja língua materna seja a que está sendo traduzida o instrumento; b) retradução do instrumento por pessoas bilíngues, cuja língua materna seja a do instrumento original; c) análise e correção da versão obtida por uma comissão de especialistas; d) estudo piloto junto à população alvo, para avaliar a compreensão dos termos utilizados. Além disso, o instrumento deve ser submetido à avaliação das suas qualidades psicométricas (Bandeira, 2014).

Recomenda-se, para avaliações de resultados dos serviços, sejam aferidos não somente os aspectos que se concentram em torno da doença do paciente, mas também as dimensões de saúde geral (qualidade do sono, sexualidade, etc.), sociodemográficas e clínicas, de suporte social, diagnóstico, gravidade de sintomas, uso de substâncias psicoativas, entre outras. Os aspectos da saúde mental e da saúde geral devem ser avaliados ao mesmo tempo por serem dimensões interdependentes. Ao analisar essas variáveis, é possível compreender os fatores que contribuem para os resultados do tratamento e o que determina as diferenças entre subgrupos de sujeitos. É importante avaliar, também, os resultados a curto e a longo prazo e de manter uma avaliação longitudinal e de seguimento (*follow-up*). Assim, seria possível mensurar os efeitos do tratamento e identificar variáveis que se associam à melhora dos resultados ou piora dos resultados do tratamento (Bandeira, 2014).

Donabedian (1990) destacou uma série de atributos como critérios para avaliação de serviços de saúde em geral e que passou, posteriormente, também a serem utilizados na

definição de saúde mental. Esses atributos são conhecidos como os sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A eficácia é a habilidade de produzir melhorias na saúde e no bem-estar, considerando o melhor que se pode fazer, nas condições mais favoráveis. Efetividade se contrasta com a eficácia, e é a melhoria na saúde atingida sob as circunstâncias da prática diária, ou seja, nas condições cotidianas. A eficiência é o cuidado mais efetivo com o menor custo. A otimização seria, segundo Silva e Fomigli (1994) ao clarificar o conceito de otimização de Donabedian (1990), o máximo cuidado efetivo obtido ao menor custo. A aceitabilidade corresponde à acomodação dos desejos, valores e expectativas dos pacientes e familiares em relação ao serviço, incluindo diversos aspectos, tais como acessibilidade, forma de acolhimento, relação paciente-profissionais, expectativa do paciente sobre os efeitos dos cuidados em sua própria saúde e bem-estar, e como esses efeitos são alcançados. A legitimidade se refere à aceitação dos serviços pela sociedade em geral. Há, aqui, uma preocupação com a sociedade, o que pode gerar conflitos entre interesses individuais e coletivos. Por fim, o último pilar da qualidade do serviço se refere à equidade, ou seja, uma distribuição justa dos cuidados e dos benefícios gerados para os membros da população (Donabedian, 1990).

Os serviços de saúde mental devem ser avaliados regularmente, na tentativa de se obter informações, que apoiem decisões de melhorias que possam ser identificadas. Além disso, com a avaliação, é possível adquirir conhecimento científico sobre variáveis relacionadas a uma melhor qualidade dos serviços e tratamento (Bandeira, 2014). Uma avaliação mais completa dos serviços de saúde deve englobar todos os seus componentes como mostrado por Contandriopoulos et. al., (1996) e Smith (2004). Entretanto, Donabedian (1966) foi o primeiro a destacar a importância de se avaliar a tríade que envolve estrutura-processo-resultado e essa recomendação foi estendida para as avaliações de serviços de saúde mental.

No que se refere à estrutura, são avaliadas as condições físicas do serviço, assim como os recursos humanos, características organizacionais e financeiras, e se esses recursos estão adequados para os objetivos pretendidos. A avaliação do processo se refere às atividades que são realizadas no serviço, como atividades terapêuticas, tratamento e acompanhamento do usuário, processo de reabilitação e ressocialização e a forma de integração entre os serviços comunitários. O estudo do resultado avalia o impacto na vida do usuário do tratamento realizado (Bandeira, 2014). Isoladamente, cada uma dessas três

dimensões é insuficiente para abarcar a complexidade que existe nos serviços de saúde, sendo, portanto, necessárias diferentes formas de investigação, que contemplem essas dimensões.

Quando se pretende avaliar a qualidade de um serviço, deve-se considerar quem se beneficiaria e qual dimensão da qualidade se quer avaliar. O interesse em avaliar pode estar relacionado a vários atores (paciente, familiar e profissional), e esses atores podem ter formas diferentes de perceber um determinado contexto. Para uma avaliação completa, idealmente, seria preciso reunir os diversos interesses dos atores envolvidos, mas em alguns casos, isso não é possível (Akerman & Nadanovsky, 1992).

Vários autores apontam para a importância e necessidade da avaliação dos pacientes e familiares aos serviços de saúde como forma de promover a qualidade desses serviços. Eles fornecem diferentes informações relacionadas ao tratamento, sobre o processo de saúde do paciente, e sua socialização, acesso aos serviços de saúde e forma de atendimento dos profissionais junto ao usuário (Bandeira, 2014).

Ao considerar o alvo da avaliação dos serviços, Hansson (2001) apresenta sete recomendações. A primeira recomendação estabelece que as avaliações devam ser realizadas em múltiplos níveis, envolvendo variáveis que contemplem a perspectiva individual dos pacientes, mas também aspectos mais globais referentes aos serviços e aos sistemas de saúde. Avaliações que consideram esses níveis expressam resultados mais completos, no entanto, ainda há carência no nosso país desse tipo de avaliação. A segunda recomendação considera que as avaliações devem incluir diversos aspectos relacionados à doença e seu impacto, tais como as medidas clínicas do tratamento, a severidade do transtorno, o funcionamento psicossocial, qualidade de vida e as necessidades dos pacientes. A terceira recomendação indica que a avaliação de resultados deve compreender as perspectivas dos principais envolvidos nos serviços de saúde mental: pacientes, familiares e profissionais. Aponta, também, para a necessidade de incluir, nas avaliações, observadores independentes e externos aos serviços.

A quarta recomendação proposta por Hansson (2001) sugere a investigação da relação entre medidas de resultado e os componentes dos serviços. Essa recomendação visa identificar quais componentes dos serviços contribuem para a obtenção dos resultados. Na quinta recomendação, é proposto que as avaliações dos resultados dos serviços sejam realizadas com o uso de instrumentos de medidas validados e fidedignos. A sexta

recomendação propõe que os serviços de saúde sejam avaliados em relação à sua eficiência e/ou efetividade, considerando as características dos pacientes e dos procedimentos adotados. Por último, a sétima recomendação incentiva que a medida do custo-efetividade dos serviços seja incluída na avaliação, permitindo comparação de resultado de diferentes serviços e auxiliando as decisões clínicas.

Hansson (2001) enfatiza, ainda, que medidas objetivas utilizadas para avaliar os resultados de tratamentos devam ser complementadas por medidas subjetivas fornecidas pelos próprios usuários. As medidas subjetivas não substituem as medidas objetivas. Essas medidas subjetivas dos resultados do tratamento têm sido denominadas como “resultados relatados pelos próprios pacientes” (*Patient Reported Outcomes*) ou “instrumentos PRO” baseadas na percepção e julgamento do paciente sobre seu estado de saúde, tratamento, sem intermediários (Bandeira, 2014). Essas informações são importantes porque estão ausentes nas medidas clínicas avaliadas por profissionais sobre os efeitos do tratamento. As medidas subjetivas fornecidas pelos pacientes revelam mudanças no seu bem-estar e em seu funcionamento, sendo percebidas por ele mesmo ou por seus familiares e nos seus eventos privados, como por exemplo, em seus sintomas e sentimentos. As avaliações subjetivas fornecem informações sobre mudanças que os pacientes atribuem como desejáveis e que, às vezes, não correspondem aos resultados objetivos obtidos pelos profissionais ou pesquisadores. Essas medidas subjetivas avaliam o impacto real produzido pela intervenção realizada na vida dos pacientes, servindo-se ainda, como uma maneira de calibrar as medidas objetivas já que as medidas subjetivas são consideradas indicadores de validade social das intervenções realizadas nos serviços (Bandeira, 2014; Mercier, Landry, Corbiere, & Perreault, 2004).

Alguns pesquisadores colocam em questionamento a capacidade de julgamento e percepção dos pacientes psiquiátricos em fornecerem informações válidas e úteis ao avaliarem a qualidade de atendimento e do tratamento recebido. Ainda que, nos casos de doenças mais graves, essa capacidade possa estar diminuída, há muitas evidências de que os pacientes psiquiátricos possuem condições de avaliar e fornecer informações sobre os serviços. A inclusão da avaliação da perspectiva do paciente além de ser fonte de informação, ainda, contribui para aumentar a sua satisfação com o tratamento, aumentar a sua frequência nos serviços o que favorece a uma melhor adesão ao tratamento (Bandeira, 2014).

É importante incluir, também, a perspectiva dos familiares na avaliação dos serviços de saúde mental. Eles estão em uma posição privilegiada no que se refere a perceber cotidianamente o comportamento dos pacientes, detectando alterações precoces e seu nível de funcionamento. Os familiares, na maioria das vezes, são os que se ocupam da função de cuidadores dos pacientes, no entanto, essa perspectiva é pouca abordada nas avaliações de serviços. A satisfação dos familiares com os serviços de saúde mental tem sido pouco estudada, embora tenha sido apresentado por Bandeira e Barroso (2005), que a inclusão da perspectiva dos familiares pode apresentar um efeito positivo na avaliação da sua satisfação com os serviços e a diminuição da sobrecarga conferida pelo papel de cuidador.

As pesquisas avaliativas são realizadas, geralmente, de forma pontual sem uma continuidade. A avaliação contínua dos serviços, como prática cotidiana, é um desafio que tem se destacado, já que há um consenso de que as decisões para a melhoria dos serviços devem ser baseadas em conhecimentos adquiridos por meio de pesquisas avaliativas. A OMS recomenda que as avaliações de serviços sejam realizadas de forma sistemática, visando garantir a qualidade desses serviços (Bandeira, 2014; OMS, 2001; Contandriopoulos, 2006).

A avaliação de serviços de saúde tem crescido desde os anos de 1980. No entanto, a institucionalização dessa prática ainda esbarra em dificuldades que se destacam nos mais diversos níveis decisórios, tais como nos objetivos e prioridades oferecidas por cada agente envolvido no processo (como exemplo, clínicos, gestores, usuário). Além disso, para garantir a implementação das medidas de resultados na prática cotidiana dos serviços, deve-se utilizar recursos financeiros suficientes, treinamento dos profissionais dos serviços, aparato tecnológico para manejo dos dados coletados, liderança do grupo por especialistas, *feedback* dos pesquisadores aos clínicos e profissionais dos serviços, oferecimento de treinamentos para melhorar qualidade e eficiência dos serviços (Bandeira, 2014).

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental tem tamanha relevância, que a OMS (2001) recomendou que essas avaliações incluam as mais diferentes perspectivas de medida, como uma forma de abarcar a complexidade do problema. Destacou a importância da avaliação integrativa envolvendo os diversos atores do serviço (pacientes, familiares e profissionais), tais como descrito acima por diversos autores. O

monitoramento regular dos efeitos das intervenções torna-se importante na avaliação dos serviços, mas também na compreensão da adesão dos pacientes ao seu próprio tratamento (OMS, 2001).

Adesão ao tratamento

Antes da Reforma Psiquiátrica, o cuidado e tratamento do paciente com doença mental eram realizados pela instituição hospitalar restando à família o papel de identificar a desorganização mental, encaminhar o paciente, fornecer as informações sobre a história de sua patologia e visitá-lo no período da internação (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008). Com a mudança do modelo de assistência a esses pacientes, o tratamento do doente mental passou a ser realizado em um contexto social (Borba et al., 2008). Essas modificações fizeram com que as medicações psicotrópicas ganhassem visibilidade no processo terapêutico do paciente, passando a ser reconhecida como importante no seu processo de melhoria e reabilitação social (Czarnobay, 2015).

A psicofarmacologia teve início no final da década de 1940 e, no final da década seguinte, a psiquiatria passou a empregar as medicações psicotrópicas no tratamento das doenças psiquiátricas. O uso de medicações na psiquiatria promoveu melhoras na sintomatologia dos pacientes favorecendo a sua interação social, o que colaborou para o desenvolvimento de intervenções sociais e psicológicas com mudanças na forma de pensar sobre o tratamento desses pacientes (Cardoso & Galera, 2006). O uso de psicofármacos se ampliou e os benefícios com a sua expansão começaram a refletir na diminuição de internações e no tempo de permanência de hospitalização dos pacientes. Houve um aumento do número de medicamentos com ações diferentes e com melhor perfil de tolerabilidade (Gorenstein & Scavone, 1999).

Os avanços da psicofarmacologia promoveram grandes mudanças no tratamento das pessoas com transtornos psiquiátricos, colaborando para a inserção do paciente em um contexto social e permitindo sua maior interação com o meio. Isso é possível, pela ação da medicação na diminuição ou melhora da sintomatologia, do número de recaídas, assim como na diminuição da frequência e da duração das hospitalizações (Cardoso & Galera, 2006; Czarnobay, 2015). Os transtornos psiquiátricos mantêm um caráter de evolução crônica, marcados por instabilidade nas manifestações da patologia, incluindo alternância

de controle e diminuição dos sintomas com momentos de exacerbação (Cardoso & Galera, 2006).

Com a melhora na sintomatologia promovida pelo uso das medicações psicotrópicas, muitos pacientes abandonam o seu uso ou tendem a adotar um comportamento de uso irregular. A não adesão ao tratamento correlaciona-se a recaídas com o ressurgimento de sintomas que podem ocorrer de forma repentina ou insidiosa. Em consequência, essas recaídas promovem um desarranjo nas estratégias sociais de tratamento e uma ruptura psicossocial o que pode ocasionar a necessidade de internação, forte mobilização do aparato dos serviços da rede de atenção e prejuízos ao paciente decorrentes da própria patologia (Cardoso & Galera, 2006; Czarnobay, 2015).

A existência de sintomas dificulta a reintegração social do paciente e, com as recaídas, aumentam a necessidade de utilização de serviços de emergências, internações e de consultas, promovendo rupturas e desajustes do ambiente familiar e social (Cardoso & Galera, 2006; Cardoso & Galera, 2009). Ainda que o ressurgimento de sintomatologia e recaídas possam acontecer em pacientes portadores de doença mental, como um processo natural no curso da patologia, a não adesão ao tratamento é apontada na literatura científica como o fator mais frequente e mais determinante para o agravamento da doença e para a ocorrência de episódios de recaídas (Cardoso & Galera, 2006; Czarnobay, 2015).

Por outro lado, a adesão ao uso de medicações foi apontada como importante fator de proteção às readmissões nas internações psiquiátricas. Em estudo sobre re-hospitalizações realizado por Hogarty, Goldeberg, Schooler e Uriche (1974, citado por Bandeira, 1993), foi encontrada uma taxa de reinternações de 80% em grupo de pacientes submetidos ao tratamento apenas com placebo, enquanto que, no grupo tratado com medicamentos, a taxa de reinternações foi de 48%, e, no grupo submetido a tratamento associado de medicamentos com psicoterapia, essa taxa chegou a 35%. Bandeira (1993) comparou pacientes psiquiátricos recidivistas e não-recidivistas e encontrou que o fator isolado mais importante relacionado à ausência de readmissões hospitalares foi o uso dos medicamentos psicotrópicos. Esses estudos apontam a importância das medicações psiquiátricas no tratamento dos pacientes.

A OMS (2003) define adesão ao tratamento como sendo o grau em que o paciente segue as recomendações dos profissionais, tais como usar as medicações prescritas, realizar mudanças no estilo de vida e seguir dietas. Essa definição implica que o paciente

reconheça a importância da adesão e participe ativamente do seu tratamento. A falta de adesão ao tratamento é marcada por comportamentos como ausência em consultas agendadas, parada no uso das medicações, recusa em aceitar intervenções e o próprio abandono do tratamento.

O não uso das medicações ou o uso incompleto está relacionado a desfechos clínicos ruins, com internações mais prolongadas, piora no curso e prognóstico da doença, maior gasto financeiro e sobrecarga da família (Rosa & Elkis, 2007; Vanelli, et al., 2011). A não adesão é mais comum em pacientes com doenças crônicas em geral e tem sido o principal fator responsável pelo não controle dessas doenças. É mais comum nos quadros estabilizados, onde não há sintomas percebidos pelo paciente e em doenças em que não há formas de automonitoramento, como são nos transtornos psiquiátricos (Shirakawa, 2007).

Em um estudo realizado por Remondi et. al., (2014), com a participação de 1.180 indivíduos, maiores de 40 anos, residentes em áreas urbanas e rurais de um município do estado do Paraná, foi verificada uma prevalência de 63,5% de pacientes não aderentes ao tratamento medicamentoso. Cardoso e Galera, (2006), em uma revisão de literatura sobre adesão ao tratamento com antipsicóticos, observaram que 40% dos pacientes tratados com antipsicóticos típicos (convencionais) abandonaram o tratamento ainda no primeiro ano e 75% pararam de tomar esta medicação dentro de dois anos.

Modelos teóricos da adesão

Existem vários modelos teóricos sobre a adesão ao uso de medicações. Essa temática pode ser abordada pela: 1) perspectiva biomédica, 2) perspectiva comportamental, 3) perspectiva da comunicação, 4) perspectiva cognitiva e 5) perspectiva da autorregulação (OMS, 2003; Leventhal & Cameron, 1987). Esses modelos serão descritos a seguir.

Na perspectiva biomédica, predominante na atualidade, o paciente é considerado como um seguidor das orientações médicas de maneira passiva. Neste modelo, o resultado da não adesão é considerado como consequência de características do paciente, tais como traços de personalidade, fatores sociodemográficos e outras, sendo elas o alvo das potenciais intervenções que objetivam melhorar a adesão. A abordagem biomédica impulsiona o desenvolvimento de procedimentos que ajudem a melhorar a adesão ao uso

de medicações, como a utilização de medidas bioquímicas e dispositivos para administração dos medicamentos (OMS, 2003).

Em relação à perspectiva comportamental, a ênfase é dada ao processo de aprendizagem e à importância do reforçamento como forma de influenciar o paciente a emitir um comportamento de adesão. Nessa perspectiva, o princípio mais básico e mais relevante é o Condicionamento Operante, que consiste em um processo de aprendizagem no qual o comportamento do indivíduo é influenciado por fatores antecedentes e consequentes. Os eventos antecedentes podem ser internos, como os pensamentos do indivíduo, ou externos, como os estímulos ambientais. As consequências desses comportamentos, que podem ser definidas como recompensas ou punições, também influenciam a atitude do sujeito, promovendo aumento ou diminuição na frequência desses comportamentos, respectivamente. Os princípios comportamentais podem ser usados no planejamento de intervenções que potencializam certos comportamentos que favoreçam a adesão (OMS, 2003).

A perspectiva da comunicação surgiu como uma tentativa de melhorar a habilidade de comunicação do profissional com o paciente e o estabelecimento de uma boa relação entre eles (*rapport*). Nessa perspectiva, também se destaca a importância do fornecimento de maior número de informações e de maneira adequada para o paciente em relação à sua doença e tratamento. Apesar de influenciar a satisfação do paciente com o sistema médico, essa abordagem não apresentou resultados positivos sobre a melhora da adesão (OMS, 2003).

Na perspectiva cognitiva, o paciente decide se vai aderir ao tratamento a partir da sua conceituação sobre as ameaças à saúde. Essa avaliação poderá ser uma barreira ou facilitador do processo de adesão. Vários fatores estão envolvidos nessa tomada de decisão, tais como as crenças pessoais sobre as doenças, a percepção subjetiva de sua susceptibilidade ao problema de saúde, a percepção de gravidade das consequências da doença, os benefícios resultantes de suas ações, o custo monetário do tratamento, lembrança da condição de doente e efeitos adversos. Vários modelos teóricos de comportamento de adesão estão envolvidos nessa perspectiva: Modelo de Crença em Saúde, Teoria Social Cognitiva, Teoria da Proteção-Motivação, Teoria do Comportamento Planejado e sua precursora Teoria da Ação Racional. Esses modelos não avaliam as

estratégias de enfrentamento (*coping skills*) utilizadas pelos pacientes (OMS, 2003; Shirakawa, 2007).

Para a perspectiva da autorregulação, a maior importância é conferida às respostas cognitivas apresentadas pelo paciente em relação às ameaças a sua saúde. As representações ou ideias que o paciente tem em relação à doença são os mediadores entre a ameaça à saúde e as ações tomadas. A ação a ser executada parte do julgamento realizado em relação à doença e as formas que ele tem para lidar com ela. O modelo de autorregulação empenha-se em integrar variáveis ambientais com as respostas dos pacientes em situações de ameaças à saúde para explicar a adesão. Nesse modelo, as modificações de crenças em relação à saúde e doença, ambientes e comportamentos e o desenvolvimento de habilidades específicas podem influenciar o comportamento de adesão ao uso das medicações. A importância da cognição como fator influenciador na tomada de decisões está descrita em diversos estudos empíricos. A ação executada é mediada pela percepção do sujeito em relação à doença sofrida e as formas de lidar com ela (OMS, 2003).

Os modelos descritos acima fornecem uma base teórica sobre adesão e comportamento em saúde. Modelos mais atuais que abordam os conceitos de comportamento de saúde, de forma mais específica, estão sendo propostos e sua utilização pode ser útil (OMS, 2003). O Modelo de Meichenbaum e Turk (citado por OMS, 2003) sugere que existam quatro fatores associados à adesão e que a deficiência em algum deles pode aumentar o risco da não adesão. Estes fatores são: 1) Conhecimento do paciente em relação ao seu problema de saúde, à importância que ele dá à adesão e a presença de habilidades que favoreçam a manutenção da adesão; 2) Crenças e expectativas dos pacientes em relação à sua doença, à gravidade da sua doença e aos resultados do tratamento e seus custos; 3) Motivação do paciente que sofre influência de valores pessoais e reforçamento positivo e atribuição interna de sucesso. Nessa atribuição, o paciente considera que bons resultados no tratamento são reforçadores da adesão e resultados negativos apontam para a necessidade de mudança de comportamento, mas não são tidos como fracasso; 4) A ação do paciente é influenciada por estímulos discriminativos, e essa ação pode ser estimulada por avaliações, por seleções de opções de comportamento e por recursos disponibilizados em relação ao sujeito (OMS, 2003).

O Modelo de informação-motivação-habilidade utiliza-se de elementos do anterior para criar um novo modelo, simples e generalizável, na tentativa de conduzir o entendimento sobre comportamento e saúde. Alguns pontos foram destacados como componentes para se conseguir adesão: 1) A informação como conhecimento básico sobre a condição de saúde, devendo incluir uma explicação sobre a progressão da doença, o curso esperado e a estratégia efetiva de manejo; 2) A motivação envolvendo atitudes pessoais em relação ao comportamento de adesão, apoio social percebido e percepção de normalidade do paciente e de como outras pessoas com a mesma doença deveriam se comportar; 3) Repertório de habilidades que favoreçam comportamentos ou estratégias de adesão como, por exemplo, o uso de apoio social (Fisher & Fisher, 1992; Fisher, Fisher, Misovich, Kimble, & Malloy, 1996). Em estudos correlacionais, os três construtos listados acima foram responsáveis por 33% da variância dos dados sobre a mudança de comportamento, demonstrando que esse modelo é efetivo ao influenciar mudanças comportamentais, em várias aplicações clínicas (Fisher et al., 1996).

O Modelo de Estágios de Mudança, que também é conhecido como Modelo Transteórico, apresenta cinco fases pelas quais os pacientes passariam ao mudar seu comportamento. O tempo em que cada indivíduo permaneceria em cada fase pode variar, entretanto, cada etapa é invariável. A primeira fase é a Pré-contemplação, onde o indivíduo desconsidera a possibilidade de mudar seu comportamento em um futuro previsível. A segunda fase é a de Contemplação, onde o indivíduo considera a mudança de comportamento, mas não se compromete em realizá-la. A terceira fase é a de Preparação, onde o paciente planeja a mudança de seu comportamento nos próximos 30 dias. Na quarta fase, chamada de Ação, o indivíduo iniciou o período de mudança de comportamento por um período de um dia a seis meses. Por fim, a quinta fase, a de Manutenção, onde a mudança de comportamento foi bem-sucedida e já dura, pelo menos, seis meses (Norcross, Krebs & Prochaska, 2011).

O Modelo de Estágios de Mudança é útil para compreender e prever mudanças no comportamento que são intencionais, sendo um bom indicador da motivação do indivíduo em mudar. Esse modelo pode ajudar, também, a entender a relação de construtos psicológicos essenciais na caracterização dos diferentes níveis de preparação para a mudança: 1) Ponderação de Decisão, que consiste na avaliação feita pelo paciente entre as vantagens e desvantagens da mudança do comportamento. No início do tratamento, as vantagens em manter um comportamento saudável são consideradas baixas, aumentando

com a progressão dos estágios. Contrariamente, as desvantagens de manter um comportamento saudável são altas no início do tratamento, com diminuição progressiva ao avançar nos estágios de mudança, havendo, assim, uma inversão com as vantagens superando as desvantagens; 2) Tentação para a Recaída, está associada a desafios à manutenção da mudança no comportamento. Este estágio se relaciona com medidas de confiança e autoeficácia. A confiança e a tentação funcionam inversamente durante os estágios de mudança, sendo a tentação um bom preditor da recaída. Escores maiores de tentação são encontrados na fase pré-contemplativa, diminuindo nos estágios subsequentes; e 3) Processos ou estratégias para mudança: esse modelo possibilita identificar estratégias ou processos que se associam a mudanças de comportamentos de sucesso nos estágios. Podem ser de natureza experiencial, onde estão envolvidos o planejamento cognitivo, avaliativo e afetivo ou comportamentais, por exemplo, o uso de lembretes (OMS, 2003, Norcross et al., 2011).

Fatores associados à adesão medicamentosa

Diversas variáveis foram identificadas como fatores associados ou preditores de adesão ou de não-adesão. A OMS (2003) classificou essas variáveis em estáticas ou dinâmicas, considerando que suas características possam ou não ser modificadas por meio de intervenções. As variáveis estáticas estão relacionadas ao indivíduo, como por exemplo, a genética, idade e gênero. As variáveis dinâmicas foram divididas em três grupos: comportamento dos profissionais, fatores dos sistemas de saúde e atributos dos pacientes, que serão descritos a seguir.

O Comportamento dos profissionais refere-se à forma de interação com o paciente e como se comunicam. Esse componente é muito importante para a adesão ao tratamento. São os profissionais que prescrevem as medicações, fornecem as informações, interpretam e monitoram os resultados e respondem os questionamentos dos pacientes. Estudos descritivos relacionam positivamente a adesão ao tratamento com a forma de comunicação estabelecida com os profissionais, que envolve conversas em tom positivo e fornecimento de informação ao paciente sobre seus questionamentos específicos referentes à adesão. A clareza do diagnóstico e das orientações sobre o tratamento está relacionada com a adesão a curto prazo, mas não em tratamentos longos de doenças crônicas (OMS, 2003). O Acompanhamento por um longo período (*follow up*) também se relaciona positivamente

com a adesão. Além disso, fatores como a empatia e o estilo caloroso do médico e a satisfação com a equipe e com o esquema terapêutico propostos favorecem a adesão. Todos esses achados reforçam a ideia de que os profissionais devem buscar uma relação terapêutica com os pacientes baseada na parceria e na discussão das opções de tratamento e na negociação do regime terapêutico, como forma de melhorar a adesão. No entanto, há evidência de que, na prática, poucas informações são fornecidas ao paciente sobre sua doença e tratamento e há falha em motivar o paciente a manter o tratamento e modificar seus comportamentos (OMS, 2003).

No que se refere aos fatores do sistema de saúde, o comportamento da adesão está relacionado à acessibilidade aos serviços de saúde, o apoio para a informação dos pacientes, a aquisição e gerenciamento de dados, o fornecimento de *feedback* aos pacientes e outros profissionais da saúde, o treinamento de profissionais e disponibilidade de serviços na comunidade. Esses fatores podem influenciar no comportamento de adesão. Por exemplo, quando os sistemas restringem a duração das consultas e dos tratamentos, os profissionais relatam não ter tempo suficiente para abordar as questões referentes à adesão. Outro exemplo é quando o sistema impossibilita a continuidade do tratamento com o mesmo profissional, dificultando o estabelecimento de vínculo e a obtenção de uma melhor adesão do paciente. O fornecimento pelo sistema de saúde de medicações gratuitas, o compartilhamento das informações dos pacientes entre o médico e os profissionais farmacêuticos e a existência de canais onde os pacientes possam se comunicar com os profissionais melhoram a adesão (OMS, 2003).

Os fatores que determinam a não adesão estão relacionados com o processo terapêutico e foram classificados por Shirakawa (2007) e por Buckley, Foster, Patel e Wermert, (2009) em quatro categorias. A diferença existente entre as classificações destes dois autores é que o segundo autor acrescentou, dentro de algumas categorias, fatores que não estavam presentes na primeira classificação. As categorias descritas foram: 1) fatores ligados ao médico/relacionados ao clínico; 2) fatores ligados ao ambiente do indivíduo; 3) fatores ligados ao paciente e; 4) fatores ligados ao tratamento/medicamento.

Para Shirakawa (2007), na primeira categoria estão relacionadas as seguintes variáveis referentes à não adesão: a má relação médico/paciente, uma fraca aliança terapêutica e falhas no processo de comunicação e orientação sobre a posologia das medicações. Os fatores ligados ao ambiente do indivíduo (segunda categoria) incluem a

falta de suporte social, financeiro e familiar. A terceira categoria inclui a falta de *insight*, sentimento de desconfiança, déficit cognitivo, extremos de idade, comorbidades, abuso de álcool e substâncias, o contexto cultural, religião e gênero. Por fim, os fatores ligados ao tratamento (quarta categoria) se referem aos efeitos adversos das medicações, a posologias complexas, um custo elevado do tratamento, a necessidade de uso contínuo da medicação e o uso simultâneo de muitos medicamentos diferentes.

Na classificação de Bukley et al. (2009), os fatores ligados à primeira categoria para explicar uma boa adesão são: 1) uma boa aliança terapêutica entre o paciente e seu médico, onde o paciente sinta que o médico compreende a sua situação e que tem interesse em sua melhora; 2) a certeza por parte do paciente em relação à competência do seu médico; 3) a ausência de sintomas delirantes ou paranóicos específicos a respeito do médico; 4) as percepções e crenças dos médicos. Na segunda categoria, fatores ligados ao ambiente, foram relacionados à adesão, tais como o apoio familiar, as crenças da família e do próprio paciente, o acesso ao tratamento, ter plano de saúde e a influência da internet e da publicidade. Na terceira categoria, os fatores ligados ao paciente que se relacionam com a não adesão são a falta de *insight*, as crenças pessoais e culturais sobre a doença, a presença de sintomas como delírios de envenenamento, prejuízos na memória, abulia e apatia, a gravidade da doença, uso abusivo de substâncias, a não percepção dos benefícios do tratamento, a percepção de que o tratamento tem custo elevado e a falta de motivação para o tratamento. Na quarta categoria, os fatores relacionados aos medicamentos que favorecem a adesão são: a eficácia do medicamento, menores efeitos colaterais, a via de administração da medicação e o custo financeiro das medicações.

Leo, Jassal e Bakhai (2005) propuseram que os fatores que influenciam a adesão fossem divididos em seis classes: 1) os relacionados às medicações, 2) com a doença, 3) com os pacientes, 4) com os médicos, 5) com a relação paciente/médico e 6) fatores sociais e ambientais. Na primeira categoria, os fatores que podem influenciar a adesão são: acessibilidade a medicações, custos, os regimes de tratamento complexos com várias tomadas de doses das medicações, tratamentos longos, palatabilidade das medicações e efeitos adversos das medicações. Quanto aos fatores relacionados à doença que influenciam a não adesão são: o prejuízo cognitivo, a falta de vontade, déficits na atenção e memória, sintomas depressivos e desesperança, preferência pelo estado de euforia e as suas sensações na fase de mania, alterações cognitivas e de memória durante a psicose e a dependência de substâncias. Na terceira categoria, estão associadas à não adesão, as

variáveis: negação da doença, as crenças sobre a doença e o tratamento; as atitudes em relação ao tratamento; a avaliação subjetiva da efetividade do medicamento e da importância do tratamento; o estigma relacionado a tomar a medicação; o conhecimento da gravidade dos sintomas, do risco de recaída e das sequelas a longo prazo; uma expectativa negativa em relação ao tratamento; e uma história prévia de não adesão. Estão presentes, ainda, nessa categoria, algumas características de personalidade, como pacientes paranóicos, que acreditam que a medicação exerce controle sobre a sua mente, pacientes passivo-agressivos e com o desejo de criar sensação de futilidade e ineficácia nos médicos. A quarta categoria, relacionada com o médico, apresenta variáveis sobre a falta de informações a respeito do diagnóstico, a falta de planos terapêuticos pelo médico, uso de medicações em doses inferiores à necessária, parada precoce do tratamento, acompanhamento inadequado da resposta do tratamento do paciente e as crenças do médico em relação à eficácia da medicação. Na quinta categoria, são citadas as variáveis ligadas à relação do médico com o paciente que favorecem a não adesão: aliança terapêutica fraca, insatisfação do paciente com a forma de comunicação e interação com o médico, paciente que se opõe ao tratamento, intolerância do médico em relação à expressão de emoções desagradáveis do paciente e o uso pelo paciente da não-adesão como forma de manter a relação com o médico. Favorece a adesão a percepção pelo paciente de que o médico está empenhado e disposto a fazer tudo que for possível para seu bem-estar. Na última categoria, as variáveis que se relacionam com a não adesão são: a falta de uma rede de apoio, residir sozinho, viver em situação de rua, ter limitação financeira, falta de acesso ao tratamento e ao seguimento clínico, ausência da percepção dos familiares sobre a importância do tratamento.

No estudo de Cardoso e Galera, (2006), os fatores associados à não adesão foram os efeitos adversos do uso das medicações e a complexidade da posologia. Esses fatores, segundo os autores, podem significar para o paciente um custo maior do que conviver com os sintomas da doença, gerando a não adesão. Foram apontados também, como fatores relacionados à não adesão, a percepção negativa em relação à opinião de familiares e amigos do paciente em relação ao tratamento com antipsicóticos, duração longa do tratamento, ambiente social/familiar frágeis, severidade dos sintomas psiquiátricos e diminuição do *insight*.

Silva et. al. (2012) realizaram uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de avaliar estudos sobre a adesão medicamentosa dos pacientes com esquizofrenia e os

fatores que estavam associados à adesão. Nesse estudo, foram apresentados fatores que estavam associados à não adesão ao tratamento, tais como uso de drogas e a presença de efeitos colaterais das medicações antipsicóticas, como acatisia, sintomas extra-piramidais, parkinsonismo, distonia, aumento de peso, disfunção sexual. Além disso, foram relacionadas à não adesão variáveis sociodemográficas, tais como pacientes mais jovens, ser solteiro e pertencente a minorias étnicas, sendo que esses fatores são também associados à maior prevalência de transtornos psiquiátricos de modo geral. Fatores como a ocorrência de comportamento violento e viver em situação de rua foram associados à falta de adesão. O uso de antipsicóticos atípicos e medicamentos administrados por via parenteral foram associados a maior adesão. Os antipsicóticos atípicos promovem menos efeitos colaterais, o que poderia justificar a maior adesão, enquanto a via de administração parenteral facilita a adesão daqueles pacientes que se esquecem de usar a medicação via oral, melhorando sua sintomatologia e aumentando seu *insight* por manter níveis de medicações mais estáveis no organismo.

Zago et. al. (2015) realizaram um estudo com 563 usuários, com o objetivo de identificar a prevalência e fatores associados à não adesão a psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial, na cidade de Pelotas. Em sua análise de dados por modelo de regressão verificaram que não foram encontradas diferenças significativas em relação à falta de adesão, de acordo com o gênero, a renda per capita, o tempo de doença, o grupo de diagnóstico e o tipo de medicamento. Pacientes mais jovens apresentavam uma prevalência maior de não adesão. Maior escolaridade associou-se significativamente à falta de adesão. Indivíduos com ensino fundamental completo apresentaram uma taxa de 28% a mais de não adesão do que aqueles com menos tempo de estudo. Um maior tempo de acompanhamento em tratamento estava relacionado a uma maior adesão. As medicações que promoveram efeitos adversos tiveram menos adesão, sendo que a adesão piorava quanto maior era o número desses efeitos.

Tavares et. al., (2016), em um estudo que buscava analisar fatores associados a uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso, avaliaram 11.842 pacientes, utilizando o modelo de regressão de Poisson. Foi verificada uma prevalência de baixa adesão em indivíduos mais jovens, de cor de pele não branca e que nunca estudaram. Pacientes que viviam sem companheiros, de classes econômicas mais baixas e que não possuíam planos de saúde também apresentaram uma menor adesão. Foi observado ainda que uma baixa adesão estava presente naqueles indivíduos que não frequentavam o médico; entretanto, os

que frequentavam mais de um médico apresentavam probabilidade superior de baixa adesão quando comparados com os que eram acompanhados por um único médico. Os pacientes que haviam tido duas ou mais internações ou que foram atendidos em serviços de emergências no último ano, bem como os que tiveram que arcar com os custos monetários de seu tratamento apresentaram mais baixa adesão. A autopercepção pelo paciente de que sua saúde é ruim ou muito ruim se associou a uma probabilidade três vezes maior de uma baixa adesão ao tratamento. Em pacientes com três ou mais doenças crônicas, a baixa adesão foi duas vezes maior que em indivíduos com uma única doença. Pacientes que relataram possuir algum tipo de limitação causada pela doença apresentaram probabilidade maior de não aderir ao tratamento. Aqueles que usavam cinco medicações ou mais apresentaram 2,4 vezes mais baixa adesão quando comparados com os que usavam apenas um medicamento.

Métodos de avaliação do tratamento medicamentoso

A adesão ao tratamento medicamentoso pode ser avaliada por meio de métodos diretos ou indiretos. Cada um dos métodos possui vantagens e desvantagens, não havendo um método que seja considerado padrão ouro (gold standard). Os métodos diretos são considerados mais confiáveis, no entanto, nenhum dos métodos confirma, de forma conclusiva, o comportamento de ingestão da medicação (Freire, Fonteles, Soares & Carvalho; Silva et. al., 2012; Leite & Vasconcelos, 2003).

Os métodos diretos de avaliação são baseados em técnicas analíticas que mensuram a concentração de fármacos, seus metabólitos ou marcadores químicos nos fluídos biológicos ou pela observação direta. Os métodos indiretos são baseados no autorrelato do paciente, pelo uso de diários preenchidos pelos pacientes sobre a ingestão da medicação, as escalas de medidas de adesão, métodos de contagem de comprimidos, uso de registro de prescrições e dispensação das medicações e os monitores eletrônicos de medicação. A mensuração de medicações nos fluídos corporais e o uso de marcadores biológicos fornecem informações objetivas e quantitativas. No entanto, é um método invasivo, com maior custo e os resultados obtidos podem ser afetados por características individuais do paciente, que podem alterar a farmacocinética da medicação. Essa técnica não está disponível para todas as medicações e só consegue confirmar o uso recente. O método de observação direta do paciente é uma técnica bem acurada, não invasiva, entretanto, é pouco

prática e não confirma a ingestão medicamentosa (Freire et. al., 2013, Silva et. al., 2012, Leite & Vasconcelos, 2003).

Entre os métodos indiretos, o autorrelato dos pacientes é o mais utilizado. É uma técnica barata, não invasiva, de rápida aplicação e simples, mas que pode sofrer grande influência do entrevistador. É mais susceptível ao viés de memória e ao viés de relato, o que pode superestimar a adesão. O diário de pacientes tem vantagens e desvantagens semelhantes ao método de autorrelato, entretanto, por ser de preenchimento diário é menos influenciado por problemas de memória, pela influência do entrevistador e pela consistência temporal. A contagem de comprimidos e a avaliação dos registros de prescrição e dispensação de medicações é um método de fácil realização, não invasivo e barato. Estes métodos fornecem dados objetivos e quantitativos, entretanto, o paciente pode eliminar as doses que não foram utilizadas ou retirar a dose da embalagem e não utilizá-la, gerando resultados superestimados de adesão. A monitoração eletrônica é um método não invasivo que fornece informações objetivas, precisas, quantitativas e em relação ao horário da medicação. Porém, é um método com o custo elevado, pouco conveniente e que não confirma a ingestão da medicação pelo paciente.

As escalas de medida da adesão aos medicamentos são métodos baratos, não invasivos, de fácil utilização e de rápida aplicação. Além disso, são métodos quantitativos, que devem ser submetidos aos procedimentos padronizados de adaptação transcultural e devem apresentar qualidades psicométricas consolidadas, as quais, permitem comparação de dados de estudos em vários países. A aplicação das escalas necessita de entrevistadores treinados e pode sofrer influência do viés de relato e de memória (Freire et. al., 2013, Silva et. al., 2012, Leite & Vasconcelos, 2003, Moreira, 2014). A avaliação das qualidades psicométricas de fidedignidade da escala MARS é o objetivo do presente trabalho.

Propriedades psicométricas dos instrumentos de medidas

Como já mencionado neste trabalho, os instrumentos de medidas são necessários quando se deseja medir variáveis, conceitos ou construtos teóricos que não possam ser observados de maneira direta (Faschel & Camey, 2003). Os instrumentos de medidas permitem investigar fenômenos por meio de medidas quantificáveis com utilização de análises e interpretações estatísticas (Pasquali, 2013; Souza, Alexandre & Guirardello, 2017). Para possibilitar a comparabilidade dos dados encontrados nos mais diversos

estudos nacionais e internacionais, é necessário que esses instrumentos sejam construídos seguindo princípios teóricos, empíricos e analíticos, possibilitando medir e avaliar construtos teóricos. A análise psicométrica dos instrumentos de medida compreende avaliar suas propriedades de fidedignidade e validade (Pasquali, 2013, Souza et. al., 2017; Smith, 1997).

Fidedignidade

Os termos fidedignidade e confiabilidade aparecem na literatura para representar a precisão de um instrumento de medida. Neste trabalho, entretanto, adotou-se o termo fidedignidade como recomendado por Fachel e Cammey (2003). Esses autores apontam que o termo confiabilidade, tradução da palavra inglesa *reliability*, se refere à confiabilidade em contextos das áreas de engenharia e estatística para sistemas em geral, com aplicações de modelo de regressão para o tempo de sobrevivência de peças, mecanismos e sistemas. Com isso, não deveria ser utilizado em outros contextos (Fachel & Cammey, 2003).

A fidedignidade é um dos principais critérios de qualidade de um instrumento de medida e corresponde à sua capacidade de medir sem erros, ou seja, de reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou a partir de observadores diferentes. Um instrumento é dito confiável quando, ao ser aplicado repetidas vezes, em diferentes momentos, nos mesmos sujeitos, produzam resultados semelhantes (Pasquali, 2013; Souza, Alexandre & Guirardello, 2017). Menezes e Nascimento (2000) ressaltam, no entanto, que a reaplicação de um instrumento não busca uma mera replicação de resultados indistintamente. Apresentam, como exemplo, a comparação de um instrumento de medida a um médico: se esse dá sempre os mesmos diagnósticos não é confiável em relação às condições psicométricas, pois não consegue fazer a distinção entre os seus pacientes.

O conceito de fidedignidade de um instrumento de medida está relacionado a três qualidades psicométricas: consistência interna, estabilidade temporal e acordo entre juízes (Faschel et. al., 2003, Souza, Alexandre & Guirardello, 2017). Para avaliar essas propriedades, várias técnicas estatísticas podem ser utilizadas. O método estatístico que será empregado para verificar a fidedignidade do instrumento de medida dependerá do tipo de fidedignidade que se pretende medir (Pasquali, 2013; Menezes & Nascimento, 2000; Souza, Alexandre & Guirardello, 2017).

A consistência interna ou homogeneidade permite avaliar se, durante a aplicação única de um instrumento de medida, os itens que compõem este instrumento medem o mesmo construto. Todos os itens da escala devem medir o mesmo construto, o que confere uma homogeneidade no conteúdo do instrumento. Na avaliação da consistência interna de um instrumento, são verificadas as correlações existentes entre cada item e a escala total e de cada item com os outros itens. Para essa avaliação, é utilizado o coeficiente α (alfa) de Cronbach, que desde a década de 1950, é o mais usado para avaliar a fidedignidade na maioria das pesquisas (Pasquali, 2013; Faschel et. al., 2003; Souza, Alexandre & Guirardello, 2017). Esse coeficiente avalia o grau de covariância entre os itens de uma escala, ou seja, quanto menor for a soma da variabilidade que os itens produzem em uma amostra de sujeitos, mais consistente será a escala (Souza, Alexandre & Guirardello, 2017). O coeficiente alfa de Cronbach pode variar de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1 for o valor encontrado do coeficiente, melhor é a fidedignidade da escala. Valores negativos para esse coeficiente podem existir, e caso isso ocorra, deve ser realizada uma análise minuciosa de cada item do instrumento para verificar se o item não está sendo respondido no sentido negativo ou de maneira oposta ao que os outros itens estão medindo. Caso seja verificado que o item esteja sendo respondido erroneamente no sentido negativo, ele deverá ser recodificado com seu sentido invertido e o coeficiente alfa de Cronbach deve ser recalculado (Faschel et. al., 2003).

São considerados ideais como resultado para o coeficiente alfa de Cronbach valores de 0,70, como limite inferior. Entretanto, para pesquisas exploratórias, se admitem coeficientes próximos a 0,60 como satisfatórios. Uma questão que pode influenciar diretamente o valor do coeficiente alfa de Cronbach é o número de itens do instrumento. Quanto maior for o número de itens, maior será o valor do coeficiente, suscitando, assim, a necessidade de um maior cuidado com escalas que possuem muitos itens, para não ter seus valores de alfa superestimados. Da mesma forma, números pequenos de itens podem produzir valores menores de alfa e prejudicar a consistência interna (Faschel et. al., 2003).

Durante a avaliação da consistência interna, ainda é possível utilizar outros dois indicadores estatísticos. O primeiro se refere à avaliação, para cada item, do valor de alfa da escala total, caso aquele item fosse eliminado. Para verificar se um item em particular está afetando o valor alfa de Cronbach é calculado o valor de alfa se o item fosse excluído, assim, é possível investigar se ao retirar o item, o valor do coeficiente alfa total da escala aumenta ou diminui. O segundo indicador são as correlações médias entre os itens. Se a

correlação for baixa, o coeficiente alfa de Cronbach será baixo, e se a correlação aumenta, o valor do alfa de Cronbach também aumenta. Essa medida certifica que se as correlações forem altas, os itens medem o mesmo construto. A avaliação da consistência interna por meio do alfa de Cronbach aponta itens que devem ser eliminados da escala quando a sua correlação item-total se situa abaixo de um valor mínimo. Esse critério varia entre os autores, alguns autores consideram que valores médios de correlação entre itens maiores que 0,30 são adequados (Souza, Alexandre & Guirardello, 2017). Por outro lado, Likert (1932, citado por Bandeira & Silva, 2012) aponta que devem permanecer no instrumento aqueles itens que possuírem, como critério mínimo, uma correlação item-total no valor de 0,20. Em instrumentos com respostas dicotômicas utiliza-se a fórmula de Kuder-Richardson como sendo equivalente do coeficiente alfa de Cronbach e os resultados com valores próximos a 1,0 são considerados ideais (Pasquali, 2013; Faschel et. al., 2003).

A estabilidade temporal se refere ao grau em que o instrumento de medida fornece resultados estáveis no tempo, o que garante sua reprodutibilidade (Pasquali, 2013, Pasquali, 2009, Souza et al., 2017). Através do método do teste-reteste, é realizado em um primeiro momento a aplicação de um instrumento. Posteriormente, é realizada uma nova aplicação do mesmo instrumento, com as mesmas pessoas, após um período determinado de tempo. É recomendado que o intervalo entre a aplicação e reaplicação seja de 10 a 14 dias (Souza, Alexandre & Guirardello, 2017). Se a reaplicação do instrumento ocorre em um espaço de tempo muito pequeno, o entrevistado poderá se lembrar das respostas dadas na primeira aplicação e repeti-las, interferindo na avaliação da estabilidade da escala. Porém, se o intervalo entre as aplicações for grande demais, pode ocorrer uma mudança em relação ao construto que está sendo avaliado. É preciso garantir que os sujeitos que responderam o teste não passaram por condições que possam alterar os domínios do construto a ser medido, como por exemplo, mudanças biológicas, psicológicas ou sociais, podendo influenciar os dados do reteste. Além disso, modificações nas situações da entrevista ou do entrevistador entre as avaliações do teste e do reteste podem também afetar a estimativa da fidedignidade não seja afetada (Pasquali, 2013, Pasquali, 2009; Souza et al., 2017; Menezes & Nascimento, 2000). Para avaliar a estabilidade temporal deve ser utilizada uma análise estatística correlacional entre os escores do teste e do reteste. Para essa análise, podem ser utilizados três métodos estatísticos de correlação: a correlação de Pearson ou o de Spearman e o Coeficiente de Correlação Intraclasse (Intraclass Correlation Coefficient, ICC). As correlações de Pearson ou o de Spearman não

são consideradas como as mais adequadas para avaliar o coeficiente de fidedignidade em termos de estabilidade temporal, por não considerarem os erros de medidas, ou seja, não consideram a probabilidade de ocorrer concordância decorrente do acaso. O Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) é o mais recomendado para avaliar a estabilidade temporal pois leva em consideração o efeito do acaso (Souza et al., 2017; Menezes & Nascimento, 2000). O ICC avalia o nível de relação ou correspondência que possa existir entre os resultados da aplicação, em mais de um momento, de um mesmo instrumento. Se os resultados das aplicações do instrumento forem idênticos, terá existido uma correspondência de 100%, com isso, o coeficiente de correlação será igual a 1. Contudo, se os resultados não forem completamente idênticos e continuar havendo uma correspondência, um valor mais próximo de 1 indicará uma fidedignidade mais próxima de 100%. Contrariamente, quando mais próximo de 0 for o coeficiente, menor será a correspondências entre as avaliações na primeira e na segunda aplicação do instrumento (Pasquali, 2013, Pasquali, 2009, Souza et al., 2017).

O terceiro indicador de fidedignidade se refere ao grau de concordância entre dois ou mais avaliadores na aplicação de um mesmo instrumento ou na realização de um diagnóstico psiquiátrico. Para avaliar esse indicador utiliza-se a porcentagem de concordância ou os coeficientes *Kappa* ou *Kappa* ponderado. Os coeficientes *Kappa* tem sido mais frequentemente utilizados para avaliar a fidedignidade dos diagnósticos psiquiátricos, sendo adotado para determinar o grau de acordo conseguido entre os observadores. Sua fórmula considera a possibilidade do resultado do acordo entre interobservadores (inter-juizes) ter ocorrido pelo simples acaso. O *Kappa* pode ser utilizado também para avaliar o grau de concordância entre os escores obtidos por dois ou mais aplicadores de um instrumento de medida. Nesse caso, o instrumento é preenchido pelos avaliadores ao mesmo tempo, sem contato entre eles, e posteriormente é verificado se os resultados observados são equivalentes. Existindo concordância entre os avaliadores, é considerado que o instrumento é fidedigno. Critérios têm sido adotados para determinar o grau de acordo conseguido entre os observadores. O coeficiente *Kappa* assume um valor máximo igual a 1 (concordância perfeita). Quanto mais próximo do valor 1 for a medida, maior a concordância. Valores próximos ou abaixo de 0 indicam a inexistência de concordância. Com isso, o coeficiente *Kappa* seria o melhor ao assegurar que o resultado encontrado é de fato decorrente do acordo entre os observadores e não da ação do mero acaso (Pasquali, 2013, Souza et al., 2017, Fonseca et. al., 2007). O *Kappa* Ponderado é

utilizado em instrumentos que fornecem medidas categoriais ordenadas como: excelente, bom, regular, ruim e péssimo. Quando é utilizado para calcular a fidedignidade de uma escala, os pontos ordenados, como por exemplo, bom, ruim e péssimo tem influência no tamanho necessária da amostra (Menezes & Nascimento, 2000).

Alguns fatores podem afetar a fidedignidade de um instrumento de medida, essas características podem ser internas ou externas. As características internas são: o uso impreciso de palavras, uso de palavras desconhecidas, estrutura da frase errada, uso de dupla negação, itens muito extensos, instruções inadequadas e defeitos na qualidade de impressão (Faschel et. al., 2003). As características externas estão relacionadas com a variabilidade da amostra e o tamanho do instrumento. Em relação à variabilidade, a correlação pode ser afetada pelo tamanho da amostra de indivíduos. Com um número maior de sujeitos na amostra, haverá uma maior variabilidade, com isso, o índice de correlação e fidedignidade serão maiores. Em relação ao tamanho do instrumento, um maior número de itens aumenta o seu grau de precisão, entretanto, todos os itens do teste devem medir o mesmo construto (Pasquali, 2013).

Validade

A validade de um instrumento de medida se refere à capacidade que este instrumento tem de medir o que se propõe a medir. Para verificar a validade, precisamos saber o que está sendo mensurado e de que forma está sendo medido o fenômeno estudado. A seguir serão discutidos os três principais tipos de validade: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto (Pasquali, 2013, Pasquali, 2009, Souza et al., 2017).

A validade de conteúdo consiste na demonstração de que o conteúdo de um instrumento de medida está apropriado aos objetivos pretendidos. Refere-se ao grau em que o conteúdo de um instrumento reflete adequadamente o construto que está sendo medido. Quando um instrumento possui validade de conteúdo, o seu conjunto de itens é representativo de um universo definido e suas questões abrangem todos os aspectos do construto estudado (Pasquali, 2013, Souza et al., 2017).

Para garantir a validade de conteúdo de um instrumento, devem ser observados os seguintes passos durante sua construção: 1) definição do domínio cognitivo, onde são estabelecidos os objetivos ou processos que se pretende avaliar; 2) definição do universo

do construto, ou seja, delimitar o conteúdo em termos de divisões e subdivisões com uma amostra representativa do conteúdo a respeito do fenômeno estudado; 3) definição da representatividade do construto: é delimitado como cada tópico e subtópico do conteúdo está proporcionalmente representado no teste, a partir de sua importância; 4) construção do teste: trata-se da elaboração dos itens que constarão no instrumento de medida. Como não existe um teste estatístico específico para avaliação da validade de conteúdo, consulta-se um grupo de juízes especialistas, que farão uma análise do teste e discutirão sobre a sua clareza, a forma de inclusão dos conceitos e sobre possíveis aspectos que o instrumento não tenha abordado (Pasquali, 2013).

A validade de critério considera a eficácia de um instrumento de medida em prever um resultado ou desempenho específico. A validade de critério é avaliada por meio do cálculo de correlação entre os valores obtidos com o instrumento e uma medida de critério. Em situações em que um instrumento de medida é desenvolvido como o indicador observável, a validação da escala poderia ser feita com a investigação do quanto aquele instrumento funciona como o indicador do critério adotado (Pasquali, 2013). Como exemplo, Faschel et. al. (2003) apresentam um critério, que é tido como “critério ouro” que consistem nas entrevistas de diagnósticos psiquiátricos.

Um questionário que avalia pessoas com distúrbios psiquiátricos terá validade de critério, se os seus resultados estiverem de acordo com o critério ouro. A validade de critério pode ser preditiva ou concorrente. A diferença básica que existe entre as duas é que, na concorrente, a coleta da informação pelo teste a ser validado e a coleta da informação sobre o critério ocorre quase que de maneira simultânea. Na validade preditiva os dados sobre o critério são obtidos posteriormente à coleta dos dados sobre o teste. Nesse tipo de validade, quando já existem testes validados que meçam algum traço com segurança, pode servir de critério para validar um novo teste (Pasquali, 2013).

Na validade de construto, é considerada a capacidade do instrumento em relacionar as variáveis operacionais às construções teóricas, ou seja, se o paradigma teórico definido corresponde verdadeiramente às observações. A validade de construto é considerada como a forma mais fundamental de validade e deve ser investigada quando não existir critério sobre a definição que se pretende medir (Pasquali, 2013). Existem várias maneiras de analisar a validade de construto de um instrumento de medida que serão vistas a seguir.

A primeira maneira de avaliar a validade de construto é através da Análise por Hipótese, que se baseia na capacidade de um teste ser capaz de discriminar ou prever uma medida externa a ele mesmo. Quatro técnicas são apontadas como as principais e mais utilizadas quando se busca essa validação: validação convergente-discriminante, idade, outros testes do mesmo construto e experimentação. 1) A técnica de validação convergente-discriminante determina que, para se verificar a validade de um construto de um teste é necessário determinar: a) A existência de uma correlação significativa do teste com outras variáveis que, conforme a teoria, deveriam estar relacionadas com o construto medido, embora se refiram a construtos distintos (validade convergente) ou seja, requer a correlação com variáveis teoricamente relacionadas; b) O teste não deveria se correlacionar com variáveis que, teoricamente, deveriam diferir (validade discriminante); 2) A idade: Quando o construto de um teste mede traços que estão relacionados ao processo de desenvolvimento cognitivo/afetivo dos indivíduos, a idade é utilizada como critério para a sua validação. Nesse caso, a hipótese testada muda claramente com a idade, sendo capaz de discriminar grupos de idades diferentes. O problema desse método é que o amadurecimento psicológico pode se apresentar de formas diferentes em culturas diferentes, o que torna difícil o estabelecimento de grupos-critério somente em função da idade; 3) Na correlação com outros testes, busca-se a demonstração da validade do construto de um instrumento ao correlacioná-lo com outro que já tenha sido validado anteriormente e que meça o mesmo traço. Por exemplo, aplicam-se dois instrumentos (Y e Z) em uma mesma amostra de sujeitos; se o teste Y mede de forma válida o traço X e o novo teste Z se correlaciona altamente com ele, considera-se que o teste Z está medindo também o mesmo traço; 4) Por fim, na técnica da experimentação, a validade de construto de um teste é verificada pela clareza do instrumento em distinguir experimentalmente grupos-critério em relação ao traço objeto de medida. Em um exemplo citado por Pasquali (2013), um teste que medisse ansiedade teria validade de construto se conseguisse distinguir dois grupos de pessoas, ansiosas e não ansiosas, sendo que esses grupos foram estabelecidos e manipulados por meio de delineamento experimental.

Uma segunda maneira de avaliação da validade de construto de um instrumento de medida é pela Análise Fatorial. Essa técnica estatística trabalha com o padrão de correlações ou covariância apresentada pelos itens em um determinado conjunto de dados, buscando, com isso, padrões latentes de intercorrelações. Nesse método, é realizada a identificação das dimensões que são avaliadas pelos itens do instrumento. A análise

fatorial verifica quantos construtos comuns são necessários na explicação das interrelações dos itens no instrumento de medida, ou seja, em que nível o agrupamento dos itens mede um mesmo fator. Através da análise fatorial, é possível verificar se o instrumento de medida é composto por uma dimensão ou por várias subdimensões. Em instrumentos com várias subdimensões são medidos vários fatores diferentes de um mesmo construto, sendo, portanto, chamados de multifatoriais (Pasquali, 2013, Souza et al., 2017).

Instrumentos de medida de adesão medicamentosa

Como já mencionado na introdução deste trabalho, na revisão da literatura foram encontrados dez instrumentos sobre a avaliação da adesão ao uso de medicações. São eles: *Drug Attitude Inventory* (DAI), *Rating Of Medication Influences* (ROMI), o Teste de *Morisky-Green* (TMG), a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), a *Morisky Medication Adherence Scale 8-item* (MMAS-8), o Questionário de Adesão a Medicamentos - *Qualiaids* (QAM-Q) *Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs* (BEMIB), *Attitudes Towards Neuroleptic Treatment* (ANT), *Brief Adherence Rating Scale* (BARS) e a *Medication Adherence Rating Scale* (MARS). A seguir, será realizada a descrição desses instrumentos de medida.

A escala DAI é um instrumento que foi desenvolvido com a finalidade de medir as atitudes e crenças de pacientes com esquizofrenia em relação à sua medicação. É uma escala de autopreenchimento, composta de 30 itens, que apresenta alternativas de respostas do tipo sim ou não. Em um estudo com 150 pacientes com esquizofrenia, a fidedignidade da escala foi considerada adequada, tanto na sua consistência interna a qual foi avaliada pelo coeficiente de *Kuder Richardson* (0,93; $p < 0,01$), quanto pela estabilidade temporal, avaliada pelo coeficiente de correlação dos escores do teste e do reteste ($r = 0,82$) de um subgrupo de 27 pacientes em intervalo de quatro semanas. Pelo método de análise fatorial, foram encontrados sete fatores ou subescalas que foram denominadas: 1) “sentimentos subjetivos positivos atribuídos pelo paciente ao neuroléptico”; 2) “sentimentos negativos de disforia atribuído pelo paciente ao neuroléptico”; 3) “modelo de saúde do paciente”. Os fatores 4 e 5 estão relacionados a “atitude do paciente em relação aos lócus de controle na tomada de medicação”, se esse controle é determinado pelo médico (Fator 4) ou pelo próprio paciente (Fator 5); 6) “crença do paciente no efeito do neuroléptico em evitar

recaída” e 7) “preocupações com potenciais efeitos tóxicos” (Hogan, Awad & Eastwood, 1983; Moreira, 2014).

A escala ROMI foi desenvolvida por Weiden et al. (1994) para avaliar os fatores que influenciam a adesão ao uso de medicações neurolépticas, particularmente as suas preocupações em relação à manutenção do uso dessas medicações, mas essa escala não mede o comportamento de adesão propriamente dito. A escala ROMI é dividida em duas partes sendo a primeira uma entrevista semiestruturada, com cinco questões abertas, e a segunda uma escala de medida com 20 itens, do tipo Likert, com três alternativas de resposta. No estudo de Weiden et al. (1994) foi avaliada a consistência interna da escala que foi aplicada em pacientes no momento de admissão em uma unidade hospitalar e depois de um mês de sua alta. A escala teve seus escores divididos entre os itens de 1 a 9, que avaliavam as razões para a adesão e 10 a 20, que avaliavam a não adesão. Para os itens de 1 a 9 foi encontrado 0,57 e 0,41, e para os de 10 a 20 coeficientes de 0,55 e 0,54, tendo sido a escala aplicada na admissão e um mês após a alta. No Brasil, foi realizada, por Rosa e Marcolin (2000), a tradução dessa escala para a língua portuguesa, no entanto, não foram utilizados os procedimentos de adaptação transcultural, que serão descritos posteriormente nesse trabalho, o que garantiria as equivalências entre o instrumento original e sua versão brasileira.

O teste TMG foi desenvolvido por Morisky, Green e Levine (1986) e constitui o questionário mais utilizado no Brasil, tendo sido originalmente criado para avaliação de adesão ao tratamento com medicação anti-hipertensiva. Esse teste foi validado nos Estados Unidos em hipertensos onde apresentou baixa sensibilidade, de 43,6%, e especificidade razoável, de 81%, para identificar o comportamento não aderente ao ser correlacionado com controle da pressão arterial utilizado como padrão-ouro. O TMG é composto por quatro itens com alternativas de resposta do tipo dicotômicas (sim e não). Ben, Neumann e Mengue (2012) realizaram no Brasil o processo de adaptação transcultural e a avaliação da fidedignidade e validade do teste com pacientes em uso de anti-hipertensivos. Na análise da consistência interna do TMG foi encontrado um coeficiente α de Cronbach de 0,73 (IC95% 0,67; 0,79). A análise da estabilidade temporal foi realizada em uma subamostra de 19 pacientes com intervalo médio de tempo entre teste e reteste de 22,2 dias onde foi encontrado para a estabilidade o valor $r = 0,70$. Realizou-se também uma análise do desempenho do TMG, utilizando a estatística descritiva da sensibilidade, especificidade e área sob a curva ROC considerando três padrões-ouro: pressão arterial não controlada (PA

$\geq 140/90$ mmHg); retirada insuficiente de medicação na farmácia da UBS (retirada $< 80\%$ da medicação no período considerado); e combinação dos dois primeiros, isto é, pressão arterial não controlada associada à retirada insuficiente da medicação na farmácia. O desempenho do TMG no domínio regime apresentou sensibilidade de 61%, especificidade de 36% e área sob a curva ROC de 0,46 (IC95% 0,30;0,62) (Ben et al., 2012; Rocha, Figueredo Neto, Fernandes, Santana, Abreu, Cardos & Melo, 2015).

A escala MAT é uma adaptação da escala TMG e foi adaptada para o contexto brasileiro com o objetivo de avaliar a adesão ao tratamento específico com medicações anticoagulantes orais. Ela possui sete itens com seis alternativas de resposta do tipo Likert: sempre, quase sempre, com frequência, algumas vezes, raramente e nunca. Essa adaptação foi derivada da versão portuguesa da TMG (Carvalho, Dantas, Pelegrino, & Corbi, 2010). A escala foi submetida por Boas, Lima e Pace (2014) a o processo de validação de critério e de fidedignidade para medidas de adesão ao uso de medicações antidiabéticas orais. Referente a validade de critério, a MAT apresentou área sobre a curva ROC de 0,83, sensibilidade de 0,84 e especificidade de 0,35 para os antidiabéticos orais. Apresentou coeficiente alfa de 0,84 e coeficiente de correlação de Pearson de 0,77 ($p < 0,05$) (Boas et al., 2014).

A escala MMAS-8 foi criada com o objetivo de determinar a adesão ao tratamento ao uso de anti-hipertensivos. É composta de oito questões que classificam os pacientes, conforme padrão de resposta, como alta adesão, média adesão e baixa adesão (Morisky et al., 2008). Para avaliar as qualidades psicométricas da escala em pacientes com hipertensão no contexto brasileiro, Oliveira-Filho, Morisky, Neves, Costa e Lyra Junior (2014) realizaram um estudo com 937 pacientes, no qual foi encontrada uma consistência interna moderada (alfa de Cronbach = 0,682), e a fidedignidade teste-reteste satisfatória por meio da correlação de Spearman ($r = 0,928$; $P < 0,001$). Foi encontrada uma relação significativa entre os níveis de adesão com a MMAS-8 e o controle da PA (qui-quadrado, 8,281; $P = 0,016$).

O Questionário de Adesão a Medicamentos - Qualiaids (QAM-Q) foi desenvolvido para abordar a ação do indivíduo relacionado ao uso da medicação, tal como o indivíduo toma e o quanto toma de seus medicamentos, em relação ao processo de tomada, se ele toma o medicamento no período de sete dias, se pula doses, se toma de modo errático, se faz “feriados” e em relação ao resultado de aderir, no caso, se sua pressão estava

controlada. Foi construída uma medida que era composta por três condições que classificaria o indivíduo como não aderente. Foi elaborada uma medida composta baseada nas condições acima onde a presença de uma resposta afirmativa caracteriza o indivíduo como não aderente: não tomar a quantidade correta da medicação, ou não tomar de maneira correta ou relatar que a pressão arterial estava alterada (maior ou igual a 140mmHg de pressão sistólica ou 90mmHg de pressão diastólica). O QAM-Q foi relacionado com o Questionário de Morisky e pelo método de contagem manual de comprimido, sendo considerado não-aderente aqueles indivíduos que consumiram menos que 80% ou mais que 120% da dose prescrita. A correlação entre a proporção de doses que foram consumidas medida pelo QAM-Q e a contagem manual de comprimidos foi de 0,54 ($p < 0,001$). A correlação entre processo de tomadas medida pelo QAM-Q e Morisky foi de 0,32 ($p < 0,05$). As medidas de acurácia para detectar não-adesão mostraram sensibilidade de 62,5% e especificidade de 85,7%, área sob a curva ROC de 74,1% e valor preditivo positivo de 90,9% (Helena, Nemes & Eluf-Net, 2008)

A escala BEMIB (Dolder, Lacro, Warren, Golshan, Perkins, & Jeste, 2004) é um instrumento que visa a identificar pacientes não aderentes à medicação psicotrópica. Essa escala é composta por oito questões, com cinco alternativas de respostas do tipo Likert. A sua consistência interna foi avaliada com o coeficiente Alfa de Cronbach, onde foi obtido o valor de 0,63. A estabilidade temporal foi avaliada pela correlação entre os escores obtidos no teste e no reteste, com intervalo de, pelo menos, uma semana. O valor do coeficiente de correlação de Spearman obtido foi de 0,86 ($p < 0,001$). Os resultados obtidos com essa escala foram comparados com os da escala DAI e com um índice obtido a partir dos registros de fornecimento de medicamentos (Cumulative Mean Gap Ratio – CMGR) por meio do coeficiente de correlação de Spearman. Os escores da BEMIB se correlacionaram significativamente com os escores da DAI (0,55; $p < 0,001$), mas não com o índice CMGR (- 0,21; $p = 0,11$). A análise fatorial indicou três fatores responsáveis por 66,3% da variância total: 1) insight sobre os benefícios da medicação, 2) barreiras externas e 3) barreiras internas (Dolder et al., 2004). A escala ANT avalia as crenças e atitudes dos pacientes em relação às medicações neurolépticas, com isso, a escala não avalia especificamente o comportamento de adesão. Ela é composta de 12 itens, cada um com uma questão e 11 alternativas de resposta graduadas de 0 a 100, em uma Escala Analógica Visual. O estudo de desenvolvimento desse instrumento incluiu a comparação dessa escala com a escala DAI-10 (uma versão reduzida com dez questões da DAI), com a avaliação da

adesão relatada pelos próprios pacientes e com a avaliação dos clínicos assistentes. Não foram realizadas comparações com marcadores biológicos de adesão. A estabilidade temporal da escala foi avaliada pela correlação entre os escores de cada um dos itens do teste e do reteste, medidos em intervalo de uma a duas semanas, com valores de correlação de Spearman de, respectivamente, 0,691; 0,604; 0,816; 0,595; 0,700; 0,594; 0,572; 0,729; 0,770; 0,435; 0,417; 0,412, tendo sido considerada moderada. A consistência interna foi estimada por meio do coeficiente Alfa de Cronbach, cujo valor foi de 0,79. O coeficiente de correlação de Spearman obtido entre os escores da ANT e os escores da DAI-10 foi de 0,76. Na análise fatorial, três diferentes fatores foram identificados: 1) expectativas do paciente com relação à medicação e sentimentos subjetivos durante o uso de medicação, 2) atitudes gerais e 3) insight. Esses fatores explicaram 34,6%, 14,9% e 10,3% da variância dos dados, respectivamente (Kampman, Lehtinen, Lassila, Leinonen, Poutanen, & Koivisto, 2000).

A escala BARS foi desenvolvida por Byerly, Nakonezny e Rush (2008) para avaliar o comportamento de aderência ao medicamento psicotrópico. É uma escala composta por três questões com alternativas de respostas variáveis dispostas em uma escala analógica, que avaliam o comportamento de aderência ao medicamento psicotrópico. Foi avaliada em relação a sua consistência interna pelo coeficiente Alfa de Cronbach, tendo como resultado o valor de 0,92. A sua estabilidade temporal foi avaliada pela correlação de Spearman entre os escores obtidos em medidas repetidas da escala tendo sido encontrado os valores que variaram de 0,46 a 0,86. Na análise de regressão linear e de correlação de Spearman, demonstrou-se uma relação significativa e inversa entre os escores da BARS e os escores de gravidade de sintomas medidos pela PANSS ($\beta = -0,40$; $p < 0,0001$; $r_s = -0,39$; $p = 0,002$). A análise de regressão linear e a correlação de Spearman revelaram uma relação significativa entre os escores da BARS e as medidas de monitoração eletrônica ($\beta = 0,98$; $r_s = 0,59$; $p < 0,0001$) (Byerly et al, 2008).

A escala MARS, objeto de estudo do presente projeto de pesquisa, visa avaliar especificamente a adesão a medicações psicotrópicas. Foi desenvolvida por Thompson, Kulkarni e Sergejew (2000), na Austrália, a partir da combinação de duas outras escalas já mencionadas anteriormente a DAI e a TMG. No desenvolvimento da MARS, inicialmente, as duas escalas foram combinadas e a validade dos itens foi analisada com base na Teoria de Resposta aos Itens (TRI), com o objetivo de avaliar a adesão ao uso de medicações especificamente em pacientes psiquiátricos. A escala que resultou desse processo

apresentou boa distribuição dos itens, sendo composta de dez questões de autoperenchimento, cujas alternativas de respostas são dicotômicas (sim ou não), pontuadas com 1 ou 0. Os itens pontuados como 1 são indicativos de adesão e os pontuados como 0, indicativos de não-adesão. O escore final resulta da soma das pontuações dos itens e varia de 0 (baixa probabilidade de adesão) a 10 (alta probabilidade de adesão).

A validação da escala em língua inglesa realizada por Thompson et al. (2000), com uma amostra de 66 sujeitos, mostrou que ela possui qualidades psicométricas adequadas para sua aplicação. A fidedignidade foi avaliada em termos da consistência interna e estabilidade temporal. A análise da consistência interna da escala apresentou um valor de Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,75. Como a escala é composta por dados binários (sim ou não), esse valor é equivalente ao Coeficiente de Kuder-Richardson (Thompson et al., 2000). A estabilidade temporal da escala foi avaliada pela comparação dos escores obtidos em uma mesma amostra de sujeitos, em duas aplicações do teste, com intervalo temporal de duas semanas, tendo sido obtido um coeficiente de correlação do teste-reteste de 0,72. A validade de construto da escala foi avaliada pela Análise Fatorial Exploratória, com Rotação Varimax, que extraiu uma estrutura com três dimensões, responsável por 59% da variância total. A primeira dimensão ou subescala relacionada ao comportamento de adesão ao medicamento possui quatro itens e foi responsável por 32% da variância; a segunda, relacionada à atitude subjetiva de usar a medicação, com quatro itens, por 16%; e a terceira, relacionada aos efeitos colaterais negativos e atitudes com a medicação psicotrópica, por 12% (Thompson et al., 2000). A validade concomitante da escala foi avaliada pela comparação dos seus escores com os de outras duas escalas a DAI e a TMG, tendo sido obtidos valores de correlações significativas com os escores da escala DAI ($r = 0,82$; $p < 0,01$) e da escala TMG ($r = 0,79$; $p < 0,01$). Para a validade de critério, foram correlacionados os escores obtidos com a escala MARS e as dosagens sanguíneas de lítio e carbamazepina, tendo sido obtidas correlações significativas e positivas entre os escores da MARS e a dosagem sérica das medicações ($r = 0,60$; $p < 0,05$). A escala MARS, em um estudo promovido por Fialko, Garety, Kuipers, Dunn, Bebbington, Fowler e Freeman (2008), teve sua validação convergente analisada por meio da correlação dos seus escores obtidos com a de outras duas escalas a *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) a de capacidade de *insight* dos pacientes, a *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD). Essas escalas medem construtos distintos, porém, teoricamente relacionados: a

primeira avaliando a gravidade da sintomatologia, e a outra avaliando a capacidade de *insight* dos pacientes. Foram obtidas correlações negativas significativas da escala MARS com a subescala que avalia os sintomas positivos da PANSS ($r = - 0,14$; $p = 0,019$), possibilitando inferir que a maior gravidade dos sintomas positivos foi associada à menor adesão. Os escores da escala MARS também apresentaram correlação significativa com os escores da escala SUMD, tanto na dimensão de conhecimento geral do transtorno psiquiátrico ($r = 0,13$; $p = 0,027$) como na dimensão de conhecimento dos efeitos da medicação ($r = 0,25$; $p < 0,001$). Uma nova análise fatorial confirmou a existência das três dimensões encontradas anteriormente no estudo de Thompson et al. (2000), explicando 50,5% da variância dos dados. A primeira dimensão foi responsável por 20,7%; a segunda, por 15,9%; e a terceira, por 13,8%. O Coeficiente Alfa de Cronbach encontrado para a escala global foi de 0,60, e para cada uma das três dimensões da escala foram respectivamente de 0,67; 0,44 e 0,53. A estabilidade temporal da escala foi obtida por meio de duas aplicações do instrumento em um intervalo de 12 meses com correlação positiva e significativa entre o teste e o reteste ($r = 0,52$; $p < 0,001$) (Fialko et al., 2008).

A escala MARS é a única escala que foi desenvolvida para a análise da adesão ao uso de medicações psicotrópicas por pacientes psiquiátricos. Para que um instrumento de medida possa ser aplicado em contextos culturais diferentes daqueles onde foram originados é necessário que as traduções e adaptações sejam equivalentes ao instrumento original. Para tanto, são necessários a avaliação conceitual e linguística do instrumento e a avaliação de suas qualidades psicométricas. A avaliação conceitual e linguística da escala MARS foi realizada por Moreira et al. (2014), em um grupo de pesquisa brasileiro, seguindo os procedimentos internacionais de adaptação transcultural: tradução, retradução, avaliações por comissão de especialistas e estudo piloto com a população alvo. Na versão para o contexto brasileiro da escala, optou-se por estruturar a escala no formato de entrevista, ou seja, o aplicador deve ler os itens para o entrevistado e anotar suas respostas, diferente do formato original que era de autopreenchimento. Segundo Perreault e Leichner (1993), é recomendada a administração oral e individual da escala, principalmente no caso de pacientes com transtornos psiquiátricos por apresentarem uma maior dificuldade em responder os questionários escritos, o que resulta geralmente em itens não respondidos. Herdman et al. (1998) também apontam que o formato autoadministrado pode comprometer a efetividade de instrumentos de medida, quando utilizados em populações com baixo nível de escolaridade. Após a finalização do estudo piloto, foi conseguida uma

versão da escala MARS que é bem compreendida e considerada adequada para ser aplicada na população alvo. Contudo, para a escala MARS ser amplamente utilizada necessita ter a suas qualidades psicométricas aferidas. Nesse contexto, será realizada nessa pesquisa a avaliação da Fidedignidade desse instrumento no que se refere a sua consistência interna e estabilidade temporal por técnicas já descritas anteriormente (Moreira et al. 2014, Moreira, 2014).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

O objetivo do trabalho foi analisar a fidedignidade da versão adaptada para o contexto cultural Brasileiro da escala MARS – Medication Adherence Rating Scale.

Objetivos Específicos

1. Analisar a estabilidade temporal da escala MARS.
2. Analisar a consistência interna da escala MARS.

MÉTODO

Delineamento da pesquisa

O presente estudo consistiu em uma Pesquisa de Desenvolvimento, que, conforme a definição de Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis e Boyle (1994), tem como objetivo, a utilização de maneira sistemática, dos conhecimentos científicos que já existem como forma de desenvolver, aperfeiçoar ou elaborar uma intervenção, ou na construção, adaptação e validação de um instrumento de medida. Neste trabalho, será avaliada a fidedignidade da versão adaptada para o contexto cultural Brasileiro da escala MARS – Medication Adherence Rating Scale, focalizando a consistência interna e a estabilidade temporal do instrumento.

A fidedignidade de uma escala se refere à reprodutividade de suas medidas, a ser avaliada por meio de dois procedimentos: a realização do teste-reteste para estabelecer a estabilidade temporal do instrumento, e a análise da consistência interna dos itens. A avaliação da estabilidade temporal da escala deve ser realizada a partir da comparação dos escores obtidos, em uma mesma amostra de sujeitos, em duas aplicações do teste, e a análise da consistência interna pelos dados de uma única aplicação da escala (Pasquali, 2013).

Descrição do local da pesquisa

A presente pesquisa foi realizada em dois serviços especializados em atendimento à saúde mental, um público e outro privado, nas cidades de Barbacena e Juiz de Fora no estado de Minas Gerais. São eles: o CAPS de Barbacena e o Hospital-Dia da Clínica psiquiátrica Vila Verde, descritos a seguir.

CAPS de Barbacena: O CAPS de Barbacena é referência no atendimento de pacientes portadores de transtornos psiquiátricos severos e persistentes de uma microrregião composta de 15 municípios que não contam com serviços especializados em saúde Mental, com uma população aproximada de 230.000 habitantes. O CAPS de Barbacena é do tipo III, que são serviços destinados a municípios com população acima de 200.000 habitantes. Este serviço funciona 24 horas, inclusive em feriados e finais de semana, oferecendo acolhimento das 07 horas às 19 horas. Neste serviço, são realizados

aproximadamente 900 atendimentos por mês. A equipe do CAPS é multidisciplinar, sendo, atualmente, composta por dois médicos psiquiatras, três médicos clínicos, três psicólogos, uma assistente social, quatro enfermeiros, um farmacêutico, onze técnicos de enfermagem, três agentes administrativos, duas auxiliares de cozinha, dois motoristas e dois vigilantes. Os pacientes que estão em acompanhamento no serviço recebem medicações disponibilizadas pelo SUS, fracionadas e separadas por dia e para cada horário de utilização.

Neste CAPS, são oferecidos serviços de atendimentos individuais e em grupos para os pacientes e seus familiares e visitas domiciliares. Oito leitos estão disponíveis para hospitalidade noturna para internações breves. Durante o dia são realizadas oficinas terapêuticas diversas como, por exemplo, de produção de texto e pintura. Uma vez por semana ocorre uma reunião com os pacientes para avaliação do serviço, cujo conteúdo é registrado em ata, assim como uma reunião com familiares dos pacientes. O CAPS de Barbacena também funciona como serviço regulador para outros 36 municípios da macrorregião. Estes municípios contam com CAPS, mas referenciam seus pacientes quando necessitam de vagas para internação psiquiátricas.

Hospital-Dia Vila Verde: O Hospital-Dia (HD) da Clínica Psiquiátrica Vila Verde está localizado na cidade de Juiz de Fora. Trata-se de um serviço privado, responsável pelo atendimento de pacientes na saúde suplementar que são beneficiários de planos de saúde ou usuários que custeiam financeiramente seu tratamento por meios próprios. O Hospital-Dia funciona de segunda a sexta-feira, das oito horas da manhã às dezessete horas e atende cerca de 350 atendimentos por semana. O serviço funciona com equipe multidisciplinar que, atualmente, é composta por quatorze médicos psiquiatras, quinze psicólogos, três técnicos de enfermagem, dois enfermeiros, um assistente social, um nutricionista, três auxiliares administrativos, um recepcionista, três monitores, um profissional com formação em artes, um educador físico, um fisioterapeuta, um professor de dança, um terapeuta ocupacional, dois estagiários de artes e três de psicologia.

As atividades realizadas no HD variam de acordo com o regime de atendimento dos pacientes, conforme seu projeto terapêutico individualizado. Os pacientes podem ser atendidos todos os dias ou frequentar o serviço, pelo menos, três vezes por semana. Todos os pacientes são atendidos pelo médico psiquiatra e psicólogo semanalmente, em alguns casos, mais de uma vez na mesma semana. O HD não oferece leitos para pacientes que

apresentem alterações psiquiátricas e que demandam observação por períodos curtos de tempo. Nesses casos, o paciente é encaminhado para serviço hospitalar, da mesma rede, chamado de leito retaguarda. Além dos atendimentos, os pacientes participam de oficinas terapêuticas, por exemplo, oficinas de música, leitura e culinária. As oficinas são realizadas em outro espaço, destinado exclusivamente para essas atividades, chamado de CultArt. Os pacientes que estão em acompanhamento no HD recebem todas as suas medicações fracionadas e separadas com as doses diárias e para cada horário de utilização.

População-alvo

A população-alvo da presente pesquisa foi composta por pacientes com transtornos psiquiátricos que eram atendidos no CAPS III “Transtorno Mental” da cidade de Barbacena e no Hospital-Dia Rio Branco em Juiz de Fora. Foram adotados alguns critérios de inclusão e exclusão com a finalidade, de garantir uma amostra homogênea, diminuindo possíveis interferências de variáveis que pudessem causar confusão na interpretação dos resultados, garantindo maior validade interna da pesquisa (Contandriopoulos et al., 1994).

Os critérios de inclusão foram: (1) Ter idade igual ou maior que 18 anos, (2) ambos os gêneros (3) Possuir, segundo as diretrizes da Classificação Internacional de Doenças (CID), em sua 10ª Edição (OMS, 1993), diagnóstico nas seguintes categorias: Esquizofrenia, Transtornos esquizotípicos e Delirantes ou Transtornos de Humor com sintomas psicóticos, (4) fazer uso de, pelo menos, uma classe de medicação psicotrópica, (5) Está em acompanhamento ou ter sido acompanhado pelo CAPS de Barbacena ou pelo Hospital-Dia da Clínica Psiquiátrica Vila Verde nos últimos 6 meses.

Os critérios de exclusão foram: (1) estar em crise no momento da entrevista, (2) apresentar Transtornos psicóticos por uso de drogas, (3) apresentar dificuldade em compreender e responder as questões do instrumento utilizado. Para analisar este último critério de exclusão, foi utilizado pelo entrevistador, a Técnica de Sondagem descrita por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), que consistia em solicitar que fosse justificada a resposta de cada item da escala para confirmar que a questão estava sendo compreendida e respondida corretamente.

Amostra

A seleção dos participantes deste estudo foi realizada por amostragem probabilística, do subtipo aleatória simples. Foi construída uma lista contendo toda a população-alvo dos serviços que satisfizesse os critérios definidos acima. A partir dessa lista, os sujeitos foram sorteados, tendo cada elemento da lista uma mesma chance de ser escolhido para a amostra. A utilização dessa técnica assegurou a representatividade da amostra, possibilitando a generalização dos resultados para a população-alvo (Contandriopoulos et al., 1994). O tamanho da amostra foi de 100 sujeitos, sendo 50 pertencentes ao CAPS de Barbacena e 50 do Hospital-Dia da Clínica Vila Verde. Souza et al. (2017) consideram que o tamanho da amostra adequada para análise da estabilidade temporal é de, pelo menos, 50 sujeitos. Além disso, foi utilizado como referência o estudo de Vanelli, Chendo, Gois, Santos e Levy (2011) onde uma amostra de 77 sujeitos foi usada no processo de adaptação e validação da versão Portuguesa da escala MARS.

Os sujeitos foram recrutados por telefone ou pessoalmente nos seus retornos programados no serviço. Estava previsto que havendo desistência ou qualquer outro impedimento que impossibilitasse o paciente participar da pesquisa, um novo sorteio seria realizado para reposição e recomposição da amostra. Entretanto, não foi necessário fazer reposição.

Instrumentos de medida

Foram utilizados dois instrumentos, sendo uma escala de medida e um questionário sociodemográfico. A escala consistia em um instrumento de medida que avaliou a adesão de pacientes com transtornos psiquiátricos ao uso de medicamentos psicotrópicos. O questionário visava avaliar as características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos do estudo. Esses instrumentos serão descritos a seguir.

Escala de Avaliação de Adesão à Medicação (MARS): Essa escala avalia a adesão a medicamentos psicotrópicos (Thompson, Kulkarni, & Sergejew, 2000). Possui dez itens, cujas alternativas de respostas são dicotômicas (sim ou não), sendo que para cada resposta é atribuído os valores de 0 ou 1. Os itens pontuados como 1 são indicativos de adesão e os pontuados como 0, indicativos de não-adesão. O escore final resulta da soma das pontuações dos itens podendo variar de 0 a 10. Este instrumento não apresenta pontos

de corte para avaliação dos seus resultados sendo que, quanto mais próximo de 10 for o resultado maior a probabilidade de adesão e quanto mais próximo de 0 maior o indicativo de não-adesão. (Thompson et al., 2000). A escala é aplicada no formato de entrevista, no qual o aplicador lê as questões para os sujeitos e anota suas respostas. Este procedimento, conforme já foi apontado anteriormente, é considerado o mais adequado para a população alvo de pacientes psiquiátricos conforme sugerido por Perreault e Leichner (1993). Da mesma forma, Herdman et al. (1998) aconselham o uso de aplicação sob forma de entrevista e apontam que o formato autoadministrado pode comprometer a efetividade de instrumentos de medida, quando utilizados em populações com baixo nível de escolaridade.

Em 2014, no Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM) da UFSJ, a escala MARS passou pelo processo de tradução e adaptação transcultural para o contexto brasileiro, demonstrando possuir equivalência semântica e cultural com a escala original (Moreira et al., 2014).

Questionário sociodemográfico: Este instrumento visava avaliar as características sociodemográficas dos sujeitos tais como, idade, gênero, estado civil, escolaridade, tipo de trabalho, renda, entre outras. Este questionário avaliou também as características clínicas dos pacientes, como diagnóstico, tempo de doença, comorbidades, duração do transtorno, duração do tratamento psiquiátrico, número de internações, tipo de medicação usada e presença de doenças físicas. O questionário foi desenvolvido a partir de dados relevantes descritos na literatura. Esse instrumento foi testado pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM) da UFSJ e utilizado em várias pesquisas anteriores realizadas neste laboratório (Bandeira et al., 2005; Bandeira et al., 2008). Foi utilizado também o prontuário do paciente para coleta de informações clínicas como, por exemplo, o último diagnóstico dado pelo psiquiatra e medicações que estava em uso no momento da entrevista.

Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador e por profissionais previamente treinados dos serviços onde a coleta foi realizada. O treinamento incluiu três etapas. Na primeira etapa, foram realizados grupos de discussão sobre textos referentes à temática da pesquisa e aos instrumentos utilizados para a coleta de dados. Na segunda etapa, os

profissionais foram treinados na aplicação dos instrumentos de medida, entrevistando pessoas que não eram sujeitos da pesquisa, para que se familiarizem com o instrumento e para tornar as entrevistas padronizadas. Na terceira etapa, o pesquisador foi a campo com os profissionais dos serviços para acompanhar a aplicação dos instrumentos, com o objetivo de garantir a qualidade e a padronização do procedimento de coleta de dados.

A aplicação da escala e do questionário sociodemográfico foi realizada individualmente, por meio de entrevistas estruturadas com cada paciente. As entrevistas foram realizadas no serviço de saúde mental, previamente agendadas, conforme a disponibilidade do paciente e seus familiares. As questões foram lidas e as respostas anotadas pelo entrevistador, conforme descrito acima. Os mesmos entrevistadores realizaram as entrevistas de pré e pós teste da aplicação dos instrumentos, nos mesmos pacientes.

A compreensão do entrevistado em relação aos itens que compunham os instrumentos de medida foi avaliada utilizando a Técnica de Sondagem, desenvolvida por Guillemín et al. (1993). Essa técnica consistia em pedir que o entrevistado justifique a sua resposta a cada item da escala. Pretendia-se, com isso, avaliar se cada item da escala foi compreendido e respondido de forma adequada.

A aplicação dos instrumentos de medida ocorreu, primeiramente, pela escala MARS, seguida pelo questionário sociodemográfico e clínico, pois segundo Gunther (1990), a entrevista deve ser iniciada com os instrumentos que se relacionam com a temática de interesse, a qual foi apresentada previamente aos participantes da pesquisa. Segundo o autor, as informações pessoais devem ser coletadas por último, já estando o entrevistado mais à vontade com o entrevistador. Esse procedimento busca evitar possíveis desconfortos do entrevistado diante de questões mais sensíveis, presentes no questionário sociodemográfico, como por exemplo, perguntas sobre salário e nível de escolaridade (Gunther, 1990).

Para que fosse possível avaliar a estabilidade temporal da escala MARS, ela foi aplicada aos mesmos sujeitos, em dois momentos distintos (teste e reteste), com intervalo de 15 dias entre as aplicações e em condições semelhantes de aplicação (Pasquali, 2009). No teste, a escala MARS e o Questionário sociodemográfico foram aplicados aos 100 participantes da pesquisa para avaliação da consistência interna. No reteste, foi realizado um sorteio aleatório simples para selecionar 50 participantes, dentre aqueles que realizaram

o teste, que responderam novamente a escala MARS, para a avaliação da estabilidade temporal do instrumento.

Análise dos Dados

Todos os dados coletados nas entrevistas foram transcritos no software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. As análises estatísticas foram propostas com base nas obras de Hosmer e Lemeshou (2000), Tabachnick e Fidell (2001), Bisquerra, Sarriera e Martinez (2004) e Dancey e Reidy (2006). Foram realizadas análises estatísticas, considerando-se o nível de significância $p < 0,05$ (Levin, 1987).

Foram realizadas análises de estatística descritiva, com cálculo de médias, desvios-padrão e porcentagens, para a descrição da amostra e sua caracterização em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas e para descrição dos escores global e das subescalas da MARS que avaliou o grau de adesão a medicações psicotrópicas.

Foi realizado o teste Kolmogorov-Smirnov para avaliar se os dados obtidos a partir das escalas de medida apresentavam distribuição normal. Os resultados mostraram que os dados não seguiam uma distribuição normal. O valor obtido de $K-S = 0,03$ ($p < 0,05$), justificando a utilização de testes não paramétricos nas análises para inferências estatísticas.

A avaliação da fidedignidade da escala, referente à sua estabilidade temporal, foi feita por meio da análise do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), entre os escores obtidos no teste e no reteste, de uma mesma amostra, com aplicações do instrumento de medida em um intervalo de 15 dias.

A análise da fidedignidade da escala, quanto à consistência interna dos escores global e das suas subescalas, foi realizada por meio do coeficiente Alfa de Cronbach.

Considerações Éticas

Este estudo foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEPES) da UFSJ para aprovação. O estudo foi apresentado, também, à Coordenação de Saúde Mental e direção do CAPS em Barbacena e a Direção da Clínica Vila Verde de Juiz de Fora, em reunião para a autorização da coleta dos dados. A coleta de

dados foi realizada por meio de entrevistas com aplicação dos instrumentos e ocorreu de acordo com observância aos preceitos éticos. A participação dos sujeitos ocorreu de forma voluntária e a coleta de dados foi realizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os objetivos, procedimentos e a duração da entrevista de coleta de dados foram informados a todos os participantes da pesquisa. Os sujeitos foram informados de que poderiam desistir de participar a qualquer momento, sem sofrerem algum prejuízo. O sigilo das informações fornecidas foi assegurado e os sujeitos informados de que sua participação na pesquisa não ocasionaria riscos ou desconfortos. Os sujeitos também foram informados de que não seriam divulgados dados individuais dos participantes da pesquisa, somente dados grupais garantindo assim o anonimato dos participantes. A cada participante, foi oferecido um número de telefone da equipe de pesquisa para que eles pudessem entrar em contato visando tirar possíveis dúvidas e tomar conhecimento do desenvolvimento da pesquisa. Os sujeitos foram informados que os seus nomes não apareceriam em nenhum momento do estudo e a divulgação dos resultados seria anônima e apenas em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

RESULTADOS

Serão apresentados, primeiramente, os resultados das análises descritivas das características sociodemográficas, clínicas e de condições de vida da amostra de pacientes. Em seguida, serão apresentados os resultados das análises estatísticas descritivas referentes aos escores global e das subescalas da MARS e análise correlacional entre essas variáveis. Posteriormente, serão mostrados os dados referentes à análise da fidedignidade da escala, quanto à consistência interna dos escores global e das suas subescalas. Por fim, serão apresenta os resultados referentes à análise da estabilidade temporal da escala e os escores obtidos, no teste e no reteste, das aplicações do instrumento de medida.

Descrição da amostra dos pacientes

Características Sociodemográficas

Todos os resultados referentes às características sociodemográficas dos pacientes da amostra estão dispostos na Tabela 1. A seguir, serão apresentados os principais resultados encontrados.

Dos 100 participantes deste estudo, 52% eram do sexo masculino. A idade média dos pacientes era de 43 anos, sendo a idade mínima de 18 e a idade máxima de 70 anos. Com relação ao estado civil, a maioria dos pacientes (58%) era solteira e 17% eram casados.

Em relação ao local de moradia, 83% dos pacientes moravam na zona urbana e 17% moravam na zona rural. Mais da metade dos pacientes (52%), relatou morar em casa própria e 48% residiam em casa de outra pessoa. A grande maioria dos pacientes (65%) residia com a sua família nuclear (pai e mãe), 14% moravam sozinhos e 13% residiam com família secundária (companheiro, filhos e parentes). A média de moradores na residência do paciente era de 2,63 pessoas.

Quanto à escolaridade, 99% dos pacientes chegaram a frequentar a escola (média de anos de estudo 10,55). Desses, 28% não completaram o primeiro grau. Um total de 12% tenha o primeiro grau completo, 23% segundo grau completo, 16% superior completo e 5% pós-graduação. Em relação a ter repetido algum ano escolar, 53% dos pacientes afirmaram que sim, sendo a média de 1,3 anos.

No que se refere a características de trabalho e renda, no momento da entrevista, 88% dos pacientes relataram não estarem trabalhando. Dentre estes, 35,2% eram aposentados, 30,7% estavam desempregados, 21,6% afastados do trabalho por doença, 10,2% cuidavam do lar e 2,3% eram estudantes. Quanto à fonte de renda, 74% pacientes informaram ter algum tipo de renda, obtendo-a principalmente de aposentadoria (33,8%), sendo a renda média de R\$ 1.104,950.

Tabela 1

Médias, desvios-padrão, frequências e porcentagens das variáveis sociodemográficas dos pacientes

(Continua)				
Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Média/DP
Sexo	Masculino	52	52	
	Feminino	48	48	
Idade				43,24 anos/12,56
Estado Civil	Solteiro	58	58,00	
	Casado	17	17,00	
	Viúvo	5	5,00	
	Vivendo como			
	casado	3	3,00	
	Separado	17	17,00	
Tem filhos	Não	55	55,00	
	Sim	45	45,00	
Onde mora	Zona urbana	83	83,00	
	Zona Rural	17	17,00	
Com quem mora	Sozinho	14	14,00	
	Família nuclear	65	65,00	
	Família			
	secundária	13	13,00	
	Lar protegido	6	6,00	
	Outro	2	2,00	
Com quantas pessoas mora				2,63 pessoas/2,25
De quem é a casa	Respondente	52	52,00	
	Outra pessoa	48	48,00	

(conclusão)

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Média/DP	
Frequentou escola	Não	1	1,00	10,55 anos/5,41	
	Sim	99	99,00		
Nível de escolaridade	Analfabeto	2	2,00		
	Primeiro grau incompleto	28	28,00		
	Primeiro grau completo	12	12,00		
	Segundo grau incompleto	9	9,00		
	Segundo grau completo	23	23,00		
	Superior incompleto	5	5,00		
	Superior completo	16	16,00		
	Pós-graduação	5	5,00		
	Repetiu de ano na escola	Não	47	47,00	1,31 anos/1,71
		Sim	53	53,00	
	Tem renda própria	Não	47	47,00	R\$ 1.104/1.389
		Sim	53	53,00	
Fonte da renda	Pensão	15	20,30		
	Salário	10	13,50		
	Aposentadoria	25	33,80		
	Afastamento médico	13	17,60		
	Benefício social	3	4,00		
	Outro	8	10,80		
	Trabalhando atualmente	Não	88	88,00	
Sim		12	12,00		
Se não trabalha	Aposentado	31	35,20		
	Estudante	2	2,30		
	Do lar	9	10,20		
	Desempregado	27	30,7		
	Afastamento por doença	19	21,60		

Características clínicas

Os dados completos referentes às características clínicas dos pacientes encontram-se na Tabela 2. Alguns dos principais resultados encontrados serão apresentados a seguir.

De acordo com os critérios de inclusão da pesquisa em relação à categoria diagnóstica, conforme a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde – CID-10 (OMS, 1998), foram encontrados a maioria dos pacientes (68%) com diagnósticos dentro da categoria “Transtornos de Humor com sintomas psicóticos”. Os pacientes com “Esquizofrenias” representaram 22% da amostra e com “Transtornos Esquizotípicos e Delirantes”, 10%.

Em relação ao regime de tratamento, 50% dos pacientes estavam sendo acompanhados em CAPS, 29% em Ambulatório especializado e somente 21% em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Quanto às visitas ao médico psiquiatra, 37% tinham retornos semanais e 36% mensais. A média de idade do início do tratamento psiquiátrico foi de 27,23 anos e o tempo médio que realizavam tratamento era de 15,91 anos.

Dos entrevistados, 26% relataram possuir alguma comorbidade clínica e 51% realizavam outro tratamento além do psiquiátrico. Um total de 40% dos pacientes passou por internações psiquiátricas nos últimos 12 meses, sendo a média de números de internações de 0,65. Os entrevistados responderam que tiveram, em média, 1,32 crises no último ano. No que se refere às informações sobre a sua patologia, 82% dos pacientes relataram ter recebido informações sobre a doença pela qual estão em tratamento. Essas informações, em sua ampla maioria, foram fornecidas por profissionais da área da saúde (93%), sendo, em algumas vezes, prestadas por parentes ou amigos (1%) e outros (6%). Do total de pacientes, 29% relataram precisar de mais informações sobre sua doença e 48% relataram não conseguirem sentir que estão entrando em crise.

Todos os pacientes fazem uso de medicamentos psicotrópicos. A maior parte (89%) recebia tratamento medicamentoso por via oral e 11% recebiam a forma combinada, por via oral e injetável concomitantemente. Da totalidade de pacientes, 59% recebiam todas as suas medicações gratuitamente. O número médio de medicamentos por pessoa era de 4,23. Em relação às classes de medicamentos utilizadas, 12,1% usavam antidepressivos; 32,0% antipsicóticos; 32,5% estabilizadores de humor; 16,6% sedativos e hipnóticos; 0,8% psicoestimulantes e 6% outros.

Quanto à forma de ingestão das medicações, todos os entrevistados faziam uso de medicação oral diariamente. A grande maioria (89%) sabia como tomar suas medicações; tomava, sozinho, seus remédios (84%) e recebia ajuda dos familiares para manter o uso das suas medicações (81%). Somente 16% eram medicados por outras pessoas. Da totalidade, 96% dos pacientes aceitavam tomar os remédios quando administrados por seus familiares. Quando perguntados sobre a negociação pelo seu médico em relação à sua medicação e a forma de uso, 83% dos pacientes relataram ter havido negociação; 72% dos pacientes relataram ter recebido informações sobre suas medicações, porém 32% disseram precisar de mais informações sobre seus remédios. A maior parte dos entrevistados (89%) afirmaram que não conseguiriam controlar sua doença sem remédio.

Com relação aos efeitos colaterais das medicações psiquiátricas, 20% dos pacientes relataram passar mal quando faziam uso da medicação; 24% disseram que sua medicação tinha gosto ruim e 57% relataram ter engordado com o uso; 40% dos pacientes reportaram ter tido dificuldade de ereção e/ou de terem relação sexual e 39% informaram ter perdido desejo por sexo após início do uso das medicações.

Dos entrevistados, 99% relataram ter apoio dos profissionais que os acompanhavam e 93% consideravam suficiente a ajuda que recebiam para o seu tratamento. No entanto, 84% dos pacientes relataram precisar de mais ajuda para manter o uso das medicações psiquiátricas, como por exemplo, um maior suporte da família e ter suas medicações separadas por horário. Sobre a visita de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), 51% dos pacientes relataram não receber visita de qualquer profissional da atenção primária à saúde.

Tabela 2

Médias, desvios-padrão, frequências e porcentagens das variáveis clínicas dos pacientes

(Continua)

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Média/DP
Diagnóstico	Esquizofrenias	22	22,00	
	Transtornos esquizotípicos e delirantes	10	10,00	
	Transtornos de humor com sintomas psicóticos	68	68,00	

(continuação)

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Média/DP
Comorbidade clínica	Não	74	74,00	
	Sim	26	26,00	
Idade de início do tratamento				27,23 anos/11,28
Tempo de tratamento				15,91 anos/11,71
Tipo de tratamento	Ambulatório	29	29,00	
	PSF	21	21,00	
	CAPS	50	50,00	
Frequência que vai ao médico	Semanal	37	37,00	
	Quinzenal	8	8,00	
	Mensal	36	36,00	
	Bimestral	15	15,00	
	Trimestral	1	1,00	
	Semestral	3	3,00	
Faz outro tratamento	Não	49	49,00	
	Sim	51	51,00	
Número de medicamentos psiquiátricos				4,23 medicamentos/1,67
Forma de utilização	Oral	89	89,00	
	Oral+Injetável	11	11,00	
Medicações em uso	Antidepressivo	32	12,10	
	Antipsicótico	85	32,00	
	Estabilizador de humor e anticonvulsivante	86	32,50	
	Sedativos e hipnóticos	44	16,60	
	Psicoestimulantes	2	0,80	
	Outro	16	6,00	
Frequência medicação	Diário	100	100,00	

(continuação)

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Média/DP
Toma remédio sozinho	Não	16	16,00	
	Sim	84	84,00	
Seu médico negociou as medicações	Não	17	17,00	
	Sim	83	83,00	
Tem ajuda familiar	Não	19	19,00	
	Sim	81	81,00	
Aceita remédio administrado por familiares	Não	4	4,00	
	Sim	96	96,00	
Recebe todos os remédios de graça	Não	41	41,00	
	Sim	59	59,00	
Passa mal com os remédios	Não	80	80,00	
	Sim	20	20,00	
Tem gosto ruim os remédios	Não	76	76,00	
	Sim	24	24,00	
Com os remédios perdeu desejo sexual	Não	61	61,00	
	Sim	39	39,00	
Com os remédios tem dificuldade de ereção	Não	60	60,00	
	Sim	40	40,00	
Engordou tomando os remédios	Não	43	43,00	
	Sim	57	57,00	
Tem alguma coisa contra usar remédios	Não	74	74,00	
	Sim	26	26,00	
Quantas crises teve no último ano				1,32 crises/1,17

(continuação)

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Média/DP
Internação psiquiátrica	Não	60	60,00	0,65 internações/0,947
	Sim	40	40,00	
Consegue sentir entrando em crise	Não	48	48,00	
	Sim	52	52,00	
Conseguiria controlar a doença sem remédio	Não	89	89,00	
	Sim	11	11,00	
Recebeu informações sobre a doença	Não	18	18,00	
	Sim	82	82,00	
Quem forneceu a informação	Profissionais	93	93,00	
	Parentes ou amigos	1	1,00	
	Outro	6	6,00	
Precisa de mais informação sobre a doença	Não	71	71,00	
	Sim	29	29,00	
Recebeu informações sobre o remédio	Não	28	28,00	
	Sim	72	72,00	
Precisa de mais informações sobre o remédio	Não	68	68,00	
	Sim	32	32,00	
Sabe tomar os remédios	Não	11	11,00	
	Sim	89	89,00	
Tem apoio dos profissionais	Não	1	1,00	
	Sim	99	99,00	
Ajuda profissional é suficiente	Não	7	7,00	
	Sim	93	93,00	

(conclusão)

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Média/DP
Precisa de mais ajuda para manter o uso das medicações	Não	84	84,00	
	Sim	16	16,00	
Visita da Saúde da Família	Não	51	51,00	
	Sim	49	49,00	

Características de condição de vida dos pacientes

Todos os dados referentes às características de condições de vida dos pacientes encontram-se na tabela 3. A seguir, são descritos os principais resultados.

Entre os entrevistados, 94% declararam fazer alguma atividade de lazer dentro da sua residência, como por exemplo, assistir TV, ouvir rádio ou acessar a internet. Quase metade dos pacientes entrevistados (47%) relatou não realizar qualquer atividade fora de sua residência.

Em relação às suas preocupações, 41% dos pacientes relataram ter outras preocupações, além de cuidar de si mesmos, como por exemplo, cuidar dos filhos e com questões financeiras. Em relação a ter pessoas que necessitam de seu cuidado, 18% dos entrevistados relataram ter pessoas doentes na família que demandam sua ajuda, sendo uma média de 0,26 pessoas. Dentre os entrevistados, 16% disseram fazer uso esporádico de bebidas alcoólicas e 2% de drogas ilícitas.

Tabela 3

Médias, desvios-padrão, frequências e porcentagens das variáveis de condições de vida dos pacientes

(Continua)

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Média/DP
Atividades de lazer na residência	Não	6	6,00	
	Sim	94	94,00	

(conclusão)

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Média/DP
Atividades de lazer fora da residência	Não	47	47,00	
	Sim	53	53,00	
Preocupações além de cuidar de si mesmo	Não	59	59,00	
	Sim	41	41,00	
Pessoas que precisam de sua ajuda	Não	82	82,00	0,26
	Sim	18	18,00	0,61
Uso de bebidas				
alcoólicas	Não	84	84,00	
	Sim	16	16,00	
Uso de drogas ilícitas	Não	98	98,00	
	Sim	2	2,00	

Análise dos escores de adesão ao medicamento da escala MARS

Normalidade da amostra

Para determinar os tipos de análises estatísticas a serem feitas, os escores da escala MARS foram submetidos ao teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S). Os resultados mostraram que os dados não seguiam uma distribuição normal. O valor obtido de $K-S = 0,03$ ($p < 0,05$), justificando a utilização de testes não paramétricos nas análises que se seguem.

Análise descritiva dos escores da Escala MARS

Os dados referentes à análise descritiva dos escores da MARS são apresentados na tabela 4. Em relação aos escores obtidos com a aplicação da escala, foram encontrados médias de 3,95 para a escala global e valores de 1,68; 1,12 e 0,62 para as subescala 1, subescala 2 e subescala 3, respectivamente.

Tabela 4

Médias e desvios-padrão da adesão à medicação psicotrópica

Variáveis	Média	Desvio Padrão (DP)
Escore global	3,95	2,47
Subescala 1	1,68	1,31
Subescala 2	1,12	1,10
Subescala 3	0,62	0,73

Análise correlacional entre as subescalas e escore global da escala MARS

A Tabela 5 apresenta as correlações de Spearman das subescalas entre si e com a escala global. Essa análise estatística foi utilizada, tendo em vista que a amostra não apresentou distribuição normal. Nota-se que as correlações foram significativas e positivas e que as correlações entre cada subescala e a escala global foram mais elevadas do que aquelas entre as subescalas. Assim, embora os subescalas representem dimensões distintas, todos estão relacionados a um construto comum, presente na escala global MARS.

Tabela 5

Correlações entre as Subescalas da Escala MARS e a escala global ($p < 0,01$)

Subescalas	Subescala 1 Adesão à medicação	Subescala 2 Atitude em relação a medicação	Subescala 3 Efeitos colaterais negativos
Subescala 1	1,0	0,413	0,280
Subescala 2	0,413	1,0	0,616
Subescala 3	0,280	0,616	1,0
Escala Global	0,797	0,795	0,637

Consistência interna dos Itens da escala MARS

Os resultados referentes à consistência interna da escala MARS global e das suas subescalas separadamente, analisada pelos coeficientes Alfa de Cronbach, estão

apresentados na Tabela 6. Os dados mostram, para a escala global, um valor de alfa de 0,72 e correlações item-total que se situaram entre 0,27 e 0,48. Para a subescala 1, que avalia a adesão à medicação, obteve-se um valor de alfa de 0,60, com correlações item-total entre 0,32 e 0,45. Para a subescala 2, que avalia a atitude dos sujeitos em relação a tomar a medicação, obteve-se um valor de alfa de 0,50, com correlações item-total entre 0,27 e 0,48. A terceira subescala, que avalia os efeitos colaterais negativos e atitudes em relação a medicação psicotrópica, apresentou um valor de alfa de 0,44, com correlações item-total de 0,31 e 0,42. O valor de alpha diminuiu ou permaneceu inalterado quando cada item é eliminado da escala, o que sugere que não existem itens redundantes.

Tabela 6

Correlações item-total e valores de Alfa da escala global MARS se os itens fossem retirados

(Continua)

Subescala (valor Alfa)	Itens	Correlação item-total	Valor Alfa sem o item
Adesão à medicação ($\alpha = 0,60$)	Você, às vezes, se esquece de tomar seus remédios?	0,32	0,71
	Às vezes, você se descuida de tomar seus remédios?	0,42	0,69
	Quando você se sente melhor, você, às vezes, para de tomar seus remédios?	0,45	0,68
	Às vezes, se você sente pior quando toma seus remédios, você para de tomá-los?	0,32	0,70
Atitude dos sujeitos em relação a tomar a medicação ($\alpha = 0,50$)	Você toma seus remédios só quando está passando mal?	0,42	0,69
	Você acha estranho a pessoa ser controlada por remédios?	0,48	0,68
	Seus pensamentos ficam mais claros quando você está tomando remédios?	0,27	0,71

(conclusão)

Subescala (valor Alfa)	Itens	Correlação item-total	Valor Alfa sem o item
	Você acha que tomando seus remédios, você evita ficar doente?	0,38	0,70
Efeitos colaterais negativos e atitudes em relação a medicação psicotrópica ($\alpha = 0,44$)	Você se sente esquisito (a) quando está tomando seus remédios?	0,42	0,69
	Os remédios fazem você se sentir cansado (a) ou lento (a)?	0,31	0,71
Escala Global $\alpha = 0,72$			

Estabilidade temporal da escala MARS

A Tabela 7 apresenta os resultados referentes à análise da estabilidade temporal da escala MARS, através da Correlação Intraclasse, entre os escores do teste e do reteste. Os dados mostram uma correlação positiva significativa entre os escores das duas aplicações da escala, tanto para a escala global ($r = 0,93$; $p < 0,05$), quanto para as três subescalas, respectivamente ($r = 0,95$; $r = 0,92$; $r = 0,71$; $p < 0,05$).

Tabela 7

Médias e Desvios-padrão dos Escores das Subescalas e da Escala Global no Teste e no Reteste, após 15 dias e Coeficientes de Correlação Intra-Classe (ICC) entre os dois Escores

(Continua)

Subescalas e Escala global	Aplicações da MARS	Médias e Desvio Padrão	Correlações Teste-Retestes (ICC)
Adesão à medicação	Teste	1,36 (1,08)	0,95
	Reteste	1,42 (1,10)	

(conclusão)

Subescalas e Escala global	Aplicações da MARS	Médias e Desvio Padrão	Correlações Teste-Reteste (ICC)
Atitude dos sujeitos em relação a tomar a medicação	Teste	0,88 (0,79)	0,92
	Reteste	0,94 (0,79)	
Efeitos colaterais negativos e atitudes em relação a medicação psicotrópica	Teste	0,46 (0,61)	0,71
	Reteste	1,10 (0,78)	
Escala Global	Teste	3,26 (1,75)	0,93
	Reteste	3,46 (1,75)	

DISCUSSÃO

A escala MARS demonstrou ser um instrumento de aplicação simples e com itens de fácil compreensão. A versão brasileira da escala foi adaptada para ser aplicada por um entrevistador que faz a leitura dos itens e anota as respostas. Segundo Perreault e Leichner (1993), esse formato de aplicação é mais apropriado para usuários de serviços públicos de saúde mental. Em concordância com esta recomendação, Herdman et al. (1998), também apontam que o formato autoadministrado pode comprometer a efetividade de instrumentos de medida, quando utilizados em populações com baixo nível de escolaridade.

Os resultados encontrados indicam que a escala MARS apresenta qualidades psicométricas de fidedignidade adequadas, comparáveis às de sua versão original do estudo australiano (Thompson et al., 2000). Os resultados da estabilidade temporal da escala MARS mostraram correlações positivas significativas entre os escores do teste e reteste, tanto para a escala global ($r=0,93$; $p < 0,05$), quanto para as três subescalas da escala, respectivamente ($r=0,95$; $r=0,92$; $r=0,71$; $p < 0,05$). Os valores encontrados indicam uma boa estabilidade temporal do instrumento, uma vez que todos os escores obtidos, tanto para escala global quanto para as suas subescalas, se situam muito acima do valor mínimo (0,60) para esta propriedade psicométrica (Vallerand, 1989), sendo que três destas correlações foram muito elevadas, se situando acima de 90. A correlação entre os escores globais do teste e do reteste da versão brasileira da escala MARS ($r=0,95$) apresentou resultado melhor do que o obtido na aplicação da versão original da escala ($r=0,72$) (Thompson et al., 2000). Estes resultados foram também melhores do que os encontrados na versão adaptada e validada da escala MARS para o contexto Português ($r = 0,76$) (Vanelli et al., 2011). Entretanto, diferentemente da versão original e da versão brasileira da escala, onde o teste e reteste foram realizados com intervalos de 15 dias, na versão portuguesa, o intervalo entre o teste e o reteste foi de apenas 02 dias. Quando a reaplicação do instrumento ocorre em um espaço de tempo muito pequeno, o entrevistado pode se lembrar das respostas dadas na primeira aplicação e repeti-las, interferindo na avaliação da estabilidade da escala (Zwart, Frings-Dresen & Duivenbooden, 2002). Portanto, os resultados das correlações do presente trabalho, com um intervalo de 15 dias, permitem uma maior confiança nos dados referentes à estabilidade da escala.

Os resultados sobre a consistência interna da escala MARS, obtidos pela análise de alfa de Cronbach para a escala global mostraram que ela possui consistência interna

adequada, uma vez que o valor de alfa obtido ($\alpha = 0,72$) se situa na faixa ideal sugerida por Vallerand (1989) para avaliação da fidedignidade de uma escala (entre 0,70 e 0,85). Esse valor foi um pouco menor que o obtido na análise da consistência interna da versão original e da versão portuguesa da escala, onde foi encontrado um valor de alfa de 0,75 para as duas versões (Thompson et al., 2000; Vanelli et al., 2011). Entretanto, o resultado obtido no presente trabalho foi superior ao encontrado em outro estudo multicêntrico feito por Fialko et al., (2008), onde o coeficiente alfa de Cronbach encontrado para a escala MARS global foi de 0,60.

Quanto à consistência interna das subescalas, tomadas separadamente, os valores encontrados para o coeficiente alfa das subescalas 1 e 3 foram menores que os encontrados no estudo realizado por Fialko et al., (2008). Os estudos da versão original e da versão portuguesa da escala MARS não apresentaram resultados de consistência interna para as subescalas, impedindo uma comparação dos resultados. O número reduzido de itens do instrumento, em especial da subescala 3, com 2 itens, pode constituir uma justificativa plausível para o valor mais baixo desse indicador (Damásio, 2012). O valor do alfa da subescala 3 não limita a confiabilidade da escala MARS. Além disso, comumente são encontrados em pesquisas de adaptação transcultural de instrumentos de medida, valores de alfa de Cronbach menos elevados do que os obtidos no estudo da escala original (Vallerand, 1989).

As correlações item-total dos itens foram todas acima de 0,20, critério mínimo adotado para retenção dos itens na escala (Perreault, Katerelos, Sabourin, Leichner, & Desmarais, 2001). Além disso, o valor de alfa diminuiu ou permaneceu inalterado quando algum dos itens foi eliminado da escala, o que sugere que não existem itens redundantes. Este resultado indica que a escala MARS possui uma boa homogeneidade dos itens, portanto um bom índice de fidedignidade ou precisão pela qual a escala mede a adesão dos pacientes ao uso de medicações psiquiátricas.

As correlações das três subescalas entre si e com a escala global mostraram que todas elas foram positivas e significativas. Além disso, como esperado, os valores dos coeficientes de correlação de cada subescala com a escala global foram mais elevados do que os valores obtidos entre as subescalas. Esse resultado indica que, embora as subescalas avaliem dimensões distintas da adesão ao uso de medicações psicotrópicas, eles compartilham um construto comum, referente à escala MARS global (Vallerand, 1989).

Não é possível fazer uma comparação desses resultados com os dados da escala original, tendo em vista que esse tipo de análise não constava do estudo em questão.

Algumas limitações estão presentes nesse estudo. A análise psicométrica da escala MARS foi avaliada somente em relação à sua fidedignidade, envolvendo consistência interna e estabilidade temporal. O tamanho da amostra e o tempo limitado do programa de mestrado inviabilizaram a coleta de dados de uma amostra mais ampla, necessária ao estudo da validade de construto da escala, por meio de uma análise fatorial. Os resultados obtidos no presente estudo, por meio da análise de alfa de Cronbach, mostraram que os itens se mantiveram nas subescalas e no escore global, uma vez que os índices de correlação item-total estavam dentro dos valores recomendados para manter os itens em uma escala. Entretanto, uma análise mais aprofundada deverá ser realizada em estudos futuros por meio de uma análise fatorial, que determinará se os itens e as dimensões atuais da escala serão mantidos.

CONCLUSÕES

Este estudo, até o momento, constitui o primeiro a ser realizado sobre uma escala de medida que avalia especificamente a adesão a medicações psicotrópicas no nosso meio. A escala se mostrou de fácil aplicação e compreensão pelos pacientes. Os resultados obtidos permitem concluir que a versão brasileira da escala MARS possui propriedades psicométricas adequadas de fidedignidade, quanto à sua estabilidade temporal e consistência interna, podendo ser utilizada no contexto brasileiro para avaliar o nível de adesão dos pacientes ao uso das medicações psicotrópicas. Com relação à estabilidade temporal, os resultados encontrados mostraram que a versão brasileira da escala MARS apresentou índices aceitáveis para os itens da escala global e das subescalas, avaliados pelo estudo de correlações teste-reteste. Quanto à consistência interna, os resultados indicaram que a escala MARS apresenta homogeneidade e que os itens são adequados os em suas respectivas dimensões e na escala global, por meio da avaliação do coeficiente alfa de Cronbach.

Pode-se concluir que a escala MARS constitui um instrumento de medida adequado para aferir a adesão dos pacientes aos medicamentos psicotrópicos, no contexto brasileiro, tanto no desenvolvimento de pesquisas de avaliação de serviços de saúde mental, quanto nas aplicações clínicas. Tendo em vista a facilidade de aplicação e de compreensão da escala pela população-alvo, ela poderia ser aplicada nestes serviços, de forma rotineira, visando incentivar uma cultura de avaliação em saúde mental e práticas baseadas em evidências, através de instrumentos validados para o contexto brasileiro. Os dados obtidos com a escala MARS poderão ser úteis para complementar as avaliações dos pacientes e ajudar os profissionais a oferecer tratamentos mais adequados às necessidades destes pacientes. Esta escala pode ser utilizada, por exemplo, para obtenção de informações sobre a adesão ao uso de medicações psicotrópicas, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções psicoeducacionais junto aos pacientes, de forma a melhorar os seus níveis de adesão.

REFERÊNCIAS

Abreu, M. H. N. G., Acúrcio, F. A., Silva, V. L. (2000). Utilização de psicofármacos por pacientes odontológicos em Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 7(1).

Acioly, Y. (2008). Reforma psiquiátrica: construção de outro lugar social para a loucura? *Sociologia e Política*. I Seminário Nacional Sociologia & Política UFPR. Published online. Accessed on <http://www.humanas.ufpr.br/site/evento/SociologiaPolitica/GTs-ONLINE/GT4/EixoIII/reforma-psiquiatrica-YanneAcioly.pdf>. On 13 agosto 2016.

Amarante, P. (2009). Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Vol 1, no1.

Amarante, P. (1996) O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.

Amarante, P. (1994). Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*. I (1), 61-77.

Andrade, M. F., Andrade, R. C. G., Santos, V. (2004). Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. *Rev Bras. Cienc. Farm, Braz J PharmSci*. (40) 4.

Antunes, M. M. O., Queiroz, M. S. (2007). A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 (1), 207-215.

Akerman M, & Nadanovsky, P. (1992). Avaliação dos serviços de saúde – avaliar o que?. *Cad. Saúde Pública*, 9 (4): 361-365.

Almeida, P. F. (2002). O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Corrêa/RJ. Dissertação de mestrado, Ciências da Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil.

Amarante, P. (1994). Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*. I (1), 61-77.

Amarante, P. (1996) O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.

Amarante, P. (2009). Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Vol 1, no1.

Andrade, M. F., Andrade, R. C. G., & Santos, V. (2004). Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. *Rev Bras. Cienc. Farm, Braz J PharmSci*. (40) 4.

Andreoli, S. B. Almeida-Filho, N. Martin, D. Mateus, M.D. & Mari, J. J. (2007). É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 43-46.

Andreoli, S. B. Serviços de saúde mental no Brasil (2007). In M. F. Mello, A. A. F. Mello, & R. Kohn (Orgs.). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 85–100). Porto Alegre: Artmed.

Antunes, M. M. O., & Queiroz, M. S. (2007). A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 (1), 207-215.

Bandeira M. & Barroso S. M., (2005). A sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(1), 34-46.

Bandeira, M. (1993). Reinserção de doentes mentais na comunidade: Fatores determinantes das re-hospitalizações. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42(9), 491–498.

Bandeira, M. (2014). Princípios norteadores para avaliação de serviços de saúde mental. Em Bandeira, M., Lima, L.A., Barroso, S. Avaliação de serviços de saúde mental. Petropolis, RJ: Vozes.

Bandeira, M. Gelinas, D. & Lesage, A. (1998). Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47(12), 627-640.

Bandeira, M., & Silva, M. A. (2012). Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. *J Bras Psiquiatr*, 61(3):124-32.

Bandeira, M., Calzavara, M. G. P., & Varella, A. A. B. (2005). Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: Adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(3), 206–214.

Bandeira, M., Calzavara, M. G. P., Costa, C. S., & Cesari, L. (2009). Avaliação de serviços de saúde mental: Adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(2), 107–114.

Baptista, M. N & Dias, R. R. (2007). Fidedignidade do inventário de percepção de suporte familiar – ipsf. *Avaliação Psicológica*, 2007, 6(1), pp.33-37

Barros, D. D. (1994). In: Amarante, P. (org.). Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Barroso, S. M., & Silva, M. A. (2011). Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Revista da SPAGESP –*

Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado, Vol. 12, No. 1, 66-78. São Paulo.

Ben, A. J, Neumann, C. R., & Mengue, S. S. (2012). Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública*. 46(2):279-89.

Boas, L. C. G., Lima, M. L. S. A. P., & Pace, A. E. (2014). Adesão ao tratamento do diabetes mellitus: validação de instrumentos para antidiabéticos orais e insulina. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 22(1).

Bonadiman, C. S. C, Passos, V. M. A, Mooney, M, Naghavi, M & Melo, A. P. S. (2017). A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 20 supl 1: 191-204.

Borba, L. O., Schwartz, E., & Kantorski, L. P. A. (2008). Sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enferm*, 21(4):588-94.

Bosi, M. L. M., & Uchimura, K. Y. (2007). Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saúde Pública* 41(1):150-3

BRASIL. Ministério da Saúde. (2005). Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas Secretaria de Atenção à Saúde. OPAS. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental.

BRASIL. (2001). Lei n.º Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2004). Legislação em saúde mental: 1990-2004. Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde, 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2011). Saúde Mental em Dados – 8, ano VI, nº 8. Informativo eletrônico. Brasília: janeiro de 2011 (acesso em 20/10/2017).

BRASIL. Ministério da Saúde. (2012). Saúde Mental em Dados - 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012 (acesso em 20/10/2017).
Brasileiro de Psiquiatria, 49(10–12), 405–412.

Buckley P. F, Foster A, Patel N. C., & Wermert A. (2009). Adherence to mental health treatment. New York: Oxford University Press.

Byerly MJ, Nakonezny PA, Rush AJ. 2008. The Brief Adherence Rating Scale (BARS) validated against electronic monitoring in assessing the antipsychotic medication adherence of outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res.* 100(1-3):60-9.

Camilo, C. A. (2011). Avaliação de um serviço de saúde mental: perspectivas dos pacientes, familiares e profissionais. Dissertação de mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, Brasil.

Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistência Interna. *Rev. salud pública.* 10 (5):831-839.

Cardoso, C. O; Carvalho, J. C. N; Cotrena, C; Bakos, D. G. S; Kristensen, C. H & Fonseca, R. P. (2010). Estudo de fidedignidade do instrumento neuropsicológico Iowa Gambling Task Reliability study of the neuropsychological test Iowa Gambling Task. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(4):279-285.

Cardoso, L., & Galera, S. A. F. (2006). Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Acta Paul Enferm*, 19(3):343-8.

Cardoso, L., & Galera, S. A. F. (2009). Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.43, n.1, p.161-167.

Carvalho, A. R. S., Dantas, R. A. S., Pelegriño, F. M., & Corbi, I. S. A. (2010). Adaptação e validação de uma medida de adesão à terapia de anticoagulação oral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 3–10.

Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Pineault, R. (1996). A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. Em: Hartz, Z. M. A. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. L., & Boyle, P. (1994). *Saber preparar uma pesquisa. Definição. Estrutura. Financiamento*. São Paulo: Editora Hucitec Abrasco.

Cruz, L. P., Miranda, P. M., Vedana, K. G. G., & Miasso, A. I. (2011). Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem jul.-ago.* 19 (4).

Cunha, M. F., & Gandini, R. C. (2009). Adesão e Não-Adesão ao Tratamento Farmacológico para Depressão. *Psic. Teor. e Pesq.*, Brasília, Vol. 25 n. 3, pp. 409-418.

Czarnobay, J. (2015). Adesão ao uso de psicofármacos pelo portador de transtorno mental: percepções do enfermeiro. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Brasil.

Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228.

Dolder C. R., Lacro J. P., Warren K. A., Golshan S., Perkins D. O., & Jeste, D. V. (2004). Brief evaluation of medication influences and beliefs: development and testing of a brief scale for medication adherence. *J Clin Psychopharmacol.* 2004;24(4):404-9.

Donabedian, A. (1966/2005). "Evaluation the quality of medical care". The Milbank quarterly, 83 (4), p. 691-729 [Milbank Memorial Fund. Published by Black-well Publish. Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44 (3), p. 166-203].

Donabedian, A. (1990). "The seven pillars of quality". Arch Pathol. Lab. Med., Vol 114, p. 1.115-1.118.

Faschel J. M. G., & Camey S. (2003). Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: Cunha JA. Psicodiagnóstico. São Paulo: Artmed; p. 158-70.

Fialko, L., Garety, P. A., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P. E., Fowler, D., & Freeman, D. (2008). A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). Schizophrenia Research, 100(1-3), 53-59.

Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-Risk Behavior. Psychological Bulletin, 111(3), 455-474.

Fisher, J. D., Fisher, W. A., Misovich, S. J., Kimble, D. L., & Malloy, T. E. (1996). Changing AIDS Risk-Behavior: Effects of an Intervention Emphasizing AIDS Risk Reduction Information, Motivation, and Behavioral Skills in a College Student Population. Health Psychology, 15(2), 114-123.

Fonseca, R., Silva, P., & Silva, R. (2007). Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. Laboratório de Psicologia, 5(1): 81-90.

Freire, E. C., Feijó, C. F. C., Fonteles, M. M. F., Soares, J. E. S; & Carvalho, T. M. J. P. (2013). Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtorno do humor de centro de atenção Psicossocial do nordeste do Brasil. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 34(4):565-570.

Gonçalves, R. W., Vieira, F. S., & Delgado, P. G. G. (2012). Política de saúde mental no Brasil: Evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 51–58.

Gonçalves, S., Fagundes, P., Lovisi, G., & Lima, L. A. (2001). Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. *Ciência & Saúde Coletiva*. 6 (1): 105-113.

Gorenstein, C., & Scavone, C. (1999). Avanços em psicofarmacologia - mecanismos de ação de psicofármacos hoje. *Ver Bras Psiquiatr*, 21 (1).

Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of healthrelated quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417–1432.

Günther, H. & Lopes, Jr, J. (1990). Perguntas abertas vs perguntas fechadas: Uma comparação empírica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 6, 203-213.

Hansson L. (2001). Outcome assessment in psychiatric service evaluation. *Soc. Psychiatric Epidemiol*, 36: 244-248.

Helena, E. T. S., Nemes, M. I. B., Eluf-Neto, J. (2008). Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev Saúde Pública*. 42(4):764-7.

Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*, 7 (4), 323-335.

Hogan T. P, Awad A. G, Eastwood R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med*. 13:177-83.

Kampman O, Lehtinen K, Lassila V, Leinonen E, Poutanen O, & Koivisto A. M. (2000). Attitudes towards neuroleptic treatment: reliability and validity of the Attitudes towards Neuroleptic Treatment (ANT) questionnaire. *Schizophr Res.* 45:223-34.

Kohn, R. Mello, M. F., & Mello, A. A. F. (2007). O ônus e a carência de atendimento da doença mental no Brasil. Em: Mello, M. F. Mello, A. A. F. Kohn, R. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.

Lamenha, K. C. R. (2013). Saúde mental e desinstitucionalização: um estudo a partir da perspectiva antimanicomial e da reforma psiquiátrica no Brasil. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, Alagoas, Brasil.

Leite, S. N, & Vasconcelos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva.* 8(3). 775-782.

Leo R. J, Jassal K, Bakhai Y. D. (2005). Nonadherence with psychopharmacologic treatment among psychiatric patients. *Primary Psychiatry.* 12(6):33-9.

Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling,* 10, 117–138.

Maciel, S. C. (2012). Reforma Psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. *Cad. Bras. Saúde Mental,* 4(8), 73 – 82.

Mangualde, A. A. S., Botelho, C. C., Soares, M. R., Costa, J. F., Junqueira, A. C. M., & Vidal, C. E. L. (2013). Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. *Mental - ano X,* nº 19, p. 235-248.

Mercier, L., Landry, M., Corbiere, M., & Perreault, M. (2004). “Measuring clients’ perception as outcome measurement”. In: Roberts, A.R. & Yeager, K.R. *Evidence*

based practice manual: Research na outcome measures in health and human services. Oxford: University Press, p. 904-909.

Mesquita, J. F., Novellino, M. S. F., & Cavalcanti, M. T. (2010) A reforma psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu, Minas Gerais, Brasil.

Miasso, A. I., Miamoto, C. S., Mercedes, B. P. C., Verdana, K. G. G. (2015). Adesão, conhecimento e dificuldades relacionados ao tratamento farmacológico entre pessoas com esquizofrenia. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*, 17(2): 186-95.

Moreira, I. C., Bandeira, M., Pollo, T. C., & Oliveira, M. S. (2014). Cross-cultural adaptation to Brazil of Medication Adherence Rating Scale for psychiatric patients. *J Bras Psiquiatr.* 63(4):273-80.

Morgado, A., & Lima, L. B. (1994). Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(1), 19-28.

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.

Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of Change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143–154.

Oliveira, M. A. F., Cestari, T. Y., Pereira, M. O., Pinho, P. H., Gonçalves, R. M. D. A., & Claro, H. G. (2014). Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. *Saúde Debate.* 38 (101). 368-378.

Oliveira-Filho, A. D., Morisky, M.S.P.H., Neves, S. J. F., Costa, F. A., & Lyra Junior, D. P. (2014). The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: Validation of a Brazilian–Portuguese version in hypertensive adults. *Res Social Adm Pharm.* 10(3):554-61.

OMS (2008). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca).

OMS (2018). World Mental Health Atlas 2017. World Health Organization: Geneva.

OMS. (2017). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0. World Health Organization. Published online. Accessed on <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34071/9789241549790-spa.pdf?sequence=11&isAllowed=y> .On 19 dezembro 2018.

OMS. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.

OMS. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization.

OMS. (2001). Relatório sobre a saúde do mundo 2001: Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. Genebra: World Health Organization.

Pasquali, L. (1999) Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida (LabPAM) – Instituto de Psicologia. Brasília: Universidade de Brasília.

Pasquali, L. (2009). Psicometria. Rev Esc Enferm USP, 43 (Esp), 992-9.

Pasquali, L. (2013). Psicometria: Teoria dos Testes na Psicologia e na Educação. Editora: Vozes.

Perreault, M., & Leichner, P. (1993). Patient satisfaction with outpatients psychiatric services. Qualitative and quantitative assessments. *Evaluation and Program Planning*, 16 (2), 109-118.

Perreault M, Katerelos TE, Sabourin E, Leichner P, Desmarais J. (2001). Information as a distinct dimension for satisfaction assessment of outpatient psychiatric services. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 14(2-3):111-20.

Prieto L, Lamarca R, Casado, A. (1998). La evaluación de la fiabilidad de las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclase. *Med Clin (Barc)* 110:142-5.

Remondi, F. A., Cabrera, M. A. S., & Souza, R. K. T. (2014). Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(1):126-136.

Rocha, T. P. O., Neto, J. A. F., Fernandes, D. R., Santana, E. E. C., Abreu, J. E. R., Cardoso, R. L. S., & Melo, J. B. (2015). Estudo Comparativo entre Diferentes Métodos de Adesão ao Tratamento em Pacientes Hipertensos. *Internacional Journal of Cardiovascular Sciences*. 28(2):122-129.

Rosa M., & Marcolin M.A. Escala de Influências Medicamentosas (ROMI): tradução e adaptação um instrumento para avaliar a aderência ao tratamento. (2000). *J Bras Psiquiatr*. 2000;49(10- 12):405-12.

Rosa, M. A., & Elkis, H. (2007). Adesão em esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(suppl. 2), 189–192.

Ruggeri, M. (1994). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: The state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(5), 212-227.

Santos, E. G., & Siqueira, M. M. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr.* 59(3):238-246.

Saurin, G., & Crossetti, M.G.O. (2013). Fidedignidade e validade do instrumento de avaliação da dor em idosos confusos – IADIC. *Rev. Gaucha Enferm.* 2013, 34(4):68-74.

Shirakawa, I. (Ed.). (2007). *Esquizofrenia: Adesão ao tratamento*. São Paulo: Casa Leitura Médica.

Silva, A. L. A., Pitta, A. M. F., Covre, E. M., Souza, J. C., Oliveira, M. A. F., Nicácio, M. F. S., Vasco, M. S., Dellosi, M. E., Bichaff, R., & Barros, S. (2008). Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. In: Barros, S., Bichaff, R. (org). Fundap, Secretaria da Saúde. São Paulo.

Silva, L. M. V., & Formigli, V. L. A. (1994). Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), 80-91.

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. *J Bras Psiquiatr.* 61(4):242-51.

Silveira, L. C., & Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(4), 591-5.

Smith, G.R.; Manderscheid, R.W.; Flynn, L.M. & Steinwachs, DM. (1997). "Principles for assessment of patient outcomes in mental health care". *Psychiatric services*, 48 (8), p. 1.033-1343.

Smith, M. J. (2004). Process and outcome evaluations. In: A. R. Roberts e K. R. Yeager. *Evidence-based practice manual: research an outcome measures in health and human services*. Oxford: University Press.

Sousa, R. L.; Sousa, E. S. S.; Silva, J. C. B & Filizola, R. G. (2000). Fidedignidade do Teste-reteste na Aplicação do Índice Menopausal de Blatt e Kupperman. *RBGO* - v. 22, nº 8, 2000.

Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. B. (2017). Propiedades psicométricas en la evaluación de instrumentos: discusiones sobre la fiabilidad y validez. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, 26(3):649-659.

Thompson, K., Kulkarni, J., & Sergejew, A. A. (2000). Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*, 42, 241–247.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2010). Boas práticas em saúde mental comunitária. Barueri: Editora Manole.

Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology*, 30(4), 662-680.

Vanelli, I., Chendo, I., Gois, C., Santos, J., & Levy, P. (2011). Adaptação e validação da versão portuguesa da escala de adesão à terapêutica. *Acta Medica Portuguesa*, 24, 17–20.

Vidal, C. E. L., Bandeira, M., & Gontijo, E. D. (2008). Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *J Bras Psiquiatr*, 57(1):70-79.

Weiden P, Rapkin B, Mott T, Zygmunt A, Goldman D, Horvitz-Lennon M, et al. Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. (1994). *Schizophr Bull.* 20(2):297-310.

World Health Organization (2003). Adherence to longterm therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization.

Zwart B. C, Frings-Dresen M. H, Duivenbooden J. C. (2002). Test-retest reliability of the Work Ability Index Questionnaire. *Occup Med (Lond)*. 52(4):177-81.

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE ADESÃO À MEDICAÇÃO – MARS-BR

Instruções: Eu vou fazer algumas perguntas sobre como você toma seus remédios psiquiátricos e o que você pensa sobre eles. Por favor, responda sinceramente a cada pergunta.

1. Você, às vezes, se esquece de tomar seus remédios?	1 SIM <input type="radio"/>	0 NÃO <input type="radio"/>
2. Às vezes, você se descuida de tomar seus remédios?	1 SIM <input type="radio"/>	0 NÃO <input type="radio"/>
3. Quando você se sente melhor, você, às vezes, para de tomar seus remédios?	1 SIM <input type="radio"/>	0 NÃO <input type="radio"/>
4. Às vezes, se você sente pior quando toma seus remédios, você para de tomá-los?	1 SIM <input type="radio"/>	0 NÃO <input type="radio"/>
5. Você toma seus remédios só quando está passando mal?	1 SIM <input type="radio"/>	0 NÃO <input type="radio"/>
6. Você acha estranho a pessoa ser controlada por remédios?	1 SIM <input type="radio"/>	0 NÃO <input type="radio"/>
7. Seus pensamentos ficam mais claros quando você está tomando remédios?	0 SIM <input type="radio"/>	1 NÃO <input type="radio"/>
8. Você acha que tomando seus remédios, você evita ficar doente?	0 SIM <input type="radio"/>	1 NÃO <input type="radio"/>
9. Você se sente esquisito(a) quando está tomando seus remédios?	1 SIM <input type="radio"/>	0 NÃO <input type="radio"/>
10. Os remédios fazem você se sentir cansado(a) ou lento(a)?	1 SIM <input type="radio"/>	0 NÃO <input type="radio"/>

Moreira IC, Bandeira M, Pollo, TC, Oliveira, MS. (2014) Cross-cultural Adaptation to Brazil of Medication Adherence Rating Scale for psychiatric patients J Bras Psiquiatr; 63(4):273-80.

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Nome do respondente: _____

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Local da entrevista: _____

Endereço (opcional): _____

A . DADOS DO PACIENTE NO PRONTUÁRIO:

Número do prontuário: _____

Nome do paciente: _____

1. Sexo: () 0. Masculino () 1. Feminino

2. Idade: _____ anos

3. Diagnóstico (nome e número do CID – 10): _____

4. Comorbidades: () 1. Sim () 0. Não

Medicamentos utilizados: _____

5. Número de medicamentos: _____

6. Quais tipos de medicação faz uso:

() 6.1. Antidepressivo () 6.2. Antipsicóticos

() 6.3. Estabilizadores de humor/Anticonvulsivantes

() 6.4. Psicoestimulantes () 6.5. Sedativos/hipnóticos 6.6. () Outro:

B. DADOS DO PACIENTE NA ENTREVISTA:**Dados Sociodemográficos**

7. Estado civil:

1. Solteiro (a) 2. Vivendo como casado (a) 3. Viúvo(a)

4. Casado (a) 5. Separado(a) / Divorciado

8. Você tem filhos? 1. Sim 0. Não

9. Se sim: quantos? _____

10. Com quantas pessoas você mora? Número: _____

11. Com quem você mora?

1. família nuclear (pai, mãe, irmãos)

2. família secundária (cônjuge, filhos)

3. lar protegido (residência terapêutica)

4. sozinho

5. outros: _____

12. Você mora em: 1. Zona urbana 2. Zona rural

13. De quem é a casa onde você mora?

1. Respondente 2. Outra pessoa. Quem? _____

14. Você frequenta ou frequentou a Escola? 1. Sim 0. Não

15. Número de anos de escolaridade _____

16. Nível de escolaridade:

1. Analfabeto 2. Primeiro incompleto 3. Primeiro grau completo

4. Segundo grau incompleto 5. Segundo grau completo

6. Superior incompleto 7. Superior completo 8. Pós graduação

17. Já repetiu de ano na escola? () 1. Sim () 0. Não
18. Se sim, quantas vezes repetiu de ano? _____
19. Você tem uma renda mensal (você recebe algum dinheiro)? () 1. Sim () 0. Não
20. Se sim: Quanto você recebe? R\$ _____
21. De onde você obtém esta renda (esse dinheiro)?
- () 1. Pensão () 2. Salário () 3. Aposentadoria () 4. Afastado em perícia médica
- () 5. Benefício (bolsa família) () 6. Outro: _____
22. Você trabalha atualmente? () 1. Sim () 0. Não
23. Se não está trabalhando:
- () 1. Aposentado () 2. Estudante () 3. Dona de casa (do lar)
- () 4. Desempregado () 5. Afastado por doença

Dados Clínicos

24. Com que idade começou tratamento psiquiátrico? _____
25. Há quanto tempo faz tratamento psiquiátrico? _____ anos
26. Qual tratamento psiquiátrico está fazendo no momento?
- () 1. Ambulatório Saúde Mental
- () 2. PSF e uso de medicamentos
- () 3. CAPS – Hospital - Dia
- () 5. Acompanhamento em médico particular.
- () 6. Outro: especificar: _____
27. De quanto em quanto tempo vai ao médico para tratamento psiquiátrico?
- () 1. Semanal () 2. Quinzenal () 3. Mensal () 4. Bimestral () 5. Trimestral
- () 6. Semestral () 7. Anual () 8. Outro

28. Além do tratamento psiquiátrico, faz algum outro tipo de tratamento?

() 1. Sim () 0. Não

29. Forma de uso da medicação: () 1. via oral () 2. injeção () 3. ambos

30. Frequência dos remédios:

() 1. Diária () 2. Semanal () 3. Quinzenal () 4. Mensal

31. Você toma o remédio sozinho? () 1. Sim () 0. Não

32. Seu médico negociou com você qual seria o melhor remédio para você tomar?

() 1. Sim () 0. Não

33. Quando seu familiar lhe dá o remédio para tomar você aceita? () 1. Sim () 0. Não

34. Seus familiares lhe ajudam a manter o uso dos remédios?

() 1. Sim () 0. Não

35. Você recebe todos os remédios de graça? () 1. Sim () 0. Não

Se compra, quais? _____

36. Você passa mal ao tomar os remédios? () 1. Sim () 0. Não

Se sim, o que sente? _____

37. Seus remédios têm gosto ruim? () 1. Sim () 0. Não

38. Quando você toma remédio você perde o desejo por sexo? () 1. Sim () 0. Não

39. Quando você toma remédio tem dificuldade em ter ereção (impotência sexual)?

() 1. Sim () 0. Não

40. Você engordou tomando remédio? () 1. Sim () 0. Não

41. Você tem alguma coisa contra o uso de remédios psiquiátricos?

() 1. Sim () 0. Não

Se sim, o que? _____

42. Quantas crises (alteração do quadro psiquiátrico) você teve no último ano? _____

crises

43. Teve internação psiquiátrica no último ano?

1. Sim 0. Não

44. Quantas internações psiquiátricas você teve no último ano? _____

45. Além da doença psiquiátrica você tem outras doenças físicas?

1. Sim 0. Não.

Se sim, qual ou quais? _____

46. Você faz uso de bebidas alcoólicas? 1. Sim 0. Não

47. Você faz uso de drogas ilícitas (maconha, cocaína, etc.)? 1. Sim 0. Não

Condições de vida

48. Você faz atividade, de lazer **dentro de casa** (exemplo, ver TV, ouvir rádio, crochê, tricô...): 1. Sim 0. Não

Quais? _____

49. Você faz atividade, de lazer **fora de casa** (exemplo, passear, viajar, visitar amigos ou familiares): 1. Sim 0. Não

Quais? _____

50. Atualmente, você tem outras preocupações na sua vida além da necessidade de cuidar de você mesmo? 1. Sim 0. Não

Se sim: Quais são? _____

51. Existem outras pessoas na casa ou na sua família que estão doentes e que necessitam de sua ajuda? 1. Sim 0. Não

Quem? Especificar _____

52. Número de pessoas que necessitam de sua ajuda: _____

Percepção sobre doença e tratamento.

53. Você acha que recebeu informações suficientes sobre a doença pela qual faz tratamento?

1. Sim 0. Não

54. Quem forneceu a você informações sobre sua doença?

1. Profissionais 2. Vizinhos ou amigos 3. Igreja 4. Escola

5. Outro: _____

55. Você acha que precisa de mais informações sobre a doença?

1. Sim 0. Não

Quais? _____

56. Você acha que recebeu informações suficientes sobre seus remédios?

1. Sim 0. Não

57. Você acha que precisa de mais informações sobre seus remédios?

1. Sim 0. Não

Quais? _____

58. Você sabe como tomar seus remédios? 1. Sim 2. Não

59. Você sente que tem o apoio dos profissionais que cuidam de você? (Exemplos de apoio: ter liberdade para chama-los quando precisar, ajuda nos momentos de crise?)

1. Sim 0. Não

60. Você acha que a ajuda que você recebe dos profissionais de saúde é suficiente?

1. Sim 0. Não

61. Você acha que precisa de mais ajuda do que você tem para manter o uso de sua medicação?

1. Sim 0. Não

Se sim, qual ajuda? _____

62. Você recebe visita dos Profissionais de Saúde da Família? 1. Sim 0. Não

63. Você consegue perceber quando você entra em crise?

1. Sim 0. Não

64. Você acredita que conseguiria controlar sua doença sem remédios?

() 1. Sim () 0. Não

65. Que tipo de apoio você acha que seria necessário para lhe ajudar a manter o uso das medicações _____

66. O que mais lhe incomoda em ter que usar continuamente remédios?

APÊNDICE

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de entrevistas sobre o uso de remédios psiquiátricos. Estas entrevistas foram autorizadas pela coordenadora de Saúde Mental, Flávia Denise Barbosa Vasques. O responsável por este estudo é Clóvis da Silva Melo Júnior.

Eu vou fazer algumas perguntas sobre como você toma seus remédios psiquiátricos e o que você pensa sobre eles. Os resultados desta entrevista podem contribuir com informações importantes para compreender quais as dificuldades que os pacientes têm para usar os remédios psiquiátricos. Gostaríamos de contar com a sua colaboração, durante aproximadamente 1 hora, para conversarmos sobre questões relacionadas de como você usa seus remédios e/ou as dificuldades que você pode estar enfrentando para usá-los.

Essa entrevista não vai atrapalhar no seu tratamento e não oferece para você nenhum risco. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá interromper sua participação a qualquer momento, se você desejar, sem que haja nenhum prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não terá nenhuma despesa e não receberá qualquer valor em dinheiro.

Todas as informações que você fornecer nessa entrevista serão mantidas somente entre nós. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo e a divulgação dos resultados será anônima e apenas em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

Eu, _____, li

(nome do voluntário)

e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e como ele será realizado. A explicação que recebi esclarece que minha participação não implicará em nenhum risco para mim. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e que não receberei dinheiro para participar do estudo. Eu concordo em participar deste estudo.

Juiz de Fora, ____/____/2018

Assinatura do voluntário

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável