



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**MÍRIA DANTAS PEREIRA**

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE  
BARREIRAS DE ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA  
PESSOAS VIVENDO COM HIV**

**Aracaju  
2024**

**MÍRIA DANTAS PEREIRA**

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE BARREIRAS DE  
ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe, na linha de pesquisa Epidemiologia e controle das condições agudas e crônicas de saúde da criança, do adulto e do idoso, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Victor Santana Santos.

**Aracaju  
2024**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA SAÚDE – BISAU  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

P436a      Pereira, Míria Dantas  
Adaptação e validação de um questionário de barreiras de adesão à terapia antirretroviral para pessoas vivendo com HIV / Míria Dantas Pereira ; orientador Victor Santana Santos. – Aracaju, 2024.  
110 f. : il.

Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2024.

1. Ciências da saúde. 2. HIV. 3. AIDS. 4. Terapia antirretroviral. 5. Estudos de validação. I. Santos, Victor Santana, orient. II. Título.

CDU 616.98:578.828

**MÍRIA DANTAS PEREIRA**

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE BARREIRAS DE  
ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde  
Universidade Federal de Sergipe – UFS, como requisito para obtenção do título de  
Mestre em Ciências da Saúde.

**COMISSÃO JULGADORA**

---

Prof. Dr. Victor Santana Santos  
Universidade Federal de Sergipe – UFS  
Professor Orientador – Presidente da Banca Examinadora

---

Prof. Dr. Divaldo Pereira de Lyra Junior  
Universidade Federal de Sergipe - UFS  
Membro interno

---

Prof. Dr. Alfredo Dias de Oliveira Filho  
Universidade Federal de Sergipe - UFS  
Membro Externo ao Programa

**Aracaju-SE, 26 de janeiro de 2024**

## **AGRADECIMENTOS**

Acima de tudo, agradeço a Deus, responsável por todas as minhas conquistas, e que me deu forças para persistir diante dos desafios, ensinando-me a lidar com as adversidades que surgiram ao longo deste processo.

Agradeço à minha família, pelo apoio constante, em especial a minha irmã, Mara, pelo incentivo incondicional em seguir uma carreira acadêmica.

À equipe do CTA/SAE da unidade de Siqueira Campos do CEMAR, particularmente à gerente do setor, Jennifer Sobral, e à sua assistente, Conceição. Agradeço pela permissão para acessar os dados desta pesquisa, pela disponibilidade em esclarecer dúvidas e pela convivência ao longo deste período.

Ao meu querido orientador, prof. Dr. Víctor Santana Santos (Professor do Departamento de Medicina do Campus de Lagarto e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe – PPGCS/UFS), pela partilha de conhecimento, disponibilidade e contribuição estatística.

Aos professores Dr. Alfredo Dias de Oliveira Filho, Dr. Divaldo Pereira de Lyra Junior e Dr. Leogildo Alves Freires, agradeço pela importante contribuição no processo da minha qualificação. Suas observações foram essenciais para a conclusão deste estudo.

Agradeço ao PPGCS/UFS, com destaque para os secretários da coordenação, Érica e Elizandro, pelo suporte e serviços fornecidos.

À Sabrina Müller por autorizar o uso do instrumento e pela colaboração na pesquisa.

Agradeço ao time do Núcleo de Epidemiologia e Saúde Pública (NESP/UFS). Foi um privilégio compartilhar essa jornada com vocês, que foram uma parte fundamental dessa experiência.

Agradeço aos colegas do PPGCS/UFS pela troca de experiências e a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão desta etapa da minha jornada acadêmica.

## RESUMO

PEREIRA, Míria Dantas. **Adaptação e validação de um questionário de barreiras de adesão à terapia antirretroviral para pessoas vivendo com HIV**. UFS, Aracaju, 2024.

Embora a terapia antirretroviral (TARV) para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) tenha evoluído significativamente nas últimas décadas, a falta de adesão ao tratamento permanece um desafio significativo para o manejo eficaz da condição. Diversos fatores podem impactar a adesão à TARV, incluindo barreiras socioeconômicas, efeitos colaterais do tratamento, a relação com o sistema de saúde e a ausência de suporte social. Para abordar esses obstáculos, questionários de autorrelato podem ser úteis para avaliar as barreiras específicas enfrentadas por cada paciente. Ao identificar essas barreiras, é possível compreender melhor os padrões individuais de adesão e, assim, desenvolver estratégias mais eficazes para melhorar a adesão à TARV. O objetivo deste estudo foi adaptar e validar o questionário *Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy* (ABQ-HIV) para o contexto brasileiro, e avaliar suas propriedades psicométricas em pacientes com HIV. Foi realizado um estudo metodológico focado na análise das propriedades psicométricas e da estrutura fatorial do ABQ-HIV. O estudo consistiu em sete etapas sequenciais: (1) anuência dos autores do original; (2) tradução por dois tradutores; (3) síntese das traduções; (4) comitê de juízes especialistas; (5) retrotradução; (6) pré-teste; e (7) avaliação da confiabilidade na população-alvo. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos (CAAE: 51176221.5.0000.5546). Os participantes foram incluídos entre outubro de 2022 e janeiro de 2023. Na avaliação realizada por um comitê de especialistas, houve concordância entre os 15 juízes avaliadores, resultando em um índice de validade de conteúdo (IVC) de 0,93 para os itens analisados. Foram incluídos no estudo 230 indivíduos adultos vivendo com HIV. A mediana de idade (IIQ) foi de 37,0 (29,3-45,0) e 120 eram do sexo masculino (52,2%). A mediana do tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV foi de 5,0 (IIQ 2,0-9,0) anos e a mediana da duração do tratamento desde o início da TARV foi de 5,0 (IIQ 2,0-8,0) anos. A Análise Fatorial Exploratória (AFE) foi realizada para avaliar a estrutura fatorial do ABQ-HIV. Os testes de Esfericidade de Bartlett (1167,2 [136];  $p < 0,001$ ) e KMO = 0,602 sugeriram interpretabilidade da matriz de correlação dos itens. A consistência interna da escala foi adequada ( $\alpha = 0,76$  e  $\Omega = 0,76$ ). As cargas fatoriais variaram entre 0,32 (item 8) e 0,69 (item 11). A estrutura com três dimensões e 17 itens apresentou bons indicadores de ajuste:  $X^2 = 89,931$ ; graus de liberdade = 88;  $p > 0,005$ ; RMSEA = 0,010; RMSR = 0,07; CFI = 0,996; GFI = 0,940; AGFI = 0,907; NNFI = 0,995. O ABQ-HIV demonstrou ser um instrumento válido e confiável para identificar barreiras específicas à adesão à TARV em adultos com HIV da população brasileira.

**Palavras-chave:** Estudos de validação; Adesão à Medicação; Terapia Antirretroviral; HIV.

## ABSTRACT

PEREIRA, Míria Dantas. **Adaptation and validation of a questionnaire of barriers to adherence to antiretroviral therapy for people living with HIV**. UFS, Aracaju, 2024.

Although antiretroviral therapy (ART) for human immunodeficiency virus (HIV) has evolved significantly in recent decades, lack of treatment adherence remains a significant challenge to effective management of the condition. Several factors can impact adherence to ART, including socioeconomic barriers, treatment side effects, the relationship with the health system and the lack of social support. To address these obstacles, self-report questionnaires may be useful to assess the specific barriers faced by each patient. By identifying these barriers, it is possible to better understand individual adherence patterns and thus develop more effective strategies to improve ART adherence. The objective of this study was to adapt and validate the Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy (ABQ-HIV) for the Brazilian context, and to evaluate its psychometric properties in patients with HIV. A methodological study was carried out focused on analyzing the psychometric properties and factorial structure of the ABQ-HIV. The study consisted of seven sequential stages: (1) consent of the original authors; (2) translation by two translators; (3) synthesis of translations; (4) committee of expert judges; (5) back translation; (6) pre-test; and (7) assessment of reliability in the target population. The research was approved by the human research ethics committee (CAAE: 51176221.5.0000.5546). Participants were included between October 2022 and January 2023. In the evaluation carried out by a committee of experts, there was agreement between the 15 evaluating judges, resulting in a content validity index (CVI) of 0.93 for the items analyzed. 230 adult individuals living with HIV were included in the study. The median age (IQR) was 37.0 (29.3-45.0) and 120 were male (52.2%). The median time since diagnosis of HIV infection was 5.0 (IQR 2.0-9.0) years and the median duration of treatment since the start of ART was 5.0 (IQR 2.0-8.0) years. Exploratory Factor Analysis (EFA) was performed to evaluate the factorial structure of the ABQ-HIV. The Bartlett Sphericity test (1167.2 [136];  $p < 0.001$ ) and KMO = 0.602 suggested the interpretability of the item correlation matrix. The internal consistency of the scale was adequate ( $\alpha = 0.76$  and  $\Omega = 0.76$ ). Factor loadings varied between 0.32 (item 8) and 0.69 (item 11). The structure with three dimensions and 17 items showed good adjustment indicators:  $X^2 = 89.931$ ; degrees of freedom = 88;  $p > 0.005$ ; RMSEA = 0.010; RMSR = 0.07; CFI = 0.996; GFI = 0.940; AGFI = 0.907; NNFI = 0.995. The ABQ-HIV demonstrated to be a valid and reliable instrument to identify specific barriers to adherence to ART in adults with HIV in the Brazilian population.

**Keywords:** Validation Studies; Medication Adherence; Antiretroviral Therapy; HIV.

## SUMÁRIO

|                                                                                                                             |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                                    | <b>10</b> |
| <b>2 OBJETIVOS.....</b>                                                                                                     | <b>12</b> |
| <b>3 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>                                                                                         | <b>13</b> |
| 3.1 Aspectos epidemiológicos do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids)..... | 13        |
| 3.2 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids).....                             | 14        |
| 3.3 Introdução à Terapia Antirretroviral (TARV).....                                                                        | 16        |
| 3.4 Adesão à Terapia Antirretroviral (TARV).....                                                                            | 19        |
| 3.4.1 Fundamentos históricos e conceituais da adesão terapêutica.....                                                       | 19        |
| 3.4.2 Aspectos epidemiológicos.....                                                                                         | 21        |
| 3.4.3 Métodos de mensuração.....                                                                                            | 22        |
| 3.4.4 Barreiras de adesão.....                                                                                              | 23        |
| 3.4.5 Instrumentos de autorrelato que medem/identificam barreiras.....                                                      | 24        |
| <b>4 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>                                                                                           | <b>27</b> |
| 4.1 Delineamento do estudo.....                                                                                             | 27        |
| 4.2 Casuística.....                                                                                                         | 27        |
| 4.3 Planejamento amostral.....                                                                                              | 28        |
| 4.4 Instrumentos.....                                                                                                       | 28        |
| 4.4.1 Questionário sociodemográfico e clínico.....                                                                          | 28        |
| 4.4.2 <i>Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy</i> (ABQ-HIV).....                     | 29        |
| 4.5 Processo de adaptação do ABQ-HIV.....                                                                                   | 29        |
| 4.5.1 Tradução e retrotradução.....                                                                                         | 29        |
| 4.5.2 Procedimentos de coleta de dados.....                                                                                 | 31        |
| 4.6 Análise dos dados.....                                                                                                  | 31        |
| 4.7 Aspectos éticos.....                                                                                                    | 33        |
| <b>5 RESULTADOS.....</b>                                                                                                    | <b>34</b> |
| 5.1 Adaptação transcultural do questionário ABQ-HIV para o contexto brasileiro.....                                         | 34        |
| 5.1.1 Resultados das traduções e síntese das traduções.....                                                                 | 34        |
| 5.1.2 Avaliação pelo comitê de especialistas e validação do conteúdo.....                                                   | 38        |
| 5.2 Validação do ABQ-HIV versão brasileira.....                                                                             | 42        |
| 5.2.1 Características da amostra.....                                                                                       | 42        |

|                                                                                                                  |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.2.2 Confiabilidade.....                                                                                        | 45         |
| 5.2.3 Análise fatorial exploratória.....                                                                         | 45         |
| 5.2.4 Diferenças nos escores medianos do ABQ-HIV entre categorias de variáveis sociodemográficas e clínicas..... | 49         |
| <b>6 DISCUSSÃO.....</b>                                                                                          | <b>52</b>  |
| <b>7 CONCLUSÃO.....</b>                                                                                          | <b>58</b>  |
| <b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                               | <b>59</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                          | <b>60</b>  |
| <b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO.....</b>                                                 | <b>72</b>  |
| <b>APÊNDICE B - SISTEMA DE PONTUAÇÃO PARA SELEÇÃO DOS JUÍZES ESPECIALISTAS EM HIV.....</b>                       | <b>76</b>  |
| <b>APÊNDICE C - CARTA CONVITE AOS JUÍZES.....</b>                                                                | <b>77</b>  |
| <b>APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA A POPULAÇÃO-ALVO.....</b>                 | <b>78</b>  |
| <b>APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS JUÍZES.....</b>                        | <b>81</b>  |
| <b>APÊNDICE F – VERSÃO EM PORTUGUÊS DO QUESTIONÁRIO ABQ-HIV.....</b>                                             | <b>84</b>  |
| <b>APÊNDICE G - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ABQ-HIV-BR PARA O COMITÊ DE JUÍZES.....</b>             | <b>85</b>  |
| <b>APÊNDICE H – VERSÃO RETRODUZIDA DA VERSÃO FINAL DO ABQ-HIV.....</b>                                           | <b>88</b>  |
| <b>ANEXO 1 - VERSÃO ORIGINAL EM ALEMÃO DO QUESTIONÁRIO ABQ-HIV PARA VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO.....</b>               | <b>89</b>  |
| <b>ANEXO 2 - ANUÊNCIA PARA USO DO QUESTIONÁRIO ABQ-HIV.....</b>                                                  | <b>90</b>  |
| <b>ANEXO 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>                                                             | <b>94</b>  |
| <b>ARTIGO SUBMETIDO.....</b>                                                                                     | <b>104</b> |
| <b>NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA....</b>                                             | <b>107</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é o causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), uma das maiores preocupações em saúde pública atualmente, devido à sua natureza pandêmica e gravidade (CHEN et al., 2022). A infecção pelo HIV compromete a função das células CD4+, responsáveis pela defesa do sistema imune. A progressão não tratada para Aids pode resultar em manifestações clínicas graves e ser fatal (ZUGE; PAULA; PADOIN, 2020).

A Aids é uma das doenças infecciosas mais mortais da história, com aproximadamente 40,1 milhões de óbitos globais. Até o final de 2021, cerca de 38,4 milhões de pessoas viviam com HIV/Aids (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2022). No Brasil, o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids reporta 1.088.536 casos de Aids em 42 anos (1980 a junho de 2022). Entre 2007 e junho de 2022, o país teve 434.803 casos de infecção por HIV, 19,4% deles na região Nordeste, que apresentou a segunda maior taxa de detecção (BRASIL, 2022a).

A Terapia Antirretroviral (TARV) tornou o HIV uma condição crônica controlável, reduzindo significativamente mortes relacionadas à doença globalmente (CHEN et al., 2022). Segundo as diretrizes da WHO (2016), a TARV é recomendada para todos com HIV, visando benefícios como reconstituição imunológica efetiva, controle da replicação viral, redução de transmissão, e mortalidade por Aids (SAKTHIVEL; KRISHNASAMY; MEHALINGAM, 2020). A TARV envolve no mínimo três medicamentos antirretrovirais combinados, cada vez mais potentes e bem tolerados, resultando em menor toxicidade (JUDD et al., 2020).

No Brasil, de 920.000 pessoas vivendo com HIV (PVHIV) estimadas, 89% foram diagnosticadas, 77% receberam medicamentos antirretrovirais pelo SUS e 94% em tratamento atingiram carga viral indetectável (BRASIL, 2022b). Apesar desses índices representarem avanço no tratamento do HIV, estudos indicam que nem todas as PVHIV em uso da TARV alcançam aderência necessária para supressão viral (MAYO-WILSON et al., 2020; VETROVA et al., 2021).

Apesar dos benefícios da TARV no tratamento de PVHIV, a adesão à terapia pode ser um desafio. Hogan et al. (2020) mostraram que apenas 62% dos usuários da terapêutica no mundo alcançam taxa de adesão de pelo menos 85-90%. Uma meta-análise de estudos nos EUA, envolvendo 6.777 PVHIV, indicou que somente 69% eram aderentes de maneira ideal e mais de um em cada quatro não atingiam controle viral (MCMAHON et al., 2019). Meta-análise avaliando a adesão à TARV em amostras brasileiras revelou níveis de não adesão entre 18% e 74,3% (SEIDL; REMOR, 2020).

As barreiras à adesão aos medicamentos são obstáculos que dificultam a capacidade do paciente de seguir corretamente o tratamento prescrito (MARTINI; PICCINNI, 2021). Essas barreiras são multifacetadas e podem ser originadas de diversas fontes. No contexto da TARV, tais barreiras podem ser categorizadas em fatores intrapessoais como idade mais jovem, uso de álcool/drogas, baixa escolaridade, transtornos de ansiedade/depressão e esquecimento (HEYLEN et al., 2021); fatores sociais/ambientais como estigma/discriminação pelo HIV e medo de revelação do status sorológico (CHAKRABORTY et al., 2020); fatores relacionados a medicamentos como acesso, efeitos colaterais, quantidade de comprimidos e complexidade do regime (BUH, et al., 2022); e fatores de sistemas de saúde como qualidade da relação médico-paciente e nível de educação/informação (ZENG et al., 2020).

Para desenhar estratégias de intervenção eficazes e melhorar a adesão à TARV, é crucial entender por que PVHIV não seguem o tratamento prescrito para manter e aumentar a supressão viral. Identificar barreiras à adesão é essencial para que profissionais de saúde possam oferecer aconselhamento e intervenções personalizadas antes da falha terapêutica. Conforme sugerido por Spinelli et al. (2020), a identificação desses fatores preditivos é vital para a interpretação de carga viral não suprimida, permitindo trocas ou intensificação do tratamento de forma ágil, evitando testes de resistência caros e desnecessários.

Para atender a esse desafio, os questionários de autorrelato validados são ferramentas importantes, uma vez que permitem que o paciente compartilhe sua perspectiva sobre a doença, sintomas ou funções específicas, sem a influência de interpretações externas. Esses questionários apresentam vantagens como praticidade, economia e flexibilidade em relação à administração e ao tempo de avaliação. Geralmente, eles avaliam a adesão ao tratamento medicamentoso em três áreas principais: consciência da doença, atitude em relação aos medicamentos e tolerabilidade a reações adversas (BASTÁN; ENRIQUE, 2020).

Os questionários criados no Brasil para HIV focavam na adesão à TARV (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007; VALE et al., 2018), mas poucos exploravam os diversos preditores dessa adesão (ALMEIDA-BRASIL et al., 2019). Isso destacou a necessidade de mais ferramentas validadas para identificar barreiras enfrentadas por brasileiros com HIV. Uma busca na literatura levou à escolha do *Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy* (ABQ-HIV) (MUELLER et al., 2018), adaptado de um estudo alemão com 370 participantes. O ABQ cobre 17 itens sobre barreiras de adesão influenciando o comportamento em relação à TARV. Ele foi validado e demonstrou ser eficaz em outras condições crônicas (MULLER; KOHLMANN; WILKE, 2015; MUELLER et al., 2019; MULLER et al., 2021).

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral

Realizar a adaptação e validação do questionário *Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy* (ABQ-HIV) para o contexto brasileiro, e avaliar suas propriedades psicométricas em pacientes com HIV.

### 2.2 Específicos

- Executar integralmente o processo de adaptação do questionário ABQ-HIV ao contexto brasileiro;
- Investigar a estrutura fatorial do questionário ABQ-HIV;
- Avaliar a confiabilidade do questionário ABQ-HIV.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Aspectos epidemiológicos do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids)

Em 2021, cerca de 38,4 milhões de PVHIV foram registradas, sendo 25,6 milhões na Região Africana. O HIV permanece sendo um desafio significativo, com 1,5 milhão de novas infecções e 650.000 óbitos por causas relacionadas ao HIV no mesmo período (WHO, 2022). Diariamente, 4.000 pessoas são infectadas pelo HIV, incluindo 1.100 jovens de 15 a 24 anos. Projeções atuais indicam que 1,2 milhão de pessoas serão infectadas em 2025, triplicando a meta de 370.000 novas infecções. Em 2021, uma morte por Aids foi registrada a cada minuto, somando 650.000 óbitos no ano, devido ao estagnado progresso no combate à doença (UNAIDS, 2022).

Entre 2007 e 2019, o Ministério da Saúde do Brasil registrou 342.459 casos de infecção por HIV. Em 2021, a média foi de 41 mil novos casos diagnosticados (BRASIL, 2022a). O Brasil responde por quase 50% dos casos de infecção por HIV na América Latina, com 14.000 mortes anuais relacionadas à doença. O país ocupa a quinta posição entre as nações com maiores aumentos estimados de novas infecções por HIV desde 2015 (UNAIDS, 2022).

O boletim epidemiológico de 2022 registrou 40.880 novos casos de HIV e 36.400 casos de Aids notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A taxa de detecção de Aids no Brasil vem apresentando declínio desde 2013, atingindo 14,5 casos por 100 mil habitantes em 2020 - o menor valor desde a década de 1990. Esse declínio pode ser parcialmente atribuído à subnotificação de casos durante a pandemia de Covid-19, que impactou os serviços de saúde (BRASIL, 2022a).

A taxa de detecção de HIV caiu em quase todas as regiões e estados do Brasil, exceto em Sergipe, que manteve o mesmo índice. Dos novos casos de HIV, 42,3% (183.901) foram registrados na região Sudeste, 19,4% (84.242) no Nordeste, 19,4% (84.242) no Sul, 9,9% (42.957) no Norte e 7,7% (33.715) no Centro-Oeste. Norte e Nordeste mostraram uma tendência de aumento na taxa de detecção. Em 2021, foram notificados 40.880 casos de infecção pelo HIV, com Sudeste registrando o maior número, seguido por Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste (BRASIL, 2020a).

Ao longo da série histórica, 70,2% dos casos notificados foram em homens e 29,8% em mulheres. A razão de sexos oscilou de 14 homens para cada dez mulheres em 2007 para

28 homens para cada dez mulheres a partir de 2020. No Brasil, de 2000 a junho de 2022, foram registradas 149.591 notificações de gestantes/parturientes/puérperas infectadas pelo HIV, com 8.323 casos em 2021 e uma taxa de detecção de 3,0 gestantes/mil nascidos vivos. A taxa de detecção se manteve estável desde 2018, sem alterações durante a pandemia (BRASIL, 2022a).

Em 2021, o Brasil registrou 35.246 casos de Aids, com uma razão de sexos de 25 homens para cada dez mulheres. Entre 2011 e 2021, um total de 52.513 jovens com HIV, de 15 a 24 anos, de ambos os sexos, evoluíram para Aids. De 1980 até junho de 2022, a maioria dos casos de Aids se concentrou nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo a 50,1% e 19,7% do total, respectivamente, enquanto o Nordeste, Norte e Centro-Oeste representaram 16,7%, 7,1% e 6,3% do total. Nos últimos cinco anos (2017 a 2021), as médias anuais de casos foram: região Norte 4,4 mil, Nordeste 8,7 mil, Sudeste 13,7 mil, Sul 6,7 mil e Centro-Oeste 2,9 mil (BRASIL, 2022a).

Entre 1980 e 2020, Sergipe registrou 7.038 casos de Aids e 1.824 óbitos relacionados. De 2007 a 2022, o estado foi o 8º em casos de HIV notificados entre as Unidades Federativas do Nordeste, totalizando 3.439 casos. Em 2022, Sergipe registrou 222 novos casos de HIV (BRASIL, 2020a). Um estudo epidemiológico sobre óbitos por HIV/Aids na região Nordeste, de 2006 a 2016, mostrou 674 óbitos em Sergipe de homens entre 20 e 60 anos, de cor parda, com ensino fundamental incompleto e solteiros (LINS et al., 2019).

Informações do Programa de Infecções Sexualmente Transmissíveis IST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde indicam que, entre 1987 e 2020, Aracaju, capital de Sergipe, registrou 3.763 casos confirmados de HIV/Aids (GOVERNO DE SERGIPE, 2020). As maiores taxas de detecção de Aids em menores de 5 anos foram encontradas em Porto Velho (9,8/100 mil hab.), Maceió (7,8/100 mil hab.), Macapá (6,9/100 mil hab.) e Aracaju (5,0/100 mil hab.). Aracaju ainda ocupa o 11º lugar no ranking da taxa de detecção de gestantes com HIV notificadas no Sinan, por capital de residência e ano do parto, entre 2011-2021 (BRASIL, 2022a).

### **3.2 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids)**

A Aids foi identificada em 1981, após uma elevação no número de óbitos causados por infecções oportunistas atípicas e neoplasias raras (JULIAN et al., 2021). O agente etiológico dessa patologia infecciosa é o HIV, que se subdivide em dois tipos: HIV-1 e HIV-2. O HIV-1,

prevalente mundialmente, tem origem na África Central e apresenta maior virulência, enquanto o HIV-2, menos virulento, é proveniente da África Ocidental (VAILLANT; GULICK, 2020). Embora ambos compartilhem a mesma morfologia e tropismo para as células T CD4+, suas diferenças genéticas e antigênicas são notáveis (SAUTER; KIRCHHOFF, 2019; FARZIN et al., 2020).

O HIV tipo 1 (HIV-1), um lentivírus da família *Retroviridae*, é o causador da pandemia de Aids, e seu envelope apresenta duas cópias de um genoma de RNA de fita simples (CHEN et al., 2022; VAILLANT; GULICK, 2020). A entrada do HIV-1 em células humanas começa com a ligação da proteína gp120 do envelope ao receptor CD4+. Conforme a gp120 muda de forma, ela se liga simultaneamente a um correceptor de quimiocina, como CXCR4 ou CCR5. Alterações subsequentes promovem a fusão do envelope do HIV-1 com a membrana celular, possibilitando a entrada viral (BETTIKER; KOREN; JACOBSON, 2018). A infecção pelo HIV-1 afeta principalmente células T CD4+, macrófagos e células dendríticas, comprometendo o sistema imunológico (TROVATO et al., 2018).

O HIV é transmitido através da troca de fluidos corporais de indivíduos infectados, incluindo vias sexuais, percutâneas e perinatais (FARZIN et al., 2020). Riscos associados à contaminação envolvem práticas sexuais inseguras, uso de drogas intravenosas, transmissão vertical e transfusões de sangue (WAYMACK; SUNDARESHAN, 2020).

Sintomas de infecção primária, como fadiga, dor muscular e de cabeça, erupção cutânea e suor noturno, podem surgir duas a quatro semanas após a entrada do HIV no organismo. No entanto, um indivíduo infectado pode permanecer assintomático por um longo período (VAILLANT; GULICK, 2020). Após a infecção inicial, ocorre uma longa infecção crônica, que pode durar décadas, devido à imunossupressão (LAURITANO et al., 2020). O HIV passa por várias fases, incluindo transmissão viral, soroconversão aguda, síndrome retroviral aguda, recuperação e soroconversão, infecção crônica assintomática e infecção sintomática pelo HIV ou Aids (WAYMACK; SUNDARESHAN, 2020).

Os critérios diagnósticos para a Aids incluem: contagem de células CD4 inferior a 200 células/ $\mu$ l, infecções oportunistas, manifestações clínicas graves (ex., pneumonia recorrente, câncer cervical invasivo, sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgkin etc.), infecções e condições clínicas específicas como candidíase de longa duração, herpes recorrente ou infecções disseminadas por micobactérias atípicas. O diagnóstico de Aids é confirmado por testes laboratoriais específicos para o HIV (BRITO et al., 2021; VAILLANT; GULICK, 2020).

O diagnóstico do HIV geralmente é feito pelo ensaio imunoenzimático indireto

(ELISA), que detecta anticorpos anti-HIV no sangue ou saliva do paciente. Este teste, embora altamente sensível, requer um “período de janela” após a infecção pelo vírus, que pode durar de semanas a meses (FARZIN et al., 2020). Testes adicionais como o teste rápido, reação em cadeia da polimerase e teste de carga viral baseado em RT-PCR podem ser usados para confirmar o diagnóstico. Resultados negativos iniciais podem ser enganosos e, em caso de suspeita clínica de exposição recente ao HIV, recomenda-se a repetição do teste após uma a duas semanas (VAILLANT; GULICK, 2020).

O Brasil oferece estratégias valiosas para prevenir a infecção pelo HIV, como a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP). A PrEP é uma medida preventiva que envolve o uso de antirretrovirais, como tenofovir e emtricitabina, antes da exposição ao vírus, diminuindo a chance de infecção. Os grupos prioritários para o uso da PrEP incluem gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans, trabalhadores do sexo e casais sorodiscordantes (BRASIL, 2021).

A PEP envolve o uso de antirretrovirais por indivíduos após contato potencial com o HIV, como em casos de violência sexual, relação sexual desprotegida e acidentes ocupacionais com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico. A PEP deve ser iniciada o mais rápido possível, idealmente dentro de 72 horas após a exposição, e continuada por 28 dias para maximizar sua eficácia (BRASIL, 2021).

### **3. 3 Introdução à Terapia Antirretroviral (TARV)**

Em 1983, a identificação do HIV-1 como o agente causador da Aids foi um marco significativo no controle da doença. Desde então, a descoberta do ciclo de vida do vírus, que ocorre em múltiplas etapas em células T CD4<sup>+</sup> humanas, levou à identificação de alvos potenciais para medicamentos que podem interromper ou retardar a replicação viral. Esse avanço científico sem precedentes tem resultado na descoberta e desenvolvimento de novos fármacos (LU et al., 2018; DRAIN et al., 2020).

O primeiro medicamento a apresentar efetividade no tratamento da Aids foi o Zidovudina (AZT), um inibidor da transcriptase reversa do HIV, testado previamente em doenças oncológicas e aprovado pelo *Food and Drug Administration* (FDA) em 1987. No Brasil, foi introduzido em 1991 pelo Programa de Controle da Aids. Embora a monoterapia com o AZT tenha apresentado resultados promissores, como redução da carga viral, atraso na progressão da doença e prolongamento da sobrevida, o uso de um único medicamento não foi capaz de proporcionar uma supressão viral sustentada a longo prazo (CARVALHO et al.,

2019; JULIAN et al., 2021; YANG et al., 2020).

Em 1996, foi criada a denominada TARV, que resultou no aumento das taxas de “sobrevivência”. Termo hoje não mais utilizado, devido a TARV ter eliminado a perspectiva de morte a curto prazo, garantindo uma expectativa de vida semelhante à dos indivíduos não infectados, bem como diminuir o risco de transmissão da infecção a outras pessoas, desde que tenham uma carga viral baixa ou indetectável (VAILLANT; GULICK, 2020; BENSON et al., 2020; VELAME; SILVA; CERUTTI, 2020).

A TARV é um regime de tratamento que geralmente consiste em uma combinação de três ou mais medicamentos antirretrovirais. Também conhecida como Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART) ou Terapia Antirretroviral Combinada (TARVc), a pedra angular da TARV é a administração conjunta de diferentes drogas que inibem a replicação viral através de vários mecanismos. Esse método previne a propagação do vírus resistente a um único agente através da ação dos outros dois agentes (EGGLETON; NAGALLI, 2023).

A combinação diária deste regime de tratamento minimiza os efeitos adversos e a toxicidade na maioria dos indivíduos infectados pelo HIV (SAKTHIVEL; KRISHNASAMY; MEHALINGAM, 2020). No entanto, a TARV pode gerar efeitos adversos em alguns indivíduos, como náusea, vômito, diarreia e cefaleia, que são de curto prazo, e lipodistrofia, resistência à insulina, mudanças hematológicas e metabólicas, e alterações na composição corporal, que são de longo prazo (GRATÃO; NASCIMENTO; PEREIRA, 2021; O'KELLY; MURTAGH; LAMBERT, 2020).

A TARV revolucionou o manejo de PVHIV nas últimas décadas. De 1996 a 2012, evitou 6,6 milhões de mortes relacionadas à Aids globalmente, incluindo 5,5 milhões em países de baixa e média renda (IZIZAG et al., 2020). A terapêutica inibe a replicação viral, suprime o RNA do HIV e causa regressão na ativação imune associada ao HIV. O sucesso da combinação de TARV na repopulação de células T CD4 depende da escolha de um regime que seja eficaz, tolerável e seguro. Acredita-se que a taxa de repovoamento de células T CD4 varia com diferentes combinações e é influenciada tanto por fatores humanos (idade, sexo, contagem de CD4 e CD8) quanto virais (carga viral de linha de base) (BADII et al., 2018; CERUTTI, 2020).

Atualmente, mais de vinte antirretrovirais de seis classes farmacológicas distintas foram licenciados globalmente para o controle da infecção pelo HIV. As classes são: inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) e não análogos de nucleosídeos (ITRNN), que impedem a replicação do RNA viral nas células T CD4+; inibidores da protease (IP), que bloqueiam a enzima que fragmenta as proteínas virais

sintetizadas nas células hospedeiras; inibidores da integrase (INI), que inibem a enzima que integra o RNA viral no DNA das células hospedeiras; inibidores da fusão (IF), que evitam a fusão da membrana viral com a membrana celular humana; e inibidores da CCR5, que bloqueiam a proteína de membrana que se liga ao HIV e impede a infecção das células hospedeiras. Esses medicamentos são classificados de acordo com a fase do ciclo de vida do HIV que eles inibem (BROJAN et al., 2020; LAKSEMI et al., 2020; NEGREDO; CLOTET, 2018).

Desde 1996, por meio da Lei n. 9.313/96, o governo brasileiro garante a distribuição de medicamentos antirretrovirais pelo SUS, tornando-se o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso à TARV (BRASIL, 1996; CARVALHO et al., 2019). Em 2013, o Brasil se tornou o primeiro país em desenvolvimento e o terceiro do mundo a recomendar o início imediato da TARV para todas as PVHIV, independentemente da contagem de CD4 e carga viral (CARVALHO et al., 2019). Atualmente, estima-se que 62% dos infectados no país estejam passando por tratamento médico (VELAME; SILVA; CERUTTI, 2020).

Nos últimos anos, o Brasil tem alinhado os esquemas antirretrovirais de primeira linha às recomendações da WHO. Em 2015, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para o Manejo da Infecção pelo HIV (PCDT) em Adultos recomendou um medicamento em dose fixa combinada (DFC) contendo tenofovir (TDF), lamivudina (3TC) e efavirenz (EFZ). Em 2017, o dolutegravir (DTG), inibidor da integrase, substituiu o EFZ no esquema de primeira linha, junto com um comprimido de TDF e 3TC, principalmente na ausência de comorbidades ou restrições (e.g., tuberculose ou gestação) (PIMENTEL et al., 2020; BROJAN et al., 2020). Se houver falha no tratamento ou desenvolvimento de resistência, indica-se a TARV de segunda linha (como regimes baseados em inibidores de protease) (BRASIL, 2018; CHAKRABORTY et al., 2020). O regime da TARV pode variar conforme as interações medicamentosas com outros medicamentos em uso pelo paciente e os efeitos adversos experimentados (LAKSEMI et al., 2020; SAKTHIVEL; KRISHNASAMY; MEHALINGAM, 2020).

É fundamental que gestantes comecem prontamente o tratamento anti-HIV visando prevenir a transmissão do vírus de mãe para filho e salvaguardar a saúde materna (PAREKH et al., 2019). Para minimizar o risco de transmissão vertical do HIV, uma estratégia eficaz consiste no uso do medicamento AZT durante a gestação, trabalho de parto e para o neonato, aliado à interrupção do aleitamento materno (FEDLU et al., 2020).

Apesar da disponibilidade de diversas opções terapêuticas, estima-se que a prevalência

de resistência à TARV varie de 3% a 29%. Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento de resistência, incluindo características genéticas do vírus, interações medicamentosas, prescrições inadequadas, interrupção do fornecimento de medicamentos, ausência de monitoramento sistemático da carga viral e baixa adesão ao tratamento (FERNANDES et al., 2020; VALUEV-ELLISTON; KOCHETKOV, 2017).

Ainda que não exista cura para o HIV/Aids, a TARV tem sido crucial para diminuir a mortalidade relacionada à doença. Essa terapia transformou o HIV de fatal para uma condição crônica controlável, com pouco impacto na expectativa de vida dos pacientes (ASHWITHA et al., 2021; JULIAN et al., 2021). Apesar do prognóstico desses indivíduos ter melhorado globalmente, infecções oportunistas continuam frequentes em países em desenvolvimento, como o Brasil (BRITO et al., 2021).

Os atuais regimes preferenciais de TARV são caracterizados por sua simplicidade, tolerabilidade aprimorada, potência elevada e toxicidade reduzida. Essas características têm implicações significativas para a pesquisa de adesão. Por exemplo, os regimes de TARV atualmente favorecidos permitem pequenos desvios na adesão devido à sua potência, questionando a validade de definir a não adesão como “imperfeita” ou “subótima” sem considerar o padrão de doses perdidas. A facilidade de uso e a capacidade de ser tolerado são fatores que ajudam a evitar obstáculos comuns que impedem as pessoas de aderir a um determinado comportamento ou tratamento (SAUCEDA et al., 2018). Pesquisas indicam que os obstáculos mais frequentemente relatados não estão sempre ligados à presença de um vírus detectável no organismo (SABERI; NEILANDS; VITTINGHOFF, 2015). Nesse sentido, mesmo que o vírus não seja detectado, ainda podem existir barreiras que dificultam a adesão.

### **3.4 Adesão à Terapia Antirretroviral (TARV)**

#### **3.4.1 Fundamentos históricos e conceituais da adesão terapêutica**

Na atualidade, diversos termos como “conformidade”, “aderência”, “persistência”, “concordância” e “aliança terapêutica” são empregados para caracterizar distintos aspectos do processo que envolve a busca por atendimento médico, a obtenção de prescrições e a correta administração de medicamentos. Embora esses termos sejam frequentemente usados de maneira intercambiável, eles refletem diferentes perspectivas sobre a relação entre o paciente e o profissional de saúde (VRIJENS et al., 2012).

O termo “conformidade do paciente” foi estabelecido em 1975 como um *Medical*

*Subject Heading* (MeSH) oficial na Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América, sendo definido como a cooperação voluntária do paciente em seguir um regime prescrito (BLACKWELL, 1992; BLACKWELL, 1998). No entanto, o termo “conformidade” tem sido progressivamente substituído por “adesão”. Acredita-se que “adesão” reflete melhor a ideia de uma colaboração entre o prescritor e o paciente, ao invés de sugerir uma atitude passiva do paciente em obedecer às instruções médicas (VRIJENS et al., 2012).

O documento mais frequentemente referenciado para a definição de “conformidade do paciente” é um estudo de 1976. Neste Sackett e Haynes definem “conformidade” como a extensão em que o comportamento do paciente (em termos de tomar medicamentos, seguir dietas ou implementar outras mudanças de estilo de vida) está em conformidade com as orientações clínicas (SACKETT; HAYNES, 1976). Em outras palavras, a “conformidade com medicamentos” é entendida como a adesão do paciente às recomendações do profissional de saúde em relação ao horário, dosagem e frequência de administração do medicamento (CRAMER et al., 2008).

O termo “concordância” foi introduzido pela primeira vez por um grupo de trabalho conjunto reunido pela *Royal Pharmaceutical Society of Great Britain* (RPSGB) em 1995. A construção da terminologia “concordância” reconheceu a necessidade de os pacientes e os prestadores de cuidados de saúde cooperarem na definição de um programa de tratamento mutuamente acordado, reconhecendo que os pacientes e os prestadores de cuidados de saúde podem ter opiniões diferentes (RPSGB, 1997; VRIJENS et al., 2012).

O termo “concordância” foi inicialmente introduzido por um grupo de trabalho conjunto convocado pela RPS em 1995. A criação do termo “concordância” reconheceu a necessidade de uma cooperação entre pacientes e profissionais de saúde para estabelecer um plano de tratamento acordado mutuamente. Este termo reconhece que pacientes e profissionais de saúde podem ter opiniões divergentes e, portanto, a importância de alcançar um consenso no plano de tratamento (RPSGB, 1997; VRIJENS et al., 2012).

No Reino Unido, os termos “concordância” ou “aliança terapêutica” são amplamente aceitos, pois sugerem que o trabalho do prescritor e do paciente durante a consulta é uma negociação entre iguais, visando estabelecer uma aliança terapêutica. Esta aliança pode até incluir um acordo de divergência. A força deste conceito reside na premissa de respeito pela perspectiva do paciente e na promoção de uma relação aberta, permitindo que médico e paciente avancem juntos com base na realidade, evitando mal-entendidos, desconfiança e ocultação (RPSGB, 1997; RAND, 2005).

Em 2001, o termo “persistência do tratamento” foi introduzido, definido como “o

período desde o início até a interrupção da terapia”. Este termo se refere à continuidade do tratamento pelo tempo prescrito. A persistência é mantida mesmo que o paciente continue tomando qualquer quantidade do medicamento. Vários fatores podem ser considerados para avaliar a persistência, incluindo o tempo entre as recargas, o número de recargas, a renovação da prescrição dentro de um intervalo pré-especificado, a proporção de pacientes que recebem um determinado número de dias de fornecimento de medicamentos, e a proporção de pacientes que continuam a renovar as prescrições após um intervalo de tempo especificado (CRAMER et al., 2008; BROWN; BUSSELL, 2011).

Em 1987, Meichenbaum e Turk definiram “adesão” como o grau em que um paciente segue as instruções, prescrições e recomendações médicas (MEICHENBAUM; TURK, 1987; VRIJENS et al., 2012). A WHO define a adesão a longo prazo como a extensão em que uma pessoa segue as recomendações acordadas com um profissional de saúde, que podem incluir a administração de medicamentos, a adoção de uma dieta específica e/ou a implementação de mudanças no estilo de vida. A organização destaca que a adesão é influenciada por cinco dimensões: fatores socioeconômicos, fatores relacionados ao paciente, fatores relacionados à doença, fatores relacionados ao tratamento e fatores relacionados ao sistema e equipe de saúde (WHO, 2003).

O termo “adesão à medicação” foi introduzido como um termo MeSH em 2009 e é definido como a “cooperação voluntária do paciente na administração de medicamentos ou remédios, conforme prescrito, incluindo a duração, a dosagem e a frequência” (HAYNES et al., 2008). Em 2018, o termo “adesão e conformidade ao tratamento” foi adicionado ao MeSH, descrito como “a medida em que o paciente segue o tratamento prescrito, como manter compromissos e horários e aderir à medicação para o resultado terapêutico desejado”. Este termo implica uma responsabilidade ativa compartilhada entre pacientes e profissionais de saúde (LÓPEZ-CAMPOS; GALLEGU; HERNÁNDEZ, 2019).

### **3.4.2 Aspectos epidemiológicos**

Diversos estudos relatam que pacientes com doenças crônicas que necessitam de tratamento prolongado muitas vezes enfrentam dificuldades para seguir as orientações médicas e aderir ao tratamento (SAKTHIVEL; KRISHNASAMY; MEHALINGAM, 2020; DAVIS et al., 2020; DRAIN et al., 2020). Com a introdução da TARV, a expectativa de vida das PVHIV/Aids aumentou significativamente, transformando a doença em uma condição crônica. Isso requer uma adesão contínua ao tratamento para maximizar sua eficácia (BEJA et

al., 2022; QUINN; VOISIN, 2020; ZUGE; PAULA; PADOIN, 2020).

Para obter os benefícios da terapia, é crucial manter uma alta adesão ao tratamento. Isso ajuda a prevenir a resistência, retardar a progressão da infecção, reduzir a taxa de transmissão e minimizar a dificuldade de encontrar tratamentos subsequentes eficazes (BASTÁN; ENRIQUE, 2020; SEIDL; REMOR, 2020; JOPLING et al., 2020). Portanto, para garantir o sucesso terapêutico, são necessários níveis mínimos de adesão de 85-90% (ALMEIDA-BRASIL et al., 2019; FEDLU et al., 2020; GEBREAGZIABHER; WOLDEMARIAM, 2020; SSANYU; NAKAFEERO; NUWAHA, 2020).

Embora seja amplamente reconhecido que a adesão à TARV tenha um impacto significativo no tratamento do HIV/Aids, estudos sugerem que a proporção de pacientes aderentes em países da América Latina e Caribe varie de 55% a 80%, dependendo do tempo de observação (EDMONDS et al., 2021). No Brasil, a estimativa é de que 64% das PVHIV sejam aderentes ao tratamento (FERNANDES et al., 2020).

A falta de adesão à TARV é uma questão frequente entre pacientes com HIV. As taxas de não adesão variam significativamente em diferentes regiões: 19% na América do Norte e na Europa Ocidental, 40% na América Latina, entre 28 e 42% na África, e 40% na região da Ásia-Pacífico (UNAIDS, 2022).

Um estudo realizado em âmbito nacional descobriu que somente 25% dos participantes alcançaram o nível ideal de adesão ao tratamento, enquanto 45% demonstraram baixa adesão (com variação de 26% a 55%) durante um período de acompanhamento de 12 meses. O estudo também revelou uma distribuição quase igualitária entre os gêneros, com homens representando aproximadamente 49% dos participantes (BENSON et al., 2020).

### **3.4.3 Métodos de mensuração**

A fim de aumentar a eficácia da TARV, é essencial obter uma avaliação precisa da adesão ao tratamento. Novas abordagens para a medição da adesão incluem métodos indiretos, como autorrelato, monitoramento eletrônico de medicamentos, comparecimento a consultas médicas, revisão de prontuário médico, contagem de comprimidos e registros de retirada de medicamentos. Além disso, existem abordagens diretas, como a detecção dos medicamentos antirretrovirais ou de seus metabólitos no sangue (BUH, et al., 2022; CARVALHO et al., 2019; DRAIN et al., 2020; CHAKRABORTY et al., 2020).

### **3.4.4 Barreiras de adesão**

A adesão à TARV é desafiada por múltiplos obstáculos, tanto a nível individual quanto coletivo. Baixas condições socioeconômicas, alta quantidade de comprimidos para administração, efeitos colaterais adversos do tratamento, barreiras de acesso em populações marginalizadas, relação com a equipe de saúde, falta de intervenções e informações eficazes, ausência de apoio social, desconhecimento do status de HIV e esquecimento figuram entre os impasses (CASTILLO-MANCILLA; HABERER, 2018; MOOMBA; VAN WYK, 2019; HEYLEN et al., 2021; FEDLU et al., 2020). A falta de apoio familiar e social, desemprego, consumo de substâncias tóxicas como drogas e álcool, e sintomas depressivos também atuam como obstáculos à adesão (JOPLING et al., 2020; BASTÁN; ENRIQUE, 2020; NUTOR et al., 2020).

As causas de adesão insuficiente à TARV podem ser categorizadas em intencionais e não intencionais. As intencionais abrangem PVHIV que decidem não seguir o regime de TARV devido a intolerância, custo ou estigma, optando conscientemente por alterar a dose, o tempo ou a frequência de uso. Já os fatores não intencionais e inconscientes estão vinculados a esquecimentos, como distrações, falta de atenção ou ausência de lembretes (BEJA et al., 2022; MAYO-WILSON et al., 2020).

Segundo uma revisão sistemática e meta-análise, as barreiras mais comuns à aderência à TARV entre PVHIV adultos de 38 países eram esquecimento, ocupação, mudanças na rotina e sono (frequências combinadas: 41-25%). Depressão, uso de álcool e outras drogas foram relatados por 16% e 13%, respectivamente. Barreiras contextuais incluíam estigma/segurança (14%) e insegurança alimentar (13%). Barreiras relacionadas aos serviços de saúde englobavam distância até a clínica (18%) e falta de estoque (16%) (SHUBBER et al., 2016).

Um estudo qualitativo realizado no Nepal explorou em profundidade as barreiras da adesão à TARV entre pacientes e provedores de serviços que prescrevem TARV. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas presenciais com 34 participantes. Os pacientes que receberam TARV descreveram uma série de barreiras para aderir à terapia. As dificuldades financeiras, o acesso aos serviços de saúde, os frequentes bloqueios de transporte, os obstáculos religiosos/rituais, o estigma e a discriminação e os efeitos colaterais foram as barreiras mais frequentemente discutidas. O estudo concluiu que a compreensão das barreiras pode ajudar no *design* de uma intervenção apropriada e direcionada (WASTI et al., 2012).

Uma revisão sistemática que buscou avaliar a relação entre o estigma relacionado ao HIV e a adesão à TARV. A revisão incluiu 75 estudos realizados com 26.715 pessoas com

HIV em 32 países. Entre os 41 estudos quantitativos, 24 de 33 estudos transversais (71%) relataram uma correlação positiva entre o estigma do HIV e a não adesão à TARV, enquanto 6 de 7 estudos longitudinais (86%) relataram uma correlação nula. O estudo concluiu que o estigma relacionado ao HIV compromete a capacidade dos participantes de aderir com sucesso à TARV, afetando processos psicológicos gerais, como enfrentamento adaptativo e apoio social. Além disso, foram identificados processos psicológicos específicos para PVHIV, impulsionados por atitudes estigmatizantes predominantes, que prejudicam a adesão, como o estigma internalizado e o ocultamento (KATZ et al., 2013).

O objetivo principal de uma revisão sistemática foi apresentar um panorama abrangente das escalas de adesão à medicação disponíveis e seus métodos de validação. Através da análise de 60 artigos, foram identificadas 43 escalas de adesão à medicação. Estas escalas coletam informações sobre o comportamento do paciente na tomada de medicamentos e/ou identificam barreiras ou crenças que afetam a adesão. As estratégias de validação empregadas variaram dependendo do foco da escala. O estudo concluiu que as escalas de adesão são úteis, fornecem informações valiosas sobre comportamento, barreiras à adesão e crenças sobre medicamentos. Observou-se um maior foco na medição do comportamento na tomada de medicamentos (NGUYEN; LA CAZE; COTTRELL, 2014).

Um estudo utilizando revisões sistemáticas identificou barreiras práticas à adesão à medicação, com base em 23 medidas únicas autodeclaradas ou relatadas por observadores. A partir dessas medidas, foram identificados sete temas-chave: formulação do medicamento, instruções de uso, problemas de memória, capacidade (conhecimento e habilidades), aspectos financeiros, fornecimento de medicamentos e ambiente social. Essas descobertas podem ser usadas para informar o desenvolvimento de uma medida de barreiras práticas à adesão (CHAN et al., 2020).

#### **3.4.5 Instrumentos de autorrelato que medem/identificam barreiras**

Diversas abordagens para avaliar a adesão a medicamentos podem ser dispendiosas e demoradas, o que pode torná-las impraticáveis na prática clínica (KWAN et al., 2020). Assim, ferramentas de mensuração de adesão autorrelatada a medicamentos foram desenvolvidas. Tais ferramentas, chamadas de medidas de desfechos relatados pelo paciente (*patient-reported outcome measures*, PROMs), consistem em questionários que os pacientes preenchem sobre uma doença, sintoma ou função específica. As PROMs são ferramentas valiosas na prática clínica, pois são simples, rápidas, acessíveis e de fácil compreensão para o paciente. Os

resultados dos questionários permitem que profissionais de saúde ofereçam *feedback* adequado e tratem questões subjacentes que contribuam para a não adesão ao tratamento medicamentoso (KWAN et al., 2020; CARVALHO et al., 2019; ZUGE; PAULA; PADOIN, 2020; MUSAYÓN-OBLITAS et al., 2020).

Globalmente, diversas PROMs adaptáveis para doenças crônicas podem ser utilizadas para avaliar a adesão à TARV no contexto do HIV/Aids. Entre as mais utilizadas estão a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) (MORISKY et al., 2008), a Escala de Adesão Hill-Bone (KIM et al., 2000), a Escala de Autoeficácia para uso de Medicamentos Apropriados (SEAMS) (RISSER; JACOBSON; KRIPALANI, 2007), e a Escala de Adesão a Medicamentos (MARS) (HORNE, 2001). No Brasil, algumas PROMs disponíveis para avaliar a adesão à TARV incluem o Questionário para Avaliação da Aderência ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-HIV) (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007) e o Questionário WebAd-Q para monitoramento da adesão à terapia do HIV (VALE et al., 2018).

Estudos frequentemente categorizam participantes como aderentes ou não aderentes, fornecendo visão limitada sobre preditores de não adesão. Existem poucas PROMs que investigam fatores associados às barreiras de adesão, como a PEDIA Scale (ALMEIDA-BRASIL et al., 2019), que não engloba todas as barreiras reconhecidas. Por isso, é crucial aprofundar a compreensão dessas barreiras para desenvolver planos de cuidado que considerem os fatores em questão e orientem equipes multiprofissionais na prática clínica. Identificar hábitos e motivações relacionados à adesão pode capacitar os profissionais de saúde a tratar as questões subjacentes e aprimorar a adesão à TARV (EDMONDS et al., 2021; MAYO-WILSON et al., 2020; INZAULE et al., 2020).

O *Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy* (ABQ-HIV) foi escolhido para ser adaptado e validado para a versão brasileira neste estudo. Desenvolvido por Mueller et al. (2018), o ABQ-HIV visa identificar barreiras de adesão à TARV em PVHIV. Sua criação contou com o auxílio de especialistas e teve por base evidências sobre possíveis causas de não adesão em pessoas com HIV. A avaliação das propriedades psicométricas do ABQ-HIV ocorreu por meio de estudo transversal, observacional, com coorte de pessoas com HIV no sudoeste da Alemanha. O questionário, com 17 itens, apresentou consistência interna aceitável (coeficiente alfa de Cronbach de 0,708) e correlações item-total entre 0,120 e 0,488.

Uma análise fatorial do ABQ-HIV gerou três subescalas que evidenciam as barreiras de aderência: i) não intencionais, ii) relacionadas ao conhecimento da doença/tratamento e iii)

intencionais. Aproximadamente 76,8% dos participantes apontaram ter ao menos uma barreira não intencional, 10,3% indicaram ter ao menos uma barreira de conhecimento, e 38,1% reportaram enfrentar ao menos uma barreira intencional, com pontuação média de 5,1. Foi estabelecido um ponto de corte de >28 pontos na pontuação total do ABQ-HIV, resultando em sensibilidade de 61,5% e especificidade de 83,3%. Cerca de 23,0% dos participantes excederam 28 pontos, sugerindo um risco elevado de enfrentar barreiras significativas de adesão. Concluiu-se que o ABQ-HIV é uma ferramenta válida e prática para uso em pacientes com HIV (MUELLER et al., 2018).

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 Delineamento do estudo

Um estudo metodológico foi conduzido, abrangendo as etapas de adaptação e análise das propriedades psicométricas do *Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy* (ABQ-HIV) no contexto brasileiro. O estudo foi realizado no período de janeiro de 2022 a maio de 2023.

Foi adotada a metodologia COSMIN (*COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments*), reconhecida como um guia padrão para avaliação da qualidade psicométrica de instrumentos de medida em saúde (MOKKINK et. al, 2010). O estudo consistiu em sete etapas sequenciais: (1) obtenção da anuência dos autores do instrumento original; (2) realização da tradução por dois tradutores; (3) síntese das traduções; (4) avaliação por comitê e juízes especialistas; (5) retrotradução; (6) realização do pré-teste; e, por fim, (7) avaliação da confiabilidade na população-alvo.

### 4.2 Casuística

O presente estudo contou com uma amostra composta por indivíduos adultos ( $\geq 18$  anos), de ambos os sexos, que estavam inscritos no programa IST/Aids com sorologia positiva para HIV e em acompanhamento clínico ambulatorial no Serviço de Assistência Especializada em IST, HIV e Aids (SAE) do Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR). O CEMAR está localizado na Rua Bahia, S/N, Bairro Siqueira Campos, Cidade de Aracaju, Estado de Sergipe, Brasil, Código de Endereçamento Postal (49075-490) e é o maior centro de referência para monitoramento de PVHIV na região, atendendo a cerca de 6.185 indivíduos em tratamento antirretroviral, de acordo com o levantamento da SES em 2020 (GOVERNO DE SERGIPE, 2020).

Os participantes elegíveis foram selecionados dentre os inscritos no programa IST/Aids que foram atendidos no SAE/CEMAR. A triagem foi executada com base nos seguintes critérios:

#### a) Critérios de inclusão

- Apresentar sorologia positiva para HIV;
- Ter idade  $\geq 18$  anos;

- Estar em uso da TARV há pelo menos um ano.

#### b) Critérios de Exclusão

- Ter comprometimento neuropsicológico grave ou psicose.

### 4.3 Planejamento amostral

Em cada etapa do estudo, foram estabelecidos tamanhos amostrais distintos. Para assegurar a confiabilidade do questionário, o tamanho amostral foi calculado com base na correlação item-total. Para alcançar uma correlação mínima de 0,8, uma margem de erro de 0,15, uma significância de 5%, um poder de 95% e dois avaliadores, foram necessários **126 indivíduos** (RATHBONE, 2015).

Visando a estruturação do questionário, o tamanho amostral foi calculado utilizando o método *Inverse Square Root* (KOCK, HADAYA, 2018), que emprega a seguinte equação:

$$\hat{N} \geq \left( \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{\beta}}{|\beta|_{min}} \right)^2$$

Onde  $\hat{N}$  é o tamanho amostral,  $z_{1-\frac{\alpha}{2}}$  é o escore da distribuição normal associado ao nível de significância  $\alpha$  e  $z_{\beta}$  é o escore da distribuição normal associado ao poder do teste  $\beta$  e  $|\beta|_{min}$  é o efeito entre fatores. Sendo assim, assumindo 5% de significância, 95% de poder, e um efeito mínimo de 0,25, foram necessários **208 participantes** (KOHL, 2021).

### 4.4 Instrumentos

#### 4.4.1 Questionário sociodemográfico e clínico

Os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados através de um instrumento estruturado, especialmente construído para o estudo, que incluiu as seguintes informações: características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, cor/etnia, orientação sexual, situação econômica, entre outros), características clínicas (tempo de diagnóstico, categoria de exposição ao HIV, esquema de tratamento antirretroviral [TARV], reações à TARV, estágio de agravamento [contagem de CD4], carga viral, autoavaliação da adesão à TARV, entre outros). Os dados relativos ao perfil clínico, e tempo de uso e regime da TARV foram medidos por meio de autorrelato dos participantes no questionário sociodemográfico e clínico, e foram

confirmados através de fonte secundária, os prontuários médicos. O questionário utilizado para a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes encontra-se disponível no Apêndice A.

#### **4.4.2 Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy (ABQ-HIV)**

Para a adaptação e validação do instrumento neste estudo, utilizou-se o instrumento alemão ABQ-HIV (MUELLER et al., 2018), desenvolvido com o intuito de identificar as barreiras à adesão à TARV em PVHIV. A referida escala foi construída a partir da adaptação de itens da escala ABQ (MÜLLER; KOHLMANN; WILKE, 2015) e consiste em uma escala do tipo Likert, com 17 itens que apresentaram boa consistência interna (0,708), com uma amostra de 370 indivíduos. O ABQ-HIV é composto por três subescalas, que medem as barreiras de adesão não intencionais (itens 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 15), as barreiras de adesão relacionadas ao conhecimento sobre a doença/tratamento (itens 1, 2, 3, 4 e 7) e as barreiras de adesão intencionais (itens 5, 6 e 17).

O ABQ-HIV apresentou uma validade convergente satisfatória (-0,422;  $p < 0,001$ ), quando comparado à escala de aderência de medicamentos Morisky (MMAS-8<sup>®</sup>) de 8 itens. As respostas possíveis foram codificadas em uma escala de 1 a 4, em que 1 significava "concordo plenamente", 2 indicava "concordo em geral", 3 representava "discordo em geral" e 4 significava "discordo plenamente". A pontuação total foi obtida pela soma de todos os itens, variando de 17 a 89. Uma pontuação acima de 28 foi estabelecida como escore de corte, indicando um maior risco de barreiras significativas de adesão à TARV para PVHIV (quanto mais alta a pontuação, maior a influência de uma determinada barreira nas percepções do paciente). Por outro lado, quanto menor a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento. Os itens do questionário mostraram-se fáceis, claros e rápidos de serem respondidos. A versão original do questionário está disponível em anexo (ANEXO 1).

### **4.5 Processo de adaptação do ABQ-HIV**

#### **4.5.1 Tradução e retrotradução**

Para a adaptação transcultural do ABQ-HIV, foi escolhido o método de tradução-retrotradução (MOKKINK et. al, 2010; SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011). O primeiro passo

consistiu em obter a autorização dos autores do questionário (ANEXO 2). Isso foi feito através de uma comunicação via e-mail. Uma vez obtida a autorização, a versão original em alemão foi traduzida por dois tradutores independentes para o português do Brasil. Com os dois textos traduzidos e a versão original, os membros da equipe de pesquisa se reuniram para unificar as traduções dos itens pela equivalência conceitual e adequação do formato da escala.

O texto unificado foi extraído da reunião. Para julgar a validade do construto, foram convidados juízes especialistas em HIV, por meio da Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (<https://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do?metodo=apresentar>). Considerando-se que três componentes é o número mínimo recomendado para composição do comitê de juízes (ALEXANDRE; COLUCCI, 2011), foram selecionados uma amostra intencional de profissionais.

Para a seleção dos juízes, considerou-se a necessidade de serem profissionais da área clínica, com pelo menos um ano de experiência e especialização na área do estudo. Para serem considerados especialistas, os participantes precisaram apresentar pelo menos um dos critérios mencionados, incluindo titulação de mestre ou doutor com dissertação e/ou tese na área de interesse deste estudo, ou publicação de pesquisas relevantes para a área abordada. Os profissionais foram selecionados de acordo com o referencial adaptado de Borges (2016) (APÊNDICE B) e os convites foram enviados pelo sistema da plataforma, esclarecendo o objetivo da pesquisa (APÊNDICE C).

O comitê foi composto por profissionais de saúde com experiência clínica de 10 anos ou mais no tratamento de pacientes com HIV e realizando estudos de validação. No total, participaram deste estudo 15 profissionais de saúde: 05 médicos-infectologistas, 04 farmacêuticos, 03 enfermeiros, 01 psicólogo, 01 assistente social e 01 fonoaudiólogo. Todos os especialistas avaliaram a adequação e relevância de cada um dos 17 itens utilizando uma escala ordinal de quatro pontos (APÊNDICE G).

Os itens foram avaliados pelos juízes especialistas, que sugeriram a reformulação de itens problemáticos ou a adição de expressões pertinentes mais adequadas às características socioculturais brasileiras, visando aumentar clareza, compreensibilidade e relevância. Em seguida, a concordância entre os juízes foi mensurada por meio da análise do índice de validade de conteúdo (IVC). Estabeleceu-se um valor mínimo aceitável de 0,80 para o IVC, e conduziram-se rodadas de julgamento adicionais com o objetivo de alcançar, preferencialmente, um IVC superior a 0,90. O IVC de cada item do instrumento foi calculado somando-se as respostas 3 e 4 dos especialistas e dividindo-se o resultado dessa soma pelo

número total de respostas obtidas para o item, ou seja, a proporção de acordo sobre relevância (YUSOFF, 2019). O período designado para a avaliação pelo comitê de juízes ocorreu de maio a agosto de 2022.

Em seguida, a versão adaptada do instrumento foi retroduzida e enviada para os autores originais em seu idioma nativo (alemão) para avaliação da equivalência semântica, bem como ciência e aprovação. Por último, foi realizado um pequeno pré-teste com um grupo de 15 indivíduos da população-alvo para explorar possíveis dúvidas ou dificuldades. Não tendo sido levantada qualquer questão durante a aplicação do instrumento, manteve-se a versão definitiva em português.

#### **4.5.2 Procedimentos de coleta de dados**

Após a conclusão da fase de adaptação, o instrumento em língua portuguesa foi aplicado à população descrita na amostra. Os pesquisadores realizaram pessoalmente a abordagem na recepção e na farmácia do centro de saúde, avaliando os critérios de elegibilidade e o interesse dos pacientes em participar. Foi conduzido um pré-teste com 15 PVHIV para verificar a compreensão, a clareza, a adequação cultural e linguística do questionário. A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2022 e janeiro de 2023. Inicialmente, uma entrevista estruturada foi realizada para obter dados sociodemográficos e clínicos, seguida da aplicação do ABQ-HIV versão brasileira.

Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os participantes responderam aos instrumentos na presença do pesquisador. Durante a entrega dos questionários, o objetivo do estudo foi explicado e a importância de responder a todas as perguntas foi enfatizada. Todas as entrevistas foram conduzidas individualmente para garantir o anonimato dos participantes.

#### **4.6 Análise dos dados**

Todas as informações obtidas foram codificadas e inseridas em um banco de dados. Frequências simples e percentuais foram obtidas a partir das variáveis categóricas. A distribuição do conjunto de dados numéricos foi verificada por meio do teste Shapiro-Wilker e a homocedasticidade através do teste de Levene. A maioria dos dados apresentou uma distribuição assimétrica. Nesse sentido, os dados numéricos foram representados como medianas e intervalos interquartis (IIQ). Portanto, utilizamos testes não paramétricos para

verificar a significância das distribuições entre as variáveis do estudo. O teste Mann-Whitney (U) foi utilizado para comparar os escores ABQ-HIV entre as categorias das variáveis sexo, zona de residência, trabalho, efeitos adversos a TARV, condição do HIV e doença pré-existente. O teste de Kruskal-Wallis foi empregado para avaliar as diferenças entre os escores ABQ-HIV pelas categorias das variáveis etnia, emprego, estado civil, moradia, orientação sexual, composição familiar, renda, escolaridade, contagem de CD4 e carga viral. Quando o teste de Kruskal-Wallis foi significativo, realizamos comparações múltiplas utilizando o teste de Dunn (teste post-hoc) para determinar as diferenças entre os grupos. A correlação de Spearman ( $\rho$ ) foi utilizada para descrever a relação entre idade e os escores do questionário ABQ-HIV. Valores de  $P < 5\%$  foram considerados estatisticamente significativos.

Foi realizada uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) para avaliar a estrutura fatorial do questionário ABQ-HIV. A adequação da escala foi avaliada através do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (esperado  $> 0,5$ ) e do teste de esfericidade de Bartlett (esperado  $p < 0,05$ ) (KAISER, 1974; MARÔCO, 2014). A AFE foi implementada utilizando uma matriz policórica e método de extração *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS) (ASPAROUHOV; MUTHEN, 2010). A decisão sobre o número de dimensões a ser retido foi realizada por meio da técnica da Análise Paralela (AP) com permutação aleatória dos dados observados (TIMMERMAN; LORENZO-SEVA, 2011) e a rotação utilizada foi a *Robust Promin* (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2019) com correção empírica LOSEFER (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2022).

Os seguintes índices de qualidade de ajuste foram usados para confirmar o ajuste do modelo: qui-quadrado ( $\chi^2$ ), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Comparative Fit Index* (CFI), *Non-normed Fit Index* (NNFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI). De acordo com a literatura (BROWN, 2006), valores de RMSEA devem ser menores que 0,08, e valores de CFI e TLI devem ser acima de 0,90, ou preferencialmente, 0,95. E, por fim, o *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) com valor de aceitação abaixo de 0,08 (BROWN, 2015).

A estabilidade das dimensões foi avaliada utilizando o *Generalized G-H Index* (HANCOCK; MUELLER, 2000; FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2018). O índice H avalia quão bem um conjunto de itens representa um fator comum (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2018). Os valores de G-H variam de 0 a 1. Valores altos de G-H ( $> 0,80$ ) sugerem uma variável latente bem definida, que é mais provável que seja estável em diferentes estudos. Valores baixos de G-H sugerem uma variável latente mal definida, e provavelmente instável entre diferentes estudos (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2018).

A unidimensionalidade da escala foi avaliada usando os testes *Unidimensional Congruence* (UniCo) (esperado acima de 0,95), *Explained Common Variance* (ECV) (esperado acima de 0,85) e *Mean of Item Residual Absolute Loadings* (Mireal) (esperado inferior a 0,30) (DAMÁSIO; DUTRA, 2017). O software também auxiliou na identificação da necessidade de exclusão de itens para aprimorar o modelo exploratório.

A confiabilidade da escala foi avaliada utilizando o alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) (esperado > 0,70) e o ômega de McDonald's ( $\Omega$ ) (esperado > 0,70) (STREINER; NORMAN; CAIRNEY, 2015; VENTURA-LEÓN; CAYCHO-RODRÍGUEZ, 2017).

As análises descritivas, e os testes de hipóteses foram realizadas utilizando o Stata versão 14.0 (Stata Corp LP) e as AFEs foram feitas por meio do software Factor Analysis Application (versão 14.04.01). Um valor de p abaixo de 0,05 foi utilizado como critério de significância estatística.

#### **4.7 Aspectos éticos**

O presente estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (UFS), com base no parecer nº 5.036.636 (CAAE: 51176221.5.0000.5546), (ANEXO 3) e foi conduzido em conformidade com as determinações estabelecidas pela Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), datada de 12 de dezembro de 2012. Após a aprovação do referido documento, a pesquisa foi realizada mediante a obtenção da assinatura dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D e E). Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e o caráter voluntário de sua participação. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

## **5 RESULTADOS**

### **5.1 Adaptação transcultural do questionário ABQ-HIV para o contexto brasileiro**

#### **5.1.1 Resultados das traduções e síntese das traduções**

Na fase inicial, duas traduções distintas do ABQ-HIV foram produzidas. A tradução T1, realizada por um tradutor com formação em saúde, apresentou uma abordagem mais técnica dos temas do questionário. A tradução T2, realizada por um tradutor sem conhecimento prévio dos conceitos de saúde do questionário, resultou em uma versão mais idiomática. Ambos trabalharam independentemente na tradução do título, instruções, opções de resposta e os 17 itens do questionário.

A partir das duas versões de tradução, foi criada uma terceira versão (T1-2) que sintetizou os resultados das traduções iniciais. A análise e comparação entre as versões T1 e T2 revelaram poucas divergências no estilo de redação e estrutura das frases. No entanto, essas variações estilísticas não afetaram o significado original do texto. Durante o processo de síntese, manteve-se os termos que foram considerados relevantes e que seriam mais bem compreendidos pelo público-alvo.

O Quadro 1 apresentado abaixo ilustra as duas traduções iniciais e a versão sintetizada, permitindo uma comparação entre elas.

**Quadro 1.** Disposição das traduções iniciais e síntese das traduções do instrumento ABQ-HIV versão brasileira.

| <b>Tradução 1 – T1</b>                                                                                                    | <b>Tradução 2 – T2</b>                                                                                                                                 | <b>Síntese da Tradução – T1-2</b>                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Título:</b><br>Questionário de barreiras de adesão (ABQ) - HIV (17-itens)                                              | <b>Título:</b><br>Questionário de barreiras de adesão (ABQ) - HIV (17-itens)                                                                           | <b>Título:</b><br>Questionário de barreiras de adesão (ABQ) - HIV (17-itens)                                                                           |
| <b>Orientações:</b><br>Marque o quanto as seguintes afirmações se aplicam a você.                                         | <b>Orientações:</b><br>Por favor, marque em que medida as afirmações a seguir se aplicam a você.                                                       | <b>Orientações:</b><br>Por favor, marque o quanto as seguintes afirmações se aplicam a você.                                                           |
| <b>Alternativas de resposta na escala Likert:</b><br>1- Totalmente<br>2- Em grande parte<br>3- Pouco<br>4- Não se aplicam | <b>Alternativas de resposta na escala Likert:</b><br>1- Aplica-se totalmente<br>2- Aplica-se em grande parte<br>3- Aplica-se pouco<br>4- Não se aplica | <b>Alternativas de resposta na escala Likert:</b><br>1- Aplica-se totalmente<br>2- Aplica-se em grande parte<br>3- Aplica-se pouco<br>4- Não se aplica |
| <b>Item 1:</b><br>"Entendo bem o que o meu médico, a enfermeira ou a minha farmácia explicaram para mim até agora."       | <b>Item 1:</b><br>"Entendo bem o que meu médico, uma enfermeira ou minha farmácia me explicaram até agora."                                            | <b>Item 1:</b><br>"Entendo bem o que meu médico, uma enfermeira ou uma farmacêutica explicaram para mim até agora."                                    |
| <b>Item 2:</b><br>"Consigo identificar os nomes dos meus medicamentos e sua área de aplicação sem hesitação."             | <b>Item 2:</b><br>"Consigo citar os nomes dos meus medicamentos e suas aplicações sem hesitação."                                                      | <b>Item 2:</b><br>"Consigo citar os nomes dos meus medicamentos e suas aplicações sem hesitação."                                                      |
| <b>Item 3:</b><br>"Confio no meu médico e coordeno meu plano de tratamento junto com ele."                                | <b>Item 3:</b><br>"Confio no meu médico e combino com ele o meu tratamento."                                                                           | <b>Item 3:</b><br>"Confio no meu médico e combino com ele o meu plano de tratamento."                                                                  |
| <b>Item 4:</b><br>"Os meus medicamentos só ajudam se eu os tomar de modo absolutamente regular, como recomendado."        | <b>Item 4:</b><br>"Meus medicamentos só ajudam se eu os tomar com absoluta regularidade, como recomendado."                                            | <b>Item 4:</b><br>"Meus medicamentos só ajudam se eu os tomar com absoluta regularidade, como recomendado."                                            |
| <b>Item 5:</b><br>"Medicamentos são um veneno de um modo geral. Deveríamos fazer o possível para não                      | <b>Item 5:</b><br>"Todo medicamento é veneno. Se possível, deve-se evitar tomar medicamentos."                                                         | <b>Item 5:</b><br>"Todo medicamento é veneno. Se possível, deve-se evitar tomar medicamentos."                                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| tomar medicamentos de modo algum."                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Item 6:</b><br>"Em princípio, sinto-me saudável. Por isso, de vez em quando fico inseguro se realmente preciso tomar medicamentos diariamente."                                                                                                                                     | <b>Item 6:</b><br>"Eu me sinto relativamente saudável. Por isso, às vezes não tenho certeza se deveria tomar medicamentos diariamente."                                                                                                                                                                    | <b>Item 6:</b><br>"Em princípio, sinto-me saudável. Por isso, às vezes não tenho certeza se deveria tomar meus medicamentos diariamente."                                                                                                                                                  |
| <b>Item 7:</b><br>"Tomo meus medicamentos todos os dias automaticamente num determinado horário ou em determinadas ocasiões (por ex., refeições, ao me deitar)."                                                                                                                       | <b>Item 7:</b><br>"A ingestão dos meus medicamentos se dá automaticamente todos os dias, em uma hora ou em ocasiões fixas (p. ex., durante as refeições, na hora de dormir)."                                                                                                                              | <b>Item 7:</b><br>"Tomo meus medicamentos todos os dias automaticamente num determinado horário ou em determinadas ocasiões (por ex., durante as refeições, na hora de dormir)."                                                                                                           |
| <b>Item 8:</b><br>"Pagamentos adicionais por medicamentos representam um verdadeiro ônus para mim."                                                                                                                                                                                    | <b>Item 8:</b><br>"Pagamentos adicionais representam, para mim, um ônus considerável."                                                                                                                                                                                                                     | <b>Item 8:</b><br>"Pagamentos adicionais por medicamentos representam um verdadeiro fardo para mim."                                                                                                                                                                                       |
| <b>Item 9:</b><br>"Por princípio, eu não gosto quando outras pessoas reparam na minha ingestão de medicamentos."                                                                                                                                                                       | <b>Item 9:</b><br>"Basicamente, fico desconfortável quando outras pessoas percebem minha ingestão de medicamentos."                                                                                                                                                                                        | <b>Item 9:</b><br>"Basicamente, fico desconfortável quando outras pessoas percebem minha ingestão de medicamentos."                                                                                                                                                                        |
| <b>Item 10:</b><br>"Frequentemente, esqueço coisas no meu dia-a-dia."                                                                                                                                                                                                                  | <b>Item 10:</b><br>"Esqueço com frequência coisas do dia a dia."                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Item 10:</b><br>"Frequentemente, esqueço coisas no meu dia a dia."                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Item 11:</b><br>"Em termos gerais, muitas vezes me sinto abatido e às vezes também me sinto desmotivado e deprimido."                                                                                                                                                               | <b>Item 11:</b><br>"Em geral, me sinto abatido com frequência; às vezes, também desanimado e deprimido."                                                                                                                                                                                                   | <b>Item 11:</b><br>"Em geral, me sinto abatido com frequência; às vezes, também desanimado e deprimido."                                                                                                                                                                                   |
| <b>Item 12:</b><br>"Muitas vezes, tenho dificuldades para tomar meus medicamentos (por ex., para engolir, dividir os comprimidos, abrir as embalagens) ou para me ater às condições de ingestão dos medicamentos (por ex., em jejum, não ingerir determinados alimentos e/ou álcool)." | <b>Item 12:</b><br>"Frequentemente tenho dificuldade na ingestão dos meus medicamentos (p. ex., ao engolir, dividir os comprimidos, abrir a embalagem) e também é difícil aderir às condições que acompanham a ingestão dos medicamentos (p.ex. de estômago vazio, evitar determinados alimentos/álcool)." | <b>Item 12:</b><br>"Muitas vezes, tenho dificuldades para tomar meus medicamentos (por ex., para engolir, dividir os comprimidos, abrir as embalagens) ou é difícil aderir às condições de ingestão dos medicamentos (por ex., em jejum, não ingerir determinados alimentos e/ou álcool)." |

|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Item 13:</b><br>"Eu tenho sobretudo dificuldades em seguir o meu plano de tratamento principalmente quando estou viajando (por ex., aos finais de semana, em viagens a trabalho ou nas férias)." | <b>Item 13:</b><br>"Particularmente, tenho dificuldade de seguir meu tratamento quando estou fora de casa (p.ex. aos finais de semana, em viagens de negócios ou férias)." | <b>Item 13:</b><br>"Particularmente, tenho dificuldade de seguir meu tratamento quando estou fora de casa (por ex., aos finais de semana, em viagens a trabalho ou nas férias)." |
| <b>Item 14:</b><br>"Tenho grande apoio de familiares e/ou amigos com quem posso conversar a qualquer momento e a quem posso recorrer para pedir ajuda."                                             | <b>Item 14:</b><br>"Tenho muito apoio de familiares/amigos, com os quais posso conversar a qualquer hora e a quem posso pedir ajuda."                                      | <b>Item 14:</b><br>"Tenho grande apoio de familiares e/ou amigos com quem posso conversar a qualquer momento e a quem posso recorrer para pedir ajuda."                          |
| <b>Item 15:</b><br>"Eu tenho muito medo dos efeitos colaterais dos meus medicamentos."                                                                                                              | <b>Item 15:</b><br>"Tenho muito medo dos efeitos colaterais dos meus medicamentos."                                                                                        | <b>Item 15:</b><br>"Tenho muito medo dos efeitos colaterais dos meus medicamentos."                                                                                              |
| <b>Item 16:</b><br>"Se observei ou iria observar efeitos colaterais dos meus medicamentos, eu falei ou falaria o mais depressa possível com o meu médico a respeito."                               | <b>Item 16:</b><br>"Se noto/notasse os efeitos colaterais, converso/conversaria com meu médico sobre eles o mais rápido possível."                                         | <b>Item 16:</b><br>"Se noto/notasse efeitos colaterais relacionados aos meus medicamentos, converso/conversaria com meu médico sobre eles o mais rápido possível."               |
| <b>Item 17:</b><br>"Se observei ou iria observar efeitos colaterais dos meus medicamentos, eu inicialmente parei ou pararia de tomá-los ou tomei ou tomaria menos dos medicamentos."                | <b>Item 17:</b><br>"Se noto/notasse os efeitos colaterais dos meus medicamentos, eu primeiro suspenderia os medicamentos ou tomaria menos."                                | <b>Item 17:</b><br>"Se noto/notasse efeitos colaterais dos meus medicamentos, eu primeiro paro/pararia de tomá-los ou tomo/tomaria menos dos medicamentos."                      |

### **5.1.2 Avaliação pelo comitê de especialistas e validação do conteúdo**

O cálculo do IVC foi utilizado para avaliar o consenso entre os 15 juízes especialistas. Na primeira rodada de avaliação, 15 itens (88,24%) obtiveram um IVC acima de 0,80 e foram considerados como tendo alcançado equivalência de conteúdo, enquanto 2 itens (11,76%) apresentaram baixos índices de concordância no IVC. Esses resultados estão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Valores de concordância do Índice de Validade de Conteúdo.

| <b>Item</b> | <b>Descrição da versão-síntese</b>                                                                                                                                                                                                                                      | <b>IVC</b> |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1           | "Entendo bem o que meu médico, uma enfermeira ou uma farmacêutica explicaram para mim até agora."                                                                                                                                                                       | 1          |
| 2           | "Consigo citar os nomes dos meus medicamentos e suas aplicações sem hesitação."                                                                                                                                                                                         | 0,80       |
| 3           | "Confio no meu médico e combino com ele o meu plano de tratamento."                                                                                                                                                                                                     | 0,93       |
| 4           | "Meus medicamentos só ajudam se eu os tomar com absoluta regularidade, como recomendado."                                                                                                                                                                               | 1          |
| 5           | "Todo medicamento é veneno. Se possível, deve-se evitar tomar medicamentos."                                                                                                                                                                                            | 0,46       |
| 6           | "Em princípio, sinto-me saudável. Por isso, às vezes não tenho certeza se deveria tomar meus medicamentos diariamente."                                                                                                                                                 | 0,86       |
| 7           | "Tomo meus medicamentos todos os dias automaticamente num determinado horário ou em determinadas ocasiões (por ex., durante as refeições, na hora de dormir)."                                                                                                          | 0,93       |
| 8           | "Pagamentos adicionais por medicamentos representam um verdadeiro fardo para mim."                                                                                                                                                                                      | 0,73       |
| 9           | "Basicamente, fico desconfortável quando outras pessoas percebem minha ingestão de medicamentos."                                                                                                                                                                       | 0,93       |
| 10          | "Frequentemente, esqueço coisas no meu dia a dia."                                                                                                                                                                                                                      | 1          |
| 11          | "Em geral, me sinto abatido com frequência; às vezes, também desanimado e deprimido."                                                                                                                                                                                   | 1          |
| 12          | "Muitas vezes, tenho dificuldades para tomar meus medicamentos (por ex., para engolir, dividir os comprimidos, abrir as embalagens) ou é difícil aderir às condições de ingestão dos medicamentos (por ex., em jejum, não ingerir determinados alimentos e/ou álcool)." | 1          |
| 13          | "Particularmente, tenho dificuldade de seguir meu tratamento quando estou fora de casa (por ex., aos finais de semana, em viagens a trabalho ou nas férias)."                                                                                                           | 1          |
| 14          | "Tenho grande apoio de familiares e/ou amigos com quem posso conversar a qualquer momento e a quem posso recorrer para pedir ajuda."                                                                                                                                    | 1          |
| 15          | "Tenho muito medo dos efeitos colaterais dos meus medicamentos."                                                                                                                                                                                                        | 1          |
| 16          | "Se noto/notasse efeitos colaterais relacionados aos meus medicamentos, converso/conversaria com meu médico sobre eles o mais rápido possível."                                                                                                                         | 1          |
| 17          | "Se noto/notasse efeitos colaterais dos meus medicamentos, eu primeiro                                                                                                                                                                                                  | 1          |

para/pararia de tomá-los ou tomo/tomaria menos dos medicamentos."

Nota: IVC – Índice de validade de conteúdo.

---

Durante a fase de adaptação do questionário, foram realizados ajustes nos itens a fim de torná-los mais objetivos, compreensíveis e apropriados para uso no contexto brasileiro. Nota-se que somente os itens 5 e 8 apresentaram valores de IVC abaixo de 0,80. No caso do item 5, as discrepâncias identificadas estavam relacionadas aos termos que poderiam gerar confusão e estranheza entre os entrevistados, tais como "todo medicamento" e "veneno". Optou-se por utilizar termos mais comuns e compreensíveis no contexto brasileiro, sem alterar o conteúdo do item.

Quanto ao item 8, esse resultado decorre do fato de que todos os tratamentos antirretrovirais para o HIV são disponibilizados gratuitamente pelo SUS no Brasil (BRASIL, 1996). Sugestões foram feitas pelos avaliadores para abordar outra barreira relacionada ao acesso à TARV, a fim de cobrir a mesma intenção ou tipo de obstáculo (e.g., ônus econômico decorrente do tratamento).

A modificação dos itens foi realizada com base nas sugestões dos juízes, conforme ilustrado no Quadro 2. Após as reformulações, o instrumento total apresentou IVC = 0,93. Como resultado desse processo, obteve-se a versão pré-final da escala, que foi em seguida retroduzida para o idioma alemão por um tradutor diferente dos anteriores, nativo da Alemanha e fluente em português brasileiro (APÊNDICE H). A versão foi aprovada pelos autores responsáveis pelo instrumento original.

Quinze participantes do público-alvo preencheram a versão em português do instrumento, fornecendo comentários sobre as instruções, a fluidez e a compreensibilidade dos itens. Não foram identificadas quaisquer dificuldades ou inconsistências. A escala foi, então, aprovada em sua forma final para utilização em português brasileiro (APÊNDICE F).

**Quadro 2.** Principais sugestões de alterações nos itens do questionário ABQ-HIV – versão brasileira.

| <b>Item</b>                                                                                                                                                        | <b>Sugestão</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Item reinscrito</b>                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Item 1:</b><br>“Entendo bem o que meu médico, uma enfermeira ou uma farmacêutica explicaram para mim até agora.”                                                | “Como vai saber o que exatamente explicaram para avaliar adesão. Talvez se citasse. Entendo o que explicaram sobre a importância de seguir as recomendações de uso das medicações”<br>“Alterar a flexão de nominal de gênero dos profissionais”.                                                                                                                   | <b>Item 1:</b><br>“Entendo bem o que meu médico(a), enfermeiro(a) ou farmacêutico(a) me explicou sobre o meu tratamento medicamentoso.”                                          |
| <b>Item 2:</b><br>"Consigo citar os nomes dos meus medicamentos e suas aplicações sem hesitação."                                                                  | “Retirar o termo sem hesitação, por ser um termo pouco usual”<br>“Sugiro incluir informações importantes como ingestão e indicação das medicações”                                                                                                                                                                                                                 | <b>Item 2:</b><br>"Consigo citar os nomes dos meus medicamentos, para que servem e como devo ingerir."                                                                           |
| <b>Item 5:</b><br>"Todo medicamento é veneno. Se possível, deve-se evitar tomar medicamentos."                                                                     | Penso que a palavra veneno não ajuda. Os pacientes sabem que não é veneno (não mata), mas sabem/acham que fazem muito mal. Sugiro a substituição de veneno por “é de alguma forma prejudicial”<br>Levanta dúvida se é sobre todos os remédios ou somente sobre a terapia antirretroviral. Uma alternativa é usar "todos os medicamentos" ou "qualquer medicamento" | <b>Item 5:</b><br>"Geralmente, qualquer medicamento é de alguma forma prejudicial e, portanto, você deve evitar tomar medicamentos sempre que possível."                         |
| <b>Item 8:</b><br>“Pagamentos adicionais por medicamentos representam um verdadeiro fardo para mim.”                                                               | “Se estão avaliando os antirretrovirais e são gratuitos, não vejo razão para essa avaliação, sugiro adicionar gastos adicionais para ir retirar os medicamentos”                                                                                                                                                                                                   | <b>Item 8:</b><br>“Gastos adicionais para ir receber meus medicamentos (por ex., transporte, alimentação fora de casa) representam uma verdadeira dificuldade para mim.”         |
| <b>Item 16:</b><br>“Se noto/notasse efeitos colaterais relacionados aos meus medicamentos, converso/conversaria com meu médico sobre eles o mais rápido possível.” | “Não restringiria apenas ao meu médico, pois muitas vezes eles vão pegar os medicamentos e é a enfermeira que libera. Trocaria por profissional do centro de referência ou medico, enfermeira ou farmacêutica do centro                                                                                                                                            | <b>Item 16:</b><br>“Se noto/notasse efeitos colaterais relacionados aos meus medicamentos, converso/conversaria com meu médico(a), farmacêutico(a) ou enfermeiro(a) do centro de |

|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                             | de referência”                                                                                                                                                                                                                                                         | referência sobre eles o mais rápido possível.”                                                                                                     |
| <b>Item 17:</b><br>"Se noto/notasse efeitos colaterais dos meus medicamentos, eu primeiro paro/pararia de tomá-los ou tomo/tomaria menos dos medicamentos." | “Ao colocar a palavra "primeiro", entendo que você tem intenção/interesse de saber qual seria a próxima atitude. Se você desejar manter as 17 perguntas, sugiro retirar a palavra "primeiro" ou acrescentar " e depois procuraria o(a) médico(a) e ou farmacêutico(a)” | <b>Item 17:</b><br>"Se noto/notasse efeitos colaterais dos meus medicamentos, eu paro/pararia de tomá-los ou tomo/tomaria menos dos medicamentos." |

## 5.2 Validação do ABQ-HIV versão brasileira

### 5.2.1 Características da amostra

As características sociodemográficas da amostra podem ser encontradas na Tabela 2. Um total de 230 indivíduos adultos vivendo com HIV participaram do estudo. A maioria dos participantes era do sexo masculino (52,2%, n = 120) e de etnia parda (48,7%, n = 112). A idade dos participantes variou de 19 a 78 anos, com uma mediana (IIQ) de 37,0 (29,3-45,0) anos. A maioria dos participantes era solteiro 69,6% (n = 160) e 60,0% (n = 138) da amostra se autodeclararam como heterossexuais.

**Tabela 2.** Características sociodemográficas da população do estudo (n = 230).

| <b>Variáveis</b>                   | <b>N (%)</b>         |
|------------------------------------|----------------------|
| <b>Idade (anos), mediana (IIQ)</b> | 37,0 (IIQ 29,3-45,0) |
| <b>Sexo</b>                        |                      |
| Masculino                          | 120 (52,2)           |
| Feminino                           | 110 (47,8)           |
| <b>Etnia</b>                       |                      |
| Branca                             | 62 (27,0)            |
| Parda                              | 112 (48,7)           |
| Preta                              | 50 (21,7)            |
| Indígena                           | 5 (2,2)              |
| Amarela                            | 1 (0,4)              |
| <b>Zona de residência</b>          |                      |
| Urbana                             | 163 (70,9)           |
| Rural                              | 67 (29,1)            |
| <b>Trabalha</b>                    |                      |
| Sim                                | 104 (45,2)           |
| Não                                | 126 (54,8)           |
| <b>Emprego</b>                     |                      |
| Autônomo                           | 35 (15,2)            |
| Desempregado                       | 61 (26,5)            |
| Auxílio desemprego                 | 4 (1,7)              |
| Empregado                          | 68 (29,6)            |
| Auxílio doença                     | 17 (7,4)             |
| Aposentado                         | 18 (7,8)             |
| Estudante                          | 2 (0,9)              |
| Ignorado                           | 25 (10,9)            |
| <b>Estado civil</b>                |                      |
| Solteiro                           | 160 (69,6)           |
| Casado                             | 34 (14,8)            |
| União estável                      | 17 (7,4)             |
| Separado                           | 3 (1,3)              |
| Divorciado                         | 8 (3,5)              |
| Viúvo                              | 8 (3,5)              |
| <b>Moradia</b>                     |                      |
| Própria                            | 121 (52,6)           |

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| Alugada                       | 88 (38,3)  |
| Em aquisição                  | 1 (0,4)    |
| Cedida                        | 20 (8,7)   |
| <b>Orientação sexual</b>      |            |
| Heterossexual                 | 138 (60,0) |
| Homossexual                   | 74 (32,2)  |
| Bissexual                     | 7 (3,0)    |
| Ignorado                      | 11 (4,8)   |
| <b>Composição familiar</b>    |            |
| Reside sozinho                | 54 (23,5)  |
| Reside com amigos             | 16 (7,0)   |
| Reside com a família          | 159 (69,1) |
| Ignorado                      | 1 (0,4)    |
| <b>Renda</b>                  |            |
| Sem renda                     | 59 (25,7)  |
| < 1 salário                   | 38 (42,2)  |
| 1-2 salários                  | 108 (47,0) |
| 2-5 salários                  | 21 (9,1)   |
| > 5 salários                  | 2 (0,9)    |
| Ignorado                      | 2 (0,9)    |
| <b>Escolaridade</b>           |            |
| Analfabeto                    | 10 (4,3)   |
| Ensino fundamental incompleto | 66 (28,7)  |
| Ensino fundamental completo   | 18 (7,8)   |
| Ensino médio incompleto       | 24 (10,4)  |
| Ensino médio completo         | 67 (29,1)  |
| Ensino superior incompleto    | 25 (10,9)  |
| Ensino superior completo      | 20 (8,7)   |

As características clínicas da amostra podem ser encontradas na Tabela 3. A mediana do tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV foi de 5,0 (IIQ 2,0-9,0) anos, bem como a mediana (IIQ) de tempo desde o início da TARV foi de 5,0 (IIQ 2,0-8,0) anos. A maioria dos participantes relatou exposição ao HIV através de parceiro anterior HIV positivo (45,2%, n = 104) e recebeu diagnóstico inicial por meio de teste rápido (50,9%, n = 117). Os regimes de tratamento mais comuns foram Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir (54,8%) e Lamivudina + Tenofovir + Efavirenz (23,9%), que são todos regimes de comprimido único. Apenas um terço da amostra do estudo (42,2%, n = 97) considerou ter uma adesão à TARV muito boa.

**Tabela 3.** Características clínicas da população do estudo (n = 230).

| Variáveis                                   | N (%)             |
|---------------------------------------------|-------------------|
| <b>Tempo de diagnóstico (anos), mediana</b> | 5,0 (IIQ 2,0-9,0) |
| <b>Tempo de uso da TARV (anos), mediana</b> | 5,0 (IIQ 2,0-8,0) |
| <b>Vínculo conjugal</b>                     |                   |
| Parceiro fixo                               | 99 (43,0)         |
| Parceiro eventual                           | 14 (6,1)          |
| Parceiro eventual e fixo                    | 11 (4,8)          |

|                                                |            |
|------------------------------------------------|------------|
| Não possui parceiro                            | 104 (45,2) |
| Outros                                         | 2 (0,9)    |
| <b>Uso de drogas</b>                           |            |
| Droga endovenosa                               | 2 (0,9)    |
| Droga não endovenosa                           | 4 (1,7)    |
| Ex-usuário                                     | 2 (0,9)    |
| Experimentou                                   | 40 (17,4)  |
| Nunca                                          | 173 (75,2) |
| Ignorado                                       | 9 (3,9)    |
| <b>Uso de preservativo</b>                     |            |
| Sempre                                         | 124 (53,9) |
| Às vezes                                       | 62 (27,0)  |
| Nunca                                          | 27 (11,7)  |
| Não se aplica                                  | 8 (3,5)    |
| Ignorado                                       | 9 (3,9)    |
| <b>Exposição ao HIV</b>                        |            |
| Parceiro atual HIV positivo                    | 28 (12,2)  |
| Parceiro anterior HIV positivo                 | 104 (45,2) |
| Transmissão vertical                           | 6 (2,6)    |
| Não sabe                                       | 88 (38,3)  |
| Ignorado                                       | 4 (1,7)    |
| <b>Diagnóstico</b>                             |            |
| Teste rápido                                   | 117 (50,9) |
| Exame de rotina                                | 90 (39,1)  |
| Durante hospitalização                         | 19 (8,3)   |
| No banco de sangue                             | 3 (1,3)    |
| Ignorado                                       | 1 (0,4)    |
| <b>Esquema atual TARV</b>                      |            |
| Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir          | 126 (54,8) |
| Lamivudina + Tenofovir + Efavirenz             | 55 (23,9)  |
| Tenofovir + Lamivudina + Atazanavir/ Ritonavir | 17 (7,4)   |
| Lamivudina + Tenofovir + Darunavir/ Ritonavir  | 15 (6,5)   |
| Zidovudina + Efavirenz + Tenofovir             | 4 (1,7)    |
| Outros                                         | 13 (5,7)   |
| <b>Efeitos adversos a TARV</b>                 |            |
| Sim                                            | 83 (36,1)  |
| Não                                            | 147 (63,9) |
| <b>Tipo de efeito adverso a TARV</b>           |            |
| Tontura                                        | 21 (9,1)   |
| Náuseas                                        | 17 (7,4)   |
| Diarreia                                       | 35 (15,2)  |
| Dor abdominal                                  | 4 (1,8)    |
| Vômito                                         | 23 (10,0)  |
| Cefaleia                                       | 8 (3,5)    |
| Fadiga                                         | 6 (2,6)    |
| Outros                                         | 8 (3,5)    |
| <b>Condição do HIV</b>                         |            |
| Assintomático                                  | 211 (91,7) |
| Sintomático                                    | 16 (7,0)   |
| Não sabe                                       | 3 (1,3)    |
| <b>Autopercepção ao HIV</b>                    |            |
| Considera-se doente                            | 66 (28,7)  |
| Não se considera doente                        | 150 (65,2) |
| Não sabe                                       | 14 (6,1)   |
| <b>Contagem de CD4</b>                         |            |

|                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| $\geq 500$ cel/mm <sup>3</sup>        | 133 (57,8) |
| 499 a 200 cel/mm <sup>3</sup>         | 80 (34,8)  |
| < 200 cel/mm <sup>3</sup>             | 17 (7,4)   |
| <b>Carga viral</b>                    |            |
| $\leq 40$ cópias                      | 128 (55,7) |
| 40 a 10.000 cópias                    | 82 (35,7)  |
| 10.000 a 100.000 cópias               | 17 (7,4)   |
| 100.000 a 1.000.000 cópias            | 3 (1,3)    |
| <b>Doença pré-existente</b>           |            |
| Sim                                   | 67 (29,1)  |
| Não                                   | 163 (70,9) |
| <b>Comorbidade</b>                    |            |
| Hipertensão Arterial Sistêmica        | 23 (10,0)  |
| Dislipidemia                          | 28 (12,2)  |
| Diabetes mellitus tipo 2              | 7 (3,0)    |
| Hepatite B                            | 2 (0,9)    |
| Vírus do papiloma humano              | 6 (2,6)    |
| Sífilis                               | 1 (0,4)    |
| Asma                                  | 3 (1,3)    |
| Outros                                | 12 (5,2)   |
| <b>Autoavaliação da adesão à TARV</b> |            |
| Muito boa                             | 97 (42,2)  |
| Boa                                   | 101 (43,9) |
| Regular                               | 23 (10,0)  |
| Ruim                                  | 9 (3,9)    |

### **5.2.2 Confiabilidade**

A consistência interna da escala total foi medida através do Alfa de Cronbach (0,762) e do Ômega de McDonald's (0,761), apresentados valores considerados satisfatórios. Ressalta-se que, esses coeficientes de confiabilidade não seriam incrementados caso algum item fosse eliminado.

### **5.2.3 Análise fatorial exploratória**

Os dados foram analisados por meio do programa Factor, com AFE. A matriz de dados apresentou indicadores favoráveis (Kaiser-Meyer-Olkin = 0,602; IC95 0,194-0,499 e Teste de Esfericidade de Bartlett = 1167,2 [136];  $p < 0,001$ ). A primeira análise foi centrada no estudo da dimensionalidade/dimensão do instrumento. A unidimensionalidade do modelo foi descartada pelos valores de UNICO (0,68), ECV (0,67), sendo somente indicado pelo MIREAL (0,28).

A AP indicou a existência de duas dimensões (subescalas), com dados reais de variação para o Fator#1 e Fator#2 de 26,45% e 12,62%, respectivamente. O resultado da

análise paralela contraria o número de dimensões esperados para o questionário, se considerada a versão original do instrumento, que afirma a existência de três dimensões, separadamente (MUELLER et al., 2018). Nesse sentido, a testagem do número de dimensões do instrumento seguiu o modelo teórico pelo qual o instrumento foi construído, ou seja, com três dimensões. Para a interpretação da matriz de dados utilizou o método de rotação Varimax ponderado (LORENZO-SEVA, 2000), que é utilizado para obter fatores ortogonais (ou seja, não correlacionados entre si).

A análise subsequente, com a fixação de três fatores, revelou uma estrutura fatorial com dimensões que podem ser identificadas como: barreiras não intencionais, barreiras associadas ao conhecimento da doença/tratamento e barreiras intencionais. A variância explicada por cada componente extraído foi de 26,45%, 12,62% e 8,69%, respectivamente.

É possível observar (ver tabela 4) que as cargas fatoriais dos itens foram todas adequadas, uma vez que apresentaram saturações acima de 0,30, variando entre 0,32 e 0,69. Conforme ainda observado na Tabela 4, o fator não intencional reuniu 6 itens (4,6,7,12,13,17), variando de 0,33 (Item 7) a 0,62 (Item 13). Da mesma forma, o segundo fator, conhecimento, foi formado por 7 itens (2,5,8,9,10,11,15) com níveis de saturação adequados, variando de 0,32 (Item 8) a 0,69 (Item 11). Já o terceiro e último fator, intencional, foi formado por 4 itens (1,3,14,16), variando de 0,41 (Item 1) a 0,51 (Item 16).

Quanto à replicabilidade do constructo pelo índice G-H latente e observado, os escores ficaram em 0,77, 0,81 e 0,66 para o G-H latente, respectivamente, para as dimensões 1, 2 e 3. O G-H observado ficou em 0,59, 0,73 e 0,46, também na devida ordem, para as dimensões 1, 2 e 3. Como houve uma diferença significativa entre os níveis de G-H latente e observado, pode-se inferir que não há uma estabilidade do modelo, se aplicado a outras amostras populacionais e sua consequente generalização.

Por fim, cabe apontar que a estrutura fatorial com os 17 itens apresentou índices de ajuste considerados adequados ( $X^2 = 89,931$ , graus de liberdade (gl) = 88;  $p > 0,005$ ; RMSEA = 0,010 [IC95%=0,0000 - 0,0160]; e RMSR = 0,07; CFI = 0,996; GFI= 0,940; AGFI = 0,907; NNFI e TLI = 0,995). A distribuição das variáveis de acordo com sua carga fatorial em cada uma das três dimensões (subescalas) é apresentada no Tabela 4.

**Tabela 4.** Subescalas identificadas por meio de análise fatorial (n= 230).

|                                                                                                                                                                         | Componente 1<br>"Não intencional" | Componente 2<br>"Conhecimento" | Componente 3<br>"Intencional" |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Item 1: "Entendo bem o que meu médico(a), enfermeiro(a) ou farmacêutico(a) me explicou sobre o meu tratamento medicamentoso"                                            |                                   |                                | 0,413                         |
| Item 2: "Consigo citar os nomes dos meus medicamentos, para que servem e como devo ingerir"                                                                             |                                   | 0,344                          |                               |
| Item 3: "Confio no meu médico(a) e combino com ele(a) o meu plano de tratamento"                                                                                        |                                   |                                | 0,477                         |
| Item 4: "Meus medicamentos só ajudam se eu os tomar de forma regular, como recomendado"                                                                                 | 0,412                             |                                |                               |
| Item 5: "Geralmente, qualquer medicamento é de alguma forma prejudicial e, portanto, você deve evitar tomar medicamentos sempre que possível"                           |                                   | 0,455                          |                               |
| Item 6: "Em princípio, por não me sentir doente, às vezes não tenho certeza se deveria tomar meus medicamentos diariamente"                                             | 0,521                             |                                |                               |
| Item 7: "Tomo meus medicamentos todos os dias automaticamente em um determinado horário ou em determinadas ocasiões (por ex., durante as refeições, na hora de dormir)" | 0,339                             |                                |                               |
| Item 8: "Gastos adicionais para ir receber meus medicamentos (por ex., transporte, alimentação fora de casa) representam uma verdadeira dificuldade para mim"           |                                   | 0,327                          |                               |
| Item 9: "Fico desconfortável quando outras pessoas percebem que estou                                                                                                   |                                   | 0,664                          |                               |

tomando medicamentos”

Item 10: “Frequentemente, esqueço coisas no meu dia a dia” 0,599

Item 11: “Sinto-me abatido(a) com frequência; às vezes, também desanimado(a) e deprimido(a)” 0,697

Item 12: “Tenho dificuldades para tomar meus medicamentos (por ex., para engolir, dividir os comprimidos, abrir as embalagens) ou é difícil seguir as recomendações de uso dos medicamentos (por ex., em jejum, não ingerir determinados alimentos e/ou álcool)” 0,546

Item 13: “Tenho dificuldade de seguir meu tratamento quando estou fora de casa ou da rotina (por ex., aos finais de semana, em viagens a trabalho ou nas férias)” 0,628

Item 14: “Tenho apoio de familiares e/ou amigos com quem posso conversar a qualquer momento e a quem posso recorrer para pedir ajuda” 0,511

Item 15: “Tenho medo dos efeitos colaterais dos meus medicamentos” 0,500

Item 16: “Se noto/notasse efeitos colaterais relacionados aos meus medicamentos, converso/conversaria com meu médico(a), farmacêutico(a) ou enfermeiro(a) do centro de referência sobre eles o mais rápido possível” 0,519

Item 17: “Se noto/notasse efeitos colaterais dos meus medicamentos, eu paro/pararia de tomá-los ou tomo/tomaria menos dos medicamentos” 0,473

---

### **5.2.4 Diferenças nos escores medianos do ABQ-HIV entre categorias de variáveis sociodemográficas e clínicas**

A tabela 5 mostra os escores do questionário ABQ-HIV estratificados pelas características sociodemográficas dos participantes. Os escores medianos na escala ABQ-HIV foram maiores nas seguintes comparações: mulheres vs. homens (32,5 [27,0-38,0] vs. 30,0 [25,0-34,0];  $P = 0,007$ ), zona rural vs. zona urbana (34 [28-39] vs. 30 [26-34];  $P = 0,012$ ), não-trabalhar vs. trabalhar (33,0 [27,0-37,0] vs. 29,5 [25,0-33,4];  $P = 0,003$ ).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas medianas da escala ABQ-HIV em relação à situação de emprego ( $\chi^2 (6) = 13,986$ ;  $P = 0,029$ ), especificamente entre desempregados que recebiam auxílio vs. empregados (37,5 [31,0-40,5] vs. (29,0 [24,5-33,0];  $P = 0,038$ ). Diferenças também foram observadas em relação ao tipo de moradia ( $\chi^2 (2) = 8,203$ ;  $P = 0,017$ ), particularmente entre participantes que moravam em imóveis alugados vs. que residiam em imóveis próprios (33,0 [28,0-38,0] vs. 30,0 [25,0-34,0];  $P = 0,007$ ).

As medianas do ABQ-HIV mostraram diferenças em relação à renda ( $\chi^2 (4) = 17,828$ ;  $P = 0,001$ ), especificamente entre indivíduos com menos de um salário-mínimo vs. dois a cinco salários-mínimos (33,5 [30,0-38,0] vs. 25,0 [20,0-32,0];  $P = 0,001$ ). Além disso, houve uma diferença entre participantes sem renda vs. com renda de dois a cinco salários-mínimos (33,0 [26,0-39,0] vs. 25,0 [20,0-32,0];  $P = 0,008$ ). Diferenças foram detectadas em relação ao nível de escolaridade ( $\chi^2 (6) = 14,743$ ;  $P = 0,022$ ), principalmente entre aqueles com ensino fundamental incompleto vs. ensino superior completo (34,0 [25,5-42,0] vs. 27,5 [23,0-30,5];  $P = 0,018$ ) e, entre analfabetos vs. graduados (39,0 [28,0-48,0] vs. 27,5 [23,0-30,5];  $P = 0,033$ ).

**Tabela 5.** Diferenças nos escores medianos do ABQ-HIV entre categorias de variáveis sociodemográficas.

| <b>Variáveis</b> | <b>Grupos</b> | <b>Teste estatístico</b>             | <b>Valor</b>     |
|------------------|---------------|--------------------------------------|------------------|
| Idade            | Anos          | $\rho$ de Spearman                   | 0,113            |
|                  |               | Valor-p                              | 0,086            |
| Sexo             | Masculino     | Mediana (IIQ)                        | 30,0 (25,0-34,0) |
|                  | Feminino      | Mediana (IIQ)                        | 32,5 (27,0-38,0) |
|                  |               | U de Mann-Whitney                    | 253630,09        |
|                  |               | Valor-p                              | 0,007*           |
| Etnia            | Branca        | Mediana (IIQ)                        | 30,5 (26,0-38,0) |
|                  | Parda         | Mediana (IIQ)                        | 31,0 (25,0-35,0) |
|                  | Preta         | Mediana (IIQ)                        | 32,5 (27,0-37,0) |
|                  |               | Teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2$ ) | 1,558            |
|                  |               | valor-p                              | 0,459            |

|                     |                |                                      |                  |
|---------------------|----------------|--------------------------------------|------------------|
| Zona de residência  | Urbana         | Mediana (IIQ)                        | 30,0 (26,0-34,0) |
|                     | Rural          | Mediana (IIQ)                        | 34,0 (28,0-39,0) |
|                     |                | U de Mann-Whitney                    | 209840,47        |
|                     |                | Valor-p                              | 0,012*           |
| Trabalha            | Sim            | Mediana (IIQ)                        | 29,5 (25-33,5)   |
|                     | Não            | Mediana (IIQ)                        | 33,0 (27,0-37,0) |
|                     |                | U de Mann-Whitney                    | 251785,51        |
|                     |                | Valor-p                              | 0,003*           |
| Emprego             | Autônomo       | Mediana (IIQ)                        | 30,0 (25,0-34,0) |
|                     | Desempregado   | Mediana (IIQ)                        | 34,0 (28,0-37,0) |
|                     | Auxílio        | Mediana (IIQ)                        | 37,5 (31,0-40,5) |
|                     | desemprego     | Mediana (IIQ)                        | 29,0 (24,5-33,0) |
|                     | Empregado      | Mediana (IIQ)                        | 32,0 (26,0-35,0) |
|                     | Auxílio doença | Mediana (IIQ)                        | 29,5 (24,0-35,0) |
|                     | Aposentado     | Mediana (IIQ)                        | 33,0 (28,0-40,0) |
|                     | Ignorado       | Teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2$ ) | 13,986           |
| Estado civil        |                | Valor-p                              | 0,029*           |
|                     | Solteiro       | Mediana (IIQ)                        | 32,0 (26,0-37,0) |
|                     | Casado         | Mediana (IIQ)                        | 31,5 (26,0-35,0) |
|                     | União estável  | Mediana (IIQ)                        | 30,0 (27,0-32,0) |
|                     | Separado       | Mediana (IIQ)                        | 25,0 (18,0-29,0) |
|                     | Divorciado     | Mediana (IIQ)                        | 29,0 (26,0-35,5) |
|                     | Viúvo          | Mediana (IIQ)                        | 39,0 (25,0-37,0) |
|                     |                | Teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2$ ) | 4,047            |
| Moradia             |                | Valor-p                              | 0,543            |
|                     | Própria        | Mediana (IIQ)                        | 30,0 (25,0-34,0) |
|                     | Alugada        | Mediana (IIQ)                        | 33,0 (28,0-38,0) |
|                     | Cedida         | Mediana (IIQ)                        | 31,5 (26,5-38,5) |
|                     |                | Teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2$ ) | 8,203            |
| Orientação sexual   |                | Valor-p                              | 0,017*           |
|                     | Heterossexual  | Mediana (IIQ)                        | 32,0 (25,0-38,0) |
|                     | Homossexual    | Mediana (IIQ)                        | 31,0 (26,0-35,0) |
|                     | Bissexual      | Mediana (IIQ)                        | 29,0 (23,0-31,0) |
|                     | Ignorado       | Mediana (IIQ)                        | 32,0 (26,0-35,0) |
|                     |                | Teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2$ ) | 1,879            |
| Composição familiar |                | Valor-p                              | 0,598            |
|                     | Reside sozinho | Mediana (IIQ)                        | 29,5 (25,0-36,0) |
|                     | Reside amigos  | Mediana (IIQ)                        | 33,0 (29,5-35,5) |
|                     | Reside família | Mediana (IIQ)                        | 32,0 (26,0-37,0) |
|                     |                | Teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2$ ) | 1,464            |
| Renda               |                | Valor-p                              | 0,481            |
|                     | Sem renda      | Mediana (IIQ)                        | 33,0 (26,0-39,0) |
|                     | < 1 salário    | Mediana (IIQ)                        | 33,5 (30,0-38,0) |
|                     | 1-2 salários   | Mediana (IIQ)                        | 30,0 (26,0-34,5) |
|                     | 2-5 salários   | Mediana (IIQ)                        | 25,0 (20,0-32,0) |
|                     | > 5 salários   | Mediana (IIQ)                        | 26,5 (25,0-28,0) |
|                     |                | Teste de Kruskal-Wallis ( $\chi^2$ ) | 17,828           |
|                     |                | Valor-p                              | 0,001*           |

|              |               |                                      |                  |
|--------------|---------------|--------------------------------------|------------------|
| Escolaridade | Analfabeto    | Mediana (IIQ)                        | 39,0 (28,0-48,0) |
|              | EF incompleto | Mediana (IIQ)                        | 33,0 (26,0-39,0) |
|              | EF completo   | Mediana (IIQ)                        | 29,5 (26,0-37,0) |
|              | EM incompleto | Mediana (IIQ)                        | 34,0 (25,5-42,0) |
|              | EM completo   | Mediana (IIQ)                        | 30,0 (26,0-35,0) |
|              | ES incompleto | Mediana (IIQ)                        | 31,0 (26,0-34,0) |
|              | ES completo   | Mediana (IIQ)                        | 27,5 (23,0-30,5) |
|              |               | Teste de Kruskal Wallis ( $\chi^2$ ) | 14,743           |
|              |               | Valor-p                              | 0,022*           |

**Nota:** o valor do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) foi obtido através do teste Kruskal-Wallis; \* estatisticamente significativo considerando  $p < 0,05$ .

A tabela 6 apresenta os escores do questionário ABQ-HIV estratificados pelas características clínicas dos participantes. Os escores medianos na escala ABQ-HIV foram maiores nas seguintes comparações: com efeitos adversos vs. sem efeitos adversos à TARV (35,0 [29,0-40,0] vs. 29,0 [25,0-34,0];  $p = <0,0001$ ), e sintomáticos vs. assintomáticos (36,0 [32,5-39,5] vs. 30,0 [25,0-35,0];  $p = 0,003$ ).

**Tabela 6.** Diferenças nos escores medianos do ABQ-HIV entre categorias de variáveis clínicas.

| Variáveis               | Grupos                         | Teste estatístico                    | Valor            |
|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------|
| Efeitos adversos a TARV | Sim                            | Mediana (IIQ)                        | 35,0 (29,0-40,0) |
|                         | Não                            | Mediana (IIQ)                        | 29,0 (25,0-34,0) |
|                         |                                | U de Mann-Whitney                    | 234434,91        |
|                         |                                | Valor-p                              | <0,0001*         |
| Condição do HIV         | Assintomático                  | Mediana (IIQ)                        | 30,0 (25,0-35,0) |
|                         | Sintomático                    | Mediana (IIQ)                        | 36,0 (32,5-39,5) |
|                         |                                | U de Mann-Whitney                    | 64021,04         |
|                         |                                | Valor-p                              | 0,003*           |
| Doença pré-existente    | Sim                            | Mediana (IIQ)                        | 32,0 (26,0-36,0) |
|                         | Não                            | Mediana (IIQ)                        | 31,0 (26,0-37,0) |
|                         |                                | U de Mann-Whitney                    | 209840,47        |
|                         |                                | Valor-p                              | 0,627            |
| Contagem de CD4         | $\geq 500$ cel/mm <sup>3</sup> | Mediana (IIQ)                        | 31,0 (27,0-36,0) |
|                         | 499 a 200 cel/mm <sup>3</sup>  | Mediana (IIQ)                        | 30,0 (24,0-35,5) |
|                         | < 200 cel/mm <sup>3</sup>      | Mediana (IIQ)                        | 34,0 (39,0-37,0) |
|                         |                                | Teste de Kruskal Wallis ( $\chi^2$ ) | 2,652            |
| Carga viral             |                                | Valor-p                              | 0,265            |
|                         | $\leq 40$ cópias               | Mediana (IIQ)                        | 31,5 (26,0-36,5) |
|                         | 40 a 10.000 cópias             | Mediana (IIQ)                        | 30,5 (25,0-37,0) |
|                         | 10.000 a 100.000               | Mediana (IIQ)                        | 31,0 (25,0-35,0) |
|                         | 100.000 a 1.000.000            | Mediana (IIQ)                        | 28,0 (24,0-45,0) |
|                         |                                | Teste de Kruskal Wallis ( $\chi^2$ ) | 0,650            |
|                         |                                | Valor-p                              | 0,885            |

**Nota:** o valor do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) foi obtido através do teste Kruskal-Wallis; \* estatisticamente significativo considerando  $p < 0,05$ .

## 6 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo apresentar o processo de adaptação e validação do ABQ-HIV (disponível em apêndice F) para identificar barreiras de adesão à TARV em PVHIV no contexto brasileiro. A abordagem empregada envolveu uma avaliação especializada dos itens, complementada por análise psicométrica, resultando em uma medida apropriada de 17 itens. Evidências relativas à validade do conteúdo, estrutura fatorial da medida, consistência interna e características sociodemográficas relacionadas às barreiras de adesão foram coletadas.

Este é o primeiro estudo a relatar as propriedades psicométricas, confiabilidade e validade do ABQ-HIV no Brasil e internacionalmente, além do original. Um estudo anterior relatou apenas o processo de tradução e adaptação no país (OLIVEIRA, 2021). Inicialmente, procurou-se analisar a estrutura fatorial do instrumento utilizando um método exploratório. A AFE foi escolhida para compor o conjunto de análises preliminares do instrumento, visto que também foi empregada no estudo original (MUELLER et al., 2018).

Os valores do índice KMO e do teste de esfericidade de Bartlett demonstraram-se adequados, indicando a viabilidade da realização da AFE. Na AP, optou-se por conduzir a AFE empregando a estrutura fatorial previamente estabelecida pela versão original da escala, composta por três dimensões (MUELLER et al., 2018). Entretanto, cabe ressaltar que vários modelos foram testados e os resultados evidenciaram uma boa qualidade psicométrica, indicando que eles geram indicadores confiáveis.

No modelo tridimensional, foi observada uma variância explicada de 26,45%, 12,62% e 8,69% para cada componente extraído, respectivamente. Segundo Ferrando e Lorenzo-Seva (2016), quanto maior a variância explicada pelas dimensões, mais os componentes extraídos são capazes de explicar as relações entre as variáveis originais. Esses resultados estão em consonância com o estudo de criação do instrumento por Muller et al. (2018), que verificou que os três componentes explicaram, respectivamente, 22,1%, 8,9% e 8,8% da variância. Esses achados sugerem que o modelo tridimensional é capaz de explicar adequadamente as relações entre as variáveis originais.

É relevante ressaltar que, na primeira AP realizada (dados não apresentados), o modelo indicou a existência de duas dimensões e a exclusão de dois itens: o Item 2 (“Consigo citar os nomes dos meus medicamentos, para que servem e como devo ingerir”) e o Item 7 (“Tomo meus medicamentos todos os dias automaticamente em um determinado horário ou em determinadas ocasiões (por ex., durante as refeições, na hora de dormir)”. A associação desses

itens com um comportamento de resposta socialmente desejável pode ser a explicação para esse achado (TRAN; STIEGER; VORACEK, 2012). No entanto, a retirada desses itens não elevou nenhum índice na análise fatorial e não prejudicou a qualidade da medição. Como o objetivo do estudo não era reduzir o instrumento ABQ-HIV, decidiu-se manter todos os itens.

Submeteram-se todos os itens à análise fatorial com a exploração de uma estrutura tridimensional. O ajuste do modelo resultou em indicadores alinhados aos valores ideais, atendendo aos critérios estabelecidos na literatura especializada (BAUMGARTNER; HOMBURG, 1996; DOLL; TORKZADEH, 1994). O RMSEA apresentou-se satisfatório, enquanto os demais indicadores, CFI, GFI e TLI, ficaram acima dos valores desejáveis ( $>0,9$ ) (FURR, 2011).

Estimou-se a confiabilidade da escala mediante o método de consistência interna (precisão) (PETERSON; KIM, 2013), empregando-se os índices alfa de Cronbach e ômega de McDonald (STREINER; NORMAN; CAIRNEY, 2015; VENTURA-LEÓN; CAYCHO-RODRÍGUEZ, 2017). O alfa, amplamente adotado na literatura, permite comparações com diversos estudos (PETERSON; KIM, 2013). Já o ômega oferece uma medida sensível de consistência interna em relação ao alfa e outras métricas (WAGNER; PEIXOTO; OLIVEIRA, 2021). Ambos os coeficientes apresentaram resultados aceitáveis, superiores a 0,70 (DOVAL; VILADRICH; ANGULO-BRUNET, 2023; MCDONALD, 1999), e excedendo o encontrado no estudo original ( $\alpha = 0,708$ ) (MUELLER et al., 2018).

A AFE então forneceu três subescalas do ABQ-HIV, que se referem as barreiras de adesão não intencionais, barreiras de adesão relacionadas ao conhecimento e barreiras de adesão intencionais. A carga fatorial foi utilizada para indicar como cada item (variável) contribuiu para a formação do fator. Os resultados da AFE com três dimensões forneceram cargas fatoriais satisfatórias (FURR, 2011) variando de 0,32 a 0,69 e taxas de adesão próximas do satisfatório seguindo os critérios recomendados (BYRNE, 2010). O que foi próximo aos achados da investigação original, que variou de 0,46 a 0,74 (MUELLER et al., 2018). No entanto, os pesos fatoriais dos itens variaram entre as duas versões, o que sugere que os itens podem ter significados diferentes em cada cultura (TEODORO; ALLGAYER; LAND, 2009).

A subescala "conhecimento" apresentou o melhor desempenho em relação às cargas fatoriais, com níveis de saturação adequados. As cargas fatoriais dos itens 2, 7 e 8, apesar de serem as menores em ambas as investigações (MUELLER et al., 2018), mantêm-se dentro dos parâmetros adequados estabelecidos por Hair et al. (2009). Estes autores propõem valores entre 0,30 e 0,40 como adequados e acima de 0,50 como significantes. Portanto, a exclusão

desses itens do modelo não foi considerada neste estudo. No entanto, recomenda-se a análise desses itens em futuras pesquisas para coletar dados sobre sua adequação em diferentes amostras, permitindo a eventual remoção desses três itens, se necessário.

Considerando as três dimensões propostas pela escala original, a estrutura do construto atual exibiu uma distribuição das subescalas que difere do modelo original (MUELLER et al., 2018). Esse resultado adiciona dados empíricos ao debate sobre as diferenças conceituais e funcionais dos componentes investigados. Outros estudos sobre o desenvolvimento e validação de escalas também constataram que as dimensões originalmente projetadas não eram equivalentes às dimensões finais (PING, 2018; TENNANT, 2007; ALMEIDA-BRASIL, 2019). Nesse sentido, para verificar a replicabilidade da solução final de três dimensões, recomenda-se que futuros estudos testem essa estrutura em novas amostras.

A análise das variáveis sociodemográficas e clínicas revelou que certas características não afetam as barreiras de adesão à TARV, mensuradas a partir do ABQ-HIV. Escores medianos obtidos no instrumento não variaram em função de idade, etnia, estado civil, orientação sexual, composição familiar, doença pré-existente, contagem de CD4 e carga viral. Este resultado pode ser atribuído à homogeneidade da amostra em relação a essas variáveis.

Não foi identificada associação entre as barreiras de adesão e a idade, indicando que a idade pode não ser um fator determinante na adesão à TARV. Esse achado é consistente com o estudo de Souza (2017), que também não encontrou correlação entre essas variáveis. Adicionalmente, os estudos de Remor, Milner-Moskovics e Preussler (2007) e Benning et al. (2020) evidenciaram que a idade não tem uma relação significativa com a adesão ao tratamento em indivíduos com HIV.

Neste estudo, foram observadas diferenças significativas nas pontuações do ABQ-HIV com base em variáveis como sexo, zona de residência, trabalho, emprego, moradia, renda, escolaridade, efeitos adversos a TARV e condição do HIV.

Notavelmente, as mulheres apresentaram pontuações mais altas no ABQ-HIV. Este achado é apoiado pelo estudo de Betancur et al. (2017) observaram que a adesão ao tratamento do HIV era menor entre as mulheres do que entre os homens. No entanto, estudos de Auld et al. (2014) e Lemos, Feijão e Galvão (2013) indicaram que os homens tinham uma adesão ao tratamento inferior, o que resultava em prognósticos negativos e resultados clínicos insatisfatórios. Essa baixa adesão também afetava o envolvimento dos homens com equipes de saúde multidisciplinares. Em contraste, Souza et al. (2019) não encontraram diferenças estatísticas significativas na adesão ao tratamento entre homens e mulheres.

Foi observado uma diferença mediana dos escores do ABQ-HIV entre indivíduos com

baixa escolaridade e ensino superior, um resultado que está alinhado com estudos anteriores na área (CRIM et al., 2020; DORCÉLUS et al., 2021). No estudo de Miranda et al. (2022), a maioria dos participantes não havia concluído o ensino fundamental, o que impactou negativamente na adesão ao tratamento, resultando em escores baixos. No entanto, o estudo de Souza et al. (2019) não encontrou diferenças significativas nos escores de adesão ao tratamento entre os diferentes níveis de escolaridade, utilizando o instrumento CEAT-HIV. Silva, Waidman e Marcon (2009) sugerem que um nível de escolaridade mais alto pode melhorar a compreensão do paciente sobre sua doença e tratamento, resultando em maior adesão. Adicionalmente, é relevante notar que a obtenção de um grau de ensino superior está positivamente correlacionada com a possibilidade de alcançar a adesão ideal ao tratamento à TARV (AUDI et al., 2021).

Nesta pesquisa, foi observado que a diminuição da renda estava relacionada ao aumento dos escores medianos do ABQ-HIV, indicando maiores barreiras para a adesão. Este resultado está alinhado com o estudo de Miranda et al. (2022), que também encontrou uma diferença significativa nos escores de adesão entre diferentes faixas de renda. Isso sugere que a adesão pode ser inversamente proporcional à situação econômica do indivíduo (COSTA et al., 2018). Um estudo realizado no Brasil revelou que os participantes com renda inferior a quatro salários mínimos tinham escores medianos de adesão ao tratamento mais altos (NASCIMENTO et al. 2018). Além disso, uma pesquisa nos Estados Unidos demonstrou que a condição de inquilino, em comparação à de proprietário, estava relacionada a uma menor adesão (COSTA et al., 2018), corroborando os resultados encontrados nesta pesquisa.

Foi observado neste estudo uma variação na adesão ao tratamento com base na situação profissional dos participantes. De acordo com Miranda et al. (2022), a situação de emprego teve um impacto significativo na adesão à TARV. Desempregados tendem a ter adesão baixa/insuficiente, enquanto empregados mostram boa/adequada adesão. Estudos brasileiros (ROCHA et al., 2017; MENEZES et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2018) e um estudo dos Estados Unidos (COSTA et al., 2018) corroboram esses achados.

Identificou-se que houve diferença na adesão por zona de moradia. Nesse contexto, estudos de Gokarn et al. (2012) e Dorcélus et al. (2021) indicaram uma adesão menor entre os pacientes localizados em áreas rurais em comparação com aqueles em áreas urbanas. Dorcélus et al. (2021) destacaram a importância de considerar a distância e/ou o meio de transporte dos pacientes até as instalações de saúde, especialmente para aqueles que residem em áreas rurais.

Neste estudo, notou-se que os indivíduos que experimentaram efeitos adversos à TARV e apresentaram sintomas tiveram escores medianos mais altos no ABQ-HIV. Esta

observação diverge dos achados de Seidl et al. (2007) e Silva et al. (2015). Em ambos os estudos, não se detectou uma diferença nos escores medianos entre a condição do HIV e a não adesão à TARV. A presença de efeitos adversos foi observada em outros estudos (LI et al., 2016; PHILIPS et al., 2016; MORAES et al., 2018) onde a adesão à terapia diminuiu à medida que o número de efeitos colaterais percebidos pelo usuário aumentou. Segundo Santos et al. (2011), a presença de efeitos colaterais é a principal dificuldade que os indivíduos relatam enfrentar no início da TARV. No entanto, eles aprendem a identificar e lidar com essas reações através da adaptação ao tratamento. Isso destaca a importância do acompanhamento eficaz dos profissionais de saúde, especialmente no início do tratamento.

Neste estudo, a decisão foi de não conduzir uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC). Dado que esta é a primeira tentativa de validação da escala além do estudo original, optou-se por uma AFE, que é mais adequada na ausência de uma base sólida para a modelagem. Assim, os resultados aqui apresentados são iniciais e podem requerer validação em pesquisas futuras. Importante mencionar que, atualmente, existem dois modelos de estrutura fatorial de AFE para o ABQ-HIV, nas versões original em alemão e português brasileiro (apresentado neste estudo), o que abre a possibilidade de conduzir uma AFC em estudos posteriores.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Não foi possível empregar outras escalas adaptadas para o contexto brasileiro para fins de verificação da validade convergente e divergente de construtos relacionados à não adesão autorreferida como variável. Embora não haja um método considerado “padrão-ouro” para verificar a não adesão a medicamentos (CASTILLO-MANCILLA; HABERER, 2018), pesquisas futuras podem ampliar as evidências de validade do instrumento, recorrendo a escalas já adaptadas para o contexto brasileiro. Algumas opções incluem o CEAT-HIV (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007) ou o Questionário WebAd-Q para monitorar a adesão à terapia do HIV (VALE et al., 2018).

Outras medidas para avaliar a adesão, como dados derivados de sistemas de monitoramento de eventos de medicação, podem ser ainda mais eficazes na validação da ferramenta, embora exijam mais recursos (MUELLER et al., 2018). A validade relacionada a um critério externo, como a carga viral, pode não ser a mais adequada para avaliar a adesão à TARV na infecção pelo HIV. Isso ocorre porque a TARV moderna tornou-se mais potente e tolerante às doses omitidas, o que significa que a carga viral indetectável do HIV pode não ser um indicador confiável de elevada adesão. Além disso, o surgimento de viremia, caracterizado pela presença de partículas virais na corrente sanguínea, tende a ocorrer após um período de

interrupção na adesão ao tratamento (VISWANATHAN et al., 2015; CASTILLO-MANCILLA; HABERER, 2018). Portanto, é necessário considerar outros critérios para avaliar a adesão à TARV na infecção pelo HIV.

Em razão das limitações impostas pelo ambulatório, como dificuldade de reestabelecer contato com o paciente devido ao sigilo dos dados pessoais, não foi viável oferecer estimativas de confiabilidade teste-reteste no presente estudo. Outra limitação do estudo é o nível de escolaridade. Na amostra, grande parte dos respondentes não concluiu o ensino fundamental. Desse modo, devem ser consideradas possíveis dificuldades na compreensão da escala e o impacto da baixa escolaridade em sua aplicabilidade.

Apesar das limitações, este estudo valida o uso do ABQ-HIV em português do Brasil. O questionário ABQ-HIV brasileiro traz benefícios significativos para a prática clínica e a pesquisa. Ele pode contribuir para uma avaliação mais precisa dos pacientes, direcionando a coleta de dados para identificar as barreiras específicas à adesão à TARV. Embora os impactos do estudo ainda precisem ser totalmente avaliados, espera-se que ao identificar essas barreiras, o ABQ-HIV auxilie na personalização das intervenções, tornando-as mais eficazes e, conseqüentemente, melhorando a adesão ao TARV. Isso enriquece o registro do processo de cuidado aos pacientes com HIV, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes e para a eficácia das políticas de saúde pública.

## 7 CONCLUSÃO

Este estudo indica que a versão brasileira do ABQ-HIV apresenta evidências de validade e confiabilidade satisfatórias, comparáveis ao instrumento original, sendo aplicável na avaliação de barreiras percebidas por pacientes adultos em TARV no Brasil. Trata-se de um instrumento breve e de fácil utilização, com características psicométricas adequadas para avaliação e intervenção clínica ou de pesquisa no âmbito da infecção pelo HIV.

O processo de adaptação e aprimoramento da medida envolveu abordagens qualitativas e quantitativas, com ajustes nos itens para torná-los mais objetivos, compreensíveis e apropriados ao contexto brasileiro, sem alterar o conteúdo conceitual do original. A solução fatorial de 17 itens e três componentes apresentou-se como a mais adequada, fornecendo a maior explicação da variância para cada componente e mantendo níveis satisfatórios em todas as etapas, mesmo sendo distinta da configuração original dos itens. Resta saber se o instrumento apresenta propriedades semelhantes quando aplicado em outros países.

Nesta pesquisa, identificaram-se diferenças nos escores medianos do ABQ-HIV em pacientes adultos com HIV, considerando variáveis como sexo feminino, residência em zona rural, recebimento de auxílio desemprego, moradia alugada, renda inferior a um salário, baixa escolaridade, presença de efeitos colaterais e sintomatologia. Essas diferenças sugerem a necessidade de um cuidado personalizado, que considere as características individuais e as vulnerabilidades dos grupos que necessitam de intervenções. Tais intervenções devem promover o autocuidado, prevenir doenças oportunistas e garantir um acompanhamento adequado. Estudos futuros são necessários para determinar se essas variáveis podem prever a pontuação geral do ABQ-HIV.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação apresenta como contribuição única a disponibilização de uma nova medida que pode ser empregada para detecção precoce de pacientes em risco de não adesão e para identificação de barreiras potencialmente modificáveis à adesão à TARV. O questionário também tem o potencial de auxiliar na comunicação médico-paciente. Dessa forma, o ABQ-HIV pode ser utilizado como uma ferramenta para identificar barreiras de adesão específicas que podem estar presentes em um paciente individual, além de poder ser empregado como uma ferramenta para identificar diferentes clusters/segmentos de pacientes.

Identificar as barreiras que podem afetar os pacientes auxilia os profissionais de saúde e outras partes interessadas a abordar questões específicas com o paciente e implementar intervenções individualizadas para melhoria da adesão. A identificação prévia dessas barreiras pode reduzir o número de reinternações, falhas nos esquemas terapêuticos e custos para o sistema de saúde (SPINELLI et al., 2020; CHAKRABORTY et al., 2020; FEDLU et al., 2020). Espera-se que o ABQ-HIV possa contribuir em estudos futuros, cujos resultados possam abranger políticas e projetos de intervenção de saúde pública mais direcionados e eficazes para PVHIV, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade social.

É importante ressaltar que uma primeira indicação da validade do ABQ-HIV foi obtida com o presente estudo. Desse modo, o processo de validação de uma medida é dinâmico e as evidências se acumulam ao longo do tempo para diferentes grupos. Portanto, será necessária uma maior verificação da confiabilidade do instrumento e evidências de sua validade ao usá-lo em populações com experiência em TARV para estabelecer dados normativos brasileiros.

Levando em consideração que o ABQ-HIV se encontra em sua primeira fase de validação no contexto brasileiro, a AFE foi escolhida para ser empregada neste estudo, uma vez que essa técnica é recomendada quando não há uma base empírica ou conceitual sólida para orientar a construção do modelo de dimensões (FLORA; FLAKE, 2017). Recomenda-se a realização de análise fatorial confirmatória em estudos futuros, a fim de contribuir para uma avaliação psicométrica mais abrangente da escala, bem como a realização de estudos longitudinais, que seriam úteis para avaliar a sensibilidade à mudança do questionário.

Por fim, como possibilidades futuras, sugere-se contar com amostras maiores em contextos distintos e mais heterogêneas, para comparação de grupos em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALMEIDA-BRASIL, C. C. et al. New patient-reported outcome measure to assess perceived barriers to antiretroviral therapy adherence: the PEDIA scale. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p. 1-15, 2019.

ASPAROUHOV, T.; MUTHEN, B. **Simple second order chi-square correction**, 2010. Manuscrito não publicado. Disponível em: [https://www.statmodel.com/download/WLSMV\_new\_chi21.pdf].

ASHWITHA, S. K. et al. Management of cardiovascular diseases in HIV/AIDS patients. **Journal of Cardiac Surgery**, v. 36, n. 1, p. 236–243, 2021.

AULD, A. F. et al. Antiretroviral therapy enrollment characteristics and outcomes among HIV-infected adolescents and young adults compared with older adults-seven African countries, 2004-2013. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 63, n. 47, p. 1-7, 2014.

AUDI, C. et al. Facilitators and barriers to antiretroviral therapy adherence among HIV-positive adolescents living in Tanzania. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2021.

BADII, V. S. et al. Tenofovir-Based Highly Active Antiretroviral Therapy Is Associated with Superior CD4 T Cells Repopulation Compared to Zidovudine-Based HAART in HIV 1 Infected Adults. **International Journal of Chronic Diseases**, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2018.

BARROSO, L. L. M. et al. Adesão ao tratamento com antirretrovirais entre pacientes com AIDS. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 2, p. 173-178, 2006.

BASTÁN, P.; ENRIQUE, J. Adherencia al tratamiento antirretroviral de personas con VIH/sida en la Atención Primaria de Salud. **Revista Habanera de Ciencias Médicas**, v. 19, n. 5, p. 1-11, 2020.

BAUMGARTNER, H.; HOMBURG, C. Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research: a review. **International Journal of Research in Marketing**, v. 13, n. 2, p. 139-161, 1996.

BLACKWELL, B. Compliance. **Psychother Psychosom**, v. 58, n. 1, p. 161-169, 1992.

BLACKWELL, B. **Compliance**. In: FAVA, G. A.; FREYBERGER, H. (Ed.). Handbook of Psychosomatic Medicine. 1. ed. Madison, CT: International Universities Press, 1998. p. 625-638.

BEJA, C. et al. Barriers and Facilitators to Successful Intensive Adherence Counseling in Rural Northern Uganda: An Exploratory Interview with HIV-Positive Clients Using the COM-B Framework. **HIV/AIDS - Research and Palliative Care** v. 21, n. 14, p. 553–563, 2022.

BENNING, L. et al. Examining adherence barriers among women with HIV to tailor outreach

for long-acting injectable antiretroviral therapy. **BMC Women's Health**, v. 20, n. 152, p. 1-11, 2020.

BENSON, C. et al. Antiretroviral Adherence, Drug Resistance, and the Impact of Social Determinants of Health in HIV-1 Patients in the US. **AIDS and behavior**, v. 24, n. 12, p. 3562–3573, dez. 2020.

BETANCUR, M. N. et al. Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 21, n. 5, p. 507-514, 2017.

BETTIKER, R. L.; KOREN, D. E.; JACOBSON, J. M. Ibalizumab. **Current opinion in HIV and AIDS**, v. 13, n. 4, p. 354–358, 2018.

BORGES, J. W. P. **Relação Interpessoal no Cuidado de Enfermagem**: Elaboração e Validação de um Instrumento por meio da Teoria de Resposta ao Item. 2016. 211 f. Tese (Doutorado) - Curso de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: <http://www.uece.br/ppcclis/wp-content/uploads/sites/55/2019/12/wicto.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. **Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS**. Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, DF: Brasília, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 11 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília (DF); 2018. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64484/pcdt\\_adulto\\_12\\_2018\\_web.pdf?file=1&type=node&id=64484&force=1](http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64484/pcdt_adulto_12_2018_web.pdf?file=1&type=node&id=64484&force=1). Acesso em: 23 de maio de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Qual é a diferença entre a PrEP e PEP**. 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/qual-e-diferenca-entre-prep-e-pep>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids**. 2022a. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim\\_hiv\\_aids\\_-2022\\_internet\\_31-01-23.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view). Acesso em: 11 de abril de 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Casos de Aids diminuem no Brasil**. 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/casos-de-aids-diminuem-no-brasil>. Acesso em: 11 de abril de 2023.

BRITO, F. P. G. et al. Perfil de infecções oportunistas em pacientes com HIV/AIDS em serviço de atendimento especializado do Município de Aracaju, SE, Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 10509–10525, 2021.

BROJAN, L. E. F. et al. Uso de antirretrovirais por pessoas vivendo com HIV/AIDS e sua conformidade com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, n. 1, p. 1-7, 2020.

BROWN, M. T.; BUSSELL, J. K. Medication adherence: WHO cares? **Mayo Clin Proc**, v. 86, n. 4, p. 304-314, 2011.

BROWN, T. A. **Confirmatory factor analysis for applied research**. New York: The Guilford Press, 2006.

BROWN, T. A. **Confirmatory Factor Analysis for Applied Research**. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2015. 462 p.

BUH, P. P. et al. Adherence barriers and interventions to improve ART adherence in Sub-Saharan African countries: A systematic review protocol. **PLoS One**, v. 15, n. 6, p. 1-8, 2022.

BYRNE, B. M. **Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming**. 3rd ed. New York: Routledge, 2016. 460 p.

CARVALHO, P. P. et al. Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 2543–2555, 2019.

CASTILLO-MANCILLA, J. R.; HABERER, J. E. Adherence Measurements in HIV: New Advancements in Pharmacologic Methods and Real-Time Monitoring. **Current HIV/AIDS reports**, v. 15, n. 1, p. 49–59, 2018.

CHAKRABORTY, A. et al. Adherence to Antiretroviral Therapy Among HIV Patients in India: A Systematic Review and Meta-analysis. **AIDS and behavior**, v. 24, n. 7, p. 2130–2148, 2020.

CHAN, A. H. Y. et al. Practical Barriers to Medication Adherence: What Do Current Self- or Observer-Reported Instruments Assess? **Frontiers in Pharmacology**, v. 11, n. 1, p. 1-11, 2020.

CHEN, A. et al. The reservoir of latent HIV. **Front Cell Infect Microbiol**, v. 12, n. 1, p. 1-15, jul. 2022.

COSTA, J. M. et al. Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: systematic review and meta-analysis. **Journal of the International AIDS Society**, v. 21, n. 1, p. 1-20, 2018.

CRAMER, J. A. et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. **Value Health**, v. 11, n. 1, p. 44-47, 2008.

CRIM, S. M. et al. Barriers to Antiretroviral Therapy Adherence Among HIV-Positive Hispanic and Latino Men Who Have Sex with Men -United States, 2015-2019. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 69, n. 40, p. 1437-1442, 2020.

DAMÁSIO, B. F.; DUTRA, D. F. **Análise Fatorial Exploratória: Um tutorial com o software FACTOR**. In: DAMÁSIO, B. F.; BORSA, J. C. (Eds.). Manual de desenvolvimento de instrumentos. São Paulo: Vetor, 2017. p. 241-265.

DOLL, W. J.; XIA, W.; TORKZADEH, G. A confirmatory factor analysis of the end-user computing satisfaction instrument. **MIS Quarterly**, v. 18, n. 4, p. 357-369, 1994.

DORCÉLUS, L. et al. Factors associated with antiretroviral therapy adherence among people living with HIV in Haiti: a cross-sectional study. **AIDS Research and Therapy**, v. 18, n. 1, p. 1-9, 2021.

DOVAL, E.; VILADRICH, C.; ANGULO-BRUNET, A. Coefficient alpha: the resistance of a classic. **Psicothema**, v. 35, n. 1, p. 5-20, 2023.

DRAIN, P. K. et al. Point-of-care and Near Real-time Testing for Antiretroviral Adherence Monitoring to HIV Treatment and Prevention. **Current HIV/AIDS reports**, v. 17, n. 5, p. 487-498, 2020.

EDMONDS, K. A. et al. Cross-sectional evaluation of perceived health care provider engagement, self-efficacy, and ART adherence in people living with HIV/AIDS. **AIDS care**, v. 33, n. 2, p. 154-158, fev. 2021.

EGGLETON, J. S.; NAGALLI, S. **Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART)**. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554533/>. Acesso em: 23 de março de 2023.

FERRANDO, P. J.; LORENZO-SEVA, U. Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. **Educational and Psychological Measurement**, v. 78, n. 5, p. 762-780, 2018.

FARZIN, L. et al. HIV biosensors for early diagnosis of infection: The intertwine of nanotechnology with sensing strategies. **Talanta**, v. 206, n. 1, p. 1-14, 2020.

FEDLU, A. et al. Adherence to Antiretroviral Treatment for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in Eastern Ethiopia: A Cross-Sectional Study. **HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)**, v. 12, n. 1, p. 725-733, 2020.

FERNANDES, R. A. et al. Tratamento do HIV/AIDS no Brasil: impacto da adesão sobre a utilização de recursos e custos. **J. bras. econ. saúde (Impr.)**, v. 12, n. 1, p. 81-87, 2020.

FURR, R. M. **Scale construction and psychometrics for social and personality psychology**. London: SAGE Publications, 2011. 160 p.

GEBREAGZIABHER, T. T.; WOLDEMARIAM, G. T. Antiretroviral Treatment Adherence and Determinant Factors Among Adult People Infected with Human Immunodeficiency Virus in Eastern Tigray General Hospitals, Northern Ethiopia, 2019. **HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)**, v. 12, n. 1, p. 497-505, 2020.

GOKARN, A. et al. Adherence to antiretroviral therapy. **Journal of the Association of Physicians of India**, v. 60, n. 1, p. 16-20, 2012.

GOVERNO DE SERGIPE. **Secretaria da Saúde alerta sobre tratamento correto para HIV.** 2020. Disponível em: [https://www.se.gov.br/noticias/saude/secretaria\\_da\\_saude\\_alerta\\_sobre\\_tratamento\\_correto\\_p ara\\_hiv](https://www.se.gov.br/noticias/saude/secretaria_da_saude_alerta_sobre_tratamento_correto_para_hiv). Acesso em: 15 jun. 2021.

GRATÃO, L. H. A.; NASCIMENTO, G. N. L. DO; PEREIRA, R. J. Effects of HAART in the nutritional status of children and adolescents infected by HIV in Brazil: a systematic review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 1346–1354, 2021.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados.** 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. 688 p.

HANCOCK, G. R.; MUELLER, R. O. **Rethinking construct reliability within latent variable systems.** In: CUDEK, R.; DUTOIT, S. H. C.; SORBOM, D. F. (Eds.). Structural equation modeling: present and future. Lincolnwood: Scientific Software International, 2001. p. 195-216.

HAYNES, R. B, et al. Interventions for enhancing medication adherence. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 16, n. 2, p 1-132, 2008.

HEYLEN, E. et al. Correlates of and barriers to ART adherence among adherence-challenged people living with HIV in southern India. **AIDS care**, v. 33, n. 4, p. 486–493, 2021.

HOGAN, A. et al. Mechanisms of Motivational Interviewing for Antiretroviral Medication Adherence in People with HIV. **AIDS and behavior**, v. 24, n. 10, p. 2956–2965, 2020.

HORNE, R. **Non-adherence to medication: Causes and implications for care.** In: Gard (Ed.), A Behavioral approach to pharmacy practice (pp.111-130). Oxford: Blackwell.

INZAULE, S. C. et al. The relative contributions of HIV drug resistance, nonadherence and low-level viremia to viremic episodes on antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa. **AIDS (London, England)**, v. 34, n. 10, p. 1559–1566, 2020.

IZIZAG, B. B. et al. Determinants of non-compliance with antiretroviral therapy in adult patients in Kinshasa. **The Pan African Medical Journal**, v. 37, n. 157, p. 1-15, 2020.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **UNAIDS data 2022.** Disponível em: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2022-global-aids-update\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-global-aids-update_en.pdf). Acesso em: 11 de abril de 2023.

JOPLING, R. et al. A Cascade of Interventions to Promote Adherence to Antiretroviral Therapy in African Countries. **Current HIV/AIDS reports**, v. 17, n. 5, p. 529–546, 2020.

JUDD, A. et al. Factors Associated With Nonadherence to Antiretroviral Therapy Among Young People Living With Perinatally Acquired HIV in England. **The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC**, v. 31, n. 5, p. 574–586, 2020.

JULIAN, T. et al. Human immunodeficiency virus-related peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. **European Journal of Neurology**, v. 28, n. 4, p. 1420–1431, 2021.

- KAISER, H. F. An index of factorial simplicity. **Psychometrika**, v. 39, n. 1, p. 31-36, 1974.
- KATZ, I. T. et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. **Journal of the International AIDS Society**, v. 16, n. 3, p. 1-25, 2013.
- KIM, M. T. et al. Development and testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. **Progress in Cardiovascular Nursing**, v. 15, n. 3, p. 90-96, 2000.
- KOHL, M. **MKmisc: Miscellaneous functions from M.** R package version 1.8, 2021. Disponível em: <https://www.stamats.de>. Acesso em: 11 jun. 2021.
- KOCK, N.; HADAYA, P. **Minimum sample size estimation in PLS-SEM: The inverse square root and gamma-exponential methods.** Information Systems Journal, v. 28, n. 1, p. 227-261, 2018.
- KWAN, Y. H. et al. Measurement Properties of Existing Patient-Reported Outcome Measures on Medication Adherence: Systematic Review. **Journal of Medical Internet Research**, v. 22, n. 10, p. e19179, 2020.
- LAKSEMI, D. A. et al. Opportunistic parasitic infections in patients with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome: A review. **Veterinary World**, v. 13, n. 4, p. 716-725, 2020.
- LAURITANO, D. et al. Oral Manifestations in HIV-Positive Children: A Systematic Review. **Pathogens**, v. 9, n. 2, p. 1-15, 2020.
- LEMOS, L. A.; FEIJÃO, A. R.; GALVÃO, M. T. G. Aspectos sociais e de saúde de portadores da coinfeção HIV/tuberculose. **RevRene**, v. 14, n. 2, p. 364-371, 2013.
- LINS, M. E. V. S. et al. Perfil epidemiológico de óbitos por HIV/AIDS na região nordeste do Brasil utilizando dados do sistema de informação de saúde do DATASUS. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 4, p. 2965-2973, 2019.
- LORENZO-SEVA, U. The weighted oblimin rotation. **Psychometrika**, v. 65, n. 1, p. 301-318, 2000.
- LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO, P. J. Robust Promin: a method for diagonally weighted factor rotation. **LIBERABIT, Revista Peruana de Psicología**, v. 25, n. 1, p. 99-106, 2019.
- LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO, P. J. **A simulation-based scaled test statistic for assessing model-data fit in least-squares unrestricted factor-analysis solutions.** Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 2022. (Technical report).
- LÓPEZ-CAMPOS, J. L.; GALLEGÓ, E. Q.; HERNÁNDEZ, L. C. Status of and strategies for improving adherence to COPD treatment. **International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, v. 14, n. 1, p. 1503-1515, 2019.
- LU, D.-Y. et al. HAART in HIV/AIDS Treatments: Future Trends. **Infectious Disorders Drug Targets**, v. 18, n. 1, p. 15-22, 2018.
- MAYO-WILSON, L. et al. Habit formation in support of antiretroviral medication adherence

in clinic-enrolled HIV-infected adults: a qualitative assessment using free-listing and unstructured interviewing in Kampala, Uganda. **AIDS research and therapy**, v. 17, n. 1, p. 30, 2020.

MARÔCO, J. **Análise de Equações Estruturais: Fundamentos Teóricos, Software e Aplicações**. 2. ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber, 2014.

MARTINI, N.; PICCINNI, C. Il lungo percorso verso l'aderenza. **Recenti Progressi in Medicina**, v. 112, n. 1, p. 553-555, 2021.

MCDONALD, R. P. **Test Theory: A Unified Treatment**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1999. 498 p.

MCMAHON, J. M. et al. Syndemic factors associated with adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adult heterosexual men. **AIDS research and therapy**, v. 16, n. 1, p. 32, 2019.

MEICHENBAUM, D.; TURK, D. C. **Facilitating Treatment Adherence: A Practitioner's Guidebook**. New York: Plenum, 1987.

MENEZES, E. G. et al. Factors associated with non-compliance with antiretrovirals in HIV/AIDS patients. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 299-304, 2018.

MIRANDA, M. M. F. et al. Adesão à terapia antirretroviral de adultos vivendo com HIV/aids: um estudo transversal. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 75, n. 2, p. 1-9, 2022.

MOOMBA, K.; VAN WYK, B. Social and economic barriers to adherence among patients at Livingstone General Hospital in Zambia. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**, v. 11, n. 1, p. 1-6, 2019.

MORAES, D. C. A. et al. O conhecimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS sobre a Terapia Antirretroviral. **Enfermería Global**, v. 17, n. 1, p. 96-141, 2018.

MORISKY, D. E. et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. **Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.)**, v. 10, n. 5, p. 348-354, 2008.

MOKKINK, L. B.; TERWEE, C. B.; PATRICK, D. L. et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 63, n. 7, p. 737-45, 2010.

MUELLER, S. et al. Adaption and validation of the adherence barriers questionnaire for HIV patients on antiretroviral therapy (ABQ-HIV). **BMC infectious diseases**, v. 18, n. 1, p. 1-9, 2018.

MUELLER, S. et al. Adaption of the adherence barriers questionnaire (ABQ) for use in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Value in Health**, v. 22, n. 1, p. 1-3, 2019.

MULLER, S. et al. Identifying the Causes Increasing the Risk of Non-Adherence in Adult

Patients with Asthma: An Analysis Combining Patient Survey Data with German Claims Data. **Drugs - Real World Outcomes**, v. 8, n. 2, p. 207–214, 2021.

MULLER, 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, p. 1-12, 2015.

MUSAYÓN-OBLITAS, F. Y. et al. Validation of a counseling guide for adherence to antiretroviral therapy using implementation science. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, n.1, p 1-12, 2020.

SANTOS, W. J. et al. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 1028-1037, 2011.

SILVA, A. L. C. N.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S. Adesão e não adesão à terapia antirretroviral: as duas faces de uma mesma vivência. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 1-8, 2009.

SOUZA, H. C. **Barreiras para adesão ao tratamento em HIV/Aids**. 2017. 71 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/11136/1/61350942.pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.

NASCIMENTO, E. B. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes soropositivos em um hospital municipal de Maracanaú-CE. **Revista Expressão Católica Saúde**, v. 3, n. 2, p. 57-63, 2018.

NEGREDO, E.; CLOTET, B. Efficacy of single-tablet darunavir, cobicistat, emtricitabine, and tenofovir alafenamide in the treatment of HIV-1. **Expert Opinion on Pharmacotherapy**, v. 19, n. 8, p. 929–934, 2018.

NGUYEN, T. M.; LA CAZE, A.; COTTRELL N. What are validated self-report adherence scales really measuring? a systematic review. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 77, n. 3, p. 427-245, 2014.

O'KELLY, B.; MURTAGH, R.; LAMBERT, J. S. Therapeutic Drug Monitoring of HIV Antiretroviral Drugs in Pregnancy: A Narrative Review. **Ther Drug Monit**, v. 42, n. 2, p. 229-244, 2020.

OLIVEIRA, A. W. N. **Tradução e adaptação transcultural do Adherence Barriers Questionnaire-HIV (ABQ-HIV) para uso no Brasil**. 2021. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem - MAENF) – Unilab, Ceará. Disponível em: [<https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/handle/123456789/2445>].

PAREKH, B. S. et al. Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus Infection. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 32, n. 1, p. 1-55, 2019.

PETERSON, R. A.; KIM, Y. On the relationship between coefficient alpha and composite reliability. **Journal of Applied Psychology**, v. 98, n. 1, p. 194-198, 2013.

PHILLIPS, Tamsin et al. Self-Reported Side Effects and Adherence to Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Pregnant Women under Option B+: A Prospective Study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 123-138, set. 2017.

PIMENTEL, G. S. et al. Qualidade de vida em indivíduos iniciando a terapia antirretroviral: um estudo de coorte. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 146, p. 1-14. 2020.

PING, W. et al. Health protective behavior scale: development and psychometric evaluation. **PLoS One**, v. 13, n. 1, p. 1-12, 2018.

QUINN, K. G.; VOISIN, D. R. ART Adherence Among Men Who Have Sex with Men Living with HIV: Key Challenges and Opportunities. **Current HIV/AIDS reports**, v. 17, n. 4, p. 290–300, 2020.

RAND, C. S. Patient adherence with COPD therapy. **European Respiratory Review**, v. 14, n. 1, p. 97-101, 2005.

RATHBONE, A.; SHAW, S.; KUMBHARE, D. **Sample.Size: Calculation of Sample Size and Power for ICC**. R package version 1.0, 2015. Disponível em: <https://CRAN.R-project.org/package=ICC.Sample.Size>. Acesso em: 11 jun. 2021.

REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 685–694, 2007.

RISSE, J.; JACOBSON, T. A.; KRIPALANI, S. Development and psychometric evaluation of the Self-efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS) in low-literacy patients with chronic disease. **Journal of Nursing Measurement**, v. 15, n. 3, p. 203–219, 2007.

ROCHA, A. F. B. et al. Positive serology for HIV: epidemiological study of historical series. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 1, p. 173-178, 2017.

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. **From Compliance to Concordance: Towards Shared Goals in Medicine Taking**. London: RPS, 1997.

SABERI, P.; NEILANDS, T.B.; VITTINGHOFF, E. Barriers to antiretroviral therapy adherence and plasma HIV RNA suppression among AIDS Clinical Trials Group study participants. **AIDS Patient Care STDS**, v. 29, n. 1, p. 111–116, 2015.

SACKETT, D. L.; HAYNES, R. B. **Compliance with Therapeutic Regimens**. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, 1976.

SAKTHIVEL, V.; KRISHNASAMY, V.; MEHALINGAM, V. Level of Medication Adherence and Its Associated Factors among Patients Receiving Antiretroviral Therapy at a Tertiary Care Hospital in South India. **Journal of Caring Sciences**, v. 9, n. 2, p. 93–97, 2020.

SAUCEDA, J. A. et al. An update on the barriers to adherence and a definition of self-report non-adherence given advancements in antiretroviral therapy (ART). **AIDS and Behavior**, v. 22, n. 3, p. 939–947, 2018.

SAUTER, D.; KIRCHHOFF, F. Key Viral Adaptations Preceding the AIDS Pandemic. **Cell**

**Host & Microbe**, v. 25, n. 1, p. 27–38, 2019.

SEIDL, E. M. F. et al. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2305-2316, 2007.

SEIDL, E. M. F.; REMOR, E. Adesão ao Tratamento, Resiliência e Percepção de Doença em Pessoas com HIV. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 36, n. 1, p. 1-11, 2020.

SHUBBER, Z. et al. Patient-Reported Barriers to Adherence to Antiretroviral Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS medicine**, v. 13, n. 11, p. 1-14, 2016.

SILVA, J. A. G. et al. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1188-1198, 2015.

SOUSA, V. D.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 17, n. 2, p. 268–274, 2011.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R.; CAIRNEY, J. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. USA: Oxford University Press; 2015.

SPINELLI, M. A. et al. Approaches to Objectively Measure Antiretroviral Medication Adherence and Drive Adherence Interventions. **Current HIV/AIDS reports**, v. 17, n. 4, p. 301–314, 2020.

SSANYU, J. N.; NAKAFEERO, M.; NUWAHA, F. Multi-measure assessment of adherence to antiretroviral therapy among children under five years living with HIV in Jinja, Uganda. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2020.

TENNANT, R. et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. **Health Qual Life Outcomes**, v. 5, n. 1, p. 1-13, 2007.

TEODORO, M. L. M.; ALLGAYER, M.; LAND, B. Desenvolvimento e validade fatorial do Inventário do Clima Familiar (ICF) para adolescentes. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 11, n. 3, p. 27-39, 2009.

TIMMERMAN, M. E.; LORENZO-SEVA, U. Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. **Psychological Methods**, v. 16, n. 2, p. 209-220, 2011.

TRAN, U. S.; STIEGER, S.; VORACEK, M. Psychometric analysis of Stöber's social desirability scale (SDS—17): an item response theory perspective. **Psychol Rep**, v. 111, n. 3, p. 870-884, 2012.

TROVATO, M. et al. HIV Vaccination: A Roadmap among Advancements and Concerns. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 19, n. 4, p. 1-14, 2018.

VAILLANT, A. A. J.; GULICK, P. G. **HIV Disease Current Practice**. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534860/>. Acesso em: 25 de maio de 2021.

VALE, F. C. et al. Desenvolvimento e validação do Questionário WebAd-Q para monitorar adesão à terapia do HIV. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. 62, p. 1-11, 2018.

VALUEV-ELLISTON, V. T.; KOCHETKOV, S. N. Novel HIV-1 Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors: A Combinatorial Approach. **Biochemistry. Biokhimiia**, v. 82, n. 13, p. 1716–1743, 2017.

VELAME, K. T.; SILVA, R. DE S. DA; CERUTTI, C. Factors related to adherence to antiretroviral treatment in a specialized care facility. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, n. 1, p. 290–295, 2020.

VETROVA, M. V. et al. Physician and patient prediction of adherence to antiretroviral therapy in HIV positive people in Saint-Petersburg, Russia. **AIDS care**, v. 33, n. 4, p. 473–477, 2021.

VENTURA-LEÓN, J. L.; CAYCHO-RODRÍGUEZ, T. El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. **Manizales**, v. 15, n. 1, p. 1-4, 2017.

VISWANATHAN, S. et al. Level of adherence and HIV RNA suppression in the current era of highly active antiretroviral therapy (HAART). **AIDS Behav**, v. 19, n. 4, p. 601-611, 2015.

VRIJENS, B. et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 73, n. 5, p. 691-705, 2012.

WAGNER, V.; PEIXOTO, E. M.; OLIVEIRA, L. P. Propriedades Psicométricas e Adaptação Cultural da Basic Need Satisfaction in General Scale para uma População Brasileira de Usuários de Cadeira de Rodas. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 27, n. 1, p. 865-878, 2021.

WASTI, S. P. et al. Barriers to and Facilitators of Antiretroviral Therapy Adherence in Nepal: A Qualitative Study. **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 30, n. 4, p. 1-10, 2012.

WAYMACK, J. R.; SUNDARESHAN, V. **Acquired immune deficiency syndrome (AIDS)**. In: **StatPearls** [Internet]. Treasure Island, FL (US): StatPearls Publishing, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537293/>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action**. 2003. Disponível em: [https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/). Acessado em: 01 de junho de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach**. 2016. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 23 de maio de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **HIV/AIDS**. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>. Acesso em: 11 de abril de 2023.

YANG, X. et al. Incomplete immune reconstitution in HIV/AIDS patients on antiretroviral therapy: Challenges of immunological non-responders. **Journal of Leukocyte Biology**, v. 107, n. 4, p. 597–612, 2020.

YUSOFF, M. S. B. ABC of content validation and content validity index calculation. **Resource**, v. 11, n. 2, p. 49-54, 2019.

Zhang, L. et al. Side effects, adherence self-efficacy, and adherence to antiretroviral treatment: a mediation analysis in a Chinese sample. **AIDS Care**, v. 28, n. 7, p. 919-926, 2016.

ZENG, C. et al. Anticipated Stigma and Medication Adherence among People Living with HIV: The Mechanistic Roles of Medication Support and ART Self-efficacy. **AIDS Care**, v. 32, n. 8, p. 1-17, 2020.

ZUGE, S. S.; PAULA, C. C. DE; PADOIN, S. M. DE M. Efetividade de intervenções para adesão à terapia antirretroviral em adultos com HIV: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, n. 1, p. 1-9, 2020.

# APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Número identificação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

| A DADOS PESSOAIS/IDENTIFICAÇÃO             |                     |                   |               |     |                       |                           |
|--------------------------------------------|---------------------|-------------------|---------------|-----|-----------------------|---------------------------|
| A1                                         | Idade               |                   | anos          | A2  | Nascimento            | ____/____/____            |
| A3                                         | Sexo                | (1)               | Masculino     | A4  | Cor/Etnia             |                           |
|                                            |                     | (2)               | Feminino      |     | (1)                   | Branca                    |
|                                            |                     |                   |               |     | (2)                   | Preta                     |
| A5                                         | Ocupação            |                   |               |     | (3)                   | Parda                     |
|                                            |                     |                   |               |     | (4)                   | Amarela                   |
|                                            |                     |                   |               |     | (5)                   | Indígena                  |
|                                            |                     |                   |               |     | (9)                   | Ignorado                  |
| A6                                         | Zona de Residência  | (1)               | Urbana        | (2) | Rural                 |                           |
| A7                                         | Trabalha            | (1)               | SIM           | A8  | Situação Empregatória |                           |
|                                            |                     | (2)               | NÃO           |     | (1)                   | Autônomo(a)               |
|                                            |                     |                   |               |     | (2)                   | Desempregado(a)           |
| A9                                         | Estado Civil        | (1)               | Solteiro(a)   |     | (3)                   | Aux. Desemprego           |
|                                            |                     | (2)               | Casado(a)     |     | (4)                   | Empregado(a)              |
|                                            |                     | (3)               | União Estável |     | (5)                   | Em auxílio doença         |
|                                            |                     | (4)               | Separado(a)   |     | (6)                   | Aposentado(a)             |
|                                            |                     | (5)               | Divorciado(a) |     | (7)                   | Não se aplica (estudante) |
|                                            |                     | (6)               | Viúvo(a)      |     | (9)                   | Ignorado                  |
|                                            |                     | (9)               | Ignorado      |     |                       |                           |
| A10                                        | Moradia             | (1)               | Própria       | A11 | Orientação Sexual     |                           |
|                                            |                     | (2)               | Alugada       |     | (1)                   | Heterossexual             |
|                                            |                     | (3)               | Em aquisição  |     | (2)                   | Homossexual               |
|                                            |                     | (4)               | Cedida        |     | (3)                   | Bissexual                 |
|                                            |                     |                   |               |     | (9)                   | Ignorado                  |
|                                            |                     | (5)               | Invasa        |     |                       |                           |
|                                            |                     | (6)               | Outro         |     |                       |                           |
| A12                                        | Infraestrutura      | ( )               | Água encanada | ( ) | Luz elétrica          |                           |
|                                            |                     | ( )               | Fosso         | ( ) | Esgoto                |                           |
| 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica 9. Ignorado |                     |                   |               |     |                       |                           |
| A13                                        | Composição Familiar |                   |               |     |                       |                           |
|                                            | (1)                 | Reside Sozinho(a) |               |     |                       |                           |
|                                            | (2)                 | Reside com amigos |               |     |                       |                           |

|            |                           |                               |
|------------|---------------------------|-------------------------------|
|            | (3)                       | Reside com a família          |
|            | (4)                       | Instituição                   |
|            | (9)                       | Ignorado                      |
| <b>A14</b> | <b>Situação Econômica</b> |                               |
|            | (1)                       | Sem renda                     |
|            | (2)                       | Menos de 01 salário           |
|            | (3)                       | De 01 a 02 salários           |
|            | (4)                       | De 02 a 05 salários           |
|            | (5)                       | Mais de 05 salários           |
|            | (9)                       | Ignorado                      |
| <b>A15</b> | <b>Escolaridade</b>       |                               |
|            | (1)                       | Analfabeto(a) / Nunca estudou |
|            | (2)                       | Ensino Fundamental Incompleto |
|            | (3)                       | Ensino Fundamental Completo   |
|            | (4)                       | Ensino Médio Incompleto       |
|            | (5)                       | Ensino Médio Completo         |
|            | (6)                       | Ensino Superior Incompleto    |
|            | (7)                       | Ensino Superior Completo      |
|            | (9)                       | Ignorado                      |

|          |                               |
|----------|-------------------------------|
| <b>B</b> | <b>CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA</b> |
|----------|-------------------------------|

|           |                                                 |                                            |                                    |     |               |
|-----------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|-----|---------------|
| <b>B1</b> | <b>Vínculo Conjugal</b>                         |                                            |                                    |     |               |
|           | (1)                                             | Parceiro(a) fixo(a)                        |                                    |     |               |
|           | (2)                                             | Parceiro(a) eventual                       |                                    |     |               |
|           | (3)                                             | Parceiro(a) fixo(a) e eventual             |                                    |     |               |
|           | (4)                                             | Não possui parceiro(a) fixo(a) ou eventual |                                    |     |               |
|           | (5)                                             | Outros                                     |                                    |     |               |
| <b>B2</b> | <b>Número de parceiros(as) no último ano</b>    |                                            | _____                              |     |               |
| <b>B3</b> | <b>Sexo por dinheiro</b>                        | (1)                                        | Faz sexo por dinheiro              | (3) | Nunca fez     |
|           |                                                 | (2)                                        | Já fez                             | (4) | Não se aplica |
|           |                                                 | (9)                                        | Ignorado                           |     |               |
| <b>B4</b> | <b>Uso de drogas</b>                            | (1)                                        | Usuário(a) de droga endovenosa     |     |               |
|           |                                                 | (2)                                        | Usuário(a) de droga não endovenosa |     |               |
|           |                                                 | (3)                                        | Ex-usuário(a)                      |     |               |
|           |                                                 | (4)                                        | Já experimentou drogas             |     |               |
|           |                                                 | (5)                                        | Nunca usou drogas                  |     |               |
|           |                                                 | (9)                                        | Ignorado                           |     |               |
| <b>B5</b> | <b>Uso de preservativo nas relações sexuais</b> | (1)                                        | Sempre                             |     |               |
|           |                                                 | (2)                                        | Às vezes                           |     |               |
|           |                                                 | (3)                                        | Nunca                              |     |               |
|           |                                                 | (4)                                        | Não se aplica                      |     |               |

|                      |                                                        |                                    |                                                   |                         |          |
|----------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|----------|
|                      |                                                        | (9)                                | Ignorado                                          |                         |          |
| <b>B6</b>            | <b>Categoria de exposição ao HIV</b>                   | (1)                                | Parceiro(a) atual HIV +                           |                         |          |
|                      |                                                        | (2)                                | Parceiro(a) anterior HIV +                        |                         |          |
| <b>B6</b>            | <b>Categoria de exposição ao HIV</b>                   | (3)                                | Usuário(a) de drogas injetáveis                   |                         |          |
|                      |                                                        | (4)                                | Transfusão sanguínea                              |                         |          |
|                      |                                                        | (5)                                | Transmissão vertical                              |                         |          |
|                      |                                                        | (6)                                | Não sabe                                          |                         |          |
|                      |                                                        | (9)                                | Ignorado                                          |                         |          |
| <b>B7</b>            | <b>Diagnóstico</b>                                     | (1)                                | Teste rápido                                      |                         |          |
|                      |                                                        | (2)                                | Exames de rotina (laboratoriais)                  |                         |          |
|                      |                                                        | (3)                                | Durante internamento                              |                         |          |
|                      |                                                        | (4)                                | No banco de sangue                                |                         |          |
|                      |                                                        | (9)                                | Ignorado                                          |                         |          |
| <b>B8</b>            | <b>Tempo de Diagnóstico (anos)</b>                     | _____                              |                                                   |                         |          |
| <b>B9</b>            | <b>Uso da TARV</b>                                     |                                    |                                                   |                         |          |
|                      |                                                        | (1)                                | SIM                                               | (2)                     | Não      |
|                      | (Terapia Antirretroviral)                              | (3)                                | Não se aplica                                     | (9)                     | Ignorado |
|                      |                                                        | Tempo de uso da TARV (anos): _____ |                                                   |                         |          |
| <b>B10</b>           | <b>Esquema atual da TARV (Terapia Antirretroviral)</b> | <b>Tipo de Terapia</b>             | _____                                             |                         |          |
|                      |                                                        | Fármacos: _____                    |                                                   |                         |          |
|                      |                                                        | _____                              |                                                   |                         |          |
|                      |                                                        | _____                              |                                                   |                         |          |
|                      |                                                        | _____                              |                                                   |                         |          |
|                      | <b>Tempo de Terapia</b>                                | Data de início                     | ____/____/____                                    |                         |          |
| <b>B11</b>           | <b>Reações da TARV</b>                                 | (1)                                | SIM                                               | Se sim, quais?<br>_____ |          |
|                      |                                                        | (2)                                | NÃO                                               |                         |          |
| <b>B12</b>           | <b>Condição HIV</b>                                    | (1)                                | Assintomático                                     |                         |          |
|                      |                                                        | (2)                                | Sintomático                                       |                         |          |
|                      |                                                        | (3)                                | Não sabe                                          |                         |          |
|                      |                                                        | (9)                                | Ignorado                                          |                         |          |
| <b>B13</b>           | <b>Autopercepção ao HIV (Infecção)</b>                 | (1)                                | Considera-se doente                               |                         |          |
|                      |                                                        | (2)                                | Não se considera doente                           |                         |          |
|                      |                                                        | (3)                                | Não sabe                                          |                         |          |
| <b>B14</b>           | <b>Estágio de Agravamento (Contagem de CD4)</b>        | (1)                                | Estágio 1 ( $\geq 500$ CD4/mm <sup>3</sup> )      |                         |          |
|                      |                                                        | (2)                                | Estágio 2 (499 a 200 CD4/mm <sup>3</sup> )        |                         |          |
| Data: ____/____/____ |                                                        | (3)                                | Estágio 3 (<200 CD4/mm <sup>3</sup> )             |                         |          |
| Valor: _____         |                                                        | (4)                                | Estágio 4 (valor desconhecido)                    |                         |          |
| <b>B15</b>           | <b>Carga Viral</b>                                     | (1)                                | $\leq 40$ cópias/mm <sup>3</sup> (não detectável) |                         |          |
| Data: ____/____/____ |                                                        | (2)                                | 40 a 10.000 cópias/mm <sup>3</sup>                |                         |          |

|                                                                          |                                                 |                     |                                             |                |                |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------|----------------|----------------|
| Valor: _____                                                             |                                                 | (3)                 | 10.000 a 100.000 cópias/mm <sup>3</sup>     |                |                |
|                                                                          |                                                 | (4)                 | 100.000 a 1.000.000 cópias/mm <sup>3</sup>  |                |                |
| <b>B16</b>                                                               | <b>Autoavaliação da adesão à TARV</b>           | (1)                 | Muito boa                                   |                | (3) Regular    |
|                                                                          |                                                 | (2)                 | Boa                                         |                | (4) Ruim       |
|                                                                          |                                                 |                     |                                             |                |                |
| <b>B17</b>                                                               | <b>Doenças pré-existentes</b>                   | (1)                 | SIM                                         | Se sim, quais? |                |
|                                                                          |                                                 | (2)                 | NÃO                                         | _____          |                |
|                                                                          |                                                 |                     |                                             |                |                |
| <b>B18</b>                                                               | <b>Exames Complementares</b><br>(No último ano) | VRDL ou RPR         |                                             | ( )            | ____/____/____ |
|                                                                          |                                                 | Anti HCV            |                                             | ( )            | ____/____/____ |
|                                                                          |                                                 | HBs Ag              |                                             | ( )            | ____/____/____ |
|                                                                          |                                                 | Toxoplasmose IGM    |                                             | ( )            | ____/____/____ |
| 1. Reagente                                                              |                                                 | Toxoplasmose IGG    |                                             | ( )            | ____/____/____ |
| 2. Não reagente                                                          |                                                 | HTLV I e II         |                                             | ( )            | ____/____/____ |
| 3. Inconclusivo                                                          |                                                 | Prova Tuberculínica |                                             | ( )            | ____/____/____ |
| 4. Não realizado                                                         |                                                 |                     |                                             |                |                |
|                                                                          |                                                 |                     |                                             |                |                |
| <b>B19</b>                                                               | <b>Calendário Vacinal</b>                       | ( )                 | Tríplice Viral (Sarampo, caxumba e rubéola) |                |                |
| 1. Imunizado(a)<br>2. Em apazamento<br>3. Não imunizado<br>4. Dispensado |                                                 | ( )                 | Febre Amarela                               |                |                |
|                                                                          |                                                 | ( )                 | Difteria, tétano e coqueluche.              |                |                |
|                                                                          |                                                 | ( )                 | Haemophilus influenza tipo B                |                |                |
|                                                                          |                                                 | ( )                 | Influenza anti-pneumocócica                 |                |                |
|                                                                          |                                                 | ( )                 | Hepatite B                                  |                |                |
|                                                                          |                                                 | ( )                 | Hepatite A                                  |                |                |
|                                                                          |                                                 | ( )                 | HPV                                         |                |                |

**APÊNDICE B - SISTEMA DE PONTUAÇÃO PARA SELEÇÃO DOS JUÍZES  
ESPECIALISTAS EM HIV**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

| <b>ATIVIDADES</b>                                                                                                      | <b>PONTUAÇÃO</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Formação acadêmica (Peso 1):</b>                                                                                    |                  |
| Aperfeiçoamento ou atualização (acima de 50 horas)                                                                     | <b>0,25</b>      |
| Curso de Especialização                                                                                                | <b>0,25</b>      |
| Mestrado                                                                                                               | <b>0,5</b>       |
| Doutorado                                                                                                              | <b>1,0</b>       |
| <b>Pontuação parcial</b>                                                                                               |                  |
| <b>Produção científica (Peso 2):</b>                                                                                   |                  |
| Publicação de trabalho*                                                                                                | <b>0,25</b>      |
| Orientação de TCC, mestrado ou doutorado na área do estudo                                                             | <b>0,75</b>      |
| Pesquisa na área*                                                                                                      | <b>0,5</b>       |
| Conhecimento sobre validação de instrumentos em saúde                                                                  | <b>0,5</b>       |
| <b>Pontuação parcial</b>                                                                                               |                  |
| <b>Experiência Profissional em temas relacionados à prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado em HIV**(Peso 2):</b> | <b>1,0</b>       |
| Experiência assistencial < 5 anos                                                                                      | <b>1,5</b>       |
| Experiência assistencial $\geq$ 5 anos e < 10 anos                                                                     | <b>2,0</b>       |
| Experiência assistencial $\geq$ 10 anos                                                                                |                  |
| <b>Pontuação parcial</b>                                                                                               |                  |
| <b>Pontuação máxima</b>                                                                                                | <b>10</b>        |
| <b>Pontuação total</b>                                                                                                 |                  |

\*publicações e área de estudos sobre HIV, nesta categoria inclui: artigos científicos, livro, capítulo de livro, como também participação em grupo de pesquisa;

\*\* A pontuação não é acumulativa.

**Fonte:** Adaptado de Borges (2016).

**APÊNDICE C – CARTA CONVITE AOS JUÍZES****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Prezado (a) Senhor (a) (nome do juiz),

Eu, Míria Dantas Pereira, estou realizando uma pesquisa intitulada **“ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE BARREIRAS DE ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV”**, como pré-requisito para conclusão do Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe (UFS). O presente estudo está sobre orientação do professor: Dr. Victor Santana Santos.

Deste modo, venho por meio deste ofício convidá-la (o) a ser um dos juízes na validação do questionário *Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy* (ABQ-HIV) de Mueller et al. (2018) que estou adaptando e validando para o contexto brasileiro em pesquisa. Trata-se de um instrumento que será utilizado por médicos, farmacêuticos e enfermeiros com o intuito de identificar as barreiras relacionadas à adesão à terapia antirretroviral para pessoas vivendo com HIV, com a finalidade de auxiliar no direcionamento de aconselhamento e intervenções para essa população.

Aguardamos sua resposta e, desde já agradecemos pela atenção. Certo de contar com sua valorosa contribuição.

Atenciosamente,

---

Míria Dantas Pereira - Tel: (79)98825-5974

E-mail: miriadantaspereira@gmail.com

**APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)  
PARA A POPULAÇÃO-ALVO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado (a),

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa **ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE BARREIRAS DE ADEÇÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV**, desenvolvida pela Mst. Míria Dantas Pereira e o Prof. Dr. Victor Santana Santos, ambos do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe. A seguir, serão descritas as informações sobre projeto de pesquisa com relação a sua participação:

A pesquisa tem como objetivo adaptar e validar culturalmente o questionário *Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy* (ABQ-HIV) para a língua Portuguesa no contexto brasileiro, a fim de identificar as principais barreiras relacionadas à adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV. Para isso, nós estamos convidando pessoas adultas vivendo com HIV em terapia antirretroviral que estão sendo atendidas no Serviço de Assistência Especializada em IST, HIV e Aids (SAE), do Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR). A coleta de dados vai iniciar em outubro de 2022 e vai terminar em janeiro de 2023. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, sem identificar você ou qualquer participante. Nós temos a intenção de publicar os achados em uma revista científica e levaremos os resultados para os gestores de saúde para que eles possam incentivar o planejamento de intervenções para adesão a terapia antirretroviral mais eficientes para pessoas vivendo com HIV. Diante disso, solicitamos a sua colaboração voluntária para participar deste estudo de grande importância social.

A sua participação na pesquisa consistirá em responder perguntas sobre você, sobre sua saúde e sobre seu tratamento medicamentoso para HIV contidas no questionário. Além disso, para as perguntas que você não saiba responder, nós solicitaremos sua permissão para acessar o seu prontuário do SAE/CEMAR. O instrumento utilizado segue os padrões científicos internacionais de saúde. Por ocasião salientamos que, seu nome será mantido em sigilo absoluto, visto que, as informações pessoais coletadas (nome) serão codificadas durante a transcrição das informações para o banco de dados.

Informamos que todas as pesquisas apresentam riscos em níveis diferentes, por isso, nossa pesquisa “**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE BARREIRAS DE ADEÇÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV**”, apresenta o risco de desconforto ou constrangimento, pois envolve a aplicação de questionários, e o senhor (a) pode se sentir desconfortável em fornecer opiniões e informações sobre determinados assuntos. Para diminuir esse desconforto, ficará garantido o senhor (a)

responder apenas aos questionamentos que não lhe causem desconforto, podendo retirar ou negar sua participação em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo no seu atendimento pela equipe de saúde.

Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, serão: contribuir para a compreensão das principais barreiras relacionadas à adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV, colaborando com futuras melhorias no atendimento para a saúde de pessoas vivendo com HIV.

Caso o senhor (a) sofra algum dano associado ou decorrente da pesquisa (nexo causal), o senhor (a) terá o direito de buscar uma indenização perante os pesquisadores, e será indenizada conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Esclarecemos também, que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor (a) não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição via telefone (79) 9-8825-5974 (Míria) para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Ainda assim, caso possua dúvidas, reclamação e denúncia em relação ao estudo, poderá entrar em contato direto com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através do telefone 079-3194-7208, localizado no Hospital Universitário, HU-UFS, Aracaju. Rua Claudio Batista, Cidade Nova, Aracaju - SE, 49060-108.

Esclarecemos que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE é elaborado em duas vias, levando em consideração que as mesmas devem ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável. Reafirmamos então, o direito do senhor (a) a uma via do TCLE.

---

Assinatura do (a) pesquisador (a).

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa, que tem o objetivo principal adaptar e validar um questionário de barreiras de adesão à terapia antirretroviral para pessoas vivendo com HIV para a língua Portuguesa no contexto brasileiro. Entendendo os possíveis riscos e benefícios da pesquisa.

Sergipe, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Voluntário: \_\_\_\_\_.

Impressão dactiloscópica:



**Contato com os pesquisadores responsáveis.**

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisada Míria Dantas Pereira através do telefone (79) 9-8825-5974. Instituição: Hospital Universitário, HU-UFS, Aracaju. Rua Claudio Batista, Cidade Nova, Aracaju - SE, 49060-108. Ou ainda, para o Comitê de ética em Pesquisa (CEP) através do telefone 079-3194-7208, localizado no Hospital Universitário, HU-UFS, Aracaju. Rua Claudio Batista, Cidade Nova, Aracaju - SE, 49060-108.

**APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)  
PARA OS JUÍZES**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado (a),

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa **ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE BARREIRAS DE ADEÇÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV**, desenvolvida pela Mst. Míria Dantas Pereira e o Prof. Dr. Victor Santana Santos, ambos do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe. A seguir, serão descritas as informações sobre projeto de pesquisa com relação a sua participação:

A pesquisa tem como objetivo adaptar e validar culturalmente o questionário *Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy* (ABQ-HIV) para a língua Portuguesa no contexto brasileiro, a fim de identificar as principais barreiras relacionadas à adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV. Para isso, nós estamos convidando pessoas adultas vivendo com HIV em terapia antirretroviral que estão sendo atendidas no Serviço de Assistência Especializada em IST, HIV e Aids (SAE), do Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR). A coleta de dados com a população-alvo vai iniciar em outubro de 2022 e vai terminar em janeiro de 2023. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, sem identificar você ou qualquer participante. Nós temos a intenção de publicar os achados em uma revista científica e levaremos os resultados para os gestores de saúde para que eles possam incentivar o planejamento de intervenções para adesão a terapia antirretroviral mais eficientes para pessoas vivendo com HIV. Diante disso, solicitamos a sua colaboração voluntária para participar deste estudo de grande importância social.

A sua participação na pesquisa consistirá em responder perguntas sobre você, sobre sua qualificação profissional envolvendo o atendimento de pessoas diagnosticadas com HIV, em um teste piloto do instrumento, onde responderão ao questionário e avaliarão a clareza e compreensibilidade dos itens. Por ocasião salientamos que, seu nome será mantido em sigilo absoluto, visto que, as informações pessoais coletadas (nome) serão codificadas durante a transcrição das informações para o banco de dados.

Informamos que todas as pesquisas apresentam riscos em níveis diferentes, por isso, nossa pesquisa “**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE BARREIRAS DE ADEÇÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV**”, apresenta o risco de desconforto ou constrangimento, pois envolve a aplicação de questionários, e o senhor (a) pode se sentir desconfortável em fornecer opiniões e informações sobre determinados assuntos. Para diminuir esse desconforto, ficará garantido o senhor (a)

responder apenas aos questionamentos que não lhe causem desconforto, podendo retirar ou negar sua participação em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo no seu atendimento pela equipe de saúde.

Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, serão: contribuir para a adaptação e validação de instrumento para o contexto brasileiro útil para compreensão das principais barreiras relacionadas à adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV, colaborando com futuras melhorias no atendimento para a saúde de pessoas vivendo com HIV.

Caso o senhor (a) sofra algum dano associado ou decorrente da pesquisa (nexo causal), o senhor (a) terá o direito de buscar uma indenização perante os pesquisadores, e será indenizada conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Esclarecemos também, que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor (a) não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição via telefone (79) 9-8825-5974 (Míria) para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Ainda assim, caso possua dúvidas, reclamação e denúncia em relação ao estudo, poderá entrar em contato direto com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através do telefone 079-3194-7208, localizado no Hospital Universitário, HU-UFS, Aracaju. Rua Claudio Batista, Cidade Nova, Aracaju - SE, 49060-108.

Esclarecemos que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE é elaborado em duas vias, levando em consideração que as mesmas devem ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável. Reafirmamos então, o direito do senhor (a) a uma via do TCLE.

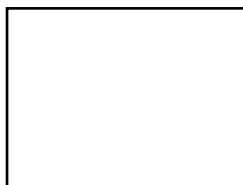
---

Assinatura do (a) pesquisador (a).

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa, que tem o objetivo principal adaptar e validar um questionário de barreiras de adesão à terapia antirretroviral para pessoas vivendo com HIV para a língua Portuguesa no contexto brasileiro. Entendendo os possíveis riscos e benefícios da pesquisa.  
Sergipe, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Voluntário: \_\_\_\_\_.

Impressão dactiloscópica:



**Contato com os pesquisadores responsáveis.**

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisada Míria Dantas Pereira através do telefone (79) 9-8825-5974. Instituição: Hospital Universitário, HU-UFS, Aracaju. Rua Claudio Batista, Cidade Nova, Aracaju - SE, 49060-108. Ou ainda, para o Comitê de ética em Pesquisa (CEP) através do telefone 079-3194-7208, localizado no Hospital Universitário, HU-UFS, Aracaju. Rua Claudio Batista, Cidade Nova, Aracaju - SE, 49060-108.

## APÊNDICE F - VERSÃO EM PORTUGUÊS DO QUESTIONÁRIO ABQ-HIV

Por favor, marque o quanto as seguintes afirmações se aplicam a você.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                          | Aplica-se<br>totalmente  | Aplica-<br>se em<br>grande<br>parte | Aplica-<br>se<br>pouco   | Não se aplica            |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1  | "Entendo bem o que meu médico(a), enfermeiro(a) ou farmacêutico(a) me explicou sobre o meu tratamento medicamentoso."                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | "Consigo citar os nomes dos meus medicamentos, para que servem e como devo ingerir."                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | "Confio no meu médico(a) e combino com ele(a) o meu plano de tratamento."                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | "Meus medicamentos só ajudam se eu os tomar de forma regular, como recomendado."                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | "Geralmente, qualquer medicamento é de alguma forma prejudicial e, portanto, você deve evitar tomar medicamentos sempre que possível."                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | "Em princípio, por não me sentir doente, às vezes não tenho certeza se deveria tomar meus medicamentos diariamente."                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | "Tomo meus medicamentos todos os dias automaticamente em um determinado horário ou em determinadas ocasiões (por ex., durante as refeições, na hora de dormir)."                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | "Gastos adicionais para ir receber meus medicamentos (por ex., transporte, alimentação fora de casa) representam uma verdadeira dificuldade para mim."                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | "Fico desconfortável quando outras pessoas percebem que estou tomando medicamentos."                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | "Frequentemente, esqueço coisas no meu dia a dia."                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | "Sinto-me abatido(a) com frequência; às vezes, também desanimado(a) e deprimido(a)."                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | "Tenho dificuldades para tomar meus medicamentos (por ex., para engolir, dividir os comprimidos, abrir as embalagens) ou é difícil seguir as recomendações de uso dos medicamentos (por ex., em jejum, não ingerir determinados alimentos e/ou álcool)." | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | "Tenho dificuldade de seguir meu tratamento quando estou fora de casa ou da rotina (por ex., aos finais de semana, em viagens a trabalho ou nas férias)."                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | "Tenho apoio de familiares e/ou amigos com quem posso conversar a qualquer momento e a quem posso recorrer para pedir ajuda."                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | "Tenho medo dos efeitos colaterais dos meus medicamentos."                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | "Se noto/notasse efeitos colaterais relacionados aos meus medicamentos, converso/conversaria com meu médico(a), farmacêutico(a) ou enfermeiro(a) do centro de referência sobre eles o mais rápido possível."                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | "Se noto/notasse efeitos colaterais dos meus medicamentos, eu paro/pararia de tomá-los ou tomo/tomaria menos dos medicamentos."                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## APÊNDICE G - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ABQ-HIV-BR PARA O COMITÊ DE JUÍZES



**PESQUISA:** ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE BARREIRAS DE ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV

### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ABQ-HIV-Br

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nº** \_\_\_\_

Prezado(a) juiz(a), por favor, preencha aos itens de identificação, em seguida avalie os 17 itens do **Questionário de Barreiras de Adesão para HIV versão brasileira**, atribuindo uma nota de 1 a 4, de acordo com a clareza, compreensibilidade e relevância de cada item. Em campo adequado (observações), o(a) senhor(a) poderá sugerir a reformulação de itens problemáticos e realizar comentários adicionais identificando o(s) referido(s) item(s), caso julgue necessário.

| <b>1.IDENTIFICAÇÃO</b>               |                                                                                        |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nome do avaliador (iniciais):</b> |                                                                                        |
| <b>Idade:</b> _____                  | <b>Sexo:</b> ( ) Masculino<br>( ) Feminino<br>( ) Outro: _____                         |
| <b>Tempo de trabalho (em anos):</b>  | <b>Profissão:</b> ( ) Médico<br>( ) Enfermeiro<br>( ) Farmacêutico<br>( ) Outra: _____ |

| <b>2. QUESTIONÁRIO</b>                                            |                         |                            |                             |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <b>ESCALA DE PONTUAÇÃO – ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO (IVC)</b> |                         |                            |                             |
| Não relevante<br>(NR)                                             | Pouco relevante<br>(DP) | Bastante relevante<br>(BR) | Altamente relevante<br>(AR) |
| 1                                                                 | 2                       | 3                          | 4                           |

| ITENS PARA AVALIAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                        | PONTUAÇÃO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1- “Entendo bem o que meu médico, uma enfermeira ou uma farmacêutica explicaram para mim até agora.”                                                                                                                                                                        |           |
| 2- "Consigo citar os nomes dos meus medicamentos e suas aplicações sem hesitação."                                                                                                                                                                                          |           |
| 3- "Confio no meu médico e combino com ele o meu plano de tratamento."                                                                                                                                                                                                      |           |
| 4- "Meus medicamentos só ajudam se eu os tomar com absoluta regularidade, como recomendado."                                                                                                                                                                                |           |
| 5- "Todo medicamento é veneno. Se possível, deve-se evitar tomar medicamentos."                                                                                                                                                                                             |           |
| 6- "Em princípio, sinto-me saudável. Por isso, às vezes não tenho certeza se deveria tomar meus medicamentos diariamente."                                                                                                                                                  |           |
| 7- "Tomo meus medicamentos todos os dias automaticamente num determinado horário ou em determinadas ocasiões (por ex., durante as refeições, na hora de dormir)."                                                                                                           |           |
| 8- “Pagamentos adicionais por medicamentos representam um verdadeiro fardo para mim.”                                                                                                                                                                                       |           |
| 9- "Basicamente, fico desconfortável quando outras pessoas percebem minha ingestão de medicamentos."                                                                                                                                                                        |           |
| 10- "Frequentemente, esqueço coisas no meu dia a dia."                                                                                                                                                                                                                      |           |
| 11- "Em geral, me sinto abatido com frequência; às vezes, também desanimado e deprimido.”                                                                                                                                                                                   |           |
| 12- "Muitas vezes, tenho dificuldades para tomar meus medicamentos (por ex., para engolir, dividir os comprimidos, abrir as embalagens) ou é difícil aderir às condições de ingestão dos medicamentos (por ex., em jejum, não ingerir determinados alimentos e/ou álcool)." |           |
| 13- "Particularmente, tenho dificuldade de seguir meu tratamento quando estou fora de casa (por ex., aos finais de semana, em viagens a trabalho ou nas férias)."                                                                                                           |           |
| 14- "Tenho grande apoio de familiares e/ou amigos com quem                                                                                                                                                                                                                  |           |

|                                                                                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| posso conversar a qualquer momento e a quem posso recorrer para pedir ajuda."                                                                       |  |
| 15- "Tenho muito medo dos efeitos colaterais dos meus medicamentos."                                                                                |  |
| 16- "Se noto/notasse efeitos colaterais relacionados aos meus medicamentos, converso/conversaria com meu médico sobre eles o mais rápido possível." |  |
| 17- "Se noto/notasse efeitos colaterais dos meus medicamentos, eu primeiro paro/pararia de tomá-los ou tomo/tomaria menos dos medicamentos."        |  |

**Observações:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE H – VERSÃO RETRODUZIDA DA VERSÃO FINAL DO ABQ-HIV

Bitte kreuzen Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Trifft<br>ganz zu        | Trifft<br>weit-<br>gehend<br>zu | Trifft<br>eher<br>nicht zu | Trifft<br>überhaupt<br>nicht zu |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| 1  | „Ich verstehe gut, was mein Arzt, eine Schwester oder meine Apotheke mir bisher erklärt haben.“                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 2  | „Ich kann die Namen meiner Arzneimittel und deren Anwendungsbereich ohne Zögern benennen“                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 3  | „Ich vertraue meinem Arzt und stimme mit ihm gemeinsam meinen Therapieplan ab.“                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 4  | „Meine Medikamente helfen nur, wenn ich sie wie empfohlen absolut regelmäßig einnehme.“                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 5  | „Arzneimittel sind insgesamt Gift. Man sollte möglichst vermeiden, Arzneimittel überhaupt zu nehmen.“                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 6  | „Ich fühle mich grundsätzlich gesund. Deshalb bin ich manchmal unsicher, ob ich tatsächlich täglich Arzneimittel einnehmen muss.“                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 7  | „Das Einnehmen meiner Arzneimittel geschieht jeden Tag automatisch zu einer festen Zeit bzw. zu festen Gelegenheiten (z. B. Mahlzeiten, Ins-Bett-Gehen).“                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 8  | Zuzahlungen für Arzneimittel stellen für mich eine erhebliche Belastung dar.                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 9  | „Ganz grundsätzlich ist es mir unangenehm, wenn andere Menschen meine Medikamenteneinnahme bemerken.“                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 10 | „Es kommt häufig vor, dass ich Sachen im Alltag vergesse.“                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 11 | „Ganz allgemein fühle ich mich doch oft niedergeschlagen, manchmal auch entmutigt und deprimiert.“                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 12 | „Ich habe oft Schwierigkeiten bei der Einnahme meiner Medikamente (z. B. beim Schlucken, Tabletten teilen, Verpackung öffnen) bzw. fällt es mir schwer, mich an die Begleitbedingungen der Arzneimiteleinnahme zu halten (z. B. auf nüchternen Magen, Verzicht auf bestimmte Nahrungsmittel/Alkohol).“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 13 | „Insbesondere habe ich Schwierigkeiten, mich an meinen Therapieplan zu halten, wenn ich unterwegs bin (z.B. am Wochenende, Geschäftsreisen oder Urlaub).“                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 14 | „Ich habe große Unterstützung durch Familienmitglieder/Freunde, mit welchen ich jeder Zeit reden kann und die ich um Hilfe bitten kann.“                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 15 | „Ich habe große Angst vor den Nebenwirkungen meiner Arzneimittel.“                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 16 | „Sofern ich Nebenwirkungen meiner Arzneimittel bemerkt habe bzw. bemerken würde, habe bzw. würde ich schnellstmöglich mit meinem Arzt darüber sprechen.“                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 17 | „Sofern ich Nebenwirkungen meiner Arzneimittel bemerkt habe bzw. bemerken würde, habe bzw. würde ich meine Medikamente zunächst absetzen bzw. weniger nehmen.“                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |

## ANEXO 1 - VERSÃO ORIGINAL EM ALEMÃO DO QUESTIONÁRIO ABQ-HIV PARA ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO

### ©Fragebogen zu Adhärenzbarrieren bei HIV

Bitte kreuzen Sie an, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Trifft<br>ganz zu        | Trifft<br>weit-<br>gehend<br>zu | Trifft<br>eher<br>nicht zu | Trifft<br>überhaupt<br>nicht zu |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| 1 "Ich verstehe gut, was mein Arzt, eine Schwester oder meine Apotheke mir bisher erklärt haben."                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 2 „Ich kann die Namen meiner Arzneimittel und deren Anwendungsbereich ohne Zögern benennen“                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 3 „Ich vertraue meinem Arzt und stimme mit ihm gemeinsam meinen Therapieplan ab.“                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 4 "Meine Medikamente helfen nur, wenn ich sie wie empfohlen absolut regelmäßig einnehme."                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 5 „Arzneimittel sind insgesamt Gift. Man sollte möglichst vermeiden, Arzneimittel überhaupt zu nehmen.“                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 6 „Ich fühle mich grundsätzlich gesund. Deshalb bin ich manchmal unsicher, ob ich tatsächlich täglich Arzneimittel einnehmen muss.“                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 7 „Das Einnehmen meiner Arzneimittel geschieht jeden Tag automatisch zu einer festen Zeit bzw. zu festen Gelegenheiten (z. B. Mahlzeiten, Ins-Bett-Gehen).“                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 8 Zuzahlungen für Arzneimittel stellen für mich eine erhebliche Belastung dar.                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 9 „Ganz grundsätzlich ist es mir unangenehm, wenn andere Menschen meine Medikamenteneinnahme bemerken.“                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 10 „Es kommt häufig vor, dass ich Sachen im Alltag vergesse.“                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 11 „Ganz allgemein fühle ich mich doch oft niedergeschlagen, manchmal auch entmutigt und deprimiert.“                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 12 „Ich habe oft Schwierigkeiten bei der Einnahme meiner Medikamente (z. B. beim Schlucken, Tabletten teilen, Verpackung öffnen) bzw. fällt es mir schwer, mich an die Begleitbedingungen der Arzneimiteleinnahme zu halten (z. B. auf nüchternen Magen, Verzicht auf bestimmte Nahrungsmittel/Alkohol).“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 13 „Insbesondere habe ich Schwierigkeiten, mich an meinen Therapieplan zu halten, wenn ich unterwegs bin (z.B. am Wochenende, Geschäftsreisen oder Urlaub).“                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 14 „Ich habe große Unterstützung durch Familienmitglieder/Freunde, mit welchen ich jeder Zeit reden kann und die ich um Hilfe bitten kann.“                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 15 „Ich habe große Angst vor den Nebenwirkungen meiner Arzneimittel.“                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 16 „Sofern ich Nebenwirkungen meiner Arzneimittel bemerkt habe bzw. bemerken würde, habe bzw. würde ich schnellstmöglich mit meinem Arzt darüber sprechen.“                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |
| 17 „Sofern ich Nebenwirkungen meiner Arzneimittel bemerkt habe bzw. bemerken würde, habe bzw. würde ich meine Medikamente zunächst absetzen bzw. weniger nehmen.“                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>        |

## ANEXO 2 – ANUÊNCIA PARA USO DO QUESTIONÁRIO ABQ-HIV



# License Agreement

between

Institut für Pharmakökonomie und Arzneimittellogistik e.V.,  
Alter Holzhafen 19, 23966 Wismar, Germany,  
represented by Thomas Wilke (CEO)

- hereinafter: Licensor -

and

Victor Santana Santos,  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde,  
Universidade Federal de Sergipe  
R. Cláudio Batista, 505. Bairro Palestina. 49060-025. Aracaju, Sergipe, Brazil.

- hereinafter: Licensee -

on the Adherence Barriers Questionnaire-HIV and the corresponding Coding List.

## Preamble

The licensor developed the Adherence Barriers Questionnaire-HIV (hereinafter: ABQ-HIV) and the corresponding Coding List (hereinafter: CL) Hence, the ABQ-HIV is protected by copyright according to the German Copyright Act. The CL is kept as a business secret. The ABQ is a patient self-report instrument collecting information about the hurdles of treatment adherence (potential causes of non-adherence). It is an instrument that contains 15 items addressing different types of adherence barriers in the treatment of HIV patients. Original author of the ABQ-HIV and CL is Mrs. Sabrina Müller, employee of the licensor. The exclusive exploitation rights remain with the Licensor, whilst the moral rights stay with Mrs. Sabrina Müller.

The Licensee aims within a research project to adapt and cross-culturally validate the ABQ-HIV into Brazilian Portuguese.

## § 1 Subject of the Contract

- (1) The licensor grants the licensee the non-exclusive rights on usage of the ABQ-HIV and the CL as pointed out in and limited to § 3 of this contract.
- (2) The ABQ-HIV and the CL are provided digital and in German language.
- (3) The licensor assumes no liabilities or warranties for the applicability of the ABQ-HIV and the CL on the study specified below.

## § 2 Payment

- (1) The license is free of charge under the restrictions of this contract.
- (2) The normal license fee is substituted by the participation of the licensor in the validation publication and the obligation to name the licensor as co-author when publishing the study defined in § 3 of this contract.
- (3) Furthermore, the licensor reserves the right to continue to use and to license the validated questionnaire. This applies in particular, if the licensee has made changes (for example translations) to the validated questionnaire.

## § 3 Granted Rights

- (1) The licensee is granted the non-exclusive right to use the ABQ-HIV and the CL for the "Adaption and cross-culturally validation of the ABQ-HIV into Brazilian Portuguese" study.
- (2) The licensee is permitted to use the ABQ-HIV once per patient for a total of 215 patients in the above-mentioned study. The allowed uses may be extended by prior written notice and consent of the licensor.
- (3) The licensee is allowed to use the ABQ-HIV and the CL, under the terms of this agreement, without territorial restriction.

## § 4 Duties of the Licensee

- (1) The licensee must not use the license in other ways than granted in § 3 of this contract.
- (2) According this non-exhaustive list, it is especially prohibited to:
  - a. Reproduce the ABQ-HIV or the CL,
  - b. Grant sublicenses,
  - c. Claim the ownership of the ABQ-HIV or the CL,
  - d. Use the ABQ-HIV or the CL for other studies as mentioned in § 3 of this contract,
  - e. Use the ABQ-HIV or the CL after termination of this agreement.
- (3) The licensee is obliged to maintain confidentiality about how to use the ABQ-HIV and the CL.
- (4) The licensee is obliged to cite the ABQ-HIV as listed hereafter  
*"Mueller S, Wilke T, Gorasso V, Erhart M, Kittner J M. Adaption and validation of the adherence barriers questionnaire for HIV patients on antiretroviral therapy (ABQ-HIV). BMC Infectious Diseases. (2018) 18:599."*  
 whenever a publication, manuscript, or report contains results of the ABQ-HIV, is based on the ABQ-HIV, or is referring to the ABQ-HIV.
- (5) If the licensee does not intend to publish the study results, the licensee is obliged to provide the licensor with the anonymized dataset and permit the licensor to validate and publish the results. Therefore, the dataset shall contain socio-demographic information, clinical parameters other patient reported outcome measures and the ABQ-HIV-data itself.
- (6) After completion of the above-mentioned study, the licensee is obliged to delete the blank ABQ-HIV and the CL. The licensor may request evidence hereof.



- (7) The licensee must immediately report every abuse or violation against the licensors rights to the licensor of which the licensee becomes aware of.

### **§ 5 Duration and Termination**

- (1) This contract is valid for the time of the study which the ABQ-HIV is licensed and used for, but not longer than two years after signature. With finalization of the study, but not later than two years after signature, the license agreement expires without further notice.
- (2) The contract is terminated immediately in case of a violation against § 4 of this contract.
- (3) The licensor has the right to terminate the contract immediately in case the licensee uses the ABQ-HIV and the corresponding CL otherwise than granted in § 3 of this contract.
- (4) The contract may be canceled by the licensor giving two weeks' notice in case of a violation against § 2 of this contract.
- (5) The licensee has the right to terminate this agreement within two weeks after signing in case the ABQ-HIV and the CL is not applicable for the study specified above.

### **§ 6 Confidentiality**

The parties will keep confidentiality during and after the contract execution in accordance with all become or becoming known business circumstances of the other party, except well-known facts. The licensee is especially obliged to maintain silence concerning the usage of the ABQ-HIV and the CL as aforementioned in § 4 of this agreement.

### **§ 7 Contractual Penalty**

- (1) For each case of violation against § 4 (1), (2), (3), or § 6 of this contract the licensee must pay a contractual penalty of 15,000.00 EUR.
- (2) For each case of violation against § 4 (4), (5), (6), or (7) of this contract the licensee must pay a contractual penalty of 7,500.00 EUR.
- (3) The licensee is free to put the appropriateness of this section under judicial review. In case of inappropriateness an appropriate penalty shall be set by the licensor.

### **§ 8 Applicable Law and Place of Jurisdiction**

- (1) This contract underlies the law of the Federal Republic of Germany solely. The Convention on the International Sale of Goods (CISG) does not apply to this contract. Any other potentially applicable contracts, agreements or conventions are excluded.
- (2) Exclusive jurisdiction for any direct or indirect dispute concerning this contract, or arising from any other right of the licensor, is the court at the seat of the licensor.



## § 9 Final Conditions

- (1) Neither party is permitted to transfer their rights and obligations of the present contract to a third party without a bilateral agreement signed by both parties.
- (2) Any additions and changes to the present contract must be executed in written form.

  
  
INSTITUT FÜR PHARMACOKINETIK UND ARZNEIMITTELFORSCHUNG  
AN DER UNIVERSITÄT DES SAO PAULO  
**Pharmakokinetik und Arzneimitteltoxikologie e.V.**  
Alter Holthufen 39  
23966 Wismar  
Telefon: 03841/ 758 1014  
E-Mail: koern-wismar.de  
**Prof. Dr. Thomas Wilke**  
 IPAM e.V. (Licensor)  
 Wismar, 23 March 2022

  
**Prof. Dr. Victor S. Santos (Licensee)**  
 Aracaju, Sergipe, Brazil

Documento assinado digitalmente  
 Victor Santos Santos  
 Data: 24/03/2022 às 10:29:03:00  
 Verifique em <https://verificador.ti.br>

## ANEXO 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO DE BARREIRAS DE ADESIÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV

**Pesquisador:** Victor Santana Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51176221.5.0000.5546

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.036.636

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa" (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1811293.pdf) e do "Projeto Detalhado / Brochura Investigador" (ProjetoCEP.pdf), postados em 23/08/2021 e 23/08/2021, respectivamente.

#### Introdução:

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), configura-se como um dos maiores problemas de saúde pública, devido ao seu caráter pandêmico e gravidade (ZUGE; PAULA; PADOIN, 2020). A infecção gera a destruição das células CD4+ e as torna incapazes de executar suas funções, afetando o sistema imune dos indivíduos acometidos. A AIDS é o estágio mais avançado da infecção pelo HIV e é caracterizada pelo desenvolvimento de infecções, de alguns tipos de câncer, e outras manifestações clínicas graves, podendo levar à morte. No entanto, o desenvolvimento da doença está relacionado à ausência de tratamento ou ao tratamento inadequado (GEBREAGZIABHER; WOLDEMARIAM, 2020; FERNANDES et al., 2020). A AIDS é uma das doenças infecciosas mais mortais da história humana, causando cerca de 33 milhões de mortes globalmente. Estimativas sugerem que no final de 2019 o número de pessoas no mundo que viviam com o HIV/AIDS era de 38,0 milhões (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2020). No Brasil, segundo dados do Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS, foram notificados 1.011.617 casos.

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº

**Bairro:** Senatário

**UF:** SE

**Município:** ARACAJU

**CEP:** 49.060-110

**Telefone:** (79)3194-7208

**E-mail:** cep@academico.ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 5.036.636

de AIDS no período de 40 anos (1980 a junho de 2020) e em 2019, foi registrado o total de 10.565 óbitos por causa básica de AIDS, com uma taxa de mortalidade padronizada de 4,1/100 mil habitantes. Referente ao período de 2007 a junho de 2020, foram contabilizados 342.459 casos de infecção pelo HIV no país. Dentre esses, 65.106 (19,0%) casos foram registrados na região Nordeste, registrando a terceira maior taxa de detecção do país (BRASIL, 2020). A introdução da Terapia Antirretroviral (TARV) desenvolveu o potencial de transformar o HIV em uma condição crônica, com possibilidades de controle, reduzindo exponencialmente o número de mortes relacionadas ao HIV em todo o mundo (SSANYU; NAKAFEERO; NUWAHA, 2020; QUINN; VOISIN, 2020). As diretrizes da WHO (2016) recomendam que a TARV seja iniciada em todas as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), independentemente do estágio clínico ou da contagem de células CD4, a fim de promover uma efetiva reconstituição imunológica, controle da replicação do HIV, melhora da qualidade de vida, redução das taxas de transmissão e de hospitalizações, e na mortalidade relacionada à AIDS (PAREKH et al., 2019; SAKTHIVEL; KRISHNASAMY; MEHALINGAM, 2020). A TARV consiste

em pelo menos três medicamentos antirretrovirais combinados, cada vez melhor tolerados e potentes, que resultam em menor toxicidade (JUDD et al., 2020; SPINELLI et al., 2020). O sucesso da TARV depende diretamente do diagnóstico oportuno, do tratamento 7 adequado e da alta adesão dos pacientes aos esquemas terapêuticos (VALE et al., 2018). No final de 2019, estima-se que 81% das PVHIV no mundo sabiam de sua condição. Destas, 67% estavam recebendo a TARV e 59% haviam atingido a supressão viral sem risco de infectar outras pessoas, o que equivale a um total de 26,0 milhões de pessoas utilizando a TARV (WHO, 2020). No Brasil, em 2020, dentre as 920.000 PVHIV estimadas, deste número, 89% foram diagnosticadas, 77% receberam medicamentos antirretrovirais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 94% das pessoas em tratamento haviam atingido carga viral indetectável (BRASIL, 2020). Embora esses índices representem uma conquista significativa na expansão do tratamento do HIV, pesquisas demonstraram que nem todas as PVHIV em uso da TARV conseguem aderência suficiente para a supressão viral (DESTA et al., 2020; MAYO-WILSON et al., 2020; VETROVA et al., 2021). Consequentemente, a adesão à TARV tem implicações para a saúde pública e alcançar a supressão viral naqueles que recebem o tratamento é uma das metas estabelecidas pela Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS] (2015), em seu plano de acabar com a epidemia de AIDS até 2030. É consenso na literatura científica que taxas de adesão à TARV inferiores a 90% estão associadas ao risco de resistência aos medicamentos, o que pode levar à evolução de cepas resistentes a terapêutica, à progressão da doença e a um maior risco de transmissão posterior

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº

**Bairro:** Senatário

**CEP:** 49.060-110

**UF:** SE

**Município:** ARACAJU

**Telefone:** (79)3194-7208

**E-mail:** cop@academico.ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 5.036.636

(RIVERA MINDT et al., 2020; SSANYU; NAKAFEERO; NUWAHA, 2020; VETROVA et al., 2021). Contudo, a adesão à TARV pode ser difícil de ser alcançada e mantida. Estima-se que apenas 62% dos usuários da terapêutica no mundo

inteiro estão alcançando taxas de adesão de pelo menos 90% (HOGAN et al., 2020). Uma meta-análise de estudos que examinou a adesão à TARV constatou que entre 6.777 PVHIV nos EUA, apenas 69% eram aderentes de maneira ideal, e mais de 1 em 4 dos que se envolveram no tratamento não tinham controle viral (MCMAHON et al., 2019). Uma outra meta-análise, avaliou a adesão à TARV em amostras brasileiras, observou-se que os níveis de não adesão variaram de 18% a 74,3% (SEIDL; REMOR, 2020). De acordo com uma revisão sistemática e meta-análise as barreiras de aderência à TARV mais frequentemente relatadas por PVHIV adultas de 38 países foram o esquecimento, viagens, estar ocupado, mudanças na rotina, e estar dormindo (frequências combinadas: 41- 25%). A depressão e o uso de álcool e outras drogas foram relatados por 16% e 13%, respectivamente. As barreiras contextuais comuns eram o estigma/segurança (14%) e a insegurança alimentar (13%). As barreiras relacionadas aos serviços de saúde incluíram a distância até a clínica (18%) e a falta de estoque (16%) (SHUBBER et al., 2016). 8. Numerosos estudos tem demonstrado uma ampla gama de barreiras específicas ao contexto de adesão à TARV, incluindo fatores intrapessoais: idade (mais jovem), uso de álcool e outras drogas, baixo nível de alfabetização ou escolaridade, ansiedade/depressão e esquecimento (SEIDL; REMOR, 2020; ROSEN et al., 2020; HEYLEN et al., 2021); fatores sociais/ambientais: estigma e discriminação relacionado ao HIV, crenças tradicionais e culturais, medo da revelação do status de HIV (VELLOZA et al., 2020; CHAKRABORTY et al., 2020); fatores relacionados aos medicamentos: acesso a medicamentos, efeitos colaterais, carga de pílulas e complexidade do tratamento (MOOMBA; VAN WYK, 2019; HAN et al., 2020); fatores relacionados a sistemas de

saúde: relação médico-paciente, educação/informação sobre saúde e preocupações com a utilidade/necessidade dos medicamentos (ZENG et al., 2020; HEYLEN et al., 2021). Portanto, para projetar estratégias de intervenção eficazes e melhorar a adesão aos medicamentos, para que os altos níveis de supressão viral sejam sustentados e aumentados, é imperativo elucidar os mecanismos relacionados às razões em que as PVHIV não realizem seus tratamentos conforme o indicado. Em termos gerais, a identificação das barreiras que influenciam a adesão deficiente é necessária para que os profissionais da saúde que assistem essa população (médicos infectologistas, farmacêuticos e enfermeiros), possam direcionar imediatamente o aconselhamento e as intervenções de aderência direcionadas para cada indivíduo, antes que o tratamento falhe.

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº

**Bairro:** Senatário

**CEP:** 49.060-110

**UF:** SE

**Município:** ARACAJU

**Telefone:** (79)3194-7208

**E-mail:** cop@academico.ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 5.036.636

Além disso, a identificação desses preditores de acordo com Spinelli et al. (2020) tem significado clínico e de saúde pública, podendo melhorar a interpretação de uma carga viral não suprimida, permitindo uma troca ou intensificação mais rápida do tratamento e a triagem de testes de resistência caros. Para tal, o uso de ferramentas que monitorem a adesão podem ser úteis para o auxílio da equipe multiprofissional. Existem diversas maneiras de verificar a

adesão do paciente à TARV. Dentre elas, incluem-se o registro de dispensação das farmácias nos centros especializados, comparecimento a visitas clínicas, contagem de pílulas, análise de prontuário médico, dispositivos eletrônicos de monitoramento, autorrelato sobre a administração dos medicamentos e questionários de autorrelato validados para avaliar a adesão (PEREZ; CHAGAS; PINHEIRO, 2021; DRAIN et al., 2020; CHAKRABORTY et al., 2020; SPINELLI et al., 2020). Dentre esses métodos, os questionários de autorrelato validados possuem a vantagem de obter a percepção do paciente sobre uma doença, sintoma ou função específica sem a interpretação de terceiros. São ferramentas práticas, baratas e oferecem flexibilidade no modo e no tempo de administração e no tempo de avaliação. Sua utilização para avaliar a adesão a um dado tratamento medicamentoso geralmente abordam três áreas: consciência da doença, atitude em relação às drogas e tolerabilidade das reações adversas às drogas (BASTÁN; ENRIQUE, 2020). Os questionários de autorrelato precisam ser previamente avaliados por um grupo de especialistas, apresentar

adequado balanço entre propriedades psicométricas, teóricas e pragmáticas. As propriedades psicométricas dizem respeito à fidedignidade e à precisão da medida, incluindo a atenuação de vieses de informação. Essas propriedades são testadas usualmente por meio de medidas de validade, confiabilidade e aceitabilidade. Embora não exista padronização quanto aos métodos de validação, em geral considera-se que os questionários devem contemplar a validade em relação a uma medida de desfecho clínico (validade de construto) e em relação a outras medidas de adesão (validade de critério) (VALE et al., 2018; JUDD et al., 2020; DRAIN et al., 2020; SPINELLI et al., 2020). No contexto do HIV, os questionários anteriormente adaptados e desenvolvidos para realidade brasileira concentraram-se apenas no monitoramento da adesão à TARV (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007; VALE et al., 2018) e muito poucos estudos foram capazes de capturar a diversidade de preditores que demonstraram estar associados à adesão dessa terapia (ALMEIDA-BRASIL et al., 2019). Nesse sentido, são necessários mais instrumentos validados para identificar barreiras percebidas para brasileiros vivendo com HIV. E com o intuito de preencher essa lacuna, foi executada uma busca minuciosa na literatura científica para selecionar um questionário que atendesse a tal objetivo,

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº

**Bairro:** Senatário

**CEP:** 49.060-110

**UF:** SE

**Município:** ARACAJU

**Telefone:** (79)3194-7208

**E-mail:** cop@academico.ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 5.036.636

para uma subsequente adaptação e validação. Para tal fim, optou-se pelo Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy (ABQ-HIV) (MUELLER et al., 2018), que foi adaptado e validado em um estudo alemão com 370 participantes, que abarca em 17 itens os principais fatores relacionadas às barreiras da adesão que podem modular o comportamento sobre a TARV. O ABQ já demonstrou ser prático, confiável e válido em outras indicações crônicas com medicação autoadministrada (MÜLLER; KOHLMANN; WILKE, 2015; MUELLER et al., 2019; MÜLLER et al., 2021). Os resultados do estudo foram publicados no periódico BMC Infectious Diseases, de classificação A3 no estrato Qualis/CAPES unificado (2017-2020).

Hipótese:

O instrumento Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy (ABQ-HIV) adaptado e validado para o contexto brasileiro é capaz de identificar as principais barreiras de adesão à terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV.

Metodologia Proposta: Estudo transversal, quantitativo e descritivo, que consistirá na adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas do Adherence

Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy (ABQ-HIV) em português do Brasil e sua aplicabilidade em pessoas vivendo com HIV. O universo amostral do presente estudo será composto por indivíduos adultos (18 anos), de ambos os sexos inscritos no programa IST/AIDS com sorologia positiva para HIV e que se encontram em acompanhamento clínico ambulatorial no Serviço de Assistência Especializada em IST, HIV e Aids (SAE), do Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR), localizado na Rua Bahia, S/N, Bairro Siqueira Campos, Cidade de Aracaju, Estado de Sergipe, Brasil, Código de Endereçamento Postal (49075-490). Serão convidados para participar deste estudo, 362 indivíduos

adultos com HIV, de ambos os sexos, advindos do SAE/CEMAR, na cidade de Aracaju. Os seguintes instrumentos serão aplicados na pesquisa: Questionário sociodemográfico e clínico; e o Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy (ABQ-HIV) para adaptação e validação.

Critério de Inclusão:

Critérios de inclusão para a validação e adaptação junto aos pacientes:

- Apresentar sorologia positiva para HIV;
- Ter idade 18 anos;
- Estar em uso da TARV há pelo menos um ano.

Critério de Exclusão:

- Indivíduos acometidos de infecção aguda ou doenças oportunistas;

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº

**Bairro:** Senatório

**CEP:** 49.060-110

**UF:** SE

**Município:** ARACAJU

**Telefone:** (79)3194-7208

**E-mail:** cop@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 5.036.636

- Indivíduos usuários de drogas;
- Ter comprometimento neuropsicológico grave ou psicose.

#### Metodologia de Análise de Dados:

Os questionários preenchidos serão coletados em um banco de dados do software Microsoft Excel® versão 2019 e analisados com o software IBM® SPSS - Statistical Package for the Social Sciences versão 25. Os dados serão inicialmente submetidos a testes de normalidade e variância, e técnicas paramétricas serão utilizadas para análise posterior. O nível de significância de 5% será adotado no estudo. Serão realizados testes bilaterais. Para os testes de hipóteses de dois grupos, será utilizado a distribuição t de Student. Posteriormente à comprovação do cumprimento dos supostos paramétricos das variáveis (normalidade e homocedasticidade), realizaram-se as análises descritivas da amostra: frequências, médias e desvio-padrão (DP) das variáveis sociodemográficas, clínicas e laboratoriais consideradas. Também será realizada uma descrição da frequência de

respostas nas variáveis relacionadas ao grau de adesão ao tratamento. Para analisar a relação entre as variáveis percepções e expectativas relacionadas com o tratamento antirretroviral com a adesão ao tratamento, se utilizará a correlação de Pearson. Para avaliar diferenças entre grupos, será utilizada uma análise de variância (Anova). Por fim, será realizada uma análise multivariada (regressão linear múltipla) para identificação dos preditores da adesão ao tratamento antirretroviral. Para a análise da confiabilidade do 27 questionário, será calculada a consistência interna (alfa de Cronbach); em que um valor atualmente aceitável de 0,7-0,9 (STREINER; NORMAN; CAIRNEY, 2015). Simultaneamente, será avaliado o coeficiente de correlação item-total para os diferentes itens, onde uma correlação entre 0,2-0,8 é considerada aceitável (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994). Para fornecer evidências de que as pontuações do instrumento preveem o desempenho do critério (ou seja, não aderência), serão realizadas regressões logísticas binárias com não aderência no seguimento de três meses como variável dependente e as pontuações do ABQHIV como variáveis independentes. A análise será controlada por idade, sexo, estado civil, raça, escolaridade, situação de emprego, carga viral, contagem de CD4, tempo em TARV etc. A associação será expressa em termos de índices de probabilidade ajustada (aOR)

com intervalo de confiança de 95%. A estrutura da escala será testada por meio de uma análise exploratória de fatores (EFA) para explorar a estrutura fatorial dos dados, utilizando um modelo de equações estruturais (SEM), por meio do programa estatístico AMOS versão 24. Esta análise gera possíveis subescalas que são representados por conjuntos de itens dentro do questionário (LINS-KUSTERER et al., 2019). Para identificar a

sensibilidade e especificidade do questionário, se procederá à análise das curvas ROC (Receiver

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº

**Bairro:** Senatário

**CEP:** 49.060-110

**UF:** SE

**Município:** ARACAJU

**Telefone:** (79)3194-7208

**E-mail:** cop@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 5.036.636

Operating Characteristic). Para a análise das curvas ROC, será utilizado o software STATA versão 14.0.

#### Desfecho Primário:

Os benefícios esperados na participação no projeto de pesquisa aos participantes será a compreensão das principais barreiras relacionadas à adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV, colaborando com futuras melhorias no atendimento para a saúde de pessoas vivendo com HIV.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Adaptar e validar culturalmente o questionário Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy (ABQ-HIV) para a língua Portuguesa no contexto brasileiro.

##### Objetivo Secundário:

- Realizar o processo de adaptação transcultural do questionário ABQ-HIV;
- Analisar a reprodutibilidade do questionário ABQ-HIV em uma amostra brasileira;
- Avaliar a confiabilidade do questionário ABQ-HIV através da avaliação da consistência interna;
- Verificar as propriedades psicométricas de validade e fidedignidade do questionário ABQ-HIV em uma amostra brasileira;
- Verificar a associação entre o questionário ABQ-HIV e seus domínios com as variáveis sociodemográficas.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

Em relação aos riscos da pesquisa, está ligado a um possível constrangimento que o participante pode sentir ao responder algumas questões envolvidas na pesquisa, especialmente as questões caráter pessoal. Para minimizar tais riscos, as entrevistas serão realizadas em local reservado, de modo individual, e mantendo a privacidade das dos respondentes.

##### Benefícios:

Os benefícios esperados na participação no projeto de pesquisa aos participantes será a compreensão das principais barreiras relacionadas à adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV, colaborando com futuras melhorias no atendimento para a saúde de pessoas vivendo com HIV.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de Estudo transversal, quantitativo e descritivo, que consistirá na adaptação transcultural

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº

**Bairro:** Senatário

**CEP:** 49.060-110

**UF:** SE

**Município:** ARACAJU

**Telefone:** (79)3194-7208

**E-mail:** cop@academico.ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 5.036.636

e avaliação das propriedades psicométricas do Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy (ABQ-HIV) em português do Brasil e sua aplicabilidade em pessoas vivendo com HIV. Os objetivos foram descritos. Riscos e benefícios foram elencados. A metodologia do estudo prevê a amostra com O universo amostral do presente estudo será composto por indivíduos adultos (18 anos)anos), de ambos os sexos inscritos no programa IST/AIDS com sorologia positiva para HIV e que se encontram em acompanhamento clínico ambulatorial no Serviço de Assistência Especializada em IST, HIV e Aids (do Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR). Instrumentos a serem utilizados serão: Questionário sociodemográfico e clínico; Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy (ABQ HIV). Cronograma foi apresentado. O orçamento foi apresentado. Documentos obrigatórios foram depositados na PB.

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

Termos obrigatórios apresentados conforme Norma Operacional CNS N° 001 de 2013 e as Res. 466/2012 e 510/2016 do CNS/CONEP/MS.

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

VERSÃO EM INGLÊS DO QUESTIONÁRIO ABQ-HIV PARA VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO

CARTA DE ANUÊNCIA E INFRAESTRUTURA ASSINADA, COM O CARIMBO INSTITUCIONAL DA COORDENADORA DO CENTRO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SAÚDE DE ARACAJU/SE

TERMO DE ANUENCIA EINFRAESTRUTURA ASSINADA, COM O CARIMBO INSTITUCIONAL DA COORDENADORA DO CENTRO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SAÚDE DE ARACAJU/SE

AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DA PESQUISA ASSINADA, COM O CARIMBO INSTITUCIONAL DA COORDENADORA DO CENTRO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SAÚDE DE ARACAJU/SE

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

CARTA CONVITE AOS JUÍZES DA PESQUISA

SISTEMA DE PONTUAÇÃO PARA SELEÇÃO DO(S) JUIZ(ES) – ESPECIALISTAS EM HIV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA A POPULAÇÃO-ALVO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS JUÍZES

TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

PROJETO BROCHURA PESQUISADOR

CRONOGRAMA

ORÇAMENTO

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº

**Bairro:** Senatório

**CEP:** 49.060-110

**UF:** SE

**Município:** ARACAJU

**Telefone:** (79)3194-7208

**E-mail:** cop@academico.ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 5.036.636

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

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do Protocolo de Pesquisa.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 – A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

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

| Tipo Documento                             | Arquivo                                                      | Postagem               | Autor                | Situação |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto             | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1811293.pdf                | 23/08/2021<br>18:07:03 |                      | Aceito   |
| Informações Básicas do Projeto             | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1811293.pdf                | 23/08/2021<br>18:04:37 |                      | Aceito   |
| Folha de Rosto                             | FOLHADEROSTO_ASSINADA.pdf                                    | 23/08/2021<br>13:23:24 | Miria Dantas Pereira | Aceito   |
| Outros                                     | ANEXO_D_AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS DADOS DE PESQUISA.pdf | 23/08/2021<br>13:22:25 | Miria Dantas Pereira | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | ANEXO_C_TERMO DE ANUÊNCIA EXISTENCIAL DE INFRAESTRUTURA.pdf  | 23/08/2021<br>13:20:25 | Miria Dantas Pereira | Aceito   |
| Orçamento                                  | ORCAMENTO.pdf                                                | 23/08/2021<br>13:19:42 | Miria Dantas Pereira | Aceito   |
| Cronograma                                 | CRONOGRAMA.pdf                                               | 23/08/2021<br>13:19:24 | Miria Dantas Pereira | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura               | PROJETO_DETALHADO.pdf                                        | 23/08/2021<br>13:18:38 | Miria Dantas Pereira | Aceito   |

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Senatário

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 5.036.636

|                                                           |                                                             |                        |                      |        |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|--------|
| Investigador                                              | PROJETO_DETALHADO.pdf                                       | 23/08/2021<br>13:18:38 | Miria Dantas Pereira | Aceito |
| Declaração de concordância                                | ANEXO_B_CARTADEANUENCIADACORDENACAODOCEPS.pdf               | 22/08/2021<br>14:57:41 | Miria Dantas Pereira | Aceito |
| Outros                                                    | ANEXO_A_VERSAOEMINGLESDOQUESTIONARIOABQHIVPARAVALIDACAO.pdf | 22/08/2021<br>14:55:40 | Miria Dantas Pereira | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores                               | APENDICE_F_TERMODECOMPROMISSOECONFIDENCIALIDADE.pdf         | 22/08/2021<br>14:53:37 | Miria Dantas Pereira | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | APENDICE_E_TCLEPARAOSJUIZES.pdf                             | 22/08/2021<br>14:52:00 | Miria Dantas Pereira | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | APENDICE_D_TCLEPARAAPOPULACAOALVO.pdf                       | 22/08/2021<br>14:51:17 | Miria Dantas Pereira | Aceito |
| Outros                                                    | APENDICE_C_SISTEMADEPONTUACAOPARASELECAODOSJUIZES.pdf       | 22/08/2021<br>14:49:51 | Miria Dantas Pereira | Aceito |
| Outros                                                    | APENDICE_B_CARTACONVITEAOSJUIZESDAPESQUISA.pdf              | 22/08/2021<br>14:48:15 | Miria Dantas Pereira | Aceito |
| Outros                                                    | APENDICE_A_QUESTIONARIOSOCIODEMOGRAFICOECLINICO.pdf         | 22/08/2021<br>14:47:38 | Miria Dantas Pereira | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita apreciação da CONEP:**

Não

ARACAJU, 14 de Outubro de 2021

Assinado por:  
**FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Cláudio Batista s/nº

**Bairro:** Senatário

**CEP:** 49.060-110

**UF:** SE

**Município:** ARACAJU

**Telefone:** (79)3194-7208

**E-mail:** cop@academico.ufs.br

## ARTIGO SUBMETIDO

Gmail - Novo artigo (CSP\_0063/24)

11/01/24 14:03



Victor Santos &lt;santosvictor19@gmail.com&gt;

## Novo artigo (CSP\_0063/24)

2 mensagens

**Cadernos de Saude Publica** <cadernos@fiocruz.br>  
Para: santosvictor19@gmail.com

11 de janeiro de 2024 às 13:53

Prezado(a) Dr(a), Victor Santana Santos:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Adaptation and validation of the Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on Antiretroviral Therapy (ABQ-HIV) for the Brazilian context" (CSP\_0063/24) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://cadernos.ensp.fiocruz.br>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marília Sá Carvalho  
Profª. Luciana Correia Alves  
Profª. Luciana Dias de Lima  
Editoras



**Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health**  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Fundação Oswaldo Cruz  
Rua Leopoldo Bulhões 1480  
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil  
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737  
[cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)  
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>



Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Fundação Oswaldo Cruz  
Rua Leopoldo Bulhões, 1480  
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil  
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737  
[cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)  
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

logoCSP.jpg  
19K

**Victor Santos** <santosvictor19@gmail.com>  
Para: Miria Dantas <miriadantaspereira@gmail.com>

11 de janeiro de 2024 às 14:03

**Victor Santana Santos**

Professor Adjunto do Departamento de Medicina - UFS Campus Lagarto  
Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS/UFS)  
Núcleo de Epidemiologia e Saúde Pública (NESP)  
Universidade Federal de Sergipe (UFS)  
CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6935203115378487>  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0194-7397>

[Verificar mensagens em: santosvictor19@gmail.com]

# **Title page**

**Adaptação e validação do Questionário de Barreiras à Adesão para Pacientes com HIV em  
Terapia Antirretroviral (ABQ-HIV) para o contexto brasileiro**

**Adaptation and validation of the Adherence Barriers Questionnaire for HIV Patients on  
Antiretroviral Therapy (ABQ-HIV) for the Brazilian context**

**Adaptación y validación del Cuestionario de Barreras de Adhesión para Pacientes con VIH  
en Terapia Antirretroviral (ABQ-HIV) para el contexto brasileño**

**Running title: Adaptation and validation of the ABQ-HIV for Brazil.**

Míria Dantas Pereira, MSc <sup>a</sup> (ORCID: 0000-0002-9774-9717)

Sabrina Müller<sup>b</sup> (ORCID: 0000-0003-4889-3058)

Victor Santana Santos<sup>a,c,d</sup> (ORCID: 0000-0003-0194-7397)

## **Affiliations**

**a** Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe,  
Aracaju, Brasil.

**b** IPAM e.v, University of Wismar, University of Applied Sciences, Wismar, Germany.

**c** Programa de Pós-Graduação Aplicadas à Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Lagarto,  
Brasil.

**d** Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, Brasil.

**\*Corresponding author:** Hospital Universitário, Universidade Federal de Sergipe, Rua

Cláudio Batista, s/n. Sanatório, Aracaju, Sergipe. 49060-100, Brazil. Email:

[miriadantaspereira@gmail.com](mailto:miriadantaspereira@gmail.com)

**Manuscript word count** (excluding abstract and references): 4.066.

**Table count:** 04

**Figure count:** 01

**Conflicts of interest:** None declared.

**Funding:** This work was partially supported by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) [Grant number 001] with a scholarship for MDP.

**Data availability statement:** Additional data are available on request to the corresponding author.

**Authors' contributions:** MDP conceived and designed the study, carried out the acquisition and interpretation of data and wrote the manuscript. SM interpreted the findings and critically reviewed the manuscript. VSS conceived and designed the study, performed the analysis, and interpretation of data and critically reviewed the manuscript. The authors read and approved the final manuscript. MDP and VSS are guarantors of the manuscript.

## NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

### Forma e preparação de manuscritos

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#)).

### 1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1. Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras);
- 1.2. Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3. Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;
- 1.4. Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO; as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#)) ([Editorial 37\(4\)](#));
- 1.5. Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));
- 1.6. Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 2.200 palavras e 3 ilustrações);
- 1.7. Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia ([Editorial 37\(5\)](#)) e artigo utilizando metodologia qualitativa;
- 1.8. Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 2.200 palavras e 3 ilustrações);
- 1.9. Cartas: comentário a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.400 palavras);
- 1.10. Resenhas: Análise crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As resenhas devem conter título e referências bibliográficas. A resenha contempla uma análise da obra no conjunto de um campo em que a mesma está situada, não se restringe a uma apresentação de seu conteúdo, quando obra única, ou de seus capítulos, quando uma obra organizada. O esforço é contribuir com a análise de

limites e contribuições, por isto podem ser necessários acionamentos a autores e cenários políticos para produzir a análise, a crítica e a apresentação da obra. O foco em seus principais conceitos, categorias e análises pode ser um caminho desejável para a contribuição da resenha como uma análise crítica, leia o [Editorial 37\(10\)](#).

Obs: A política editorial de CSP é apresentada por meio dos editoriais. Recomendamos fortemente a leitura dos seguintes textos: [Editorial 29\(11\)](#), [Editorial 32\(1\)](#) e [Editorial 32\(3\)](#).

## 2. Normas para envio de artigos

2.1. CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2. Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3. Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4. Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5. A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 2.12 (Passo a Passo).

2.6. Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

2.7. Serão aceitos artigos depositados em servidor de *preprint*, previamente à submissão a CSP ou durante o processo de avaliação por pares. É necessário que o autor informe o nome do servidor e o DOI atribuído ao artigo por meio de formulário específico (contatar [cadernos@fiocruz.br](mailto:cadernos@fiocruz.br)). NÃO recomendamos a publicação em servidor de *preprint* de artigo já aprovado.

## 3. Publicação de ensaios clínicos

3.1. Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2. Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3. As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

[Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)

[ClinicalTrials.gov](#)

[International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)

[Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)

[UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)

[WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

## 4. Fontes de financiamento

4.1. Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3. No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

## **5. Conflito de interesses**

5.1. Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

## **6. Colaboradores**

6.1. Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2. Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3. Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4. Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação CSP o direito de primeira publicação, conforme a Licença Creative Commons do tipo atribuição BY (CC-BY).

6.5. Recomendamos a leitura do Editorial 34(11) que aborda as normas e políticas quanto à autoria de artigos científicos em CSP.

## **7. Agradecimentos**

7.1. Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios de coautoria.

## **8. Referências**

8.1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva <sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2. Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3. No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## **9. Nomenclatura**

9.1. Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## **10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos**

10.1. A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2. Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4. CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia Editorial 34(1) e Editorial 38(1).

10.5. O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.