



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - *CAMPUS* DE CASCAVEL
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS E FARMACÊUTICAS
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

RENATA SOARES DA SILVA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL SEMÂNTICA E IDIOMÁTICA DE UM
INSTRUMENTO DE ADESÃO MEDICAMENTOSA PARA POPULAÇÃO IDOSA**

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Regina Simões

Colaboradora: Profa. Ms. Ligiane Lourdes da
Silva

**CASCAVEL – PR
2020**

RENATA SOARES DA SILVA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL SEMÂNTICA E IDIOMÁTICA DE UM
INSTRUMENTO DE ADESÃO MEDICAMENTOSA PARA POPULAÇÃO IDOSA**

Projeto apresentado à Universidade Estadual Oeste do Paraná, *Campus* de Cascavel, em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas na Área de Concentração em Ciências Farmacêuticas.

Linha de Pesquisa: Fármacos e Medicamentos.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Regina Simões

Colaboradora: Profa. Ms. Ligiane Lourdes da Silva

Assinatura da Orientadora

Cascavel-PR
2020

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

da Silva, Renata Soares
Adaptação transcultural semântica e idiomática de um instrumento de adesão medicamentosa para população idosa / Renata Soares da Silva; orientador(a), Márcia Regina Simões Autieri Vieira, 2021.
108 f.

Dissertação (mestrado profissional), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas, , 2021.

1. Barreiras à adesão. 2. Equivalência. 3. Método indireto. I. Simões Autieri Vieira, Márcia Regina . II. Título.

Renata Soares da Silva

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL SEMÂNTICA E IDIOMÁTICA DE UM
INSTRUMENTO DE ADESÃO MEDICAMENTOSA PARA POPULAÇÃO IDOSA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual do Oeste do Paraná como pré-requisito para obtenção do título de Mestre(a) em Ciências Farmacêuticas. Área de concentração: Fármaco e Medicamentos.

Orientador: Prof. Dr. Márcia Regina Simões

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Márcia Regina Simões
Autieri Vieira
*Universidade Estadual do Oeste do
Paraná*
UNIOESTE
Orientador

Prof. Dra. Suzane Virtuoso
Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UNIOESTE

Prof. Drs. Ariana Rodrigues da Silva
Carvalho
*Universidade Estadual do Oeste do
Paraná*
UNIOESTE

Prof. Dr. Helder Lopes Vasconcelos
*Universidade Estadual do Oeste do
Paraná*
UNIOESTE

**Cascavel – PR
2021**

RENATA SOARES DA SILVA

BIOGRAFIA RESUMIDA

Nasci em 02 de janeiro de 1989 na cidade de Paraíso do Norte-PR. Farmacêutica Generalista formada pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) no ano de 2012, campus Cascavel, Pós-Graduada em Lato Sensu-Especialização em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino em Pesquisa, credenciado pelo Ministério da Educação. Ingressa no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em nível de Mestrado em Ciências Farmacêuticas no ano de 2018. Desenvolve projeto em pesquisa junto à linha de Pesquisa Fármacos e Medicamentos, orientada pela Professora Doutora Márcia Regina Simões.

Servidora pública no município de Capitão Leônidas Marques desde 2012, como farmacêutica, diretora técnica da farmácia básica do município.

*“A ciência permanecerá sempre à
satisfação do desejo mais alto da nossa
natureza: a curiosidade; a qual fornecerá
sempre ao homem o único meio que ele
possui de melhorar a própria sorte.”*

Ernest Renan

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que me guiou e me protegeu durante toda essa jornada. Aos meus familiares, especialmente meus pais, Wilson e Marli, e meus irmãos, Wilson Júnior e Fernanda, que me deram força, apoio, amor e carinho para que essa conquista fosse possível. Ao meu esposo, Paulo, pela confiança em mim depositada, pelo incentivo nos momentos que achava impossível seguir em frente, em especial a minha filha Sofia, que é a razão e inspiração da minha vida. Filha, essa conquista é para você e por você.

Agradecimentos

À Prof.^a. Dr.^a. Márcia Regina Simões, pela orientação, pelos ensinamentos e paciência, por me incentivar nos momentos mais difíceis e por não desistir de mim.

À Prof.^a. Ms. Ligiane Lurdes da Silva, pela colaboração, amizade e respeito durante minha trajetória no Mestrado. Saiba que sou imensamente grata por tudo.

Aos docentes do Programa de Mestrado em Farmácia da Unioeste (Andréia, Luciana, Alexandre) pelos ensinamentos.

Ao programa de Pós-Graduação em Farmácia (PCF) pela oportunidade de realizar o Mestrado nesta instituição, pela qual tenho grande admiração e respeito e que me acolheu desde a graduação.

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL SEMÂNTICA E IDIOMÁTICA DE UM INSTRUMENTO DE ADESÃO MEDICAMENTOSA PARA POPULAÇÃO IDOSA

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi a realização da Adaptação Transcultural Semântica e Idiômática de um instrumento que avalia as barreiras de adesão medicamentosa, o Adherence Barriers Questionnaire (ABQ), instrumento originalmente alemão, disponibilizado em inglês pela tradução pelos próprios autores. Esta adaptação ocorreu para o contexto brasileiro com tradução para o português e alterações pertinentes à compreensão dos itens para a população idosa. A metodologia utilizada seguiu o procedimento de quatro etapas: tradução da escala original, retrotradução da escala traduzida, revisão por Comitê de Especialistas e realização do pré-teste com amostragem de pacientes idosos. Após as traduções e retrotraduções, as versões obtidas foram analisadas pelo Comitê de Especialistas, que realizou adequações na redação e compreensão dos itens, com linguagem mais adequada para compreensão pela população-alvo (idosos). Levando em consideração as características da população, como grau de letramento, além de dificuldade visual e cognitiva, escolheu-se a forma de aplicação por meio de entrevistas para a coleta de dados. A aplicação do ABQ ocorreu em duas etapas (pré-teste e estudo-piloto); em ambas foi realizada a técnica de sondagem. As dificuldades encontradas no pré-teste foram identificadas e modificadas para a realização do estudo-piloto. O tamanho da amostra do pré-teste e estudo-piloto foi de 30 pacientes atendidos em cada fase, com idade igual ou superior a 60 anos, ambos os sexos. Estes pacientes fazem acompanhamento pela Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (SUS) em uma cidade de pequeno porte do Oeste do Paraná. Dos entrevistados, 58,33% eram do sexo feminino, 68,33% possuíam ensino fundamental incompleto e 52,56% possuíam Hipertensão Essencial Primária como diagnóstico principal. Para análise da confiabilidade, utilizou-se a correlação item-total e alfa de Cronbach. A barreira de adesão mais prevalente entre os participantes referiu-se ao item 9 e a subescala não intencional mostrou-se presente em 43,33% das respostas apresentadas. A versão brasileira do questionário ABQ é um importante instrumento adaptado ao contexto linguístico e cultural brasileiro, com modificações voltadas para a população idosa. Pesquisas futuras investigarão as propriedades psicométricas de validação deste questionário. E ainda, essa versão brasileira poderá ser validada para outras regiões, tendo em vista a diversidade de culturas que o Brasil apresenta.

Palavras chaves: Adherence Barriers Questionnaire, questionários, adesão à medicação.

Transcultural Adaptation of a Medication Adherence Instrument for Elderly

ABSTRACT

The objective of this research was to carry out a Transcultural Adaptation of an instrument that assesses the barriers to medication adherence, the Adhesion Barriers Questionnaire (ABQ), written first in English. This adaptation occurs for Brazilian Portuguese, with necessary changes for elderly population understand the items. The methodology used followed the four-step procedure: translation of the original scale, back-translation of the translated scale, review by the Committee of Experts and pre-test with sampling of elderly patients. After translations and back-translations, previous versions were analyzed by Committee of Experts, who made adjustments in the writing and understanding of items with the most appropriate language for a better understanding of the target population (elderly), taking into account characteristics of the population, such as literacy, visual and cognitive difficulties and self-specified format for the interview. The application of ABQ occurred in two stages (pre-test and pilot study); in both, the probing technique was performed. The difficulties encountered in the pre-teste were and modified for the pilot study. The sample oh the pre-teste and pilot study was 30 patients seen in each phase, aged 60 years or over, both sexes. These patients are followed up by the Primary Care System of the Unified Health System in a small port city in western Paraná. Of the interviewees, 58,33% were female, 68,33% had incomplete Elementary Education and 52,56% had Primary Essential Hypertension as their main diagnosis. For reliability analysis, Cronbach's and item-total. The most prevalent adherence barrier among participants referred to item 9 and the unintentional subscale was present in 43.33% of the responses presented. The Brazilian version of the ABQ questionnaire an important instrument adapted to the Brazilian linguistic and cultural context, with modifications aimed at the elderly population. Future research will investigate the psychometric properties oh this questionnaire's validation. And yet, this Brazilian version can be validated for other regions, in view of the diversity of cultures that Brazil presents.

Key-words: Adherence Barriers Questionnaire, questionnaires, medication adherence

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVO GERAL	14
2.1 Objetivos Específicos.....	14
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
3.1 População idosa	15
3.2 Adesão ao medicamento.....	17
3.2.1 Métodos diretos de avaliação da adesão ao medicamento	21
3.2.2 Métodos Indiretos de avaliação da adesão ao medicamento	22
3.2.2 Escalas/ Instrumentos de avaliação da adesão ao medicamento.....	23
3.2.2.1 Critério Comportamental	23
3.2.2.2 Critério Comportamental e Barreiras de Adesão.....	23
3.2.2.3 Critério de Barreiras de Adesão	24
3.2.2.3 Critério de Associação da crença e das barreiras de adesão	25
3.2.2.4 Questionário Adherence Barriers Questionnaire (ABQ)	26
3.3 Adaptação transcultural semântica e idiomática.....	28
3.3.1 Equivalência conceitual.....	29
3.3.2 Equivalência semântica	29
3.3.3 Equivalência operacional.....	30
3.3.4 Equivalência idiomática.....	31
3.3.5 Equivalência de experiências	32
3.4 Procedimentos para adaptação transcultural.....	32
3.4.1 Tradução.....	32
3.4.2 Retrotradução	33
3.4.3 Revisão pelo comitê de especialistas	33
3.4.4 Pré-teste	34
4. MÉTODO.....	35
4.1 Local do Estudo	35
4.2 Coleta de dados.....	35

4.3 Campo de pesquisa	36
4.4 População-alvo	36
4.5 Processo de inclusão e exclusão dos participantes.....	36
4.6 Amostra	36
4.7 Adaptação transcultural	37
4.7.2 Retrotradução	38
4.7.3 Revisão por Comissão de Especialistas	38
4.7.4 Pré-teste e Estudo piloto.....	39
4.7.5 Pré-teste.....	40
4.7.6 Estudo Piloto	41
5. RESULTADOS	42
5.1 Comissão de especialistas	42
5.2 Descrição da amostra	52
5.3 Pré-teste.....	55
5.4 Estudo Piloto	57
5.4.1 Resultados da Análise Estatística	59
5.4.2 Confiabilidade	60
5.5 Característica de Aplicação do ABQ no estudo piloto.....	61
6. DISCUSSÃO	62
7. CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXO 1 - Aprovação dos autores da ABQ.....	71
ANEXO 2 - Versão original do instrumento.....	72
ANEXO 3 - Aprovação do comitê de ética	73
APÊNDICE 1 -Termo de consentimento livre e esclarecido	76
APÊNDICE 2 - Questionário de caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo.....	77
APÊNDICE 3 - Carta para o Comitê Especialistas.....	79
APÊNDICE 4 -ARTIGO.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Avaliação pelo Comitê de Especialistas do processo de tradução e retrotradução do instrumento ABQ.....	444
Tabela 2: Escala original do instrumento ABQ, versões das traduções e retrotraduções.	455
Tabela 3: Sugestões do comitê de especialistas após a reunião de consenso.....	4949
Tabela 4: Dados sociodemográficos dos 60 idosos participantes do pré-teste e estudo-piloto, atendidos pela atenção primária da cidade de Capitão Leônidas Marques –PR	543
Tabela 5: Distribuição de frequências do número de medicamentos administrados diariamente nos últimos 6 meses.....	54
Tabela 6: Distribuição de frequências do número de medicamentos prescritos nos últimos 6 meses.....	554
Tabela 7: Dados clínicos dos 60 pacientes idosos que participaram do pré-teste e estudo-piloto.....	55
Tabela 8: Distribuição das respostas do ABQ versão português do Brasil.....	60
Tabela 9: Correlação item-total para versão português ABQ.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Versões do instrumento ABQ do pré-teste e estudo-piloto.....	58
Quadro 2: Escala original, versão pré-teste e versão estudo piloto do questionário ABQ.....	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Fluxograma do processo de adaptação transcultural.....	40
Figura 2- Escala tipo Likert 4 pontos	41
Figura 3- Distribuição das respostas dos participantes do estudo-piloto.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS

ABQ – Adherence Barriers Questionnaire

BMQ – Brief Medication Questionnaire

EAM – Eventos adversos a medicamentos

FA– Fibrilação Atrial

IBGE – Instituto Brasileiro Geografia e Estatística

IM – Interações Medicamentosas

MAQ – Questionários de Adesão a Medicamentos

MARS – Medication Adherence Report Scale

MMAS-8 – Eight-Item Morisky Medication Adherence Scale

NA – Não adesão

PRM – Problemas Relacionados ao uso Medicamentos

PIM – Medicamentos Potencialmente Inapropriados

SUS – Sistema Único de Saúde

SEAMS –The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale

TMG – Teste de Morisky- Green

1. INTRODUÇÃO

Desde 2015, eu atuo junto à farmácia básica do Sistema Único de Saúde (SUS), onde atendemos pacientes de todas as faixas etárias, porém um grupo em especial chamou minha atenção durante esses anos, a população idosa.

Esse grupo se enquadra na população que mais utiliza medicamentos em sua forma contínua, reflexo das alterações fisiológicas e aumento de comorbidades decorrentes da idade.

A dificuldade em conhecer o medicamento e sua finalidade são observadas diariamente na dispensação dos medicamentos, em que muitos pacientes denominam o medicamento pela coloração ou formato do comprimido. Essa situação, juntamente ao grande número de medicamentos de uso contínuo devolvidos mensalmente pelos pacientes para descarte na Farmácia Central do nosso município, vem se tornando motivo de preocupação dos profissionais da assistência farmacêutica.

O seguimento/acompanhamento terapêutico nesta faixa etária de pacientes pode sofrer interferências de diversas variáveis, como o padrão de letramento, dificuldade visual, perda da autonomia, presença de efeitos colaterais e eventos adversos a medicamentos, bem como o custo, dificultando assim a adesão à terapia.

Na literatura existem diversos métodos para avaliar a adesão aos medicamentos, porém não há um método considerado “padrão-ouro”, devido aos vários fatores que podem interferir nos níveis dessa adesão.

A adesão medicamentosa possui uma ampla definição entre os autores, a mais utilizada e recomendada pela Organização Mundial de Saúde é o “grau em que o comportamento da pessoa corresponde com as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde”.

Entre os métodos mais utilizados, por serem de fácil execução e não custosos, está o uso de questionários que investigam a adesão ao medicamento, porém, estão disponíveis, geralmente, em outro idioma, principalmente em inglês. Assim, para que possam ser utilizados e aplicados em outra cultura diferente daquela para a qual foram criados, deve-se realizar o processo de adaptação transcultural.

Esse processo segue um protocolo que envolve quatro etapas: processo de tradução, retrotradução, revisão por comitê de especialistas e aplicação do teste-

piloto. Essas etapas avaliam se a escala traduzida transfere o sentido dos conceitos para a versão adaptada, por meio da análise do significado referencial e conotativo, e se o constructo de interesse possui o mesmo impacto em ambas as culturas, ou seja, fazendo as alterações necessárias na escala para que ela seja capaz de avaliar aquilo a que se propõe.

Assim, o presente estudo se propõe à adaptação transcultural do instrumento Adherence Barriers Questionnaire (ABQ) para pacientes idosos.

Este questionário foi elaborado e traduzido para o inglês pelos próprios autores, envolvendo portadores de Fibrilação Atrial (FA), com a finalidade de avaliar a adesão à terapia com anticoagulantes orais.

O instrumento ABQ permite observar se alguma barreira de adesão está presente no cotidiano do paciente e em qual categoria essa barreira pertence.

Como os idosos possuem limitações decorrentes do processo de envelhecimento, o instrumento será importantíssimo para avaliar qual é a dificuldade/barreira que esse paciente encontra em relação ao tratamento, possibilitando assim uma visão mais ampliada de todo o contexto.

Portanto, este trabalho tem o objetivo de realizar a adaptação transcultural de um instrumento de mensuração da adesão ao medicamento para o português do Brasil, realizando as modificações pertinentes à compreensão da cultura e população, à qual será aplicada, que são os idosos em acompanhamento pela atenção básica em saúde do SUS.

2. OBJETIVO GERAL

O objetivo do presente estudo é realizar a adaptação transcultural do instrumento ABQ, para o contexto do Brasil, para avaliação da adesão medicamentosa em pacientes idosos.

2.1 Objetivos Específicos

- Traduzir e adaptar o instrumento original (versão em inglês) ABQ para o contexto cultural brasileiro, mantendo a equivalência semântica e equivalência idiomática com a escala original.

- Ajustar a versão brasileira da escala no nível de compreensão da população-alvo de pacientes idosos.
- Investigar o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes do estudo atendidos pela atenção básica de saúde.
- Conhecer o perfil de adesão dos pacientes por meio do teste-piloto.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 População idosa

Nas últimas décadas, o Brasil vem apresentando uma transição demográfica, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Houve aumento da população idosa em detrimento da diminuição dos demais grupos etários. O envelhecimento populacional será um fator marcante nas próximas décadas, estimando-se que, até 2060, haverá aumento de 25,5% da população idosa (maiores de 60 anos) (IBGE, 2018).

O envelhecimento é um processo complexo, que traz consigo alterações no sistema fisiológico, tal como perda de funções e diminuição da autonomia, levando ao aumento de processos crônicos e degenerativos, que por vez, acometem, mais de um sistema e órgão importantes, levando à necessidade de cuidados especiais à saúde (SLONIM & LEE, 2017; SILVA et al., 2010).

As alterações fisiológicas e a nova condição do organismo idoso podem originar mais de uma doença crônica e, assim, o uso de mais de um medicamento ao mesmo tempo pode levar a regimes terapêuticos complexos e, conseqüentemente, maiores chances de efeitos colaterais, Eventos Adversos a Medicamentos (EAM) e Interações Medicamentosas (IM) (ABRANTES, 2013; SLONIM & LEE, 2017).

Esses e outros fatores fazem com que a população idosa seja exposta a Problemas Relacionados ao uso de Medicamentos (PRM), acentuados quando estes são potencialmente inapropriados para uso em idosos (PIM) (OBRELI-NETO & CUMAN, 2011).

Muitos EAM são problemas evitáveis, tais como: quedas e fraturas em pacientes idosos, depressão, constipação, entre outros. Estima-se que 30% das internações hospitalares de idosos podem estar relacionadas a problemas com medicamentos ou com seus efeitos tóxicos (FICK et al., 2003).

Tanto a inadequação das prescrições para pacientes idosos quanto o uso concomitante de muitos medicamentos, denominado polifarmácia, são considerados problemas de saúde pública, dada sua associação com a morbidade e a mortalidade. Além de outros agravos, essa associação tem como consequência o aumento dos custos para os serviços de saúde (OBRELI-NETO & CUMAN, 2011; GOMES et al., 2019).

Masnoon et al. (2017) realizaram uma revisão sistemática sobre as definições da polifarmácia, encontrando grande heterogeneidade na definição do termo, dificultando aos profissionais de saúde identificar esses pacientes nessas situações clínicas. O termo mais encontrado por Masnoon et al. (2017) foi “regime diário de cinco ou mais medicamentos a um paciente”.

A população idosa se enquadra na faixa etária de pacientes que frequentemente utilizam medicamentos para melhoria da qualidade e expectativa de vida. Esta população é a que mais utiliza medicamentos e, portanto, se beneficia pela terapia moderna. A média diária de uso de medicamentos nesta faixa etária é de quatro a oito por pessoa. Estima-se que 80% dos pacientes acima de 65 anos possuem alguma doença crônica, ou seja, terão que utilizar os medicamentos continuamente, trazendo dificuldade aos idosos em aderir ao regime terapêutico, consequências clínicas e econômicas (ABRANTES, 2013; GELLAD et al., 2011; SILVA et al., 2010).

Referindo-se à população brasileira, estima-se que 80% dos idosos acima de 60 anos fazem uso de pelo menos um tipo de medicamento por dia (TAVARES et al., 2013).

A problemática relacionada à não adesão ao tratamento medicamentoso cresceu nesta última década, preocupando os profissionais de saúde. Os estudos que abordam essa problemática, voltada à população idosa, correlacionam a não adesão aos medicamentos ao seu consumo elevado, o uso prolongado, efeitos colaterais, desaparecimento de sintomas, falta de informação sobre os medicamentos, alto custo das medicações, distúrbios da memória e analfabetismo

(CINTRA et al., 2010). A adesão medicamentosa se correlaciona inversamente com o número de medicamentos prescritos (GOMES et al., 2019).

Assim, a avaliação da adesão medicamentosa vem se destacando ao longo dos anos, pois a falha terapêutica pode determinar a interrupção ou o fim do tratamento, gerando consequências para o paciente e para o sistema de saúde (TRAUTHMAN et al., 2014).

O envelhecimento populacional requer que o Sistema Único de Saúde (SUS) planeje, realize e desenvolva políticas específicas que atendam esse grupo crescente da população, que possui necessidades específicas, e garanta melhoria da expectativa e qualidade de vida, sendo que a promoção de políticas para adesão aos medicamentos é um desafio para a área de saúde (MARTINS et al., 2017 ; RESENDE et al., 2017; ROLNICK et al., 2013).

3.2 Adesão ao medicamento

O conceito de adesão é amplo entre os autores, porém de forma operacional, a adesão é compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos, em pelo menos 80% do seu total, observando doses, horários e tempo de tratamento (CONTE et al. 2015; LEITE & VASCONCELLOS, 2003). Assim, a adesão não está relacionada apenas na “administração” do medicamento, mas também no comportamento do paciente em relação ao plano terapêutico, como: doses, horários e tempo de tratamento (HELENA et al., 2000).

A definição da adesão pressupõe a compreensão que diferentes autores possuem mediante todo o processo de adesão (LEITE & VASCONCELLOS, 2003). Os termos mais utilizados, segundo Brawley e Culos-Redd (2000), são os termos descritos na língua inglesa, “*compliance*” e “*adherence*”. Esses termos possuem significados distintos, apresentam diferenças motivacional e semântica.

O termo em inglês “*compliance*” pressupõe o papel passivo do paciente às ordens do profissional de saúde, já o termo “*adherence*” propõe a livre escolha do paciente em participar e/ou adotar as recomendações, desempenhando assim um papel colaborativo no processo de tratamento (BRAWLEY & CULOS-REDD, 2000; OBRELI-NETO et al., 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adota como definição de adesão a tratamentos crônicos, a combinação das definições de Haynes (1979) e Rand (1993), que conceituam adesão como: “Grau em que o comportamento de uma pessoa, representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta e as mudanças no estilo de vida, corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde” (GUSMÃO & MION JÚNIOR, 2006).

A adesão aos medicamentos possui quatro fases principais: 1) iniciação: quando o paciente toma a primeira dose do medicamento; 2) descontinuação: quando o paciente para de tomar seu medicamento por qualquer motivo; 3) implementação: a extensão da dose real do paciente e sua comparação com o prescrito, desde o início até a última dose; 4) persistência: o período de tempo entre o início e a última dose que precede imediatamente a descontinuação (VRIJENS et al., 2012). A não adesão pode acontecer em todas as fases descritas, porém o tempo é determinante, sendo que tratamentos mais longos possuem mais chances de serem interrompidos (WIECEK et al., 2019).

A não adesão ao tratamento não é apenas uma simples escolha do paciente, é um processo complexo e multifatorial, envolvendo fatores relacionados ao paciente, ao profissional de saúde, à doença, ao tratamento, ao serviço de saúde, ao uso de substâncias e aos problemas sociais, estes fatores podem ser classificados como: intencionais e não intencionais (DEWULF et al., 2006; FREITAS et.al., 2015 ; WIECEK et al., 2019).

O fator não intencional é representado quando o paciente não consegue compreender em sua totalidade as informações repassadas pelo profissional de saúde e, também, quando possui limitações frente ao regime terapêutico, dificultando sua gestão ao tratamento. O fator intencional é quando o paciente não realiza sua autogestão relacionada ao tratamento, mesmo o conhecendo (DEWULF et al., 2006; HENRIQUES, COSTA, CABRITA, 2012).

Em cada um dos fatores há condições que caracterizam a complexidade e a dificuldade de métodos práticos, objetivos e abrangentes para avaliar a adesão medicamentosa, sendo descritos na literatura como: características individuais do paciente, relacionados à doença, aos medicamentos e à relação paciente e serviço de saúde (FREITAS et.al., 2015; TAVARES et. al., 2016; WIECEK et al., 2019).

A população idosa pode sofrer interferência de diversos fatores relacionados às alterações fisiológicas decorrentes da idade. Após vários estudos, os fatores relacionados à não adesão, nesse grupo de pacientes, foram elencados e subcategorizados em: estado mental, saúde física, dados demográficos, histórico de saúde pregressa, comportamento/atitude e hábitos, conhecimento/crenças e outros (SCHMITT JÚNIOR, LINDNER, HELENA, 2013; YAP et al., 2015).

Fatores relacionados aos medicamentos podem interferir negativamente na sua adesão, podendo incluir: a aparência do medicamento (formas e rotulagem), regime posológico, interações medicamentosas, reações adversas aos medicamentos e custo do medicamento (YAP et al., 2015).

Esquemas posológicos mais simples, como a utilização uma vez ao dia, possuem mais chances de sucesso na terapia, quando comparados com frequências maiores (três vezes ao dia, por exemplo) (YAP et al., 2015).

Em comparação com os jovens, os idosos possuem mais dificuldades na adesão à terapia devido à possibilidade de mais de uma doença crônica e maior número de uso de medicamentos, maior complexidade do plano terapêutico, falta de entendimento, esquecimento devido ao comprometimento cognitivo, diminuição da acuidade visual e da destreza manual, baixa escolaridade, efeitos adversos, polifarmácia e também pelo fato de muitos residirem sozinhos, não recebendo ajuda para as tomadas de medicamentos (CHUNG et. al., 2019 ; VIEIRA & CASSIANI, 2015).

Estudos mostraram que a taxa de adesão pode chegar a 50% em pacientes que apresentam pelo menos uma condição crônica, e quase 15% da população americana afirmou que os custos com os medicamentos é o principal fator da não adesão (CHUNG et. al., 2019).

Como o processo de adesão é multifatorial, os prestadores de cuidado à saúde desempenham um fator muito importante no processo de adesão ao tratamento, numa relação de confiança e cuidado, que muitas vezes é decisiva para a tomada de decisão do tratamento. O bom relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente são fatores que auxiliam na adesão ao tratamento (YAP et al., 2015).

O custo do medicamento tende a ser um interferente para sua utilização, tornando-se uma barreira para adesão, dependendo diretamente da renda para ser

adquirido. Em particularidade, os pacientes geriátricos possuem como fonte de renda a aposentadoria, limitando o recurso financeiro para aquisição do fármaco, já que além do medicamento existe a necessidade de custos indispensáveis para a subsistência, como a alimentação e a moradia (YAP et al., 2015).

No Brasil, estima-se que 50% dos idosos tenha renda pessoal menor que um salário-mínimo, comprometendo aproximadamente um quarto da renda média mensal com medicamentos. Presume-se, ainda, que um quarto dos idosos não utilizem os medicamentos de forma correta devido aos custos (LUZ, LOYOLO FILHO, LIMA-COSTA, 2009; MARIN et. al., 2008).

A não adesão aos medicamentos gera grande impacto na economia. Os gastos anuais com a não adesão são de, 100 a 290 bilhões de dólares nos Estados Unidos (EUA); 1,25 bilhões na Europa, e, aproximadamente, de 7 bilhões na Austrália, respondendo por 10% das hospitalizações na população idosa, 450.000 consultas de emergência e 125.000 mortes potencialmente evitáveis nos EUA. A não adesão aos medicamentos está diretamente associada a problemas clínicos, ocasionando até três consultas extras por ano, impactando diretamente na economia (CHUNG et. al., 2019; CUTLER et al., 2017).

A dificuldade para avaliar a adesão ainda é grande, não há um método considerado “padrão-ouro”. Uma variedade de metodologias tem sido utilizada, isoladamente ou em associação, com classificações diferenciadas. Existem instrumentos que classificam o paciente como aderente/não aderente, outros abordam barreiras específicas como, por exemplo, crenças, enquanto outros são específicos para determinada patologia ou para um público exclusivo, dificultando a comparação de resultados entre os estudos realizados sobre a adesão (MULLER et al, 2015; TRAUTHMAN et al, 2014).

O aumento da taxa de não adesão e seus problemas decorrentes têm preocupado os profissionais de saúde. Entre os idosos, a complexidade do tratamento, o uso de PIM, assim como uso prolongado do fármaco, efeitos colaterais, desaparecimento de sintomas, desconhecimento sobre o medicamento, analfabetismo, tornam-se fatores com impacto negativo na adesão medicamentosa, fazendo-se necessário que o profissional de saúde elabore estratégias e ofereça orientações quanto ao uso correto do mesmo (CINTRA et al., 2010).

Na literatura, existem métodos diretos e indiretos para avaliar a adesão medicamentosa aos medicamentos prescritos, os quais serão explanados.

3.2.1 Métodos diretos de avaliação da adesão ao medicamento

Os métodos diretos baseiam-se na observação direta do paciente, detecção do fármaco ou metabólito em fluidos biológicos e a adição de um marcador. Os exames para detectar a presença do medicamento ou marcador do fármaco podem ser realizados em intervalos especificados ou aleatoriamente, quando viável, porém a observação direta do paciente é um método menos invasivo e com resultados bem acurados (OIGMAN, 2006; FARMER, 1999).

A detecção do fármaco ou metabólitos em fluidos biológicos relaciona a adesão com a presença do fármaco no sangue ou urina do paciente. Este método é objetivo e nos permite analisar se o medicamento foi administrado na dose ou frequência necessária, dispensando o relato do paciente. Com essa característica, o método extingue possível interferência do paciente nas respostas (LEITE & OBRELI-NETO et al., 2012; VASCONCELLOS, 2003).

Este método é realizado por meio de técnicas analíticas, como Cromatografia Líquida de Alta Eficiência (CLAE) ou Imunofluorescência Polarizada (OBRELI-NETO et al., 2012). Porém, essas análises apresentam limitações, como o alto custo, além de não avaliarem o comportamento do indivíduo frente ao tratamento nos intervalos da coleta, podendo assim o paciente seguir o esquema terapêutico apenas nos dias que acontecerá o exame (OBRELI-NETO et al., 2012).

Diante disso, estes métodos de avaliação possuem poucos interferentes e excluem viés de desejabilidade nas respostas dos pacientes, sendo confiáveis e comprovando realmente a ingestão do fármaco, mas, não são práticos para serem utilizados na rotina por apresentarem preços elevados para sua execução, e nem todos os fármacos disponíveis podem ser determinados analiticamente, limitando a sua utilização (ALMEIDA, 2016).

3.2.2 Métodos indiretos de avaliação da adesão ao medicamento

Podem ser categorizados por relato do paciente, contagem de comprimidos, uso de dispositivos e prescrições, bem como a utilização de instrumentos, como registro de pesquisa, que são mais comuns e mais baratos (OIGMAN, 2006; FARMER, 1999).

Dentre os métodos indiretos que mais são utilizados devido ao baixo custo e fácil aplicabilidade, podem-se citar os instrumentos de avaliação da adesão.

Na literatura, existem instrumentos validados que são aplicados em estudos direcionados para a adesão ao tratamento, sendo que alguns deles utilizam escalas de medidas dicotômicas (sim/não), enquanto em outros, as respostas aos itens podem ser dadas em diferentes níveis, como no uso de escalas tipo Likert (STREINER & NORMAN, 2003).

Os questionários se destacam entre os métodos indiretos mais utilizados, podendo citar: Medication Adherence Questionnaire (MAQ), the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS), Brief Medication Questionnaire, The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS), Medication Adherence Report Scale (MARS), em que cada escala possui características peculiares, sendo assim mais apropriadas para alguns casos (LAM & FRESCIO, 2015 ; MORISKY et al., 1986 ; RISSER et al. 2007 ; SVARSTAD et al; 2019 ; THOMPSON et al., 2000).

Os autores categorizaram as escalas em 5 grupos principais conforme seu critério de avaliação: (1) apenas comportamental: tomada do medicamento; (2) associação comportamental e as barreiras de adesão; (3) apenas barreiras de adesão; (4) apenas crenças associadas à adesão de medicamentos; (5) associação da crença e das barreiras de adesão (LAM & FRESCO, 2015).

A seguir serão apresentadas as escalas de avaliação da adesão ao medicamento, categorizadas em grupos conforme critério de avaliação, permitindo a visualização de alguns questionários existentes e utilizados para avaliação da adesão medicamentosa, especificando seu formato, análise dos domínios, especificações.

3.2.2 Escalas/ Instrumentos de avaliação da adesão ao medicamento

3.2.2.1 Critério Comportamental

O critério relacionado ao comportamento refere-se à falta de administração do medicamento ou da dose de sua frequência, portanto a escala MAT pode ser citada como exemplo.

Escala Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) foi construída e validada por Artur Barata Delgado e Maria Luísa Lima, em Lisboa, Portugal, com 167 portadores de doença crônica, para avaliar o comportamento dos indivíduos em relação ao uso diário dos medicamentos. O MAT foi adaptada para o contexto brasileiro por Carvalho et al., 2010, em paciente com uso de anticoagulantes orais. O MAT é composto por sete itens classificados pela escala tipo Likert de 6 pontos, possuindo um intervalo entre “sempre” (1) e “nunca” (6), avaliando o comportamento do entrevistado em combinação com o uso diário do medicamento. Os valores obtidos com as respostas aos sete itens foram somados e divididos pelo número de itens, seja, variam de 1 a 6. Posteriormente, os valores 5 e 6 foram computados como um (o que na escala original corresponde a aderente) e os demais foram computados como zero (não aderentes na escala original), finalizando em uma escala dicotômica sim/não (aderente/não aderente) (CARVALHO et al., 2010, GOMES et al., 2018).

3.2.2.2 Critério Comportamental e Barreiras de Adesão

Questionários com a presença de dois critérios comportamentais e de barreiras de adesão tendem a contabilizar a não administração ou interrupção da frequência com análise da tendência em que o paciente tem a esquecer, os motivos específicos da doença, a complexidade do regime e/ou a presença de efeitos colaterais (LAM & FRESCO, 2015).

Brief Medication Questionnaire (BMQ) é um questionário construído em 1999 por Svarstad et al., na língua inglesa, para avaliar adesão em pacientes diabéticos. Este foi validado para o português do Brasil por Ben, Neumann e Mengue. O questionário é constituído por questões em formato fechado, possibilitando avaliação do usuário em três domínios: 1) regime terapêutico - tipos de medicamentos

utilizados; 2) crenças e 3) informações repassadas pelo profissional de saúde na perspectiva do paciente. (BEN, NEUMANN & MENGUE, 2011; LAM & FRESCO, 2015). Após a aplicação, conforme respostas fornecidas, o paciente pode ser classificado como: aderente (quando o mesmo não apresenta nenhuma resposta positiva); provável aderência (resposta positiva em um dos três domínios); provável baixa adesão (resposta positiva em dois domínios); baixa adesão (resposta positiva nos três domínios). (BEN, NEUMANN & MENGUE, 2011; LAM & FRESCO, 2015).

Hill-Bone Compliance Scale (Hill-Bone) foi desenvolvida em inglês, por Kim e colaboradores, em 2000, e validada pela Escola de Enfermagem da Universidade John Hopkins, Baltimore, EUA, para avaliar o comportamento dos pacientes em uso de terapia anti-hipertensiva. Este questionário é composto por 14 itens e dividido em três domínios comportamentais: compromisso (3 itens), dieta (2 itens), adesão à medicação (9 itens), portanto é composta por 14 itens. Cada item é uma escala de quatro pontos do tipo Likert (NOGUEIRA-SILVA et al., 2016; LAM & FRESCO 2015).

Eight-Item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) foi desenvolvido por Morisky et al. (2008) e teve como ponto de partida o questionário MAQ, em paciente com uso de anti-hipertensivos. Esta escala foi traduzida e validada para a língua portuguesa do Brasil por Oliveira Filho et al. (2012). Apresenta questões com respostas dicotômicas (sim/não) e a última pergunta quantificada a partir da escala do tipo Likert de 5 pontos (“nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “frequentemente” e “sempre”). O escore total é calculado pela soma das respostas, variando de 0 a 8, o valor máximo (8) é considerado elevada adesão, média adesão (≥ 6 e < 8) e baixa adesão (escore total < 6) (LAM & FRESCO, 2015, OLIVEIRA-FILHO et al., 2012, MOHARAMZAD et al., 2015).

3.2.2.3 Critério de Barreiras de Adesão

Os questionários que utilizam como critérios barreiras de adesão analisam a tendência em que o paciente tem a esquecer, os motivos específicos da doença, a complexidade do regime e/ou a presença de efeitos colaterais (LAM & FRESCO, 2015).

Questionário de adesão a medicamentos (MAQ) foi desenvolvido em 1986 por Morisky et al., validado para o português. É conhecido como escala de adesão de

medicamentos de Morisky de 4 itens (MMAS-4), utilizada em pesquisas em diversas patologias devido ao seu formato curto e facilidade de aplicação em pacientes com baixo nível de alfabetização. Seu formato de resposta é fechado e dicotômico (sim/não) e seus resultados, com nenhuma questão positiva, evidencia adesão; com uma ou 2 respostas positivas, moderada adesão; e com três ou quatro respostas positivas, baixa adesão (LAM & FRESCO, 2015).

A Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS) é um questionário americano, validado para o português, desenvolvido para pacientes com doenças crônicas. É constituído por 13 itens dispostos em dois domínios: sete itens avaliando a autoeficácia de se tomar medicamentos em circunstâncias difíceis, e seis itens a autoeficácia de continuar tomando a medicação em circunstâncias incertas. É ótimo para pacientes com baixo nível de escolaridade. O instrumento possibilita apontar o nível de confiança ao uso dos medicamentos, podendo a resposta variar de 1 a 3, sendo 1 (não confiante), 2 (pouco confiante), 3 (muito confiante). O escore total consiste na soma das respostas apresentadas, variando de 13 a 39.

É um questionário importante por medir a confiança do paciente em tomar o medicamento em várias ocasiões: quando sente efeitos colaterais, quando chega tarde em casa, quando não apresenta sintomas referentes à patologia “quando se sente bem”: porém apresenta como desvantagem o seu formato longo para o paciente (LAM & FRESCO 2015; MAHMOODI et al., 2019; PEDROSA & RODRIGUES, 2016).

3.2.2.3 Critério de associação da crença e das barreiras de adesão

Questionários utilizando este critério além da adesão citada acima, o critério em relação à crença analisa as preocupações pessoais sobre a segurança do medicamento ou a necessidade de seguir o regime prescrito.

Medication Adherence Report Scale (MARS) foi desenvolvido por Thompson e colaboradores, 2010, na Austrália, a partir de duas outras escalas: a DAI (HOGAN et al., 1983) e a MAQ (MORISKY et al., 1986). Foi elaborado especificamente para avaliar a adesão em pacientes psiquiátricos. O MARS é composto por 10 questões, possui formato autoaplicável e escala de mensuração dicotômica (sim ou não), em

que itens pontuados com um são indicativos de adesão e os itens com zero de não adesão (THOMPOSON et al., 2000).

Apresentamos os instrumentos e suas particularidades, (indicação da população e suas especificações, domínios e subescalas). A seguir descreveremos as características do instrumento ABQ e suas especificações, que o tornam um diferencial na identificação de fatores que interferem no processo de adesão.

3.2.2.4 Questionário Adherence Barriers Questionnaire (ABQ)

O questionário Adherence Barriers Questionnaire (ABQ) (ANEXO 2) foi desenvolvido após vasta revisão sistemática da literatura sobre fatores relacionados à não adesão (NA), entre os anos 2008-2010 (MULLER et al., 2015).

Diversos fatores relacionados à adesão foram discutidos e identificados no últimos anos e classificados como: (1) Barreiras relacionadas ao medicamento; (2) Barreiras relacionadas ao cuidado da saúde; (3) Barreiras não intencionais relacionadas com o paciente; e (4) Barreiras intencionais relacionadas ao paciente (MULLER et al., 2015).

Fatores relacionados ao medicamento incluem a presença de regimes posológicos complexos, bem como o medo de possíveis efeitos colaterais dos medicamentos (MULLER et al., 2015).

Barreiras relacionadas ao cuidado da saúde, o custo ou o copagamento do medicamento são itens que auxiliam na NA, bem como esperas prolongadas para consulta médica ou longos deslocamentos para a chegada ao serviço de saúde, que impactam negativamente na tomada na medicação (MULLER et al., 2015).

Existem barreiras não intencionais relacionadas ao paciente, como depressão, estado de demência ou outro nível que influencia no grau de esquecimento (MULLER et al., 2015).

Por último, barreiras intencionais relacionadas aos pacientes, são geralmente as mais importantes e dependem de atitudes gerais do paciente, como crenças, atitudes frente ao sistema de saúde e ao medicamento (MULLER et al., 2015).

Após esta revisão de literatura os dados foram avaliados por um comitê científico composto pelos autores, os quais realizaram a construção do questionário

a partir da criação de 16 itens (MULLER et al., 2015). Cada item foi formulado como uma declaração. A escala para avaliação dos entrevistados foi escolhida com a finalidade de não sobrecarregar o entrevistado e explorar da melhor maneira sua opinião a partir da informação fornecida, sendo escolhida a escala tipo Likert de 4 pontos, com as possibilidades de resposta: concordo totalmente, geralmente concordo, geralmente discordo, discordo totalmente, anulando assim a opção neutra, estimulando o entrevistado a se posicionar frente à afirmação (MULLER et.al., 2015).

Assim, o questionário ABQ foi constituído inicialmente por 16 itens diferentes e composto por três subescalas, cinco itens referiam-se às barreiras de adesão intencionais (itens 4, 5, 6, 7, 12), quatro itens às barreiras de adesão não intencionais (itens 2, 9, 10, 13), quatro itens às barreiras relacionadas à medicação (itens 11, 14, 15a , 15b) e três itens às barreiras relacionadas ao sistema de saúde (itens 1, 3, 8) (MULLER et.al., 2015).

Após análise estatística, com identificação dos valores obtidos com o cálculo da correlação do item-total, com valores desejáveis $\geq 0,3$, optou-se pela exclusão de dois itens (5 e 6), reduzindo o ABQ em 14 itens, elevando assim o alfa de Cronbach e a confiabilidade tipo consistência interna do instrumento.

O questionário ABQ foi aplicado de forma multicêntrica a partir de um estudo prospectivo, de coorte observacional, em pacientes com Fibrilação Atrial (FA), com CID 10: I48, com idade mínima de 18 anos, que não participaram de outro estudo. A aplicação do questionário ocorreu no formato autoaplicável (MULLER et.al., 2015).

O ABQ foi avaliado quanto à sua consistência interna pelo alfa (α) de Cronbach apresentando valor de 0,814, ou seja, valores desejáveis e representativos (MULLER et.al., 2015).

O ABQ possui como finalidade analisar se fatores que levam à não adesão estão presentes no paciente de forma individualizada, a partir dos itens e em qual categoria estes se enquadram, com a utilização das subescalas, indo além da classificação em aderente e não aderente. Uma revisão de literatura analisou 43 escalas diferentes, mostrando que até o momento não houve grandes explorações nas principais causas de não adesão específicas de cada paciente.

Assim, o ABQ permite que intervenções nas barreiras de adesão sejam realizadas especificamente, após a identificação das principais dificuldades.

Para que possamos utilizar o ABQ mantendo suas peculiaridades, sentido e compreensão por parte da população-alvo, é necessário que o mesmo passe por um processo que garanta a transferência de sentidos e seja de fácil entendimento a uma população e cultura diferente da que foi originada.

3.3 Adaptação transcultural semântica e idiomática

A aplicação de questionários multicêntricos em forma de entrevista é um método muito utilizado para estudos epidemiológicos. A revisão bibliográfica dos instrumentos de medidas utilizados hoje deve ser o primeiro passo para o estudo, cuja finalidade é determinar se existem métodos disponíveis ou deve-se iniciar a criação de um novo instrumento de medida (REICHENHEIM & MORAES 2007).

A maioria dos instrumentos que mensuram a qualidade de vida do paciente em relação à sua saúde está no idioma inglês. Para que possam ser utilizados em diferentes culturas, é necessário que sejam submetidos a processos que garantam o mesmo entendimento e significado na população na qual será aplicado. Este processo é denominado Adaptação Transcultural (GUILLEMIN et al. 1993; REICHENHEIM & MORAES 2007).

Herdman et al. (1997) propuseram um modelo de adaptação transcultural que se fundamenta em quatro conceitos de abordagens, denominadas ingênua, relativista, absolutista e universalista. A ingênua, também denominada na língua inglesa de “naive”, baseia-se na tradução simples e informal do questionário original para a cultura-alvo. A segunda, “relativista”, propõe que um instrumento de medida não pode ser utilizado em outra cultura que não seja a qual o instrumento será aplicado. A “absolutista” assume a proposta que a cultura não possui influência significativa na aplicação do instrumento em outras culturas, mostrando-se invariável em diferentes contextos de aplicação. A última abordagem, “universalista”, analisa se os conceitos utilizados e aplicados na cultura original se estendem para a nova cultura que será aplicada, estabelecendo assim a equivalência cultural (REICHENHEIM & MORAES, 2007).

A abordagem “universalista” seria a mais adequada para pesquisas que analisam qualidade de vida em saúde, pois não afirma que o constructo de interesse seja o mesmo em culturas diferentes e propõe que o instrumento de interesse seja

submetido a processos metodológicos os quais garantam que o instrumento possua o mesmo impacto em culturas diferentes, garantindo assim sua equivalência. Beaton et al. (2000), e Guillemin et al. (1993) descreveram quatro tipos de equivalência: conceitual, semântica, experiências e idiomática (BEATON et al., 2000; GUILLEMIN et al., 1993), as quais serão descritas a seguir.

3.3.1 Equivalência conceitual

A equivalência conceitual baseia-se na exploração do construto de interesse e DOS pesos que são fornecidos a diferentes domínios que cada população possui (REICHENHEIM & MORAES, 2007).

Um conceito pode apresentar o mesmo significado semântico, mas não o mesmo referencial (REICHENHEIM & MORAES, 2007).

Podemos mostrar como exemplo a palavra “irmão”. Esta pode significar mais que parentes; contudo, muitas culturas utilizam esse termo para se referir a pessoas sem laço de sangue, como nas redes sociais (REICHENHEIM & MORAES, 2007).

3.3.2 Equivalência semântica

Refere-se ao significado das palavras, se os conceitos apresentados geram o mesmo impacto em diferentes culturas, ou seja, se conseguimos transferir o sentido dos conceitos para a versão adaptada (REICHENHEIM & MORAES; GUILLEMIN et al., 1993). Podem ocorrer problemas na compreensão do significado das palavras, como no exemplo: “you able to bend?”, cuja interpretação no sentido literal da frase consiste EM: “Você consegue se dobrar/flexionar?”. Porém a palavra “bend” não especifica qual parte do corpo a questão se refere, gerando assim múltiplas interpretações. Outro exemplo pode ser descrito com a palavra “feliz”, que nos permite significados variados dependendo do conceito a que se aplica. Concluindo, alterações gramaticais são importantes e necessárias para a construção de frases direcionadas à cultura/população a que se destina (GUILLEMIN et al., 1993).

Herdman et al., (1999) fazem menção a dois significados importantes das palavras: denotativo e conotativo. O significado denotativo avalia se a palavra possui o mesmo significado referencial na versão original e traduzida. Já o conotativo

permite a avaliação geral de cada item traduzido comparando-o com o original (REICHENHEIM & MORAES, 2007).

Esta fase é importante, pois constata o sentido literal com o emocional que as palavras causam a cada população, que podem implicar em reações emocionais equivocadas em culturas diferentes, ou seja, as palavras podem impactar de modos diferentes populações de origem e faixa etária diferenciada (REICHENHEIM & MORAES, 2007).

3.3.3 Equivalência operacional

Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) citam a importância da equivalência operacional, pois ela irá nos dizer se o questionário, suas instruções, seu modo de administração e suas escalas de medição serão reproduzíveis na população-alvo.

Nessa etapa são avaliados os seguintes itens: fatores operacionais, modo de aplicação do questionário, pertinência, formatação das questões, tipo das alternativas e a forma com que serão avaliadas as respostas (instrumento de mensuração) (REICHENHEIM & MORAES, 2007).

Alguns fatores como nível de alfabetização, idade populacional e o tempo cronológico do instrumento de mensuração podem interferir diretamente no resultado do estudo, principalmente em questionários autoaplicados. A linguagem deve estar condizente com a população-alvo, pois pessoas jovens e idosas apresentam muitas vezes interpretações diferentes da mesma palavra (HERDMAN, FOX-RUSHBY & BADIA, 1998).

Os métodos de mensuração podem não ser adequados para todos os tipos de cultura, como: perguntas sim/não, escalas analógicas visuais, escalas de Likert e comparações pareada; devendo ser analisadas a viabilidade e a relevância no método utilizado na cultura-alvo (HERDMAN, FOX-RUSHBY & BADIA, 1998).

O tempo cronológico é de grande importância, algumas pessoas possuem dificuldade na compreensão de tempo passado e tempo futuro, baseando-se apenas no hoje. Assim perguntas que utilizam tempo futuro ou passado podem ser interpretadas de maneira equivocada, gerando resultados questionáveis. Herdman (1998) cita um estudo realizado na Espanha, em que 50% dos entrevistados

conseguiram interpretar erroneamente as traduções diretas das expressões “durante a última semana” e “durante o último mês” como significando a última semana completa do calendário, não como os últimos sete dias, afetando os resultados das respostas em que o tempo é indispensável para a interpretação do item (HERDMAN, FOX-RUSHBY & BADIA, 1998).

Os métodos de medição (por exemplo, perguntas sim/não, escalas analógicas visuais, escalas Likert e comparações pareadas) também podem não ser igualmente adequados para o uso em todas as culturas (HERDMAN, FOX-RUSHBY & BADIA, 1998). A avaliação operacional pode nos fornecer três resultados: (1) se mantém a mesma estrutura original (mesmo modo de administração, mensuração, formato, prazo..); (2) quando alguns aspectos precisam ser diferentes; (3) não é possível manter a equivalência operacional (HERDMAN, FOX-RUSHBY & BADIA, 1998).

Quando os mesmos métodos forem utilizados, deve-se avaliar a presença de um possível viés sistemático. Havendo a necessidade de mudança, deve-se revisar na literatura disponível a possibilidade de se obter resultados sem viés de operacionalização, por exemplo: utilizando ligações telefônicas no lugar de entrevistas presenciais (HERDMAN, FOX-RUSHBY & BADIA, 1998).

Mudanças na operacionalização podem ocorrer de acordo com diferentes necessidades visualizadas para a aplicação do instrumento na população-alvo, não sendo assim apenas uma escolha do pesquisador (REICHENHEIM & MORAES, 2007).

3.3.4 Equivalência idiomática

Refere-se à característica que cada idioma e possíveis coloquialismos que cada idioma apresenta. Questionários que abragem situações emocionais e sociais podem sofrer maior efeito neste tipo de equivalência, por exemplo, o item “Você se sente em casa?” pode ser interpretado no sentido literal da pergunta por alguns indivíduos, não sendo utilizado no seu sentido conotativo. O item: “I am feeling on edge” pode ser traduzido com expressões semelhantes em diferentes idiomas: “eu estou com os nervos por fora da pele”, em italiano; “eu me sinto nervoso, tenso”, em francês; “eu estou com medo”, em árabe (GUILLEMIN et al., 1993).

3.3.5 Equivalência de experiências

Alguns itens de um questionário podem apresentar experiência de vida da população; em alguns casos, tarefas e situações cotidianas podem ser aplicadas em uma cultura, porém não aplicadas em outras. Os itens podem ser traduzidos, mas não aplicados; assim, sugere-se que sejam substituídos por situações vivenciadas pela cultura que esteja sendo estudada. Por exemplo, a frase: “Do you have difficulty eating with a fork?” (“Você tem dificuldade em comer com um garfo?”) pode ser aplicada na maioria das culturas, mas não se aplica à população japonesa, que faz uso de “hashi” - popular palitos - para alimentação. Sendo assim, existe a necessidade de utilização de termos que a substitua sem prejuízo de entendimento (BEATON et al., 2000; GUILLEMIN et al., 1993).

3.4 Procedimentos para adaptação transcultural

Em 1993, Guillemin e colaboradores realizaram um estudo para elucidação da adaptação transcultural a partir de um conjunto de Diretrizes Padronizadas, delineando quatro etapas para o processo: tradução, retrotradução, análise por comitê de especialistas e aplicação de estudo-piloto.

3.4.1 Tradução

Baseia-se na tradução do instrumento original, incluindo seus itens, alternativas de respostas e instruções, mantendo o significado das palavras entre os idiomas. Deve ser realizada por profissionais tradutores, cuja língua-mãe seja da cultura às quais o instrumento está sendo traduzido. Sugere-se realizar mais de uma tradução por instrumento para manter a qualidade de tradução; sendo assim, pelo menos dois tradutores de forma independente devem participar do processo, aumentando as chances de se identificar erros de interpretação entre o instrumento original e o adaptado (GUILLEMIN et al., 1993 ; BEATON et al., 2000).

3.4.2 Retrotradução

Na segunda etapa é realizada a retrotradução do instrumento para a língua de origem, sendo realizada por outros tradutores bilíngues cuja língua-mãe pertença à cultura para a qual o instrumento está sendo traduzido. Esta fase é de extrema importância, pois auxilia a aprimorar a qualidade da versão final, onde possíveis erros podem ser replicados na tradução e identificados na retrotradução (GUILLEMIN et al.,1993).

Uma característica importante dos tradutores envolvidos nas fases de tradução e retrotradução são de um estar ciente dos objetivos do estudo e o outro não, para que possam obter informações acerca do estudo em questão de modo a oferecer uma versão confiável do instrumento. Assim, tradutores que obtêm conhecimento do estudo realizado oferecem ferramentas mais confiáveis quanto ao sentido conotativo das palavras e os que não detêm utilizam ferramentas com significado original/denotativo. Cada tradução e retrotradução devem ser realizadas de forma independente (GUILLEMIN et al., 1993).

3.4.3 Revisão pelo comitê de especialistas

O comitê de especialistas analisa as traduções e retrotraduções sugerindo modificações e sugestões pertinentes para a melhor compreensão do instrumento pela população à qual se destina. Sua análise consiste desde as considerações sobre as instruções do questionário até a escala de mensuração (GUILLEMIN et al., 1993).

O comitê deve ser composto por profissionais multidisciplinares, com membros especialistas na doença ou população a ser estudada, podendo solucionar problemas e obter a versão definitiva, modificando ou eliminando itens inadequados (GUILLEMIN et al., 1993).

A análise conta com dois momentos: primeiramente as versões do questionário, a original e a retraduzida, serão avaliadas para verificar equivalência entre as versões, corrigindo imperfeições e erros. No segundo momento a escala é submetida à avaliação do conteúdo das questões seguindo a cultura da população-alvo para obter equivalência entre a versão original e a versão adaptada. São

analisadas as equivalências: conceitual, semântica, conceitual, idiomática, operacional, experimental (GUILLEMIN et al., 1993).

3.4.4 Pré-teste

Essa etapa permite verificar a equivalência da versão obtida com a versão original a partir da aplicação do pré-teste ou teste-piloto (GUILLEMIN et al., 1993). Segundo Beaton et al., 2010, esta etapa necessitará de uma amostragem de 30-40 participantes.

O pré-teste pode ser realizado por dois métodos: (1) a partir da técnica de sonda ou com a (2) participação de indivíduos bilíngues. A análise é realizada aplicando-se a validade de face. Se todos os itens constantes na versão final obtida estiverem em concordância com a versão original, esta não necessitará ser modificada; caso contrário, problemas relacionados a desvios de compreensão poderão ser corrigidos pelo comitê que realizará ajustes, que criará a nova versão, garantindo assim a equivalência entre as versões final e original (GUILLEMIN et al., 1993).

A Técnica de Sondagem é realizada a partir da aplicação do questionário em indivíduos da população, onde uma amostra aleatória de participantes será selecionada e estimulada a elucidar a pergunta a qual está sendo submetida. O entrevistador realiza a pergunta do item e no mesmo momento pergunta ao participante o que ele compreendeu sobre o item exposto, anotando ao lado da pergunta a compreensão do participante e modificando o item a partir da sua interpretação. Os itens passarão por alterações acumulativas e ao final terão sua redação reformulada a partir de repetidas correções. A técnica também nos permite utilizar a pergunta: “O que você entendeu?”, consentindo o significado do item de forma aberta (GUILLEMIN et al., 1993).

Outra técnica utilizada é a administração dos itens a pessoas bilíngues para se evitar possíveis desacordos entre eles, servindo também para analisar qualquer desconformidade entre a versão final e o contexto cultural no qual o questionário será aplicado. Os indivíduos serão solicitados a analisar cada item contido no questionário original e obtido, analisando a equivalência dos itens. Discrepâncias e

baixa equivalência identificada serão reanalisadas. Esta técnica é de grande valia para adequação em indivíduos imigrantes (GUILLEMIN et al., 1993).

Para que a versão ABQ português do Brasil garanta as equivalências em conformidade com o instrumento original, esta passará por processos de adaptação conforme a metodologia descrita por Guillemin e colaboradores.

4. MÉTODO

O estudo iniciou após a concordância dos autores da versão original (ANEXO 1). Para adaptação transcultural, o instrumento original foi submetido à análise por comitê de especialistas e à análise semântica por indivíduos idosos em uso de medicamentos.

O projeto foi submetido para apreciação e aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), sob a aprovação de número 3.178.459 (ANEXO 3). Após o consentimento em participar do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) pelo paciente em participar da pesquisa, a coleta de dados foi realizada pela pesquisadora.

4.1 Local do Estudo

O presente estudo foi realizado no Município de Capitão Leônidas Marques, PR, que possui uma população de 15.659 habitantes, segundo último censo do IBGE 2017, sendo 1.897 idosos cadastrados e atendidos pelo SUS.

A Atenção Básica deste Município é representada por um Centro de Saúde Central e oito Unidades de Estratégias de Saúde da Família, localizadas nos bairros: Santa Mônica, Santa Rita, Primavera, Pedro Dallabrida, Baixada, Central e nos Distritos de Alto Alegre e Bom Jesus.

4.2 Coleta de dados

A coleta foi realizada na sala da Assistência Farmacêutica locada no Centro de Saúde Central, de maneira privativa, para garantir total privacidade ao paciente. Os dados clínicos e informações referentes à data de dispensação, tipo de medicamento e quantidade entregue foram obtidos por meio de consulta aos prontuários dos pacientes, de maneira informatizada, através do sistema CONSULFARMA, utilizado pelo município.

4.3 Campo de pesquisa

O estudo foi realizado no Centro de Saúde Central do município de Capitão Leônidas Marques, na região Oeste do Paraná.

4.4 População-alvo

A população-alvo do presente estudo consistiu em pacientes idosos, ou seja, pessoas com idade igual e superior a 60 anos, cadastrados e que utilizam a Atenção Básica do Município de Capitão Leônidas Marques, PR.

4.5 Processo de inclusão e exclusão dos participantes

Foram incluídos no estudo idosos que são acompanhados pela Atenção Básica do Município, com idade igual ou superior a 60 anos, que são capazes de compreender, verbalizar e responder ao questionário, estando cientes da natureza da investigação e seus objetivos.

Os critérios de exclusão foram: idosos não acompanhados pela Atenção Básica, pacientes com dificuldades cognitivas que impediam a compreensão do estudo e que não podiam responder ao questionário.

4.6 Amostra

O n amostral do nosso estudo consistiu em 60 participantes, os quais 30 participaram da etapa do pré-teste e 30 do estudo-piloto. Não houve repetição dos

entrevistados durante as etapas citadas acima, a amostragem em ambas as fases foi não probabilística e consecutiva.

Conforme descrito por Beaton et al. (2010), para procedimentos de Adaptação Transcultural de instrumentos de medida, a amostragem para o pré-teste consistiu em 30 participantes, pois não há necessidade de número grande de amostra, uma vez que o objetivo é avaliar a aplicabilidade e a compreensão da escala adaptada.

4.7 Adaptação transcultural

As etapas do processo de adaptação transcultural estão sintetizadas no fluxograma da Figura 1.

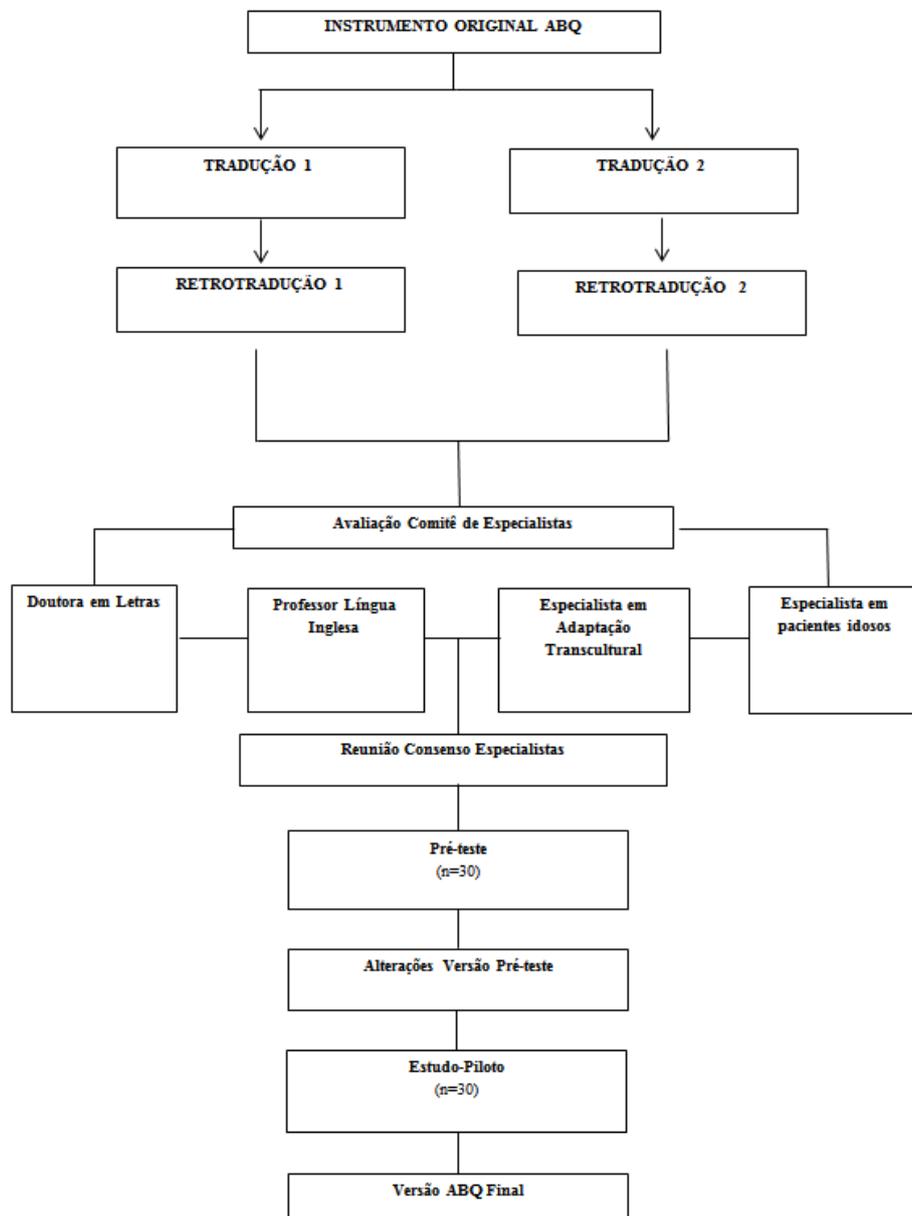


Figura 1: Fluxograma do processo de adaptação transcultural.

4.7.1 Tradução

Nesta etapa, foram obtidas duas traduções independentes da escala original para verificar problemas decorrentes de interpretações ambíguas ou discordantes.

Esta fase contou com a presença de dois tradutores bilíngues, cuja cultura-mãe é a mesma para a qual o instrumento está sendo traduzido. A presença de dois tradutores ajuda a evitar quaisquer particularidades por parte dos tradutores. Um dos tradutores estava ciente dos objetivos do trabalho e o outro o fez de maneira cega.

4.7.2 Retrotradução

Na fase de retrotradução, as duas versões adaptadas para a língua portuguesa do Brasil foram submetidas ao processo de retrotradução, assim o questionário e seus itens passaram novamente a apresentar o idioma conforme a escala original (inglês). As retrotraduções foram realizadas por profissionais cuja língua-mãe também é a mesma para a qual o instrumento está sendo traduzido. As versões R1 e R2 foram obtidas de modo independentes. Esta etapa permite a detecção de possíveis erros apresentados na tradução 1 e 2.

Como característica importante dos tradutores envolvidos nas fases de tradução e retrotradução: um estar ciente dos objetivos do estudo e o outro não; os tradutores que possuem conhecimento do tema fazem uso das palavras além da literalidade, enquanto os tradutores que fazem de maneira cega oferecem ferramentas sobre o significado original das palavras, fornecendo uma versão confiável do instrumento e evitando viés (GUILLEMIN et al., 1993).

4.7.3 Revisão por Comissão de Especialistas

O comitê foi composto por uma equipe de 4 membros multidisciplinares. Dois membros bilíngues, uma professora doutora em Letras, um professor de língua inglesa; um profissional especializado em população idosa e uma especialista em adaptação transcultural.

Inicialmente foi enviada uma carta-convite para os especialistas, por e-mail, solicitando se havia interesse em participarem do comitê, (APÊNDICE 3). Após a concordância dos especialistas, foram enviadas as traduções e as retrotraduções para que eles avaliassem a qualidade (dos documentos). Foi dado um prazo de 15 dias para que retornassem por email a avaliação com as devidas contribuições. Após a avaliação individual de cada membro do comitê, realizou-se uma reunião por Skype com todos os membros do comitê e os pesquisadores com o objetivo de produzir uma versão preliminar do questionário ABQ, a partir das traduções e retrotraduções.

A avaliação individual iniciou com a análise da equivalência semântica, verificando se os termos das escalas traduzidas mantiveram o significado referencial, ou seja, a correspondência literal. Nessa etapa, cada membro da comissão atribuiu uma nota em percentual de correspondência entre a escala original e cada uma das traduções em uma escala contínua que varia de 0 a 100%. Posteriormente, foi calculada uma média das notas dos quatro membros. Nessa fase, as duas retrotraduções foram analisadas, à procura de algum equívoco de tradução.

A segunda etapa analisou o significado geral dos termos. A finalidade desta fase foi ultrapassar a literalidade dos termos, analisando-se o aspecto geral e outros aspectos sutis das traduções, sendo analisada a pertinência e a aceitabilidade dos termos no contexto cultural da população-alvo. Nessa fase, cada membro classificou a qualidade das traduções em quatro categorias: inalterado (IN), pouco alterado (PA), muito alterado (MA) e completamente alterado (CA).

4.7.4 Pré-teste e Estudo-piloto

A coleta dos dados ocorreu em duas etapas: pré-teste e estudo-piloto.

O pré-teste contou com a participação de 30 entrevistados e teve como objetivo identificar possíveis erros de compreensão, ortografia e coerência dos itens do ABQ, proporcionando que ajustes fossem realizados para melhor compreensão do instrumento pela população-alvo do estudo.

O estudo-piloto, por sua vez, ocorreu posteriormente, como um estudo preliminar em pequena escala, com amostra de 30 participantes que não

participaram do pré-teste, possibilitando que equívocos fossem identificados antes da aplicação em uma amostra maior.

4.7.5 Pré-teste

As entrevistas ocorreram de forma individual em sala privativa com adjunto da farmacêutica do município e pesquisadora. As dificuldades de compreensão foram anotadas a cada afirmação tal como as dúvidas, até que os 30 participantes do estudo fossem entrevistados. Foram observadas nessa fase, além da resposta de cada afirmativa, expressões faciais e posturais, entonação da voz e tempo necessário para resposta a cada item. Para análise da abordagem interpretativa, utilizou-se a técnica de sondagem.

A técnica de sondagem permite comunicação e diálogo com o entrevistado, objetivando convidar o participante a refletir e verbalizar sobre os itens expostos, sendo solicitado ao entrevistado o que ele entendeu em alguns itens a partir de interrogações a cada afirmativa (GUILLEMIN et al, 1993).

O questionário sociodemográfico (APÊNDICE 2) foi aplicado em forma de entrevista, contendo variáveis sociodemográficas, como: idade, sexo, estado civil, escolaridade, raça, renda familiar; bem como características clínicas: diagnóstico, número de internamentos no último ano, medicamentos utilizados nos últimos 6 meses e número prescrito os utilizados nos últimos 6 meses. Este questionário foi aplicado no início das entrevistas, antes da versão do questionário ABQ.

Para a análise do modo operacional do instrumento foi confeccionada uma escala visual com respostas tipo Likert 4 pontos, com expressões de faces e descritores verbais, no formato de régua, para que o participante compreendesse cada alternativa de resposta e, assim, escolhesse a que fosse a mais fidedigna com a sua realidade.

Ex 1 : Compreendo perfeitamente o que o meu médico, enfermeiro ou as pessoas da minha farmácia me explicam			
Concordo totalmente	Geralmente concordo	Geralmente discordo	Discordo totalmente
			

Figura 1 - Escala tipo Likert 4 pontos

Antes das entrevistas o participante realizou o exercício com o exemplo do item e opções de resposta com a escala visual. Após as explicações de como seriam as afirmações e as opções de resposta, foi iniciada a aplicação dos questionários.

4.7.6 Estudo-piloto

O estudo-piloto foi realizado com os mesmos cuidados do pré-teste, com o mesmo tamanho de amostra (n=30), porém com participantes diferentes. A aplicação da técnica de sondagem identificou dificuldades de interpretação de alguns itens da versão 1 e da escala de mensuração, a escala visual de Likert 4 pontos com expressões de faces e descritores verbais.

Com a identificação da compreensão das palavras verbalizadas pelos participantes idosos, foi possível a reformulação dos itens que apresentaram maior dificuldade de interpretação por parte dos entrevistados, resultando na versão 2 do ABQ, que foi submetida ao estudo-piloto.

Para melhorar a interpretação das respostas apresentadas, alterações quanto ao modo de aplicação da escala visual de Likert 4 pontos com expressões de faces e descritores verbais foram necessárias. A mesma foi desmembrada, sendo aplicada em duas etapas: primeiramente o participante do estudo-piloto escolheu entre as opções: concordo ou discordo, posteriormente, em uma segunda régua, a escolha da intensidade: totalmente ou geralmente.

4.7.7 Análise Estatística

Foi realizada a estatística descritiva, média, desvio-padrão e assimetria das respostas dos 16 itens do ABQ.

A confiabilidade do instrumento foi verificada pela consistência interna dos itens da versão 2 do ABQ versão português, a partir, α de Cronbach, considerando valores adequados entre 0,70 e 0,90 e a correlação item-total, em que uma correlação $\geq 0,3$ é considerada adequada (NUNNALLY & BERNSTEIN, 1994, MULLER et al., 2015). A análise dos dados foi realizada utilizando o Microsoft Excel.

5. RESULTADOS

5.1 Comissão de especialistas

Os resultados da comissão de especialistas para a avaliação A1 e A2 do processo de adaptação transcultural da escala estão sumarizados na tabela 1.

A primeira coluna apresenta os diferentes componentes da escala. A segunda coluna descreve o título e os itens da escala original. Na terceira coluna estão presentes as duas traduções T1 e T2 da escala original. A quarta coluna apresenta as retrotraduções R1 e R2 relacionadas, respectivamente, com as suas duas traduções. A quinta e a sexta colunas mostram os resultados das avaliações de cada membro da Comissão de Especialistas. A quinta coluna (Avaliação A1) apresenta a avaliação percentual de cada membro referente à concordância entre a escala original, as traduções e as retrotraduções. A sexta coluna (Avaliação A2) apresenta a avaliação categórica de cada membro sobre o grau de alteração ocorrido nas traduções e retrotraduções. A penúltima coluna apresenta a versão preliminar da escala a ser testada, posteriormente, no estudo-piloto.

Para o título, a média T1/R1 foi de 96,25% e de T2/R2 foi de 35,8%. A média das avaliações T1/R1 foram superiores na maioria dos itens (1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13,14,15a,15b), exceto no item 9. O somatório das médias T1 e R1 foi de 92,6% e de T2/R2 80,78%.

No item 1, a T1/R1 teve como resultado da análise pouco alterado (PA) para 75% dos especialistas, porém dois membros da comissão destacaram que mesmo a retrotradução 1 sendo semelhante à original, sua tradução não expressa o que a versão em português quer informar, pelo fato da retrotradução da tradução 1 constar

“so far” e na tradução não consta ao seu equivalente em português: “até agora/momento”.

Na segunda avaliação da Comissão de Especialistas (Avaliação A2), as traduções T1 e T2 e suas respectivas retraduições R1 e R2 foram classificadas pelos avaliadores em quatro categorias: inalterado (IN), pouco alterado (PA), muito alterado (MA) e completamente alterado (CA). Houve apenas uma retrodução classificada como completamente alterado (CA) no título do questionário. Para a avaliação do título, a tradução/retradução 1 (T1/R1) foi considerada como a mais pertinente, pois foi considerada como pouco alterado (PA) por 100%.

A tradução/retradução 1 (T1/R1) do título foi considerada mais adequada, pois foi classificada como PA por 100% dos juízes, enquanto a T2/R2 foi classificada como CA por 50% e MA por 50%. Na avaliação dos itens, T1/R1 teve melhor resultado na maioria dos itens. No item 2 e 4, ambas tiveram classificação semelhante, sendo classificadas como 100% PA e 50% PA e 50% IN respectivamente.

A Tabela 2 mostra a descrição da escala em seu formato original, em inglês, nas versões confeccionadas pelos tradutores: T1: tradução realizada pelo tradutor 1, T2: tradução realizada pelo tradutor 2, R1: retradução realizada pelo tradutor 3, e R2: retradução realizada pelo tradutor 4.

Tabela 1: Avaliação pelo Comitê de Especialistas do processo de tradução e retrotradução do instrumento ABQ.

	Tradução	Retrotradução	Avaliação 1 (0 a 100%)	Avaliação 2*
Título	T1 T2	R1 R2	90; 100; 100; 95 (Média: 96,3%) 40; 40; 30; 33 (Média: 35,8%)	PA, PA, PA, PA MA, MA, CA, CA
Item 1	T1 T2	R1 R2	100; 100; 100; 70 (Média: 92,5%) 95; 70; 95; 95 (Média: 88,8%)	PA, PA, IN, PA PA, PA, PA, PA
Item 2	T1 T2	R1 R2	95; 99,100; 80 (Média: 93,5%) 80; 70; 90; 75 (Média: 78,8%)	PA, PA, PA, PA PA, PA, PA, PA
Item 3	T1 T2	R1 R2	100; 100; 100;100 (Média: 97,5%) 100; 70; 100; 90 (Média: 90%)	IN, IN, IN, PA IN, PA, IN, PA
Item 4	T1 T2	R1 R2	100; 90; 100; 95 (Média: 96,3%) 100; 70; 100; 95 (Média: 91,3%)	IN, PA, IN, PA IN, PA, IN, PA
Item 5	T1 T2	R1 R2	100; 90;100; 95 (Média: 96,3%) 100; 90; 95; 95 (Média: 95%)	IN, IN, IN, PA IN, PA, IN, PA
Item 6	T1 T2	R1 R2	100; 90; 100; 100 (Média: 97,5%) 70; 70; 100; 100 (Média: 85%)	IN, PA, IN, IN MA, MA, IN, IN
Item 7	T1 T2	R1 R2	100; 90; 100; 100 (Média: 97,5%) 70; 70; 100; 100 (Média: 85%)	IN, PA, IN, IN PA, PA, IN, IN
Item 8	T1 T2	R1 R2	100; 70; 70; 70 (Média: 77,5%) 70; 70; 70; 70 (Média: 70%)	PA, PA, MA, PA MA, MA, MA, PA
Item 9	T1 T2	R1 R2	60; 100; 100; 95 (Média: 88,8%) 95; 90; 90; 95 (Média: 93,5%)	PA, PA, IN, PA PA, PA, PA,PA
Item 10	T1 T2	R1 R2	80; 100; 80; 90 (Média: 87,5%) 60; 70; 100; 85 (Média: 78,8%)	PA, IN, MA, PA MA, MA, IN, PA
Item 11	T1 T2	R1 R2	100; 90; 100; 95 (Média: 96,3%) 65; 10; 100; 100 (Média: 83,8%)	IN, IN, IN, IN MA, IN, IN, IN
Item 12	T1 T2	R1 R2	100; 90; 100; 95 (Média: 96,3%) 60; 70; 100; 100 (Média: 82,5%)	IN, IN, IN, IN MA, IN, IN, IN
Item 13	T1 T2	R1 R2	95; 90; 100; 100 (Média: 96,3%) 75; 90; 95; 100 (Média: 90%)	PA, PA, IN, IN MA, PA, PA, PA
Item 14	T1 T2	R1 R2	99; 100; 100; 95 (Média: 98,5%) 85; 90; 100; 95 (Média: 92,5%)	PA, IN, IN,IN PA, PA, IN,PA
Item 15 ^a	T1 T2	R1 R2	80; 90; 95; 90 (Média: 88,8%) 80; 70; 70; 60 (Média: 70%)	PA, PA, IN, PA PA, PA, PA, MA
Item 15 ^b	T1 T2	R1 R2	80; 70; 80; 80 (Média:77,5%) 60; 70; 60; 60 (Média: 62,5%)	PA, PA, PA, PA MA, PA, MA, MA

Legenda: T1: tradução 1, T2: tradução 2, R1: retrotradução 1, R2 retrotradução 2, IN: inalterado, PA: pouco alterado, MA: muito alterado, CA: completamente alterado.

Fonte: elaborada pelo autor, 2020.

Tabela 2: Escala original do instrumento ABQ, versões das traduções e retrotraduções.

(continua)

	Tradução	Retrotradução
Título	T1: Questionário de barreira de adesão. T2: Identificação de Barreiras de acesso.	R1: Questionnaire about adhesion barriers. R2: Identification of access barriers.
Item 1	T1: Compreendo perfeitamente o que o meu médico, enfermeiro ou as pessoas da minha farmácia me explicam. T2: Compreendo perfeitamente o que o meu médico, enfermeiro ou pessoas da minha farmácia me explicaram até agora.	R1: I fully understand what my doctor, nurse or people in my pharmacy have explained to me so far. R2: I understand perfectly what my physician, nurse, or pharmacist explain to me.
Item 2	T1: Eu posso mencionar os nomes dos meus remédios e suas finalidades sem hesitação. T2: Posso mencionar os nomes dos meus remédios e seus objetivos sem hesitação.	R1: I can mention the names of my medicines and their purposes without hesitation. R2: I can state the names and purposes of my medications without hesitation.
Item 3	T1: Eu confio no meu médico e concordo com o meu plano terapêutico. T2: Eu confio no meu médico e concordo com o meu plano terapêutico.	R1: I trust my doctor and agree to my therapeutic plan. R2: I trust my physician and I agree with my treatment plan.
Item 4	T1: Meus medicamentos me ajudam apenas se eu tomá-los regularmente como recomendado. T2: Meus medicamentos me ajudam apenas se eu tomá-los regularmente como recomendado.	R1: My medications help me only if I take them regularly as recommended. R2: My medications can only help me if I take them regularly as prescribed.
Item 5	T1: Os remédios são todos venenosos. Você deve evitar tomá-los, se possível. T2: Medicamentos são todos venenosos. Você deve evitar tomar remédios, se possível.	R1: Medications are all poisonous. You should avoid taking medicine if possible. R2: All medications are poisonous. You should avoid taking them, if possible.
Item 6	T1: Eu me sinto basicamente saudável. Por isso, às vezes não tenho certeza se realmente preciso tomar meus remédios diariamente. T2: Eu me sinto basicamente saudável. Por isso, às vezes não tenho certeza se realmente preciso tomar meus remédios diariamente.	R1: I feel basically healthy. So sometimes I'm not sure if I really need to take my medicines on a daily basis. R2: I feel that I am generally healthy. Because of this, I am sometimes not sure if I really need to take my medications daily.
Item 7	T1: Eu tomo meus remédios todos os dias automaticamente em um horário fixo ou em ocasiões fixas. T2: Eu tomo meus remédios todos os dias automaticamente em um horário fixo ou em ocasiões fixas.	R1: I take my medicines every day automatically on a fixed schedule or on fixed occasions. R2: I automatically take my medications every day according to a fixed schedule, or on fixed occasions.
Item 8	T1: Eu sinto que a despesa com copagamento de medicamentos é alta. T2: Eu sinto que a despesa com o copagamento de medicação é alta.	R1: I feel that the cost of the medication copayment is high. R2: I feel that my medication expenses are high.
Item 9	T1: Eu frequentemente esqueço as coisas no dia a dia. T2: Eu frequentemente esqueço as coisas diariamente.	R1: I often forget things daily. R2: I am often forgetful in my daily life.

Tabela 2: Escala original do instrumento ABQ, versões das traduções e retrotraduções.

(conclusão)

	Tradução	Retrotradução
Item 10	T1: Geralmente eu me sinto mal com frequência e às vezes me sinto desanimado e deprimido. T2: Geralmente me sinto mal e às vezes me sinto desencorajada e deprimida.	R1: I usually feel bad and sometimes feel discouraged and depressed. R2: I generally feel sad most of the time, and I sometimes feel despondent and depressed.
Item 11	T1: Eu frequentemente tenho problemas para tomar meus medicamentos ou é difícil manter-me nas condições de acompanhamento da ingestão de medicamentos. T2: Eu frequentemente tenho problemas para tomar meus remédios ou é difícil manter-me em condições de acompanhamento da ingestão de medicamentos.	R1: I often have trouble taking my medicines or it is difficult to keep up with my medication intake. R2: I often have trouble taking my medications, or I find it difficult to keep myself in the right conditions to take my medications.
Item 12	T1: Eu tenho que superar obstáculos para cuidar de minha saúde. T2: Eu tenho que superar os obstáculos para cuidar da minha saúde.	R1: I have to overcome obstacles to take care of my health. R2: I need to overcome obstacles in order to take care of my health.
Item 13	T1: Eu realmente precisaria de ajuda diária (e particularmente relacionada ao meu tratamento com medicamentos). Mas eu não recebo nenhuma ajuda. T2: Eu realmente precisaria de ajuda diária (e particularmente relacionada ao meu tratamento com medicamentos). Mas eu não recebo nenhuma ajuda.	R1: I would really need daily help (and particularly related to my drug treatment). But I do not receive any help. R2: I would really like daily assistance, especially in regards to my treatment with medications, but I receive no such help.
Item 14	T1: Eu realmente tenho medo dos efeitos colaterais dos meus remédios. T2: Estou realmente com medo dos efeitos colaterais dos meus remédios.	R1: I am really afraid of the side effects of my medicines. R2: I am truly afraid of my medications' side effects.
Item 15 A	T1: Caso eu já tenha notado ou caso eu notasse efeitos colaterais relacionados aos meus remédios: eu conversaria com o meu médico sobre eles o mais rápido possível. T2: Caso eu já tenha notado ou caso eu tenha notado efeitos colaterais relacionados aos meus remédios: conversaria ou falaria com meu médico sobre eles o mais rápido possível.	R1: In case I have already noticed or if I have noticed side effects related to my medicines, I would talk or speak to my doctor about them as soon as possible. R2: If I have already noticed, or if I notice side effects from my medications, I would talk to my doctor as soon as possible.
Item 15b	T1: Caso eu já tenha notado ou caso eu notasse efeitos colaterais relacionados aos meus medicamentos: Eu pararia meus medicamentos ou tomaria uma dosagem menor. T2: Caso eu já tenha notado ou caso eu tenha notado efeitos colaterais relacionados aos meus remédios: Eu pararia meus remédios ou tomaria em doses menores.	R1: In case I have already noticed or if I have noticed side effects related to my medicines: I would stop my medicines or take it in smaller doses. R2: If I have already noticed, or if I notice side effects from my medications, I would either stop taking them or take a lower dose.

Legenda: T1: tradução 1, T2: tradução 2, R1: retrotradução 1, R2 retrotradução 2.**Fonte:** elaborada pelo autor, 2020.

Após a avaliação A1 e A2 realizada pelo Comitê de Especialistas, a obtenção da versão pré-teste da escala em sua versão brasileira foi obtida a partir da reunião de consenso. A adaptação foi realizada com cuidado para que o sentido das frases mantivesse a escala original, porém alguns termos e expressões foram ajustados no contexto brasileiro, sendo direcionados à população-alvo (idosa) para facilitar na compreensão e obtenção das respostas mais fidedignas com a realidade do entrevistado.

Primeiramente optou-se pela alteração da forma de aplicação da escala devido a população em estudo (idosa) possuir limitações quanto à acuidade visual, cognitiva e de letramento decorrente do processo de envelhecimento, por unanimidade foi decidido pela forma autoaplicada da escala.

A segunda colocação importante foi a padronização da palavra “medicamentos” em todos os itens ao longo das assertivas para evitar qualquer confusão com a utilização de duas palavras - “remédios” e “medicamentos” - para se referir ao mesmo significado.

No título, 75% dos membros da comissão optaram pela utilização do plural da palavra “barreira”, como o autor original. No item 1 houve a adição do sujeito que estava oculto em ambas as traduções, por decisão unânime dos membros. No item 2, as traduções 1 e 2 estavam semelhantes, porém utilizaram a expressão “posso” para a tradução do modal em inglês “can”. Como consenso optou-se por utilizar o sentido de habilidade - “ser capaz/ conseguir” - e não de possibilidade - “posso” -, obtendo-se a versão “Eu sei mencionar os nomes dos meus medicamentos e para que eles servem sem dificuldade”. No item 3 foi escolhido “tratamento” a “plano terapêutico”, como sugestão à adaptação para a população idosa; um membro da comissão observou a omissão da parte final “together with him”, porém sem prejuízo de sentido. No item 4, um membro da comissão citou incoerência em ambas as traduções pela omissão do termo “absolutely”, porém foram utilizadas palavras mais simples para melhor entendimento da população idosa e a reformulação da afirmativa “Meus medicamentos me ajudam apenas se tomados rigorosamente como recomendados”, sem prejuízo de alteração ao sentido original.

No item 5, houve reformulação da frase com alteração da palavra “veneno” pela expressão “fazem mal”, para facilitar a compreensão para a população idosa com finalidade de evitar confusão de sentido na compreensão. Não houve

necessidade de reformulação das assertivas 6, 7, 9, 10,13 e 14. O item 8 do instrumento original utiliza a expressão “co-pagamento”; esta expressão é utilizada para a população a qual o instrumento foi criado, pois em alguns países as seguradoras e os sistemas de saúde cobram uma parte do tratamento medicamentoso do paciente, o que se aproxima do que temos aqui no Brasil com o programa Farmácia Popular, em que o governo disponibiliza alguns medicamentos para determinadas patologias, porém com o custo reduzido ou com uma coparticipação pequena. Como não utilizamos esse termo, houve a reformulação da frase. Com o objetivo de representarmos a realidade, a afirmação “pagar pelos meus medicamentos” refere-se à parcela total, aqueles que não são disponibilizados pelo SUS e pela Farmácia Popular.

O item 11 gerou debate entre os membros da comissão, devido a interpretações que a sentença pode suscitar, tais como: se analisa a persistência do paciente com o tratamento, referindo-se ao seguimento do tratamento, ou se apenas na tomada no mesmo. Assim, realizou-se a reformulação da afirmativa “Eu frequentemente tenho problemas para ter acesso ou é difícil ter acesso ao acompanhamento para o uso dos medicamentos”.

No item 12, “Eu tenho que superar os obstáculos para cuidar da minha saúde”, por decisão unânime dos membros, optou-se por manter duas versões deste item para a realização do teste-piloto. Esta proposta objetivou analisar se a palavra “obstáculos” seria aceita pela população idosa; assim, foi utilizada uma afirmativa com a palavra “obstáculos” e outra com “dificuldades”.

Nos itens 15a e 15b, como a aplicação do questionário ocorreu em forma de entrevista e levando em consideração que os pacientes estão cansados nos últimos itens, os membros da comissão optaram por reduzir os itens sem perda de sentido. Optou-se, também, por utilizar a condicional no futuro. A tabela 3 apresenta as opiniões e sugestões realizadas pelo comitê durante a reunião de consenso.

Tabela 3: Sugestões do comitê de especialistas após a reunião de consenso.

(continua)

	Sugestões/Debate Comitê	Sugestões Itens
Título	No título optou-se por manter o plural de “barreiras” assim como a versão original.	1. Questionário de Barreiras à Adesão. 2. Questionário sobre Barreiras de Adesão.
Item 1	Adição do sujeito que estava oculto em ambas as traduções, para deixar claro, a quem se refere. Optou-se por reconstruir a afirmativa com “orientações que recebo” a “me explicam”.	1. Eu compreendo perfeitamente as orientações que recebo do meu médico, enfermeiro ou pessoas da minha farmácia. 2. Eu compreendo perfeitamente as orientações que recebo do meu médico, enfermeiro ou pessoas da minha farmácia até o momento.
Item 2	“Como o uso do modal “can” do inglês direciona mais par o sentido de habilidade do: “ser capaz, conseguir”, manteve-se a tradução 1 com a modificação do “posso” com a palavra “sei”. Outra alteração foi substituir “sem hesitação” por “sem dificuldades”, tendo em vista a população idosa como alvo.	1. Eu sei mencionar os nomes dos meus medicamentos e para que eles servem sem dificuldade. 2. Eu posso mencionar os nomes dos meus remédios e para que servem sem dificuldade.
Item 3	Houve a omissão da parte final da afirmação “together with him”, mas não causou prejuízo no sentido final da frase.	1. Confio no meu médico e aceito meu plano terapêutico. 2. Eu confio no meu médico e concordo com o meu tratamento escolhido.
Item 4	Padronização da palavra “medicamentos” a “remédios”. A palavra “apenas” foi substituída por “somente” e “regularmente” por “rigorosamente” para sentido de inflexível. A palavra “como” substituída por “conforme”.	1. Meus medicamentos me ajudam somente se tomá-los rigorosamente como recomendado 2. Meus medicamentos ajudam apenas se tomados rigorosamente conforme recomendados.
Item 5	Em ambas as traduções “at all” não foi traduzido, porém manteve-se o sentido original do questionário adicionando “todos”. A palavra “veneno” foi alterada para “fazem mal” para a população alvo. Houve dúvidas em se manter o pronome de tratamento “você”, uma vez que o questionário utiliza “Eu, Meu” a primeira pessoa.	1. Todos os medicamentos fazem mal. Você deve evitar tomar medicamentos, se possível. 2. Medicamentos são todos venenosos. Se possível, você deve evitar tomar remédios.
Item 6	A expressão “Eu me sinto saudável” não ser comumente utilizada, foi mantida coma a finalidade “ausência de sintomas”.	1. Eu me sinto saudável. Por isso, às vezes, não tenho certeza se realmente preciso tomar meus medicamentos diariamente. 2. Sinto-me basicamente saudável. por isso, às vezes, não tenho certeza se realmente preciso tomar meus remédios diariamente.
Item 7	Não houve modificações de sentido nesta afirmativa, mantendo-se mesmo significado original.	1. Eu tomo meus medicamentos todos os dias automaticamente em um horário fixo ou em ocasiões fixas. 2. Eu tomo meus remédios todos os dias automaticamente em um horário fixo ou em ocasiões fixas.

Tabela 3: Sugestões do comitê de especialistas após a reunião de consenso.

(continua)

	Sugestões/Debate Comitê	Sugestões Itens
Item 8	<p>A expressão "co-pagamento" é utilizada para a população a qual o instrumento foi criado, pelo fato de alguns países, as seguradoras e os sistemas de saúde cobram uma parte do tratamento medicamentoso do paciente, o que se aproxima do que temos aqui no Brasil com o programa Farmácia Popular, onde o governo disponibiliza alguns medicamentos para determinadas patologias, porém com o custo reduzido ou com uma coparticipação pequena, como não utilizamos esse termo houve a reformulação da frase para representarmos a realidade com a afirmação "pagar pelos meus medicamentos".</p> <p>Ouve dúvidas nas "fardo/peso" como substituição "pagamento alto", assim se utilizada essas duas expressões no teste piloto.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu sinto que pagar pelos medicamentos é um grande fardo. 2. Eu sinto que pagar pelos medicamentos é um grande peso. 3. Eu sinto que o pagar pelos medicamentos é um grande incômodo.
Item 9	Para melhor compreensão ao paciente idoso, optou-se por inverter o posicionamento da frase.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No dia a dia, eu esqueço as coisas com frequência. 2. Eu frequentemente, no meu dia a dia, esqueço-me das coisas.
Item 10	Para melhor compreensão ao paciente idoso, optou-se por inverter o posicionamento da frase.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu frequentemente sinto-me mal e às vezes sinto-me desanimado/a e deprimido/a. 2. Eu frequentemente me sinto mal, e às vezes, desanimado e deprimido. 3. Geralmente eu me sinto mal e às vezes me sinto desanimado e deprimido
Item 11	A especialista em idosos chamou a atenção do item pela dupla interpretação que este pode gerar. Item refere-se à persistência do tratamento? Ou a tomada pontual?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu frequentemente tenho problemas para ter acesso ou é difícil ter acesso ao acompanhamento para o uso dos medicamentos. 2. Eu frequentemente tenho problemas para tomar meus remédios ou é difícil manter a ingestão de medicamentos conforme orientações. 3. Eu frequentemente tenho problemas para tomar meus medicamentos ou é difícil usar os medicamentos conforme recomendação.
Item 12	A palavra obstáculos/dificuldades foi testada na mesma afirmativa no teste piloto com a finalidade de se ter melhor compreensão.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu tenho que superar os obstáculos para cuidar da minha saúde. 2. Eu tenho que superar as minhas dificuldades para cuidar da minha saúde. 3. Eu tenho que superar obstáculos em relação aos cuidados com minha saúde.

Tabela 3: Sugestões do comitê de especialistas após a reunião de consenso.

(conclusão)

	Sugestões/Debate Comitê	Sugestões Itens
Item 13	Com a finalidade de facilitar a compreensão direcionando a frase para a população a qual o estudo utilizará optou por omitir a expressão entre parênteses “particularmente relacionada ao meu tratamento com medicamentos” e sintetizar a frase.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu realmente precisaria de ajuda diária com meus medicamentos, mas eu não recebo nenhuma ajuda. 2. Eu realmente precisaria de ajuda diária (particularmente relacionada ao meu tratamento com medicamentos), mas eu não recebo nenhuma ajuda. 3. Eu precisaria de ajuda diária (e particularmente relacionada ao meu tratamento com medicamentos), mas eu não recebo ajuda.
Item 14	Ambas as traduções mantiveram o sentido, porém elegeram-se “tenho/estou”, a “ser ou estar”.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu realmente tenho medo dos efeitos colaterais dos meus medicamentos. 2. Eu tenho bastante medo dos efeitos colaterais dos meus remédios. 3. Eu tenho medo dos efeitos colaterais dos meus remédios.
Item 15 A	Não houve alterações significativas, optou-se por utilizar a condicional do futuro para melhor compreensão.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caso eu já tenha notado ou notasse efeitos colaterais relacionados aos meus medicamentos: Eu conversaria com meu médico sobre eles o mais rápido possível. 2. Eu já notei efeitos colaterais relacionados aos meus remédios e conversei com o meu médico sobre eles o mais rápido possível ou se eu notar efeitos colaterais relacionados aos meus remédios eu vou conversar com o meu médico sobre eles o mais rápido possível. 3. Eu já notei efeitos colaterais relacionados aos meus remédios e conversei com o meu médico sobre eles o mais rápido possível ou se eu notasse efeitos colaterais relacionados aos meus remédios eu conversaria com o meu médico sobre eles o mais rápido possível.
Item 15 B	Não houve alterações, mantendo-se a tradução 1 como mais adequada.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caso eu já tenha notado ou caso eu notasse efeitos colaterais relacionados aos meus medicamentos: Eu pararia meus medicamentos ou tomaria uma dosagem menor. 2. Caso eu já tenha notado ou caso eu notasse efeitos colaterais relacionados aos meus remédios: Eu parei/pararia meus remédios ou tomei/tomaria em doses menores. 3. Eu já notei efeitos colaterais relacionados aos meus remédios e parei de tomá-los ou tomei uma dosagem menor ou se eu notar efeitos colaterais relacionados aos meus remédios, eu vou parar de tomá-los ou tomarei uma dosagem menor. 4. Eu já notei efeitos colaterais relacionados aos meus remédios e parei de tomá-los ou tomei uma dosagem menor ou se eu notasse efeitos colaterais relacionados aos meus remédios, eu pararia de tomá-los ou tomaria uma dosagem menor.

5.2 Descrição da amostra

Inicialmente, a variável quantitativa contínua idade foi submetida ao teste de normalidade de Anderson Darling, onde se verificou possuir distribuição normal ($p > 0,05$). As características dos participantes estão dispostas na tabela 4.

Dos 60 entrevistados, 58,33% eram do sexo feminino, a média de idade dos participantes da amostra com idade igual ou superior a 60 anos era de $68,77 \pm 6,4$ anos, 68,33% possuíam como grau de escolaridade o ensino fundamental incompleto, a renda familiar dos 85% entrevistados está na faixa de 1 a 2 salários-mínimos, 18,33% moram sozinhos e 58,33% com seu companheiro(a) ou esposo(a).

Durante a aplicação do pré-teste e estudo-piloto, foram identificados 85 medicamentos prescritos continuamente nos últimos seis meses; os mais prevalentes: Losartana 50 mg (32,94%), Hidroclorotiazida 25 mg (25,88%) e Ácido Acetilsalicílico (22,35%). A quantidade prescrita por paciente variou de um a nove medicamentos administrados.

Tabela 4: Dados sociodemográficos dos 60 idosos participantes do pré-teste e estudo-piloto, atendidos pela atenção primária da cidade de Capitão Leônidas Marques –PR.

Variáveis	Categorias	n	%	Média ± DP
Idade				68,77 ± 6,4
Sexo	Feminino	35	58,33	
	Masculino	25	41,67	
Grau de Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	41	68,33	
	Ensino fundamental completo	5	8,33	
	Ensino médio incompleto	5	8,33	
	Não estudou	6	10,0	
	Ensino médio completo	1	3,4	
	Superior completo	1	1,67	
	Item não preenchido	1	1,67	
Estado Civil	Casado	33	55,0	
	Divorciado/Separado	9	15,0	
	Viúvo	9	15,0	
	Mora junto com o companheiro	4	6,67	
	Solteiro	5	8,33	
Cidade de origem	Outro Município	53	91,67	
	Capitão Leônidas Marques	7	8,33	
Com quem mora	Esposo(a) / Companheiro(a)	43	71,67	
	Mora sozinho(a)	11	18,33	
	Filhos/ outros parentes/ amigos (as) ou colegas /	6	10,00	
Quantas pessoas moram em sua residência, incluindo o entrevistado	Duas pessoas	35	58,33	
	Mora sozinho(a)	11	18,33	
	Três pessoas	9	15,00	
	Seis pessoas ou mais	3	5,00	
	Quatro pessoas	1	1,67	
	Cinco pessoas	1	1,67	

As informações clínicas foram obtidas do prontuário e dos receituários dos pacientes, sendo considerados os últimos dados registrados da época da coleta de dados.

A Tabela 5 mostra a distribuição de frequências do número de medicamentos administrados diariamente nos últimos 6 meses, em que 31,67% dos entrevistados fazem uso de 2 e/ou menos medicamentos diariamente. A mediana dos medicamentos administrados diariamente foi de 4,0 medicamentos, o que indica que 50% dos pacientes fazem uso de mais de quatro diariamente.

A Tabela 6 mostra a distribuição de frequências do número de medicamentos prescritos e consumidos nos últimos seis meses. O número de medicamentos variou de 1 a 21 nos entrevistados, sendo: em 45,0% (do grupo), de 2 a 6; em 31,67%, de 6 a 10; em 8,3%, de 10 a 14; em 6,67%, de 14 a 18; e em 3,33%, de 18 a 22. A mediana dos medicamentos administrados nos últimos 6 meses foi de 6, mostrando que 50% dos pacientes administraram mais de 6 medicamentos nos últimos 6 meses.

Tabela 5: Distribuição de frequências do número de medicamentos administrados diariamente nos últimos 6 meses.

Número medicamentos administrados diariamente nos últimos 6 meses	Frequência
0-2	17 (28,3 %)
2-4	15 (25,0 %)
4-6	21 (35,0 %)
6-8	4 (6,7 %)
9-10	3 (5,0 %)

Tabela 6: Distribuição de frequências do número de medicamentos prescritos nos últimos 6 meses.

Número de medicamentos prescritos nos últimos 6 meses	Frequência
0-2	3 (5,0%)
2-6	27 (45,0%)
6-10	19 (31,67%)
10-14	5 (8,33%)
14-18	4 (6,67%)
18-22	2 (3,33%)

Os dados clínicos dos pacientes estão representados na tabela 4: os entrevistados citaram 78 patologias, 52,56% tiveram como diagnóstico principal codificado na categoria da Hipertensão Essencial Primária (CID 10: I 10), 85% dos

participantes não foram hospitalizados no último ano. Patologias que foram citadas uma vez serão somadas e identificadas como outros diagnósticos na tabela 7.

Tabela 7: Dados clínicos dos 60 pacientes idosos que participaram do pré-teste e estudo-piloto.

Diagnóstico	CID 10	Frequência
Hipertensão Arterial Primária	L 10	52,56
Asma predominantemente alérgica	J 45.0	0,26
Doença Pulmonar obstrutiva crônica não especificada	J 44.9	0,26
Outras formas não especificadas de doença crônica obstrutiva	J44.8	0,26
Outros diagnósticos	-	46,66

5.3 Pré-teste

As entrevistas ocorreram em sala privativa. O entrevistador manteve-se observador em relação às atitudes e gestos demonstrados pelos entrevistados, procurando deixá-los à vontade e evitando viés de desabilidade, já que o entrevistador e a farmacêutica do município são a mesma pessoa.

Alguns itens apresentaram maior dificuldade de compreensão pela maioria dos idosos, como o item 11: “Eu frequentemente tenho problemas para ter acesso ou é difícil ter acesso ao acompanhamento para o uso dos medicamentos”, gerando ampla interpretação pelos entrevistados, como por exemplo: “problemas para ter acesso” em relação ao “deslocamento” até a unidade de saúde, “dificuldade em acesso ao profissional de saúde”. No item 12: “Eu tenho que superar as minhas dificuldades para cuidar da minha saúde”, muitos perguntaram em relação a quais dificuldades: “física, familiar, saúde, mental”; e a palavra “fardo”, utilizada no item 8, não foi bem aceita e compreendida.

Os itens 1 e 2 foram bem aceitos pelos pacientes, já no item 3: “Eu confio no meu médico e concordo com o meu tratamento escolhido”, o termo “concordo” desempenhou sinônimo de “aceito” para os entrevistados.

No item 4: “Meus medicamentos me ajudam apenas se tomados rigorosamente como recomendados”, a palavra “rigorosamente” desempenhou para os pacientes como “sem falhas”. No item 5 “Todos os medicamentos fazem mal. Você deve evitar tomar medicamentos, se possível”, a frase gerou discordâncias

entre pacientes; alguns tiveram a compreensão que os medicamentos fazem mal se eles não tomarem conforme regime posológico orientado pelo médico e pelos profissionais da farmácia, outros entenderam que os medicamentos fazem mal se usados sem indicação do médico, fazendo uso do mesmo por “automedicação”.

O item 7: “Eu tomo meus medicamentos todos os dias automaticamente em um horário fixo ou em ocasiões fixas”, a palavra “automaticamente” foi vista como “lembrar sem esforço”, e “ocasiões fixas” como “após café da manhã, após almoço e após jantar”.

O item 12 foi aplicado nas duas versões e quase por unanimidade a palavra “dificuldades” foi bem aceita em relação a “obstáculos”.

Durante o pré-teste, foram observadas muitas dificuldades com a aplicação da escala tipo Likert de 4 pontos.

As principais dificuldades dos entrevistados foram:

1. Responder uma das quatro opções de frequência da escala; não era objetivo em suas respostas.

2. Havia uma tendência natural dos participantes em concordar ou discordar da afirmação, referindo-se às respostas com as palavras “sim ou não” a cada item.

Diante da dificuldade dos entrevistados em responder objetivamente uma das quatro opções de frequência da escala, foi proposto acrescentar um exemplo para o entrevistado se familiarizar com as opções de resposta antes de responder aos itens do instrumento de adesão, como apresentado na figura 2, entregando assim a régua de escala visual ao respondente com o objetivo de ajudá-lo a ser mais objetivo.

No presente estudo, a adaptação do instrumento à população-alvo (idosa) no contexto brasileiro exigiu modificações na redação dos itens e na sua forma de aplicação. O instrumento original ABQ é autoaplicável. Como a população em questão possui nível baixo de escolaridade, a aplicação do ABQ, na versão brasileira, ocorreu em forma de entrevistas, em que as perguntas foram lidas pelo entrevistador, respondidas pelos pacientes e marcadas pelo entrevistador. Esta forma de aplicação se mostrou eficaz, podendo assim o entrevistado solicitar ajuda para entender algum item.

Um estudo realizado por Assis et al. (2019) mostrou que o formato autoaplicável é menos adequado para esse grupo demográfico específico (idosos),

considerando as dificuldades de leitura apresentadas pelos idosos com menor escolaridade e com deficiência visual, ambas comuns nessa faixa etária.

Como forma de melhorar a estruturação das respostas apresentadas, foi realizada a mudança na aplicação das respostas, separando a escala de Likert 4 pontos, para gerar uma melhor compreensão pelos idosos.

O entrevistador foi orientado a ler um dos itens e foi solicitado que o entrevistado respondesse “concordo” ou “discordo”. Se a resposta fosse “concordo”, o entrevistador deveria solicitar ao entrevistado que escolhesse mais uma opção entre “totalmente” ou “geralmente” e marcasse 1 ou 2, respectivamente, de acordo com a resposta dada. Se a resposta fosse “discordo”, o entrevistador deveria solicitar ao entrevistado que escolhesse entre “totalmente” ou “geralmente” e marcasse 3 ou 4, respectivamente.

As declarações não sofreram alterações significativas em relação à tradução, porém será de grande importância a alteração da primeira pessoa do singular para a terceira pessoa do singular na versão traduzida, por exemplo: “Eu compreendo perfeitamente as orientações que recebo do meu médico, enfermeiro ou pessoas da minha farmácia” para “Você compreende perfeitamente as orientações que recebe do seu médico, enfermeiro ou pessoas da sua farmácia”, pois o questionário não será utilizado na forma autoaplicável, como o original, e sim por meio de entrevista. A expectativa é que essa nova versão minimize as dificuldades encontradas durante a aplicação do piloto e se mostre mais adequada para uso na população idosa brasileira. O quadro 1 apresenta a versão pré-teste e as alterações realizadas após reajustes necessários para a população-alvo, sendo esta aplicada no estudo-piloto.

5.4 Estudo-Piloto

Com a aplicação do pré-teste, as dificuldades foram pontuadas e a necessidade de mudanças observada, o que exigiu modificações na redação dos itens e no formato de aplicação escala tipo Likert 4 pontos. Confeccionou-se, então, uma nova versão da escala ABQ para a aplicação do estudo-piloto.

Com a alteração do modo de aplicação da escala para entrevista face a face, a colocação do pronome de tratamento “Eu”, utilizado na escala original, não se mostrou eficaz para o entendimento da população idosa, sendo proposta a

modificação para o pronome “Você”. Esta alteração foi fundamental na redação do item 11, o item com maior dificuldade de compreensão.

Como forma de aperfeiçoar a estruturação das respostas explicitadas para os entrevistados, a aplicação das opções de respostas foi realizada. O entrevistador foi orientado a ler um dos itens e solicitado ao entrevistado que respondesse “concordo” ou “discordo”. Se a resposta fosse “concordo”, o entrevistador deveria solicitar ao entrevistado que escolhesse entre “totalmente” ou “geralmente” e marcasse 1 ou 2, respectivamente, de acordo com a resposta dada. Se a resposta fosse “discordo”, o entrevistador solicitava ao entrevistado que escolhesse entre “totalmente” ou “geralmente” e marcasse 3 ou 4, respectivamente.

O quadro 1, apresenta a versão do ABQ, aplicadas no pré-teste e estudo-piloto.

Quadro 1: Versões do instrumento ABQ do pré-teste e estudo-piloto.

Item	Versão Pré-teste	Versão Estudo-Piloto
1	Eu compreendo perfeitamente as orientações que recebo do meu médico, enfermeiro ou pessoas da minha farmácia.	Você compreende perfeitamente as orientações que recebe do seu médico, enfermeiro ou pessoas da sua farmácia.
2	Eu sei mencionar os nomes dos meus medicamentos e para que eles servem sem dificuldade	Você sabe mencionar os nomes dos seus medicamentos e para que eles servem sem dificuldade.
3	Eu confio no meu médico e concordo com o meu tratamento escolhido	Você confia em seu médico e concorda com o tratamento escolhido.
4	Meus medicamentos me ajudam apenas se tomados rigorosamente como recomendados.	Seus medicamentos ajudam apenas se tomados rigorosamente como recomendados.
5	Todos os medicamentos fazem mal. Você deve evitar tomar medicamentos, se possível.	Todos os medicamentos fazem mal. Você deve evitar tomar medicamentos se possível.
6	Eu me sinto saudável. Por isso, às vezes não tenho certeza se realmente preciso tomar meus medicamentos diariamente.	Você se sente saudável. Por isso, às vezes não tem certeza se realmente precisa tomar seus medicamentos diariamente.
7	Eu tomo meus medicamentos todos os dias automaticamente em um horário fixo ou em ocasiões fixas.	Você toma seus medicamentos todos os dias automaticamente em um horário fixo ou em ocasiões fixas.
8	Eu sinto que pagar pelos medicamentos é um grande fardo.	Você sente que pagar pelos seus medicamentos é uma grande dificuldade.
9	No dia a dia, eu esqueço as coisas com frequência.	No dia a dia, você esquece as coisas com frequência.
10	Eu frequentemente me sinto mal e, às vezes, desanimado e deprimido.	Você frequentemente se sente mal e, às vezes, desanimado e deprimido.
11	Eu frequentemente tenho problemas para ter acesso ou é difícil ter acesso ao	Você frequentemente tem problemas para tomar seus medicamentos ou é difícil usar

	acompanhamento para o uso dos medicamentos.	seus medicamentos conforme orientação.
12	Eu tenho que superar os obstáculos para cuidar da minha saúde. Eu tenho que superar as minhas dificuldades para cuidar da minha saúde.	Você tem que superar as suas dificuldades para cuidar da sua minha saúde.
13	Eu realmente precisaria de ajuda diária com meus medicamentos, mas eu não recebo nenhuma ajuda.	Você realmente precisaria de ajuda diária com seus medicamentos, mas não recebe nenhuma ajuda.
14	Eu realmente tenho medo dos efeitos colaterais dos meus medicamentos.	Você realmente tem medo dos efeitos colaterais dos seus medicamentos.
15 ^a	Caso eu já tenha notado ou notasse efeitos colaterais relacionados aos meus medicamentos: Eu conversaria com meu médico sobre eles o mais rápido possível.	Caso você já tenha notado efeitos colaterais relacionados aos seus medicamentos: Você conversaria com seu médico sobre eles o mais rápido possível.
15 ^b	Caso eu já tenha notado ou caso eu notasse efeitos colaterais relacionados aos meus medicamentos: Eu pararia meus medicamentos ou tomaria uma dosagem menor.	Caso você já tenha notado efeitos colaterais relacionados aos seus medicamentos: Você pararia ou tomaria seus medicamentos em dosagem menor.

5.4.1 Resultados da Análise Estatística

Os itens do ABQ foram pontuados de 1 a 4 e de 4 a 1, indicando pontuação mais alta, maior influência da barreira de adesão mencionada no item, para o entrevistado. A tabela 8 mostra as características das respostas dos 30 entrevistados mediante os 16 itens, calculando a média, o desvio-padrão e a assimetria do padrão de respostas. Os itens 8,9 e 12 apresentam assimetria com valores negativos (0,54, 1,19 e -0,14), respectivamente, indicando as dificuldades que os entrevistados possuíam em contradizer a afirmação; os mesmos apresentaram valores de média entre 3,10 e 2,37.

Tabela 8: Distribuição das respostas do ABQ versão português do Brasil.

Item	Teste-Piloto	Média	DP	assimetria
1	Você compreende perfeitamente as orientações que recebe do seu médico, enfermeiro ou pessoas da sua farmácia*.	1,17	0,38	1,88
2	Você sabe mencionar os nomes dos seus medicamentos e para que eles servem sem dificuldade*.	1,97	1,00	0,51
3	Você confia em seu médico e concorda com o tratamento escolhido*.	1,37	0,61	1,50
4	Seus medicamentos ajudam apenas se tomados rigorosamente como recomendados*.	1,13	0,35	2,27
5	Todos os medicamentos fazem mal. Você deve evitar tomar medicamentos se possível.	2,17	1,32	0,45
6	Você se sente saudável. Por isso, às vezes não tem certeza se realmente precisa tomar seus medicamentos diariamente.	1,67	1,09	1,24
7	Você toma seus medicamentos todos os dias automaticamente em um horário fixo ou em ocasiões fixas*.	1,23	0,43	1,33
8	Você sente que pagar pelos seus medicamentos é uma grande dificuldade.	2,87	1,36	-0,54
9	No dia a dia, você esquece as coisas com frequência.	3,10	0,76	-1,19
10	Você frequentemente se sente mal e, às vezes, desanimado e deprimido.	2,37	1,10	0,03
11	Você frequentemente tem problemas para tomar seus medicamentos ou é difícil usar seus medicamentos conforme orientação.	1,80	1,24	1,10
12	Você tem que superar as suas dificuldades para cuidar da sua saúde.	2,37	1,10	-0,14
13	Você realmente precisaria de ajuda diária com seus medicamentos, mas não recebe nenhuma ajuda.	1,23	0,57	2,43
14	Você realmente tem medo dos efeitos colaterais dos seus medicamentos.	1,30	0,79	2,93
15a	Caso você já tenha notado efeitos colaterais relacionados aos seus medicamentos: Você conversaria com seu médico sobre eles o mais rápido possível. *	1,17	0,46	2,93
15b	Caso você já tenha notado efeitos colaterais relacionados aos seus medicamentos: Você pararia ou tomaria seus medicamentos em dosagem menor.	2,20	1,03	0,58

Pontuação por item 1–4; n = 30 pacientes entrevistados no estudo piloto. *Este item foi codificado reversamente. Os números em negrito representam os valores máximo/mínimo. ABQ: Questionário de Barreiras de Adesão, DP: Desvio Padrão.

5.4.2 Confiabilidade

O alfa de Cronbach para o instrumento ABQ versão adaptada para o português e direcionada para a compreensão em pacientes idosos (idade \geq 60 anos) foi de 0,5236. As correlações item-total para os 16 itens variaram de -0,28 a 0,64, estes valores estão dispostos na tabela 9. O item 7 do questionário: "Você toma seus medicamentos todos os dias automaticamente em um horário fixo ou em ocasiões fixas" mostrou correlação item total mais baixa (-0,28). Com a exclusão do item, o alfa de Cronbach aumentou para 0,5608.

O item 15a: "Caso você já tenha notado efeitos colaterais relacionados aos seus medicamentos: Você conversaria com seu médico sobre eles o mais rápido

possível” demonstrou baixo coeficiente item-total (0,05). Excluindo este, o alfa de Cronbach aumenta para 0,5340. Nove dos 16 itens da escala apresentaram valores de item-total inferior a 0,3. A tabela 9 apresenta os valores correlação item-total para os 16 itens e os valores do alfa de Cronbach.

Tabela 9: Correlação item-total para versão português ABQ.

item	Teste-Piloto	α de Cronbach=0,5236	
		correlação item-total	α de Cronbach se o item for excluído
1	Você compreende perfeitamente as orientações que recebe do seu médico, enfermeiro ou pessoas da sua farmácia.	0,12	0,5255
2	Você sabe mencionar os nomes dos seus medicamentos e para que eles servem sem dificuldade.	0,10	0,5659
3	Você confia em seu médico e concorda com o tratamento escolhido.	0,06	0,5408
4	Seus medicamentos ajudam apenas se tomados rigorosamente como recomendados.	0,11	0,5253
5	Todos os medicamentos fazem mal. Você deve evitar tomar medicamentos se possível.	0,64	0,4262
6	Você se sente saudável. Por isso, às vezes não tem certeza se realmente precisa tomar seus medicamentos diariamente.	0,55	0,4575
7	Você toma seus medicamentos todos os dias automaticamente em um horário fixo ou em ocasiões fixas.	-0,28	0,5608
8	Você sente que pagar pelos seus medicamentos é uma grande dificuldade.	0,62	0,4365
9	No dia a dia, você esquece as coisas com frequência.	0,57	0,4587
10	Você frequentemente se sente mal e, às vezes, desanimado e deprimido.	0,63	0,4315
11	Você frequentemente tem problemas para tomar seus medicamentos ou é difícil usar seus medicamentos conforme orientação.	0,53	0,4701
12	Você tem que superar as suas dificuldades para cuidar da sua saúde.	0,40	0,5045
13	Você realmente precisaria de ajuda diária com seus medicamentos, mas não recebe nenhuma ajuda.	0,19	0,5223
14	Você realmente tem medo dos efeitos colaterais dos seus medicamentos.	0,20	0,5304
15a	Caso você já tenha notado efeitos colaterais relacionados aos seus medicamentos: Você conversaria com seu médico sobre eles o mais rápido possível.	0,05	0,5340
15b	Caso você já tenha notado efeitos colaterais relacionados aos seus medicamentos: Você pararia ou tomaria seus medicamentos em dosagem menor.	0,20	0,5487

5.5 Característica de Aplicação do ABQ no estudo-piloto

A aplicação da versão do questionário ABQ deu-se em 30 pacientes devido à dificuldade da extensão da aplicação na faixa etária de 60 anos devido a pandemia

do COVID 19, período em que medidas para evitar a propagação do vírus têm sido tomadas. O tempo de aplicação do questionário ABQ variou entre 10-20 minutos, dependendo da realização da técnica de sondagem e interrupções para arguições pelos entrevistados.

Assim avaliamos o perfil das respostas e dos pacientes em relação aos itens nos participantes entrevistados.

O item 9 esteve presente como barreira de não adesão mais prevalente entre os participantes, seguido do item 8.

A subescala não intencional mostrou-se presente em 43,33% das respostas dos itens.

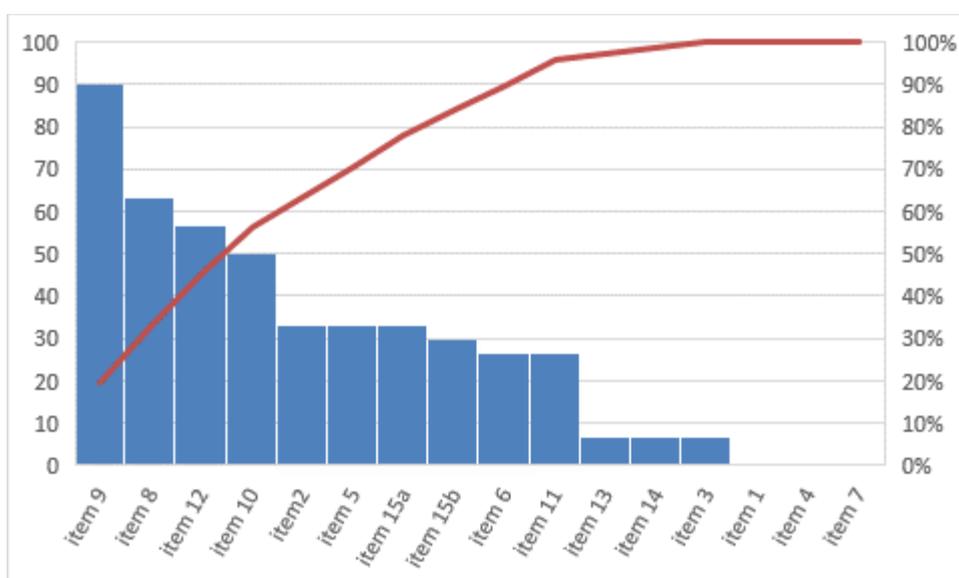


Figura 3: Distribuição das respostas dos participantes estudo-piloto.

6. DISCUSSÃO

O presente estudo realizou processo de Adaptação Transcultural semântica e idiomática, para o Brasil, da escala ABQ de avaliação de aderência ao tratamento, a qual permitiu alterações importantes e significativas para melhor compreensão da população idosa no contexto brasileiro. Porém não foi realizada sua validação para o contexto brasileiro.

O tempo de realização das entrevistas variou entre 10 a 20 minutos, dependendo da compreensão dos itens, das interrupções do entrevistados para arguições e para a realização da técnica de sondagem. A técnica de sondagem foi muito importante para identificar as principais dificuldades na compreensão dos itens e sua posterior reformulação para melhor compreensão na fase pré-teste (BANDEIRA et al., 2009; MACHADO et al., 2015; GUILLEMIN et al, 1993).

A versão em português do ABQ, assim como o instrumento original, possuíam valores de assimetria negativos (-0,54 e -0,135) e altos valores de média (0,287 e 2,66), nos itens 8 e 9, demonstrando a mesma dificuldade de contradizer a afirmação em culturas e populações diferentes (MULLER et al.,2015).

O item 15a apresentou valores de item-total inferior a 0,3 no ABQ versão português (0,05) e original (0,274), levando à diminuição da consistência interna em ambos (MULLER et al.,2015).

A versão original trabalhou com a remoção de dois itens, 5 e 6, os quais apresentaram baixos valores de item-total, com a finalidade de melhorar a confiabilidade do instrumento (MULLER et al., 2015). Na versão adaptada neste estudo, por apresentar valores de item-total em nove dos 16 itens, optou-se pela manutenção dos 16.

França Filho (2009) defende que valores $>0,70$ são considerados aceitáveis, porém não há uma padronização absoluta. Tal autor ressalta que valores inferiores a 0,70 são aceitos em pesquisa de natureza exploratória.

A aplicação da escala no formato de entrevista face a face e não autoadministrada é considerada mais apropriada para população com baixa escolaridade, devido às dificuldades dificuldades na compreensão e interpretação das afirmativas e opções de respostas e, ainda, à diminuição da acuidade visual na faixa

etária idosa (MACHADO et al.,2015 ; PASQUALI, 2000). Um estudo realizado por Assis et al. (2019) concorda que o formato autoaplicável é menos adequado para esse grupo demográfico específico (idosos), considerando as dificuldades comuns nesta faixa etária da população.

A escala ABQ, em sua versão portuguesa do Brasil, disponibilizou um instrumento versátil, sem a utilização de palavras regionais e com linguagem simples, auxiliando no entendimento do público à qual destina este estudo. Considerando que esta faixa etária da população está mais suscetível à influência de fatores intencionais e não intencionais durante a terapia, e conseqüentemente problemas relacionados ao uso de medicamentos (ABRANTES, 2013; SLONIM & LEE, 2017), com a identificação das barreiras de adesão, estratégias poderão ser desenvolvidas para melhorar a terapia medicamentosa (ABRANTES, 2013; SLONIM & LEE, 2017; MULLER et al., 2015).

Entre as limitações deste estudo, temos o fato de não ter sido aplicado um instrumento para avaliar o letramento funcional em saúde (LFS) do entrevistado, e da falta de um instrumento capaz de identificar o grau de desejabilidade social para ter evitado a tendência do entrevistado em responder positivamente aos itens. A não avaliação das propriedades psicométricas da versão em português do Brasil da escala ABQ impediram que o instrumento fosse validado e aplicado em amostras mais representativas.

O envelhecimento populacional requer que o Sistema Único de Saúde (SUS) planeje, realize e desenvolva políticas específicas que atendam esse grupo crescente da população que possui necessidades singulares e garanta melhoria da expectativa e qualidade de vida. Políticas para adesão aos medicamentos é um desafio para a área de saúde (RESENDE et al.,2017; ROLNICK et al., 2013).

7. CONCLUSÃO

A versão brasileira da escala ABQ possui equivalência semântica e idiomática com a escala original do ABQ para a população idosa. O instrumento adaptado mostrou-se de fácil compreensão e aplicação, sendo bem aceito pelos participantes. A alteração da forma de aplicação mostrou-se determinante para melhorar a compreensão dos entrevistados, levando em consideração principalmente o grau de alfabetização dos idosos. O fato de não se ter avaliado o grau de letramento e desejabilidade pode ter interferido nas respostas apresentadas, visto que o entrevistador e a farmacêutica da Atenção Básica são as mesmas pessoas. A dificuldade de estender a aplicação do questionário para um número ampliado de participantes idosos, deu-se pelo momento atual de pandemia por Covid-19 que estamos vivenciando, não possibilitando a avaliação do mesmo em número maior de entrevistados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, M. F. B. Seguimento Farmacoterapêutico em Idosos Polimedicados. 117 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas), Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013.

ALMEIDA, S. L. R. Adesão à terapia medicamentosa: um olhar na literatura sobre os fatores condicionantes e os modelos comportamentais explicativos. **Enfermagem Brasil**, v 15 n. 4, p. 206-220, 2016.

ARRUDA, D. C. J.; VELTEN, A. P. C.; MORELATO, Renato L.; OLIVEIRA, E. R. A. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p.327-337, jun. 2015.

ASSIS, E. N.; LOUREIRO, F. S.; MENTA, C.; NOGUEIRA, E. L.; FILHO, I. G. S; GUTEN, A. V.; NETO, A. C. Tradução e adaptação brasileira do Relationship Scales Questionnaire (RSQ). **Trends Psychiatry Psychother**, Porto Alegre, p.69-77, ago. 2019.

BEATON, D. E; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p.3186-3191, dez. 2000.

BEN, J.A; NEUMANN, C.R.; MENGUE, S.S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Rev Saúde Pública**, vol.46, no.2, Feb 14, 2012.

BRAWLEY, Lawrence R; CULOS-REDD, Nicole. Studying Adherence to Therapeutic Regimens: **Overview, Theories, Recommendations. Controlled Clinical Trials** 21:156S–163 Controlled Clinical Trials 21:156S–163S (2000) S , 2000.

CARVALHO, A. R. S.; DANTAS, R. A. S.; PELEGRINO, F. M.; CORBI, I. S. A. Adaptação e validação de uma medida de adesão à terapia de anticoagulação oral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.18 no.3 Ribeirão Preto May/June 2010.

CINTRA, F. A.; GUARIENTO, M. E.; MIYASAK, L. A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p.3507-3515, mar. 2010.

CONTE, D. B.; SOUZA J.; CASTRO, L.C.; FERNANDES, L. C., ELY, L. S., KAUFFMANN, C., RIGO, M. P. M. Adesão ao tratamento: onde está o problema? Percepções a partir da vivência em equipe multidisciplinar hospitalar. Caderno pedagógico, Lajeado, v. 12, n. 3, p. 85-100, 2015.

CUTLER, R. L.; LLIMOS-FERNANDEZ, F.; FROMMER, M.; BENRIMOJ, C.; GARCIA-CARDENAS, V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. **Bmj Open**, v. 8, n. 1, jan. 2018.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, p.81-100, nov. 2001.

DEWULF, N. L. S., MONTEIRO, R. A., PASSOS, A. D. C., VIEIRA, E. M., TRONCON, D. C. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. vol. 42, n. 4, out./dez., 2006

FARMER, K. C. Methods for Measuring and Monitoring Medication Regimen Adherence in Clinical Trials and Clinical Practice. **Clinical Therapeutic**, v. 21, p.1074-1090, 1999.

FREITAS, J. G. A.; NIELSON, S. E. O.; PORTO, C. C. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Soc Bras Clin Med**, p.75-84, mar. 2015.

FICK, D. M; COOPER J.W; WADE W.E; WALLER J.L; MACLEAN, J.R; BEERS, M.H. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Arch Intern Med**, Georgia, v. 163, p.2716-2724, 2003.

GÉLINAS C; PUNTILLO, Kathleen A; JOFFE, A. M; BARR, J. A validate approach to evaluating psychometric properties of pain assessment tools for use in nonverbal critically ill adults. **Semin Respir Crit Care Med**. v. p 153–68, abril 2013.

GELLAD, W. F.; GREARD, J. L.; MARCUM, Z. A. A Systematic Review of Barriers to Medication Adherence in the Elderly: Looking Beyond Cost and Regimen Complexity. **The American Journal Of Geriatric Pharmacotherapy**, v. 9, n. 1, p.11-23, fev. 2011.

GOMES, D.; PLACIDO, A. I.; MÓ, R.; SIMÕES, J. L.; AMARAL, O.; FERNANDES, I.; LIMA, F.; MORGADO, M.; FIGUEIRAS, A.; HERDEIRO, M. T.; ROQUE, F. Daily Medication Management and Adherence in the Polymedicated Elderly: A Cross-Sectional Study in Portugal. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**,v. 17, n. 1, p.200-213, 27 dez. 2019.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. **Journal Of Clinical Epidemiology**, v. 46, n. 12, p.1417-1432, dez. 1993.

GUSMÃO, Josiane Lima de; MION JUNIOR, Décio. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertensão**, [S.l], vol.13(1) p.23-25, jan. 2006.

HOGAN, T. P.; AWAD, A. G.; EASTWOOD, R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. **Psychological Medicine**, v. 13, n. 1, p.177-183, fev. 1983.

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

Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. “Equivalence” and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. **Quality of Life Research**, 6, 237– 247, 1997.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- Síntese de Indicadores Sociais uma Análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro- RJ 2018. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>> Acesso em 28 de novembro de 2018.

SCHMITT JÚNIOR, A. A. S; LINDNER, S.; HELENA, E. T. S. Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária. **Rev Assoc Med Bras**. 5 9(6):614–621; 2013.

LAM, W. Y.; FRESCO, P. Medication Adherence Measures: An Overview. **Biomed Research International**, v. , p.1-12, 2015.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, p.775-782, jul. 2003.

MASNOON, N.; SHAKIB, S.; KALISCH-ELLETT, L.; CAUGHEY, E. C. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. **Bmc Geriatrics**, v. 17, n. 1, p.230-230, 10 out. 2017.

MAHMOODI, H.; NAHAND, F.J.; SHAGHAGHI, A.; SHOOSHTARI, S.; JAFARABADI, M. A.; ALLAHVERDIPOUR, H. G. Based Cognitive Determinants Of Medication Adherence In Older Adults With Chronic Conditions. **Patient Preference And Adherence**, v. 13, p.1733-1744, out. 2019.

MÜLLER, S.; KOHLMANN, T.; WILKE, T. Validation of the Adherence Barriers Questionnaire – an instrument for identifying potential risk factors associated with medication-related non-adherence. **Bmc Health Services Research**, v. 15, n. 1, 15:153, 10 abr. 2015.

MORISKY, D.E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D.M. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. **Lippincott Williams & Wilkins**. p. 67-74. jan. 1986.

NOGUEIRA-SILVA, L; SÀ-SOUSA A.; LIMA, M.J; MONTEIRO, A.; DENNISON-HIMMELFARB, C.; FONSECA, J.A. Translation and cultural adaptation of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale to Portuguese. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 35, n. 2, p.93-97, fev. 2016.

NUNNALLY J.C, BERNSTEIN I.H. Psychometric theory. **New York: McGraw-Hill**, 3rd ed. 1994. 3rd ed.

OBRELI-NETO, P.R.; BALDONI, A.O.; GUIDONI, C.M.; BERGAMINI, D.; HERNANDES, K.C.; LUZ, R.T.; SILVA, F.B.; SILVA, R.O.; PEREIRA, L. R. L; CUMAN, R. K. N. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. **Rev. Bras. Farm.**, Maringá, v. 4, n. 93, p.403-410, 18 set. 2012.

OBRELI NETO, P. R.; CUMAN, R. K. N. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos e sua presença no SUS: Avaliação das Listas Padronizadas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.285-294, 2014.

OIGMAN W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens**. vol.13(1): 30-34, 2006.

OLIVEIRA-FILHO A. D, BARRETO-FILHO J. A, NEVES S.J.F, LYRA JUNIOR D.P. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle da Pressão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 99, n. 1, p.649-658, 2012.

PATEL, T.; SLONIM, K.; LEE, L. Use of potentially inappropriate medications among ambulatory home-dwelling elderly patients with dementia: A review of the literature. **Canadian Pharmacists Journal / Revue Des Pharmaciens Du Canada**, v. 150, n. 3, p.169-183, maio 2017.

PASQUALI L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, organizadores. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: **Editora Lemos**; p. 15-21, 2000.

Adaptação e avaliação das propriedades de medida da versão brasileira da Escala de Autoeficácia para Adesão a Medicamentos Apropriados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.24 Ribeirão Preto 2016 Epub 17 de maio de 2016.

RESENDE, A. C. G.D; COSTA, F. B. C; GOMES, I. R; ARAÚJO, J. G; SUGUINO, M. M; VIDAL, C. E. L. Avaliação do uso de medicamentos em idosos de acordo com o critério de Beers. **Rev Med Minas Gerais**, v. 27, n. 1, p 30-36, 2017.

REICHENHEIM, Michael Eduardo; MORAES, Claudia Leite. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p.665-673, ago. 2007.

RISSER , J.; JACOBSON T.A.; KRIPALANI S. Development and Psychometric Evaluation of the Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS) ins LowLiteracy Patientes With Chronic Disease. **J Nurs Meas**, v. 15 n.3, p 203-19, 2007

SADEGHI, E.; BEHNOOD-ROD, A.; AERAB-SHEIBANI, H.; SHOBEIRI, E.; POURZARGAR, P.; ORMOZ, E.; SADIGH, N.; MOHARAMZAD, Y. Controlled Blood

Pressure in Iranian Patients: A Multi-Center Report. **Global Journal Of Health Science**. v. 8, n. 4, p.188-195, 19 ago. 2015.

SVARSTAD, B.L; CHEWNING B.A; SLEATH, B.L, CLAESSON, C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. **Patient Educ Couns**, v. 37 n. 2, 113-24, junho. 1999.

TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A.; FRANÇA, G. V. A.; MENGUE, S. S. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev Saúde Pública**, Bagé, p.1092-101, 19 ago. 2013.

THOMPSON, K; KULKARNI, J; SERGEJEW, A. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. **Schizophrenia Research**, v. 42, n. 3, p.241-247, maio 2000.

VIEIRA, L. B.; CASSIANI, S. H. B. Avaliação da Adesão Medicamentosa de Pacientes Idosos Hipertensos em Uso de Polifarmácia. **Rev Bras Cardiol**. Sao Paulo, v. 3, n. 27, p.195-202, 13 abr. 2014.

VRIJENS, Bernard; GEEST, D. S.; HUGHES, D.H.; PRZEMYSŁAW, K.; DEMONCEAU, J.; RUPPAR, T.; DOBBELS, F.; FARGHER, E.; MORRISON, V.; LEWEK, P.; MATJASZCZYK, M.; MSHELIA, C.; CLYNE, W.; ARONSON, J.K.; URQUHART, J. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. **British Journal Of Clinical Pharmacology**, v. 73, n. 5, p.691-705, 5 abr. 2012.

WIECEK, Elyssa; TORRES-ROBLES, A.; BENRIMOJ, S.L.; FERNANDEZ-LLIMOS; GARCIA-CARDENAS, V. Temporal effectiveness of interventions to improve medication adherence: A network meta-analysis. **Plos One**. p.213-432, dez. 2019.

YAP, A. F.; THIRUMOORTHY, T.; KWAN, Y. H. Medication adherence in the elderly. **Journal Of Clinical Gerontology & Geriatrics**, Singapore, p.64-67, maio 2015.

ANEXO 1 - Aprovação dos autores da ABQ

Questionnaire ABQ permission for translation into Brazilian Portuguese Caixa de entrada x



renata soares

Good afternoon, Mr. Muller. I am Renata graduate student at the State University of Paraná (UNIOESTE), located in the west of Paraná, Brazil. We have as an inte

qua., 23 de jan. 14:41

Svenja Bloempott Svenja.Bloempott@ingress-health.com www.ingresshealth.onmicrosoft.com
para eu ▾

sex., 15 de fev. 06:22 ☆ ↶

🌐 inglês ▾ > português ▾ [Traduzir mensagem](#)

[Desativar para: inglês](#)

Dear Renata,

I hope my message finds you well! Thank you for your interest in our Adherence Barriers Questionnaire (ABQ).

The use of the ABQ is licensed, and thus, subject to charge. However, we are interested in your field of study and suggest to offer you the permission to use the ABQ free of charge, if we will get the chance to validate the data collected in the scope of the study for the ABQ (either as co-author in a common validation publication or on our own based on data provided by you).

We would appreciate a mutual exchange, otherwise, we will be happy to provide you with a quote for the use of the ABQ.

Should you have any questions, please do not hesitate to contact me.

Kind regards,
Svenja

Svenja Bloempott
Consultant

Phone [+49 \(0\) 3841 758 1010](tel:+49(0)38417581010)
Website www.ingress-health.com
Email svenja.bloempott@ingress-health.com



Ingress-Health Nederland B.V. **Ingress-Health HWM GmbH** **Ingress-Health Spain S.L.**
Hofplein 20 Alter Holzhafen 19 Monte Cerrau 28
3032 AC Rotterdam 23966 Wismar 33066 Oviedo
Netherlands Germany Spain



The information in this message may be confidential and is intended solely for the addressee. If this message is not for you, please do not use the contents and notify the person who sent the email immediately by replying to this email.

ANEXO 2 - Versão original do instrumento

Item

Item 1: "I fully understand what my doctor, nurse or the people at my pharmacy have explained to me so far".[†]

Item 2: „I can mention the names of my medicines and their scope without hesitation”.[†]

Item 3: „I trust my doctor and agree to my therapy plan together with him”.[†]

Item 4: "My medications help me only if I take them absolutely regularly as recommended".[†]

Item 5: „Medicines are all poisonous. You should avoid taking medicines at all if possible".

Item 6: „I feel basically healthy. Therefore I am sometimes unsure whether I really have to take my medicines daily".

Item 7: „I take my medicines every day automatically at a fixed time or on fixed occasions".[†]

Item 8: „I feel that co-payments for medicines are a great burden".

Item 9: „I frequently forget things on an everyday basis".

Item 10: „Generally I often feel bad, and sometimes I feel discouraged and depressed".

Item 11: „I frequently have problems taking my medications or it is difficult for me to keep me on the accompanying conditions of the medication intake".

Item 12: „I have to overcome obstacles to my healthcare".

Item 13: „I really would need help on an everyday basis (and particularly related to my treatment with medicines). But I do not get any help".

Item 14: „I am really frightened of the side effects of my medicines".

Item 15a: „In case I already noticed or in case I would notice side effects related to my medicines: I have talked or would talk to my doctor about them as soon as possible".[†]

Item 15b: „In case I already noticed or in case I would notice side effects related to my medicines: I have stopped/would stop my medications or took/would take less of them".

ANEXO 3 - Aprovação do comitê de ética

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE ADESÃO MEDICAMENTOSA PARA POPULAÇÃO IDOSA

Pesquisador: Renata Soares da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 07301218.5.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.178.459

Apresentação do Projeto:

O projeto aborda sobre a adaptação transcultural e validação de um instrumento de adesão medicamentosa para uso no Brasil em pacientes idosos.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar o perfil sócio demográfico dos pacientes; Adaptação transcultural do Adherence Barriers Questionnaire (ABQ) do inglês para o português do Brasil; Análise das propriedades psicométricas (confiabilidade, estabilidade e validade do constructo), do questionário (ABQ) como medida de adesão à terapêutica em idoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisas com aplicação de questionários podem ter como riscos invasão de privacidade do participante, falta autonomia para responder a questões, procurando o entrevistador não ser tendencioso nas perguntas, não ter reações ou expressões dependendo das respostas apresentadas, manter os dados confidenciais e privativos para a pesquisa confidenciais.

Benefícios:

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.178.459

Validação de um instrumento mensuração de adesão medicamentosa alemã para o Brasil e sua aplicação na classe idosa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto atende aos critérios éticos para desenvolver a pesquisa com seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados.

Recomendações:

Não ha recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências. Não há inadequações.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1244714.pdf	11/12/2018 22:41:37		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoDIRETOR_pdf.pdf	11/12/2018 16:37:21	Renata Soares da Silva	Aceito
Outros	declaracaogestor.pdf	11/12/2018 13:30:34	Renata Soares da Silva	Aceito
Outros	declaracao_pdf.pdf	11/12/2018 13:28:43	Renata Soares da Silva	Aceito
Outros	Fomulario.pdf	10/12/2018 18:32:01	Renata Soares da Silva	Aceito
Outros	510.pdf	10/12/2018 18:27:43	Renata Soares da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	10/12/2018 18:26:30	Renata Soares da Silva	Aceito
Outros	466_pdf.pdf	10/12/2018 18:25:01	Renata Soares da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ModeloTCLE.pdf	29/10/2018 13:37:36	Renata Soares da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Comitetica.pdf	25/10/2018 16:31:29	Renata Soares da Silva	Aceito
Folha de Rosto	comite.pdf	25/10/2018 14:10:24	Renata Soares da Silva	Aceito

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.178.459

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CASCADEL, 28 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2089

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR **Município:** CASCADEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

APÊNDICE 1 -Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: Adaptação Transcultural e Validação de um Instrumento de Adesão Medicamentosa para população idosa.

Pesquisador responsável e colaboradores com telefones de contato:

Convidamos _____ Vossa
Senhoria _____

A participar de nossa pesquisa que tem o objetivo de validar um questionário que mede a adesão dos pacientes idosos as medicações prescritas pelo profissional de saúde, para isso será realizado aplicação de um questionário em forma de perguntas e respostas.

Durante a execução do projeto serão realizadas perguntas onde o participante pode decidir não responder caso alguma pergunta cause algum constrangimento, Para algum questionamento, dúvida ou relato de algum acontecimento os pesquisadores poderão ser contatados a qualquer momento. É imprescindível à participação da vossa senhoria a pesquisa realizada, pois a partir desta poderemos analisar as maiores dificuldades do usuário na tomada da medicação. O TCLE será entregue em duas vias, sendo que uma ficará com o sujeito da pesquisa; que o sujeito não pagará nem receberá para participar do estudo; será mantido a confidencialidade do sujeito e os dados serão utilizados só para fins científicos; o sujeito poderá cancelar sua participação a qualquer momento; o telefone do comitê de ética é 3220-3272, caso o sujeito necessite de maiores informações; descrever o atendimento que será dado ao sujeito caso ocorra algum imprevisto durante a execução do projeto, mesmo que seja chamar o SIATE; descrever o atendimento será dado ao sujeito ao término do projeto.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto.

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável:
Assinatura:

Eu, Renata Soares da Silva, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Capitão Leônidas Marques, _____ de _____ de 20____.

APÊNDICE 2 - Questionário de caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo

Questionário coleta de dados

Data da Coleta: ___/___/___ Nome do responsável pela coleta de dados: _____

I – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Nome: _____

2. Data de Nascimento: ___/___/___

3. Idade: _____ anos

4. Sexo
(A) Feminino (B) Masculino

5. Grau de escolaridade?
(A) Não estudou (F) Superior incompleto
(B) Ensino fundamental incompleto (G) Superior completo
(C) Ensino fundamental completo (H) Pós-graduação
(D) Ensino médio incompleto (I) item não preenchido
(E) Ensino médio completo

6. Estado Civil
(A) Solteiro
(B) Casado
(C) Divorciado/Separado
(D) Viúvo
(E) Mora junto como o companheiro
(F) item não preenchido

7. Raça
(A) Branco (F) item não preenchido
(B) Pardo
(C) Negro
(D) Índio
(E) Amarelo

8. Cidade de origem
(A) Capitão Leônidas Marques
(B) outro_município
(C) item não preenchido

9. Renda Familiar?
(A) 1 a 2 salários mínimos
(B) 3 a 5 salários mínimos
(C) 6 a 10 salários mínimos
(D) mais de 10 salários mínimos
(E) item não preenchido

10. Com quem mora?
(A) Mora sozinha (o)
(B) Esposo (a) / Companheiro (a)
(C) Filhos (as)
(D) Outros parentes/ amigos (as) ou colegas

10. Quantas pessoas moram em sua residência, incluindo o entrevistado?
(A) Mora sozinha (o)
(B) Duas pessoas
(C) Três pessoas
(D) Quatro pessoas
(E) Cinco pessoas
(F) Seis pessoas ou mais

II – DADOS CLÍNICOS

10. Diagnóstico/CID
Diagnóstico: _____ (CID: _____)
_____ (CID: _____)
_____ (CID: _____)
_____ (CID: _____)

11. Número de internamento no último ano: _____

APÊNDICE 3 - Carta para o Comitê Especialistas



Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas
Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas – CCMF - Campus de
Cascavel-PR -Rua Universitária, 2069.
CEP 83819-110 – Fone (45) 3220-7290



Profa.
Curso de Secretariado
UNIOESTE-TOLEDO

Toledo, 02 de agosto de 2019.

Prezada Professora

Gostaríamos de convidá-la para participar do Comitê de especialistas, que será formado por quatro profissionais, sendo, dois especialistas na língua inglesa, um especialista em idoso e outro em adesão ao tratamento medicamentoso.

Este trabalho faz parte da dissertação de mestrado da aluna Renata Soares da Silva do Curso de Mestrado em Ciências Farmacêuticas da Unioeste, orientada pela prof. Dr.ª. Márcia Regina Simões e com a colaboração da prof. Ms Ligiane L. Silva. A sua participação é muito importante para a realização desta pesquisa e deverá ocorrer de forma voluntária.

O presente estudo adotou as recomendações da literatura científica Guillemin et al. (1993), onde realizou-se inicialmente duas traduções do instrumento de adesão por dois tradutores de língua materna portuguesa e, posteriormente, realizou-se duas retraduções por dois profissionais de língua materna inglesa, com a finalidade de detecção de erros e interpretações ambíguas ou divergentes de forma independentes. A análise se dará em dois momentos:

No **primeiro momento**, cada especialista de forma individual analisará quanto a qualidade da tradução (termos estão adequados) e quanto a pertinência dos termos para a compreensão da população-alvo com objetivo de se obter uma escala adequada para a população idosa. O prazo será de 15 dias para retorno da avaliação via e-mail, a partir do encaminhamento do instrumento de adesão.

No **segundo momento**, será realizado uma reunião de consenso dos especialistas e pesquisadores de forma presencial ou por Skype, com o objetivo de obter a versão do instrumento para a aplicação do pré-teste na população de idosos.

Aguardamos o seu retorno e agradecemos sua disponibilidade e contribuição para a realização deste trabalho.

Atenciosamente

Prof.ª Dra. Márcia Regina Simões

APÊNDICE 4 -ARTIGO

Adaptação Transcultural de um Instrumento de Adesão Medicamentosa para a População Idosa

Renata Soares da Silva¹, Sabrina Müller², Maira Gabriela Paetzold¹, Ligiane de Lourdes da Silva¹, Márcia Regina Simões³

¹Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas, Rua Universitária 2069, Cascavel, PR CEP 85814-110, Brazil

²Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas, Rua Universitária 2069, Cascavel, PR CEP 85814-110, Brazil

³Centro de Engenharias e Ciências Exatas, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Rua da Faculdade 645, Toledo, PR CEP 85903-000, Brazil

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi realizar a Adaptação Transcultural de um instrumento que avalia as barreiras de adesão medicamentosa, o Adherence Barriers Questionnaire, escrito originalmente em inglês para o contexto português do Brasil, com alterações pertinentes a compreensão dos itens para a população idosa. A metodologia utilizada seguiu o procedimento de quatro etapas: tradução da escala original, retrotradução da escala traduzida, revisão por Comitê de Especialistas e realização do pré-teste com amostragem de pacientes idosos. A realização do pré-teste ocorreu em duas etapas, pré teste 1 e 2, com a execução da técnica de sondagem. Os participantes do estudo possuíam idade igual e/ou superior 60 anos acompanhados pela Atenção Básica do Sistema Único de Saúde em uma cidade de pequeno porte do Oeste do Paraná. Dos entrevistados, 58,33% eram do sexo feminino, 68,33% possuíam Ensino Fundamental Incompleto e 52,56% possuíam

como diagnóstico principal a Hipertensão Essencial Primária. Do pré-teste 1 para o pré-teste 2 a confiabilidade interna (o alfa de Cronbach) mudou de 0,43 para 0,64, mostrando que as alterações realizadas foram importantes para melhorar a confiabilidade do instrumento.

Palavras-chave: idosos, questionários, adesão à medicação

Transcultural Adaptation of a Medication Adherence Instrument for Elderly

ABSTRACT

The objective of this research was to carry out a Transcultural Adaptation of an instrument that validates barriers to drug addiction, the Adherence Barriers Questionnaire, originally written in English for Brazilian Portuguese context, with relevant changes for the understanding of two items for elderly population . The methodology used follows a four-step procedure: translation of the original scale, back-translation of the translated scale, review by the Committee of Experts and pre-test with a sample of deceased patients. Perform of pre-test was in two stages, pre-test 1 and 2, with execution of polling technique. Study participants must be aged 60 years and over, accompanied by Primary Health Care in the Unified Health System in a small port city in western Paraná. Of the respondents, 58.33% were female, 68.33% had an incomplete Fundamental Diagnosis and 52.56% had Primary Essential Hypertension as the main diagnosis. Pre-test 1 and pre-test 2 for internal reliability (or Cronbach's alpha) ranged from 0.42 to 0.61, respectively, showing that the changes made were important to improve the instrument's reliability.

Key-words: elderly, questionnaires, medication adherence

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil vem apresentando aumento crescente da população idosa. Estima-se que até 2060 haverá aumento de 25,5% em maiores de 60 anos¹.

O envelhecimento é um processo complexo, traz consigo alterações no sistema fisiológico e como consequência o aumento do desenvolvimento de doenças crônicas, com média de 4-8 medicamentos de uso contínuo por idoso, que pode ocasionar regimes terapêuticos complexos, com maiores chances de efeitos colaterais, Eventos Adversos a Medicamentos (EAM), Interações Medicamentosas (IM)^{2, 3}. Problemas Relacionados ao uso de Medicamentos (PRM), ao uso de Medicamentos Potencialmente Inapropriados em Idosos (MPII), bem como a não adesão ao tratamento medicamentoso⁴.

A problemática relacionada a não adesão ao tratamento medicamentoso cresceu nesta última década, preocupando os profissionais de saúde. Os estudos voltados à população idosa correlacionam a não adesão aos medicamentos, ao seu consumo elevado e prolongado, efeitos colaterais, desaparecimento de sintomas da doença de base, falta de informação sobre os medicamentos, alto custo das medicações, distúrbios da memória e analfabetismo⁵, e também apontam que estão correlacionados inversamente com o número de medicamentos prescritos⁶.

A dificuldade para se avaliar a adesão ainda é grande, não há um método de medida que é considerado “padrão ouro”; uma variedade de metodologias tem sido utilizada isoladamente ou em associação, dificultando a comparação de resultados entre os estudos realizados sobre a adesão⁷.

A literatura divide os métodos que avaliam adesão medicamentosa em diretos e indiretos. Os métodos diretos fundamentam-se na observação direta do paciente, detecção do fármaco ou metabólito em fluídos biológicos e a adição de um marcador, e os métodos indiretos são categorizados em: relato do paciente, contagem de comprimidos, uso de dispositivos e prescrições, aplicação de questionários. Os questionários destacam-se por serem mais comuns, mais baratos e de fácil aplicação^{8,9}.

Instrumentos de auto relato foram desenvolvidos nos últimos anos, temos por exemplo o Morisky Medication Adherence Escala (MMAS) o qual verifica a não adesão (NA), porém fornece informações limitadas sobre os fatores que influenciam a NA, outro exemplo são escalas específicas para determinadas patologias, como o instrumento Hill-Bone Compliance Scale (Hill-Bone) utilizado para pacientes em tratamento com anti-hipertensivos^{10,11}.

Diante deste cenário o Adherence Barriers Questionnaire (ABQ) tem por objetivo avaliar se todas as barreiras de aderência estão presentes e em qual categoria podem ser classificadas, não especificando classe populacional e patologia. É um instrumento prático, confiável e válido para identificação de barreiras de adesão relacionada à medicação, em especial a população idosa, que se encontra exposta a diversos tipos de barreiras¹¹.

A escala ABQ alemã foi desenvolvida e testada em 432 pacientes com diagnóstico de fibrilação atrial, apresentando alta consistência interna a partir do alfa de Cronbach, apresentando valor 0,820 para o ABQ final de 14 itens. A análise fatorial exploratória indicou três fatores, representando as barreiras de aderência intencionais com cinco itens (31,9% da variância), barreiras de aderência não

intencionais com quatro itens (7,7 da variância), e barreiras de aderência medicação/sistema de saúde com cinco itens (13,3% da variância)¹¹.

Assim, para que os instrumentos construídos e validados em diferentes culturas e línguas sejam utilizados, é necessário que estes sejam submetidos a processos que garantem o mesmo entendimento e significado na população a qual será aplicado, este processo é denominado Adaptação Transcultural^{12, 13}. Desta forma, para garantir que o constructo de interesse obtenha o mesmo entendimento em culturas diferentes, quatro tipos de equivalência são descritos: conceitual, semântica, experiências e idiomática^{12, 14}.

O objetivo deste artigo é realizar a adaptação transcultural do questionário ABQ - *Adherence Barriers Questionnaire*, elaborado por Müller *et al.*¹¹ (2015) na Alemanha, disponível em inglês, para o contexto português do Brasil, para aplicação a pacientes idosos (≥ 60 anos).

MÉTODOS

O estudo trata-se de uma pesquisa metodológica transversal de tradução e adaptação transcultural do instrumento Adherence Barriers Questionnaire (ABQ), realizada no período de julho de 2019 a maio de 2020 para a língua portuguesa.

ADHERENCE BARRIERS QUESTIONNAIRE (ABQ)

O instrumento ABQ foi elaborado em Alemão e traduzido para o idioma inglês pelos próprios autores, onde a população alvo deste estudo foi de pacientes com fibrilação atrial (FA) CID 10: I48, com a finalidade de avaliar a terapia com anticoagulantes orais.

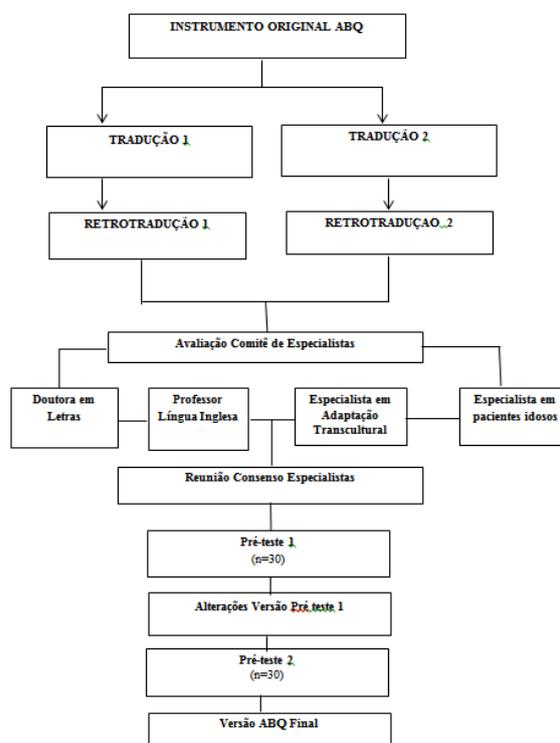
O questionário tem formato auto aplicado, sendo constituído por 16 itens, cada item formulado como uma declaração. Dos 16 itens, cinco são direcionados a barreiras de adesão intencionais (itens 4, 5, 6, 7 e 12), quatro itens às barreiras de adesão não intencionais (itens 2, 9, 10 e 13), quatro itens de barreiras relacionadas à medicação (itens 11, 14, 15a e 15b), e três itens para barreiras relacionadas ao sistema de saúde (itens 1, 3 e 8). As opções de respostas são do tipo Likert quatro pontos com as opções: Concordo totalmente, Geralmente concordo, Geralmente discordo e Discordo totalmente, anulando assim a opção neutra, estimulando o entrevistado a se posicionar mediante afirmação¹¹.

Para análise da confiabilidade foi utilizado alfa de Cronbach com o resultado 0,82 para 14 itens, valores $\geq 0,80$ são analisados como desejáveis.

PROCEDIMENTO ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL (ATC)

A figura 1 apresenta as etapas em forma de fluxograma do processo da Adaptação Transcultural (ATC) seguido neste estudo e proposto por Guillemin *et al.*¹².

Figura 1: Fluxograma do Procedimento Adaptação Transcultural (ATC)



Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

A metodologia utilizada neste estudo para o processo de Adaptação Transcultural foi proposta por Guillemin *et al.*¹², os quais dividiram o processo de ATC em quatro etapas: tradução, retrotradução, análise por comitê de especialistas e aplicação de estudo piloto (pré-teste).

TRADUÇÃO E RETROTRADUÇÃO

A tradução e retrotradução foram realizadas de forma independentes. Na tradução foram utilizados dois tradutores bilíngues cuja cultura mãe é a mesma do instrumento que está sendo traduzido. Na retrotradução foram utilizados dois tradutores cuja língua mãe era o inglês. Os tradutores e os retrotradutores envolvidos nesta etapa foram distintos e apresentaram como característica importante um estar ciente dos objetivos do estudo e o outro não¹².

AValiação Comitê de Especialistas

O comitê foi composto por quatro membros multidisciplinares. Dois membros bilíngues, sendo uma professora doutora em letras e um professor de língua inglesa, um profissional especializado em população idosa e uma especialista em adaptação transcultural.

Inicialmente os especialistas realizaram a análise da equivalência semântica (equivalência gramatical e de vocabulário), verificando se os termos das escalas traduzidas mantiveram o significado referencial, ou seja, a correspondência literal. Nessa etapa, cada membro da comissão atribuiu uma nota em percentual de

correspondência entre a escala original e cada uma das traduções, em uma escala contínua que variou de 0 a 100%. Posteriormente, foi calculada uma média das notas dos quatro membros. Nessa fase, as duas retrotraduções foram analisadas, à procura de algum equívoco de tradução.

Na segunda etapa foi analisado o significado geral dos termos buscando ultrapassar a originalidade das palavras, os aspectos gerais e delicados das traduções, a pertinência e a aceitabilidade dos termos no contexto sociocultural, adequando a população idosa. Cada membro classificou a qualidade das traduções em quatro categorias: inalterado (IN), pouco alterado (PA), muito alterado (MA) e completamente alterado (CA)¹⁵.

Após a análise pelo comitê de especialistas a versão (pré-teste 1) foi obtida a partir da reunião de consenso com os membros do comitê e os pesquisadores, onde modificações foram sugeridas com objetivo de manter o sentido original do questionário, porém, com adequações culturais necessárias a melhor compreensão da população alvo (idosos).

POPULAÇÃO ALVO E LOCAL DE ESTUDO

O questionário foi aplicado em um município de pequeno porte do Oeste do Paraná, em pacientes idosos atendidos pela Atenção Primária a Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), com objetivo de avaliar a compreensão e a aplicabilidade do instrumento na população alvo.

Os critérios de inclusão dos participantes para o estudo foram pacientes com idade igual e/ou superior a 60 anos, atendidos na Atenção Primária a Saúde do municipal, com capacidade cognitiva preservada e que concordaram de participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

ESTUDO PILOTO (PRÉ-TESTE)

O tamanho da amostra utilizado foi de 30 participantes no pré teste e 30 participantes no estudo piloto, conforme sugerido por Beaton *et al.*¹⁴, a amostragem não probabilística e consecutiva, onde os entrevistados foram abordados enquanto aguardavam atendimento na Farmácia Básica Municipal, entre os meses de novembro-dezembro de 2019 a abril-maio de 2020.

As versões pré-teste 1 e 2 foram aplicadas a partir de entrevistas face a face, diferentemente do instrumento original.

As afirmações foram colocadas uma a uma ao paciente em forma de entrevista. De maneira aleatória foi realizada a técnica de sondagem ou exploratória¹², onde o entrevistador argumenta o entrevistado sobre o que ele entendeu sobre a afirmação, suas dúvidas e incompreensão, anotando ao lado de cada item as dúvidas e ambiguidades argumentadas ao longo da entrevista, bem como suas sugestões.

Além das respostas fornecidas pelos entrevistados, questionamento sobre os itens foi realizado aleatoriamente, para a análise do entendimento, clareza da escrita (técnica de sondagem), o entrevistador observou as expressões, postura, atitudes e gestos demonstrados pelos entrevistados, procurando deixá-los à vontade e evitando viés de desabilidade, já que o entrevistador e a farmacêutica do município foram a mesma pessoa no teste piloto 1.

Após a aplicação da primeira versão (versão 1) do pré-teste, os itens que geraram maior dúvida ou questionamentos pelos entrevistados foram reformulados levando a versão 2, e este submetida a nova aplicação a qual denominamos de pré-teste 2.

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Para a avaliação das características sociais e demográficas, utilizamos questionário com variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, raça, renda família, com quem moram, quantas pessoas residem e características clínicas, como diagnóstico, número de internamentos no último ano, medicamentos prescritos nos últimos seis meses e número de medicamentos administrados diariamente nos últimos seis meses juntamente. Estes dados foram adquiridos também através do prontuário eletrônico municipal.

ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Para a análise estatística da confiabilidade do questionário utilizamos o alfa de Cronbach utilizando uma planilha do Microsoft Excel. Os dados sociodemográficos foram analisados através da estatística descritiva utilizando o software MINITAB 17.0.

QUESTÕES ÉTICAS

O estudo teve início após a autorização dos autores originais e o projeto foi submetido para apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) com a aprovação de número 3.178.459.

RESULTADOS

Dos 60 entrevistados, 58,33% são do sexo feminino, a média de idade dos participantes da amostra com idade igual ou superior a 60 anos foi de $68,77 \pm 6,4$ anos, 68,33% possuíam como grau de escolaridade ensino fundamental incompleto,

a renda familiar dos 85% entrevistados está na faixa de 1 a 2 salários mínimos, 18,33% moram sozinhos, e 58,33% com seu companheiro (a) ou esposo (a).

Foram citados 85 medicamentos prescritos, e em ambos os testes piloto a Losartana 50 mg (32,94%), Hidroclorotiazida 25 mg (25,88%) e Ácido Acetilsalicílico (22,35%) foram os mais mencionados; a média de medicamento prescrito por pessoa 1,42, com mínimo de um e máximo de nove para medicamentos administrado diariamente nos últimos 6 meses.

De acordo com o prontuário, 78 patologias foram identificadas, 52,56% teve como diagnóstico principal codificado na categoria da Hipertensão Essencial Primária CID 10: I 10 e 85% dos participantes não foram hospitalizados no último ano.

RESULTADO COMITÊ DE ESPECIALISTAS

A (avaliação A1) para o título, a média T1/R1: 96,25% mostrou-se superior a de T2/R2 35,8%. A T1/R1 teve como resultado da análise pouco alterada (PA), para 75% dos especialistas, porém dois membros da comissão destacaram que mesmo a retrotradução 1 apresentar-se semelhante a original, sua tradução não expressa o que sua versão em português quer informar, pelo fato da retrotradução 1 constar “so far” e a tradução não consta o seu equivalente em português “até agora/momento”. O somatório das médias T1 e R1 foi de 92,6% e de T2/R2 80,78%, ambas apresentando boa correspondência e concordância com a escala original. A T1/R1 apresentou resultados superiores a T2/R2 para a maioria dos itens), exceto o item 9.

Para (avaliação A2), a versão T1/R1 mostrou-se superior a T2/R2, 51,5% dos itens foram classificadas como pouco alterada (PA) e 45,6% como inalterada (IN), no item 6 dois especialistas classificaram como muito alterada (MA) e não houve

classificação completamente alterada (CA). A versão T2/R2 foi classificada 47,1% como pouco alterada (PA), e 23,5% como muito alterada (MA), houve classificação completamente alterada (CA) por dois especialistas no item título.

Após a avaliação A1 e A2 realizada de forma individual pelo Comitê de Especialistas, ocorreu a reunião de consenso, para obtenção da versão pré-teste da escala ABQ em sua versão brasileira. A adaptação foi realizada com cuidado para que o sentido das frases mantivesse a escala original, porém alguns termos e expressões foram ajustados no contexto brasileiro, direcionado à população alvo (idosa) para facilitar a compreensão e assim, conseguirmos respostas mais fidedignas possível com a realidade.

Primeiramente padronizou-se o uso da palavra “medicamentos” em todos os itens para manter um padrão ao longo das assertivas.

No título, 75% dos membros da comissão optaram pela utilização do plural da palavra “barreira”, assim como o autor original. Adicionou-se o sujeito que estava oculto em ambas às traduções, por decisão unanime dos membros. No item 2 as traduções 1 e 2 estavam semelhantes, porém utilizaram a expressão “posso”, para a tradução do modal em inglês “can”, como consenso optou-se por utilizar o sentido de habilidade “ser capaz/ conseguir” não de possibilidade “posso”, obtendo a versão “Eu sei mencionar os nomes dos meus medicamentos e para que eles servem sem dificuldade”. O item 3 foi optou-se pela palavra “tratamento” á plano terapêutico”, como sugestão à adaptação para a população idosa; um membro da comissão observou a omissão da parte final “together with him”, porém sem prejuízo de sentido. No item 4 um membro da comissão citou incoerência em ambas as traduções pela omissão do termo “absolutely”, reformulando o item para “Meus

medicamentos me ajudam apenas se tomados rigorosamente como recomendados”, sem prejuízo de alteração sentido ao original, com a omissão do termo “absolutely”.

No item 5, ocorreu a alteração da palavra “veneno” pela expressão “fazem mal”, com finalidade de evitar confusão de sentido na compreensão; Não houve necessidade de reformulação da assertiva 6, 7, 9, 10,13 e 14. No item 8 do instrumento original, adaptamos a assertiva para a realidade brasileira, o instrumento original utiliza a expressão “co-pagamento”; esta expressão é utilizada para a população a qual o instrumento foi criado, pois em alguns países as seguradoras e os sistemas de saúde cobram uma parte do tratamento medicamentoso do paciente, o que se aproxima do que temos aqui no Brasil com o programa Farmácia Popular, em que o governo disponibiliza alguns medicamentos para determinadas patologias, porém com o custo reduzido ou com uma coparticipação pequena. Como não utilizamos esse termo, houve a reformulação da frase com a afirmação “pagar pelos meus medicamentos”, referindo-se a parcela total, aqueles que são disponibilizados pelo SUS, e também os disponibilizados pela Farmácia Popular.

No item 11, gerou debate pelos membros da comissão, devido a interpretações que a sentença pode suscitar, tais como, se analisa a persistência do paciente com o tratamento, referindo-se ao seguimento do tratamento, ou se apenas na tomada no mesmo, assim realizou-se reformulação da afirmativa “Eu frequentemente tenho problemas para ter acesso ou é difícil ter acesso ao acompanhamento para o uso dos medicamentos”.

O item 12 “Eu tenho que superar os obstáculos para cuidar da minha saúde”, por decisão unanime dos membros, optou-se por manter duas versões deste item para a realização do teste piloto, esta proposta objetivou analisar se a palavra

“obstáculos” será aceita pela população idosa, assim, será utilizada uma afirmativa com a palavra “obstáculos” e outra com “dificuldades”.

Os itens 15a e 15b, os membros da comissão optaram por reduzir os itens sem perda de sentido, pois como a aplicação do questionário será em forma de entrevista, e levando em consideração que os pacientes estão cansados nos últimos itens, foi reformulado optando por utilizar a condicional no futuro.

Os resultados da decisão da Comissão de Especialistas para a adaptação transcultural da escala estão sumarizados na Tabela 1.

Tabela 1: Escala original, tradução, retrotradução e avaliações de especialistas do questionário ABQ.

	Tradução	Retrotradução	Avaliação 1 (0 a 100%)	Avaliação 2*
Título	T1	R1	90; 100 ;100; 95 (Média: 96,3)	PA, PA, PA, PA
	T2	R2	40; 40; 30; 33 (Média: 35,8%)	MA, MA, CA, CA
Item 1	T1	R1	100;100;100;70 (Média: 92,5)	PA, PA, IN, PA
	T2	R2	95; 70; 95 ; 95 (Média: 88,8)	PA, PA, PA, PA
Item 2	T1	R1	95; 99;100 ,80 (Média:93,5)	PA, PA, PA, PA
	T2	R2	80; 70; 90; 75 (Média: 78,8%)	PA, PA, PA, PA
Item 3	T1	R1	100;100;100; 100 (Média: 97,5)	IN, IN, IN, PA
	T2	R2	100;70;100; 90 (Média: 90)	IN, PA, IN, PA
Item 4	T1	R1	100; 90; 100; 95 (Média: 96,3)	IN, PA, IN, PA
	T2	R2	100; 70; 100; 95 (Média: 91,3)	IN, PA, IN, PA
Item 5	T1	R1	100; 90;100; 95 (Média: 96,3)	IN, IN, IN, PA
	T2	R2	100; 90; 95; 95(Média: 95)	IN, PA, IN, PA
Item 6	T1	R1	100;90;100;100 (Média: 97,5)	IN, PA, IN, IN
	T2	R2	70; 70; 100;100 (Média: 85%)	MA, MA, IN, IN
Item 7	T1	R1	100, 90, 100, 100 (Média: 97,5)	IN, PA, IN, IN
	T2	R2	70; 70,100, 100 (Média: 85)	PA, PA, IN, IN
Item 8	T1	R1	100; 70; 70; 70 (Média: 77,5)	PA, PA, MA, PA
	T2	R2	70; 70; 70, 70 (Média: 70%)	MA, MA, MA, PA
Item 9	T1	R1	60; 100; 100; 95 (Média: 88,8%)	PA, PA, IN, PA
	T2	R2	95; 90; 90; 95 (Média: 93,5)	PA, PA, PA,PA
Item 10	T1	R1	80; 100; 80; 90 (Média: 87,5)	PA, IN, MA, PA
	T2	R2	60; 70, 100, 85 (Média: 78,8)	MA, MA, IN, PA
Item 11	T1	R1	100; 90;100; 95 (Média: 96,3)	IN, IN, IN, IN
	T2	R2	65; 10; 100,100 (Média: 83,8)	MA, IN, IN, IN

Item 12	T1	R1	100; 90;100; 95 (Média: 96,3)	IN, IN, IN, IN
	T2	R2	60;7; 100; 100 (Média: 82,5)	MA, IN, IN, IN
Item 13	T1	R1	95; 90;100; 100 (Média: 96,3)	PA, PA, IN, IN
	T2	R2	75; 90; 95; 100 (Média: 90)	MA, PA, PA, PA
Item 14	T1	R1	99; 100; 100;95 (Média: 98,5)	PA, IN, IN,IN
	T2	R2	85; 90;100; 95 (Média: 92,5)	PA, PA, IN,PA
Item 15a	T1	R1	80; 90; 95; 90 (Média: 88,8)	PA, PA, IN, PA
	T2	R2	80; 70; 70; 60 (Média: 70)	PA, PA, PA, MA
Item 15b	T1	R1	80; 70; 80; 80 (Média:77,5)	PA, PA, PA, PA
	T2	R2	60; 70; 60; 60 (Média: 62,5)	MA, PA, MA, MA

Legenda: T1: tradução 1, T2: tradução 2, R1: retrotradução 1, R2 retrotradução 2, IN: inalterado, PA: pouco alterado, MA: muito alterado, CA: completamente alterado.

Fonte: elaborada pelo autor, 2020.

TESTE PILOTO 1 E 2

Após as adaptações realizadas na reunião de consenso obtemos a versão adaptada 1 do ABQ.

As entrevistas ocorreram em sala privativa, contando com a presença apenas do entrevistado e do entrevistador para deixá-los à vontade, este se manteve observador em relação às atitudes e gestos demonstrados pelos entrevistados, tais como gestos, expressões e entonação de voz.

O tempo de realização das entrevistas variou de 10 a 20 minutos, dependendo da compreensão dos itens, e as interrupções dos entrevistados para arguições e para a realização da técnica de sondagem.

Alguns itens demonstraram maior dificuldade de compreensão dos idosos, como no item 11: “Eu frequentemente tenho problemas para ter acesso ou é difícil ter acesso ao acompanhamento para o uso dos medicamentos”, gerou ampla interpretação pelos entrevistados, com hipóteses: “problemas para ter acesso” em relação ao “deslocamento” até a unidade de saúde, “dificuldade em acesso ao profissional de saúde”. No item 12 “Eu tenho que superar as minhas dificuldades

para cuidar da minha saúde”, muitos perguntaram em relação às quais dificuldades: “física, familiar, saúde, mental” e a palavra “fardo” utilizada no item 8 não foi bem aceita e compreendida.

Os itens 1 e 2 foram bem aceitos pelos pacientes, o item 3 “Eu confio no meu médico e concordo com o meu tratamento escolhido, o termo “concordo”, desempenhou sinônimo de “aceito” para os entrevistados.

No item 4 “Meus medicamentos me ajudam apenas se tomados rigorosamente como recomendados”, a palavra “rigorosamente” desempenhou para os pacientes como “sem falhas”. O item 5 “Todos os medicamentos fazem mal. Você deve evitar tomar medicamentos, se possível”, a expressão gerou discordâncias entre pacientes, alguns tiveram a compreensão que os medicamentos fazem mal se eles não tomarem conforme regime posológico orientado pelo médico e pelos profissionais da farmácia, outros entenderam que os medicamentos fazem mal se usados sem indicação do médico, fazendo uso do mesmo por “automedicação”.

O item 7 “Eu tomo meus medicamentos todos os dias automaticamente em um horário fixo ou em ocasiões fixas”, a palavra “automaticamente” foi vista como “lembrar sem esforço”, e “ocasiões fixas” como “após café da manhã, após almoço e após jantar”.

O item 12 foi aplicado nas duas versões e quase por unanimidade a palavra “dificuldades” foi bem aceita á “obstáculos”.

Dificuldades foram encontradas na aplicação da escala de Likert 4 pontos, os entrevistados apresentaram tendência natural em responder “sim ou não” a cada item, não sendo objetivos nas respostas.

Após da aplicação do teste piloto 1 dificuldades foram identificadas, sendo necessária modificações para melhor compreensão da versão adaptada do ABQ.

Primeiramente optou-se pela alteração da primeira pessoa do singular “Eu” para a terceira pessoa do singular “Você”, para facilitar o entendimento já que a forma de aplicação ocorreu em formato de entrevista, não auto aplicado como o original.

Como forma de melhorar a estruturação das respostas apresentadas, adequou-se a forma de solicitar o entrevistado a responder, primeiramente se o entrevistado escolher “concordo” ou “discordo”, após a intensidade, “totalmente” ou “geralmente” se a resposta for “concordo”, o entrevistador deve solicitar ao entrevistado que escolha mais uma opção entre “totalmente” ou “geralmente” e marcar 1 ou 2, respectivamente, de acordo com a resposta dada. Se a resposta for “discordo”, o entrevistador deve solicitar ao entrevistado que escolha entre “totalmente” ou “geralmente” e marque 3 ou 4, respectivamente.

Para análise estatística da confiabilidade do teste piloto 1 utilizamos o Alfa de Cronbach, que apresentou resultado de 0,43.

A aplicação do teste piloto 2 seguiu as mesmas características do piloto 1, porém com a versão modificada.

As alterações sugeridas foram bem aceitas pelos entrevistados, facilitando a compreensão das afirmativas e da escala de Likert, subindo o Alfa de Cronbach para valor de 0,64.

O quadro 2 demonstra a versão original do instrumento, a versão 1 adquirida na reunião de consenso dos especialistas e utilizada no pré-teste 1, e a versão 2 obtida após alterações identificadas pela técnica de sondagem na aplicação do pré-teste 1.

Quadro 2: Escala original, versão pré-teste e versão estudo piloto do questionário ABQ.

	Original	Versão 1	Versão 2
Título	ABQ: Adherence Barriers Questionnaire	Questionário de Barreiras à Adesão	Questionário de Barreiras à Adesão
Item 1	I fully understand what my doctor, nurse or the people at my pharmacy have explained to me so far.	Eu compreendo perfeitamente as orientações que recebo do meu médico, enfermeiro ou pessoas da minha farmácia.	Você compreende perfeitamente as orientações que recebe do seu médico, enfermeiro ou pessoas da sua farmácia.
Item 2	I can mention the names of my medicines and their scope without hesitation	Eu sei mencionar os nomes dos meus medicamentos e para que eles servem sem dificuldade.	Você sabe mencionar os nomes dos seus medicamentos e para que eles servem sem dificuldade.
Item 3	I trust my doctor and agree to my therapy plan together with him.	Eu sei mencionar os nomes dos meus medicamentos e para que eles servem sem dificuldade.	Você confia em seu médico e concorda com o tratamento escolhido.
Item 4	My medications help me only if I take them absolutely regularly as recommended.	Meus medicamentos me ajudam apenas se tomados rigorosamente como recomendados.	Seus medicamentos ajudam apenas se tomados rigorosamente como recomendados.
Item 5	Medicines are all poisonous. You should avoid taking medicines at all if possible.	Todos os medicamentos fazem mal. Você deve evitar tomar medicamentos, se possível.	Todos os medicamentos fazem mal. Você deve evitar tomar medicamentos se possível.
Item 6	I feel basically healthy. Therefore I am sometimes unsure whether I really have to take my medicines daily.	Eu me sinto saudável. Por isso, às vezes não tenho certeza se realmente preciso tomar meus medicamentos diariamente.	Você se sente saudável. Por isso, às vezes não tem certeza se realmente precisa tomar seus medicamentos diariamente.
Item 7	I take my medicines every day automatically at a fixed time or on fixed occasions.	Eu me sinto saudável. Por isso, às vezes não tenho certeza se realmente preciso tomar meus medicamentos diariamente.	Você toma seus medicamentos todos os dias automaticamente em um horário fixo ou em ocasiões fixas.
Item 8	I feel that co-payments for medicines are a great burden.	Eu sinto que pagar pelos medicamentos é um grande fardo.	Você sente que pagar pelos seus medicamentos é uma grande dificuldade.

Item 9	I frequently forget things on an everyday basis.	No dia a dia, eu esqueço as coisas com frequência.	No dia a dia, você esquece as coisas com frequência.
Item 10	Generally I often feel bad, and sometimes I feel discouraged and depressed.	Eu frequentemente me sinto mal e, às vezes, desanimado e deprimido.	Você frequentemente se sente mal e, às vezes, desanimado e deprimido.
Item 11	I frequently have problems taking my medications or it is difficult for me to keep me on the accompanying conditions of the medication intake.	Eu frequentemente me sinto mal e, às vezes, desanimado e deprimido.	Você frequentemente tem problemas para tomar seus medicamentos ou é difícil usar seus medicamentos conforme orientação.
Item 12	I have to overcome obstacles to my healthcare.	Eu tenho que superar os obstáculos para cuidar da minha saúde. Eu tenho que superar as minhas dificuldades para cuidar da minha saúde.	Você tem que superar as suas dificuldades para cuidar da sua saúde.
Item 13	I really would need help on an everyday basis (and particularly related to my treatment with medicines). But I do not get any help.	Eu realmente precisaria de ajuda diária com meus medicamentos, mas eu não recebo nenhuma ajuda.	Você realmente precisaria de ajuda diária com seus medicamentos, mas não recebe nenhuma ajuda.
Item 14	I am really frightened of the side effects of my medicines.	Eu realmente precisaria de ajuda diária com meus medicamentos, mas eu não recebo nenhuma ajuda.	Você realmente tem medo dos efeitos colaterais dos seus medicamentos.
Item 15a	In case I already noticed or in case I would notice side effects related to my medicines: I have talked or would talk to my doctor about them as soon as possible.	Caso eu já tenha notado ou notasse efeitos colaterais relacionados aos meus medicamentos: Eu conversaria com meu médico sobre eles o mais rápido possível.	Caso você já tenha notado efeitos colaterais relacionados aos seus medicamentos: Você conversaria com seu médico sobre eles o mais rápido possível.
Item 15b	In case I already noticed or in case I would notice side effects related to my medicines: I have stopped/would stop my medications or took/would take less of them.	Caso eu já tenha notado ou caso eu notasse efeitos colaterais relacionados aos meus medicamentos: Eu pararia meus medicamentos ou tomaria uma dosagem menor.	Caso você já tenha notado efeitos colaterais relacionados aos seus medicamentos: Você pararia ou tomaria seus medicamentos em dosagem menor.

Fonte: elaborada pela autora, 2020.

DISCUSSÃO

O presente estudo realizou processo de Adaptação Transcultural para o Brasil da escala ABQ de avaliação de aderência ao tratamento, a qual permitiu alterações importantes e significativas para melhor compreensão da população idosa no contexto brasileiro.

A fase de análise das versões obtidas no processo de tradução e retrotradução pelo comitê de especialistas reconheceram e corrigiram possíveis desvios e equivocados de tradução, adaptação e substituição de termos mais apropriados para população alvo, sendo de grande importância à população a qual se destina^{16, 17}.

O tempo de realização das entrevistas variou de 10 a 20 minutos, dependendo da compreensão dos itens, as interrupções do entrevistador para arguições e para a realização da técnica de sondagem. A Técnica de sondagem foi muito importante para identificar as principais dificuldades na compreensão dos itens e sua posterior reformulação na redação dos itens que apresentaram maior dificuldade de compreensão na fase pré-teste^{18, 19, 12}.

As alterações realizadas no questionário ABQ após o pré-teste 1 resultou em progresso na interpretação do questionário na população idosa, sendo expresso pelo alfa de Cronbach de 0,43 para 0,64 no pré-teste 2.

França Filho²⁰ defende que valores superiores a 0,70 são considerados aceitáveis, porém não há uma padronização absoluta, tal autor ressalta que valores inferiores a 0,70 são aceitos em pesquisa de natureza exploratória.

A aplicação da escala no formato de entrevista face a face e não autoadministrada é considerado mais apropriado para população com baixa escolaridade, destacando dificuldades na compreensão e interpretação das afirmativas e opções de resposta, destacamos ainda a diminuição da acuidade visual na faixa etária idosa^{19, 21}. Um estudo realizado por Assis *et al.*²² mostrou que o formato auto aplicado é menos adequado para esse grupo demográfico específico (idosos), considerando as dificuldades comuns nesta faixa etária da população.

A escala ABQ em sua versão portuguesa do Brasil disponibilizou um instrumento versátil, sem utilização de palavras regionais e com linguagem simples, auxiliando no entendimento para a população a qual destina este estudo. Considerando que esta faixa etária da população está mais suscetível à influência de fatores intencionais e não intencionais durante a terapia, e conseqüentemente problemas relacionados ao uso de medicamentos^{2, 3}, com a identificação das barreiras de adesão estratégias poderão ser desenvolvidas para melhorar a terapia medicamentosa^{2, 3, 11}.

Estudos futuros poderão avaliar as propriedades psicométricas versão em português do Brasil da escala ABQ.

O envelhecimento populacional requer que o SUS planeje, realize e desenvolva políticas específicas que atendam esse grupo crescente da população que possuem necessidades específicas e garanta melhoria da expectativa e qualidade de vida, políticas para adesão aos medicamentos é um desafio para a área de saúde^{23, 24}.

CONCLUSÃO

A versão brasileira da escala ABQ possui equivalência semântica e cultural ao original, sendo de fácil compreensão e entendimento para esta faixa da população. Para que possa ser utilizada no Brasil, estudos referentes à validação deverão ser realizados futuramente.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.
2. Abrantes MFB. *Seguimento Farmacoterapêutico em Idosos Polimedicados* [dissertação]. Porto (PT): Universidade Fernando Pessoa; 2013.
3. Patel T, Slonim K, Lee L. Use of potentially inappropriate medications among ambulatory home-dwelling elderly patients with dementia: A review of the literature. *Can Pharm J (Ott)* **2017**; 150(3):169-183.
4. Obreli-Neto PR, Baldoni AO, Guidoni CM, Bergamini D, Hernandes KC, Luz RT, Silva FB, Silva RO, Pereira LRL, Cuman RKN. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Rev. Bras. Farm* 2012; (4)93:403-410.
5. Cintra FA, Guariento ME, Miyasak LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):3507-3515.
6. Gomes D, Placido AI, Mó R, Simões JL, Amaral O, Fernandes I, Lima F, Morgado M, Figueiras A, Herdeiro MT, Roque F. Daily Medication Management and Adherence in the Polymedicated Elderly: A Cross-Sectional Study in Portugal. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 17(1):200-213.

7. Trauthman SC, Biude MF, Mello AF, Rosa FS, Peters CA, Galato D. Métodos de avaliação da adesão farmacoterapêutica adotados no Brasil. *Infarma-Ciências Farmacêuticas* 2014; 26(1):11-26.
8. Farmer KC. Methods for Measuring and Monitoring Medication Regimen Adherence in Clinical Trials and Clinical Practice. *Clin Ther* 1999; 21(6):1074-1090.
9. Oigman W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1):30-34.
10. Lam, Wai Yin; Fresco, Paula. Medication Adherence Measures: An Overview. *Biomed Research International*, 2015(1): 1-122015.
11. Müller S, Kohlmann T, Wilke T. Validation of the Adherence Barriers Questionnaire – an instrument for identifying potential risk factors associated with medication-related non-adherence. *BMC Health Serv Res* 2015; 15(1):15-153.
12. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46(12):1417-1432.
13. Reichenheim ME, Moraes, CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4):665-673.
14. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine* 2000; 25(24):3186-3191.
15. Moreira IC, Bandeira M, Pollo TC, Oliveira MS. Cross-cultural adaptation to Brazil of Medication Adherence Rating Scale for psychiatric patients. *J Bras Psiquiatr* 2014; 63(4):273-80.
16. Fortes CPD, Araújo APQC. Check list para tradução e Adaptação Transcultural de questionários em saúde. *Cad. Saúde Colet* 2019; 27(2):202-209.

17. Didone TVN, García-Delgado P, Melo DO, Romano-Lieber NS, Martínez FM, Ribeiro E. Validação do questionário “Conocimiento del Paciente sobre sus Medicamentos” (CPM-ES-ES). *Cien Saúd Colet* 2019; 24(9):3539-3550.
18. Bandeira M, Calzavara MGP, Costa CS, Cesari L. Avaliação de serviços de saúde mental: Adaptação Transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58(2):107-114.
19. Machado IMJ, Bandeira MB, Pinheiro HS, Dutra NS. Adaptação transcultural de escalas de aderência ao tratamento em hemodiálise: Renal Adherence Behaviour Questionnaire (RABQ) e Renal Adherence Attitudes Questionnaire (RAAQ). *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(10):2093-2098.
20. França Filho SF. *Esferas De Avaliação De Qualidade: Um Estudo Sobre A Percepção De Qualidade Dos Alunos Da Universidade Castelo Branco* [tese]. Lisboa (PT): Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa ISCTE; 2009.
21. Pasquali L Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev. psiquiatr. clín.* 1998; 25(5):2016-213.
22. Assis EM, Loureiro FS, Menta C, Nogueira EL, Filho IGS, Guten AV, Neto AC. Tradução e adaptação brasileira do Relationship Scales Questionnaire (RSQ). *Trends Psychiatry Psychother* 2019; 41(1):69-77.
23. Resende, A. C. G.D; Costa, F. B. C; Gomes, I. R; Araújo, J. G; Suguino, M. M; VIDAL, C. E. L. Avaliação do uso de medicamentos em idosos de acordo com o critério de Beers. **Rev Med Minas Gerais** 2017, v. 27, n. 1, p 30-36.
24. Rolnick SJ, Pawloski PA, Hedblom BD, Asche SE, Bruzek RJ. Patient characteristics associated with medication adherence. **Clin Med Res** 2013; 11(2):54-