

Validação da escala *Adherence Determinants Questionnaire* entre mulheres com câncer de mama e cervical¹

Paula Renata Amorim Lessa²

Samila Gomes Ribeiro²

Priscila de Souza Aquino³

Paulo Cesar de Almeida⁴

Ana Karina Bezerra Pinheiro⁵

Objetivos: objetivou-se traduzir e adaptar culturalmente a escala *Adherence Determinants Questionnaire* para a língua Portuguesa, no contexto brasileiro, e verificar a confiabilidade e a validade da mesma para analisar os elementos da adesão das pacientes ao tratamento clínico do câncer de mama e cervical. Método: trata-se de estudo metodológico, realizado em dois centros de referência em oncologia. A amostra foi composta por 198 participantes, sendo 152 em tratamento para câncer de mama e 46 em tratamento para câncer cervical. A validação de conteúdo foi realizada por um comitê de especialistas. Já a validação de construto se deu pela análise fatorial e a confiabilidade foi analisada por meio do alfa de Cronbach. Resultado: o comitê de especialistas fez os ajustes necessários para que a escala fosse adaptada ao contexto brasileiro. A análise fatorial sugeriu a redução de sete para cinco fatores, bem como a permanência dos 38 itens semelhantes à escala original. A confiabilidade averiguada pelo alfa de Cronbach foi de 0,829, revelando alta consistência interna. Conclusão: conclui-se que a escala *Adherence Determinants Questionnaire - Versão Brasileira* - é um instrumento válido, confiável e capaz de mensurar os elementos de adesão ao tratamento do câncer de mama e cervical.

Descritores: Cooperação do Paciente; Neoplasias da Mama; Neoplasias do Colo do Útero; Estudos de Validação; Enfermagem Oncológica.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Tradução, adaptação e validação da escala *Adherence Determinants Questionnaire* para uso no Brasil", apresentada à Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

² Doutoranda, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ PhD, Professor Auxiliar, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ PhD, Professor Associado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁵ PhD, Professor Associado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Correspondência:

Paula Renata Amorim Lessa
Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem
Rua Alexandre Baraúna, 1115
Bairro: Rodolfo Teófilo
CEP: 60430-160, Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: paularenatal@yahoo.com.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Na população feminina, observa-se que o câncer de mama possui a maior prevalência mundial e o câncer cervical ocupa a terceira posição. No Brasil, acompanhando as tendências mundiais, o câncer de mama é pioneiro nas estatísticas, seguido do Câncer de Colo do Útero (CCU) que ocupa a segunda posição⁽¹⁾.

Apesar das chances de tratamento do câncer cervical e de mama, quando detectados precocemente pelo exame de colpocitologia oncótica e mamografia, respectivamente, e as possibilidades de cura serem favoráveis, o diagnóstico de câncer de mama e de CCU apresenta diversas repercussões na vida da mulher, bem como de seus familiares. Surgem, então, vários tipos de enfrentamento e respostas negativas relacionadas, sobretudo, ao medo de morrer⁽²⁻³⁾.

São várias as recomendações e opções de tratamento para o câncer de mama e cervical. Os métodos de tratamento do câncer de colo do útero e de mama que são semelhantes, como a quimioterapia e radioterapia, trazem diversos efeitos negativos como náuseas, disfunção cognitiva, menopausa induzida, diminuição da lubrificação vaginal e dispareunia, levando a significativa redução do desejo sexual e da qualidade de vida diária⁽⁴⁻⁶⁾.

Portanto, os tratamentos preconizados para o câncer de colo do útero e câncer de mama são altamente agressivos e transformam significativamente as relações sociais e pessoais dessa mulher. Daí, o motivo pelo qual muitas mulheres não aderem ao tratamento proposto, quando diagnosticadas com tais neoplasias.

A adesão ao regime terapêutico configura-se como temática complexa, desde a definição do termo, a dificuldade de enfrentamento até a própria mensuração, uma vez que a adesão pode ser operacionalizada sob diferentes maneiras. De forma geral, a adesão é um processo dinâmico e multifatorial que envolve coparticipação entre a tríade: usuário, profissionais de saúde e a rede social de apoio⁽⁷⁾.

Destarte, toda forma de mensuração requer um protocolo específico que exige competência e desempenho do profissional de saúde para avaliar o contexto histórico de cada paciente⁽⁷⁾. Diante disso, a escala denominada *Adherence Determinants Questionnaire* (ADQ) foi desenvolvida por pesquisadores americanos e teve como propósito avaliar os elementos da autoadesão dos pacientes ao tratamento clínico do câncer, levando em consideração um conjunto de habilidades cognitivas, motivacionais, além de variáveis sociais e comportamentais, sendo considerada um instrumento multifatorial⁽⁸⁾.

Nesse sentido, a adesão ao tratamento está relacionada a múltiplos fatores tais como fatores

sociais, econômicos e culturais, fatores relacionados aos sistemas de saúde, serviços e profissionais, fatores relacionados à doença, com o tratamento e a própria pessoa doente. Desse modo, tais categorias influenciam, de maneira positiva ou negativa, o ato do paciente aderir ou não ao tratamento⁽⁹⁾. Tais construtos são abordados na escala ADQ.

Ressalta-se que a validação da escala original foi realizada com grupos de prevenção primária, secundária e terciária, inclusive com mulheres em tratamento de câncer cervical. Diante da prevalência do câncer cervical e de mama no Brasil, optou-se por realizar a validação para essa população específica, o que não impede a aplicação da mesma para outros grupos populacionais, desde que sejam levados em consideração os aspectos contextuais e culturais semelhantes.

No Brasil, não se conhecem instrumentos específicos, quer seja construídos ou adaptados para a língua brasileira, que avaliem de forma completa os motivos da adesão ou não ao tratamento do câncer, como retratados na escala supracitada. De tal modo, a utilização de um instrumento que possa facilitar a identificação dos principais motivos da não adesão ao tratamento do câncer, especificamente o CCU e de mama, e que possam favorecer cuidado sistematizado, além de oferecer melhor abordagem dos profissionais de saúde às clientes acometidas por tal doença, deve ser considerada como importante estratégia para melhoria da assistência e da qualidade de vida de mulheres em tratamento dessas neoplasias.

Assim, diante da escassez de instrumentos de mensuração da adesão ao tratamento do câncer de mama e de CCU, este estudo objetivou traduzir, adaptar e validar a escala *Adherence Determinants Questionnaire*, de acordo com o contexto brasileiro.

Método

Trata-se de estudo metodológico de adaptação e de validação de instrumento da escala *Adherence Determinants Questionnaire* para a língua Portuguesa, no contexto brasileiro. Não existem validações para outra língua. O estudo foi desenvolvido em duas fases: 1) tradução e adaptação da escala ADQ e 2) avaliação das propriedades psicométricas.

Tendo em vista diversos métodos para o processo de tradução e adaptação transcultural, utilizou-se o referencial metodológico de adaptação transcultural que consiste em cinco etapas: 1. tradução inicial, 2. síntese das traduções, 3. tradução de volta ao idioma original (*back-translation*), 4. revisão por um comitê de especialistas e 5. pré-teste⁽¹⁰⁾.

A primeira etapa, tradução inicial, foi realizada por dois indivíduos dominantes do idioma original da

escala e traduzida de forma independente para a língua portuguesa: um tradutor (T1) que não era da área de saúde (professor da Casa de Cultura Britânica da Universidade Federal do Ceará) e outra foi realizada por um segundo tradutor (T2) que é um profissional de saúde (estudante do curso de mestrado em saúde pública), com fluência em inglês⁽¹⁰⁾.

Na etapa da síntese das traduções, as versões de cada tradutor (T1 e T2) foram reunidas e sintetizadas em um único instrumento final (T12), com a participação da autora principal da presente pesquisa, a fim de minimizar as possibilidades de erros típicos de tradução, como omissão ou acréscimos de palavras, que possam mudar o real significado das palavras⁽¹⁰⁾.

A etapa III, tradução de volta ao idioma original (*back-translation*), outros dois tradutores com nacionalidade inglesa com domínio da língua portuguesa, residentes nos Estados Unidos, que desconheciam a versão original da escala, realizaram nova tradução (BT1 e BT2), de forma independente, para o idioma de origem da mesma, a partir da versão T12, produzida na etapa anterior. Esse é um processo de verificação de validade que permite averiguar as inconsistências e os erros conceituais cometidos durante o processo de tradução inicial e síntese das traduções.

A etapa IV, revisão do comitê de juízes, foi composta por cinco juízes selecionados de acordo com critérios pré-estabelecidos que consideravam a produção científica, a experiência prática com a temática de adesão ao tratamento do câncer de mama e CCU, experiência com tradução, adaptação e validação de instrumentos, bem como um especialista enfermeiro linguístico. Essa etapa foi realizada em grupo, de forma presencial, com os juízes, evitando o tempo dispendioso gasto na validação de instrumentos por meio escrito ou eletrônico. Tal método propiciou a troca de experiências entre os participantes do grupo, enaltecendo as discussões e o material produzido.

O papel do comitê de juízes foi consolidar todas as versões, incluindo o instrumento original e as versões traduzidas (T1, T2, T12, BT1 e BT2) com o propósito de desenvolver a versão pré-final para o teste de campo. Os critérios avaliados pelo comitê de juízes foram: análise da equivalência semântica, idiomática, funcional e conceitual.

O estágio final da tradução e adaptação transcultural foi o pré-teste, que possui como finalidade verificar a compreensão da escala por parte do público-alvo. Foi aplicada a escala *Adherence Determinants Questionnaire*- Versão Brasileira (ADQ-VB) com uma população de 30 sujeitos e verificada a compreensão da mesma por parte do público-alvo, garantindo que a versão adaptada mantivesse sua equivalência em uma situação de aplicação. O tempo

de aplicação da escala também foi registrado para que fosse, posteriormente, informado às mulheres participantes do estudo.

A segunda etapa do estudo foi a análise das propriedades psicométricas, necessária para se certificar se o instrumento adaptado possuía as mesmas propriedades da escala original. Essa verificação se deu por meio de um processo de validação e confiabilidade.

A validação de conteúdo foi realizada pelo comitê de especialistas e foram discutidas a clareza e a compreensão dos itens, bem como a relevância de cada item dentro da escala.

A validação do construto foi realizada após a aplicação da escala com o público-alvo, a partir da análise fatorial exploratória. A análise fatorial demonstra o que o instrumento está, de fato, medindo os fatores, e qual a relação existente de cada item da escala com os seus respectivos fatores. Ressalta-se que, precedente à utilização da análise fatorial, são necessárias as testagens de alguns pressupostos. Utilizou-se a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Barlett para analisar a viabilidade da análise fatorial.

Na análise fatorial, foi considerada uma carga fatorial de, no mínimo, 0,3, positivo ou negativo, para que mantivesse relação entre o item e o fator determinado⁽¹¹⁾. Após a extração dos fatores, foi realizada a rotação dos mesmos. A rotação ortogonal Varimax foi selecionada, pois agrega menor número de variáveis dentro de cada fator, facilitando a interpretação dos dados.

Com relação à fidedignidade, o teste escolhido para analisar a homogeneidade da escala ADQ-VB foi a precisão de consistência interna alfa de Cronbach, que é a medida mais comum quando se trata de confiabilidade⁽¹²⁾. O valor do alfa de Cronbach pode variar entre 0 e 1 e considera-se como aceitável valores maiores do que 0,7.

Ratifica-se que o alfa de Cronbach mede a unidimensionalidade de um instrumento. Logo, como a escala ADQ apresenta vários subcomponentes (domínios), o alfa de Cronbach foi calculado separadamente para cada domínio, já que existem, teoricamente, vários construtos em questão⁽¹²⁾. Além disso, os itens reversos foram ajustados para o cálculo do alfa de Cronbach.

A escala ADQ possui 38 assertivas, considerada do tipo Likert, com respostas variando 1 a 5, desde concordo plenamente, concordo, nem concordo e nem discordo, discordo e discordo totalmente. O alfa de Cronbach da escala total no idioma inglês foi de 0,76, apresentando boa fidedignidade.

As categorias analisadas no instrumento são as seguintes: (1) percepções do cuidado interpessoal, (2) crenças sobre a susceptibilidade a doença, (3)

crenças sobre a gravidade da doença, (4) avaliações dos custos e benefícios da adesão ao tratamento percebidos pelo paciente, (5) percepção subjetiva de normas sociais para aderir, (6) intenção de aderir e (7) percepções de suportes disponíveis e ausência de barreiras à adesão⁽⁸⁾.

A etapa do pré-teste (5) e da validação do construto foi desenvolvida em dois centros de referência de tratamento em oncologia do Estado do Ceará, Nordeste, Brasil.

A população da etapa de validação foi composta por mulheres diagnosticadas com alterações malignas de câncer de colo do útero ou câncer de mama, em tratamento especializado (quimioterapia ou radioterapia).

A amostra foi calculada por meio da recomendação de um número de 5 a 10 participantes por variável⁽¹¹⁾. A escala ADQ é formada por 38 itens. Assim, realizando um cálculo simples, multiplicando trinta e oito por cinco, obtém-se um número de 190. O estudo foi composto por 198 participantes, sendo 152 em tratamento de câncer de mama e 46 em tratamento do CCU.

Como critério de inclusão, definiram-se: mulheres em tratamento de câncer de mama ou câncer de colo do útero. Os critérios de descontinuidade foram: a desistência de participar da pesquisa, após início da coleta de dados, ou vir a óbito no período de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu nos meses de maio a julho de 2012, a partir da aplicação da escala ADQ-VB e um formulário que contemplava dados sociodemográficos.

O convite para a participação no estudo foi realizado verbalmente, na sala de espera, enquanto as mulheres aguardavam o início do tratamento de quimioterapia ou radioterapia. Após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e anuência das mulheres, as mesmas eram levadas para uma sala disponibilizada pelo serviço para tal fim.

Para tratamento dos dados de validação de construto, por meio da análise fatorial e a confiabilidade, utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, sob Parecer nº3/12, sendo assegurado o cumprimento das normas para pesquisa envolvendo seres humanos, preconizadas pela Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Brasil. Além disso, previamente estabeleceu-se contato com a autora principal da escala por meio de correio eletrônico que autorizou o desenvolvimento da pesquisa.

Resultados

A adaptação transcultural configura-se como um processo rigoroso, constituído por várias etapas com

a finalidade de produzir um instrumento equivalente ao instrumento original em termos de mensuração do construto, mas que possuam singularidades específicas do contexto ao qual a escala será aplicada.

Comparando as traduções T1 e T2, de forma geral, não houve diferenças significativas entre as duas versões. No entanto, observou-se que a versão T2 realizada por um profissional da área da saúde utilizou a expressão "plano de tratamento" para a expressão "treatment plan".

A versão T12 sofreu várias mudanças após a avaliação pelo comitê de juízes, com destaque para algumas seguintes: 1) a redundância da expressão "Os médicos e outros profissionais da saúde" foi posta em discussão. No entanto, todos os cinco membros do comitê concordaram com a ideia de que o médico é a figura principal do tratamento do câncer, conceito embutido na cultura brasileira, e, portanto, deve ser traduzido de forma independente como na escala original; o pronome pessoal "eu" foi incluído em diversas assertivas. A justificativa para tal adição foi o fato de que a palavra "eu" relaciona-se a um conceito de apropriação do tratamento, tornando a mulher sujeita ativa e responsável pelo seu processo de saúde/doença *versus* o tratamento e a busca pelo seu autocuidado, como declarado pelos membros do comitê de especialistas.

Ao final da avaliação pelo comitê de juízes, a escala permaneceu com os 38 itens iguais à escala original. Assim, como a presente pesquisa se trata de uma tradução e adaptação, optou-se por considerar a etapa do comitê de juízes em que foram verificadas todas as equivalências (conceitual, experiencial, funcional e idiomática) como a própria validação de conteúdo. Além disso, destaca-se que um extensivo trabalho de construção e análise de conteúdo já foi realizado pelos autores da versão original da escala.

Tratando-se da etapa do pré-teste, essa foi realizada com 22 mulheres diagnosticadas com câncer de mama e 8 mulheres com câncer de colo do útero. A escolaridade mínima das participantes do pré-teste foi de 1 ano e a máxima de 12 anos. Quanto à idade, a mínima foi de 45 e a máxima de 79 anos.

Nessa etapa, a pesquisadora leu, em conjunto com todas as participantes, cada item da escala, bem como seu enunciado. A totalidade das mulheres relatou ter compreendido todas as assertivas, não sendo necessário, portanto, nenhuma modificação nos itens da escala na versão pré-final.

As etapas da validação de construto e a confiabilidade foram realizadas com uma amostra heterogênea, no que diz respeito ao tipo de câncer (cervical e mama). A caracterização sociodemográfica das mulheres com câncer de mama e câncer de colo do útero revelou dados semelhantes: faixa etária predominante entre 40 e 65 anos, a maioria com a

presença de um companheiro, baixo nível de escolaridade e renda, além de pouca qualificação profissional.

Para a validação do construto pela análise fatorial, o valor encontrado para o KMO, na presente pesquisa, foi de 0,696 e o teste de esfericidade mostrou significância estatística ($p=0,001$). Portanto, tais resultados revelaram que a análise fatorial é apropriada para a análise da escala ADQ. Dessa forma, optou-se por utilizar o diagrama de declividade que indica quantos fatores devem ser extraídos a partir do gráfico que sinaliza o número de componentes, acima do ponto de inflexão.

Conforme o gráfico abaixo, verifica-se uma curva com difícil interpretação, pois começa a ter uma cauda após quatro fatores, acentuando-se após o quinto fator. Assim, após avaliação crítica e comparação inicial com a escala original, que é composta por sete domínios, foi definida a extração de cinco fatores.

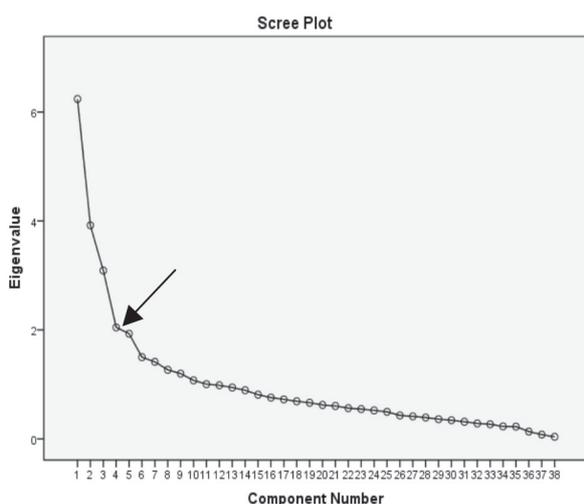


Figura 1 – Diagrama de declividade. Fortaleza, CE, Brasil, mai/jul. 2012

A interpretação dos fatores pode ainda ser mais bem compreendida por meio da rotação. A rotação indica quais variáveis se relacionam mais fortemente com cada fator, por meio da carga fatorial. Conforme a Tabela 1, tem-se os itens distribuídos nos cinco fatores. Observa-se que, para a variável que possui carga em mais de um fator, considerou-se o fator no qual a carga possuía o maior valor. Ratifica-se, ainda, que todas as variáveis apresentaram valor maior do que 0,3, não sendo necessária a exclusão de nenhum item.

Conforme a Tabela 2, verificam-se os dados da análise da consistência interna, em que, analisando de forma detalhada, está presente a correlação de cada item com o total da escala, bem como o valor de alfa, caso o item fosse suprimido. Observa-se que o valor de alfa não sofreria grandes mudanças, caso algum item fosse retirado da escala.

Tabela 1 – Matriz de correlação entre os itens e os domínios da ADQ-VB, segundo a análise fatorial pelos componentes principais e rotação Varimax. Fortaleza, CE, Brasil, 2012

	Componentes				
	1	2	3	4	5
Item 3	,815				
Item 5	,777				
Item 2	,766				
Item 7	,674				
Item 6	,653				
Item 1	,643				
Item 4	,605				
Item 8	,568				
Item 28		,813			
Item 26		,777			
Item 30		,756			
Item 27		,737			
Item 29		,671			
Item 25		,604			
Item 22			,734		
Item 24			,731		
Item 23			,696		
Item 21			,608		
Item 13			,574	,313	
Item 16			,433		
Item 20			-,408	-,345	
Item 15			,381		
Item 33				,802	
Item 31				,799	
Item 34				,597	
Item 14				,526	
Item 11			,356	,507	
Item 32				,498	
Item 12			,380	,420	
Item 9				,339	
Item 36					,626
Item 37	,343				,592
Item 19					-,573
Item 35					,550
Item 18					-,518
Item 38					,409
Item 17					-,385
Item 10					,357

Tabela 2 – Média, variância, correlação item/total e alfa de Cronbach para a ADQ-VB. Fortaleza, CE, Brasil, 2012

	Média da escala se o item for deletado	Variância da escala se o item for deletado	Correlação item/total	Alfa de Cronbach se o item for deletado
Item 1	153,90	192,191	,297	,827
Item 2	153,36	192,097	,363	,824
Item 3	153,32	188,453	,540	,819
Item 4	154,10	191,750	,290	,827
Item 5	153,39	191,594	,422	,822
Item 6	153,22	192,931	,434	,822
Item 7	153,05	196,756	,315	,826
Item 8	153,56	194,751	,303	,826
Item 9	153,20	200,242	,175	,829
Item 10	154,11	192,568	,283	,827
Item 11	152,98	193,031	,442	,822
Item 12	152,72	197,708	,381	,825
Item 13	152,80	197,186	,431	,824
Item 14	152,83	196,910	,467	,824
Item 15	153,62	197,252	,189	,830
Item 16	153,43	189,519	,435	,821
Item 17	153,85	194,428	,236	,829
Item 18	154,34	199,026	,135	,832
Item 19	154,75	190,568	,317	,826
Item 20	153,46	190,753	,438	,822
Item 21	153,95	193,757	,319	,825
Item 22	152,84	195,573	,375	,824
Item 23	153,82	194,517	,286	,826
Item 24	153,26	195,053	,364	,824
Item 25	152,62	202,473	,156	,829
Item 26	152,72	199,329	,272	,827
Item 27	152,73	200,637	,210	,828
Item 28	152,85	198,978	,253	,827
Item 29	152,67	201,054	,231	,828
Item 30	152,76	197,527	,361	,825
Item 31	152,59	200,561	,456	,826
Item 32	152,89	198,316	,271	,827
Item 33	152,58	201,681	,363	,827
Item 34	152,80	202,242	,123	,830
Item 35	154,09	193,116	,265	,828
Item 36	154,34	188,739	,373	,824
Item 37	153,73	188,506	,468	,820
Item 38	153,13	199,137	,268	,827

O valor do alfa de Cronbach total da escala encontrado foi de 0,829, indicando que o instrumento revela uma boa consistência interna. O alfa de Cronbach da escala original foi de 0,76. Os valores de alfa de Cronbach, para cada domínio da escala, foram calculados de forma separada, variando de 0,639 a 0,844.

Discussão

Nas etapas de tradução inicial, síntese das traduções e *back-translation* a escolha dos tradutores deve ser realizada de forma bastante criteriosa, a fim minimizar os erros e a aproximação de uma tradução coerente com o contexto, ao qual a escala será aplicada. Diante disso, a escolha de um tradutor que era profissional da área da saúde e outro tradutor que não tivesse domínio nessa temática foi essencial para a produção de uma versão contextualizada no cotidiano brasileiro.

Nesse contexto, a escolha dos participantes do comitê de juízes também deve ser realizada de forma criteriosa, pois a diversificação de conhecimentos é essencial para a funcionalidade e dinamicidade da etapa, bem como para a construção da versão pré-final. A heterogeneidade do grupo contribuiu, de forma significativa, para as discussões acerca da melhor forma gramatical, cultural e conceitual dos itens da escala. Ressalta-se que o fato de a etapa ter sido realizada de forma presencial permitiu maior riqueza das discussões.

Em relação à validação de construto, a análise fatorial identificou a extração de cinco fatores diferentemente da escala original que mensurava sete fatores.

Os itens 13, 15 e 16 pertencentes, na escala original, ao domínio II - Utilidade Percebida (benefícios/custos e eficácia) estão intrinsecamente relacionados ao domínio que versa sobre a suscetibilidade percebida, já que os três itens deslocados retratam a vulnerabilidade ao câncer ao qual as mulheres estão expostas, seguindo ou não o tratamento.

Ademais, os itens 9, 11, 12 e 14 foram deslocados, após a análise fatorial, para o domínio das Intenções. O domínio II, que retrata os custos e benefícios da adesão ao tratamento, aproxima-se da ideia contida no domínio da Intenção, uma vez que a intenção pode ser vista como uma ação comportamental importante nos estudos dos comportamentos em saúde que poderia traduzir-se em ações preventivas⁽¹³⁾. Assim, a partir da reflexão acerca do benefício e das dificuldades do tratamento do câncer, toma-se a decisão de aderir ou não ao tratamento, apontando que o construto medido no domínio II pode

ser reorganizado no domínio da intenção sem causar prejuízo na mensuração do construto.

O domínio III, Severidade Percebida, foi quase por completo inserido no domínio do apoio da rede social. Uma possível explicação pode estar embutida no fato de que, a partir do reconhecimento da severidade da doença, o indivíduo pode precisar ou não do apoio das redes sociais. Sabe-se que a crença na severidade da doença pode influenciar a adesão da pessoa ao tratamento⁽¹⁴⁾.

Além disso, as realidades em que as escalas foram validadas diferem em diversos âmbitos, principalmente no que diz respeito à escolaridade das participantes. As mulheres em estudo, muitas vezes, relataram não ter o conhecimento ideal acerca do tratamento às quais estavam sendo submetidas e nem do tipo e da agressividade do câncer que possuíam. Portanto, os domínios dos custos/benefícios e da severidade percebida podem estar interligados com outros subcomponentes da escala, como revelado na análise fatorial.

Ainda, reportando-se aos resultados da análise fatorial, observou-se que nenhum item apresentou carga fatorial inferior a 0,3 como recomendado⁽¹¹⁾. Assim, a exclusão de nenhum item foi necessária, revelando boa correlação entre os itens da escala e os construtos a serem medidos.

Em termos da análise da confiabilidade, o alfa de Cronbach resultou em números que denotaram boa fidedignidade do instrumento, apresentando o valor geral da escala de 0,829.

A escala original obteve valor de alfa de Cronbach um pouco abaixo do valor da escala traduzida, com 0,76. Tal fato pode ser explicado devido às mudanças que foram realizadas após a análise fatorial, com a exclusão de dois domínios.

No entanto, sabe-se que, quando se trata de instrumentos que possuem diversos subcomponentes como a escala ADQ, a análise separada dos domínios revela maior precisão do instrumento, já que o alfa de Cronbach mede a unidimensionalidade de um construto e valores maiores do que 0,6 são aceitáveis⁽¹¹⁾.

Assim, os valores do alfa de Cronbach da escala ADQ variaram entre 0,639 e 0,844, revelando que a escala ADQ, na versão brasileira, apresenta alta consistência interna e pode ser considerado um instrumento confiável.

Todavia, sabe-se que a adesão não é um atributo de fácil mensuração e se deve sempre tentar identificar nesse processo quais as principais dificuldades apresentadas por pessoas que vivenciam o tratamento

de doenças crônicas, entre elas o câncer, no intuito de minimizá-las, melhorando a qualidade de vida das mesmas⁽⁷⁾. Dessa forma, a escala ADQ busca abordar os diferentes construtos que envolvem a adesão, compreendendo a complexidade envolta de tal temática.

Conclusão

No que tange à avaliação das propriedades psicométricas, a escala ADQ-Versão Brasileira fincou em 38 itens semelhantes ao da escala original. Em contrapartida, houve a diluição de dois domínios da escala original para cinco domínios na versão brasileira, resultado da análise fatorial. Tal mudança sugere que pesquisadores que trabalham com adaptação e validação de instrumentos avaliem, de forma criteriosa, o contexto de vida ao qual a escala será aplicada, no intuito de nortear as decisões, como exclusão de itens e domínios, para que não possam apenas transcrever, sem raciocínio crítico, processos de validação realizados no instrumento original.

Acrescenta-se, ainda, que os domínios da escala, bem como a escala total mostraram elevados índices de confiabilidade por meio do valor de alfa de Cronbach que variou de 0,639 a 0,844, resultando em 0,829 o valor total. Conclui-se, portanto, que a escala ADQ-VB é um instrumento válido, confiável e capaz de mensurar os elementos de adesão ao tratamento do câncer. Ademais, o instrumento também aponta elementos que podem ser reforçados positivamente e servirem de apoio no intuito de melhorar a adesão ao tratamento do CCU e de mama.

Por fim, acredita-se que o presente estudo contribuiu para a publicação de uma escala confiável que seja capaz de mensurar os elementos de adesão ao tratamento do câncer de colo de útero e de mama. A pesquisa ainda possibilita que enfermeiros, outros profissionais de saúde e gestores repensem em suas práticas de saúde, direcionando suas intervenções de forma participativa entre cliente e família, considerando-os como referência em suas atitudes, no sentido de contribuir para melhor qualidade de vida e enfrentamento dessas neoplasias ainda tão prevalentes no cotidiano de mulheres brasileiras.

Referências

1. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Estimativa 2014. Incidência de câncer no Brasil [acesso 2 jan 2014]. Disponível em: <http://>

www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama

2. Nerone V, Trincaus MR. Reações emocionais e sentimentos experienciados pelas mulheres com câncer de colo uterino. *Rev Salus-Guarapuava*. 2007;1(2):147-55.
3. Oliveira MS, Fernandes AFC, Galvão MTG. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(2):150-5.
4. Salimena AMO, Souza IE. O sentido da sexualidade de mulheres submetidas à histerectomia: uma contribuição da enfermagem para a integralidade da assistência ginecológica. *Esc Anna Nery*. 2008;12(4):637-44.
5. Santos DB, Vieira EM. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2511-22.
6. Gonçalves LLC, Lima AV, Brito ES, Oliveira MM, Albuquerque L, Oliveira R, et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(3):468-72.
7. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adherence to prescribed therapy: points for concepts and presuppositions discussion. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(3):775-82.
8. Dimatteo R, Hays RD, Gritz Er, Bastani R, Crane L, Elashoff R, et al. Patient Adherence to Cancer Control Regimens: Scale Development and Initial Validation. *Psychol Assess*. 1993;5(1):102-12.
9. Souza BF, Pires FH, Dewulf NLS, Inocenti A, Silva AEBC, Miasso AI. Patients on chemotherapy: depression and adherence to treatment. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):61-8.
10. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. [Internet]. Califórnia: American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health; 2007. [acesso 2 jun 2012]. Disponível em: <http://www.dash.iwh.on.ca>
11. Pasquali L. Psicometria. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp):992-9.
12. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16:297-334.
13. Cavalcanti APR, Dias MR, Costa MJC. Psicologia e nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. *Estudos Psicol*. 2005;10(1):121-9.
14. Cardoso L, Miasso AI, Galera SAF, Maia BM, Esteves RF. Adherence level and knowledge about psychopharmacological treatment among patients discharged from psychiatric internment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(5):1146-54.

Recebido: 10.6.2014

Aceito: 11.4.2015