UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LAELSON ROCHELLE MILANÊS SOUSA

Adaptação Cultural e Validação da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* para homens brasileiros que fazem sexo com outros homens

Ribeirão Preto

2021

LAELSON ROCHELLE MILANÊS SOUSA

Adaptação Cultural e Validação da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* para homens brasileiros que fazem sexo com outros homens

Versão original

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Linha 1 - O cuidar de adulto e idosos

Orientador: Profa. Dra. Renata Karina Reis

Ribeirão Preto

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Sousa, Laelson Rochelle Milanês

Adaptação Cultural e Validação da The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version para homens brasileiros que fazem sexo com outros homens. Ribeirão Preto, 2021.

164 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Renata Karina Reis

1. Estudo de Validação. 2. Teste anti-HIV. 3. Barreiras. 4. Homens que fazem sexo com homens. 5. Minorias sexuais e de gênero.

SOUSA, Laelson Rochelle Milanês de

Adaptação Cultural e Validação da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* para homens brasileiros que fazem sexo com outros homens

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: / /

Presidente

Profa. Dra. _____

Instituição _____

Comissão Julgadora

Prof. Dra. _____

Instituição _____

Profa. Dra. _____

Instituição _____

Profa. Dra. _____

Instituição _____

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Renata Karina Reis, pela acolhida na Universidade de São Paulo, orientação, ensinamentos e paciência ao longo da jornada no doutorado.

À Profa. Dra. Elucir Gir pelos ensinamentos acadêmicos e pela amizade desenvolvida.

À Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura por ter contribuído na minha formação como pesquisador.

Aos colegas e amigos da pós-graduação: Natália, pela amizade e por compartilhar esta caminhada em todos os momentos do doutorado; Josué, Victor, Karina, Carla, Belisa, Aline e Mayara pelos bons momentos vividos nas disciplinas cursadas.

Aos orientandos da Profa. Renata: Elizabete, Regina, Marcela, Christéfane e Henrique.

Aos colegas do NAIDST: Lilian, Fernanda e Juliano.

À Banca examinadora pelas contribuições.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, por ter me concedido bolsa de estudos.

Aos meus pais, o Professor e Vereador Marcelo Milanês e a Professora Maria Celene, pela árdua batalha em proporcionar a melhor formação possível aos filhos e por todos os momentos vividos até aqui.

Aos meus irmãos, Pedro Lucas Milanês, Marcelo Milanês Júnior e Marcela Milanês, pela amizade e companheirismo.

Às professoras do ensino infantil, que marcaram minha história: Cruzinha do Enoque; Joana D'Arc Marques; Isaura Nascimento; Joana Alencar e Lucivania Vieira.

À Universidade de São Paulo e à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pela excelência no ensino e pesquisa.

Ao Prof. Dr. Rafael Fernandes de Mesquita, por fazer parte do meu projeto pessoal de formação e crescimento acadêmico e por todas as contribuições, desde 2012: financeira; afetiva, pelo companheirismo e amizade.

RESUMO

SOUSA, Laelson Rochelle Milanês de. Adaptação Cultural e Validação da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* para homens brasileiros que fazem sexo com outros homens. 2021. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Introdução: A infecção causada pelo HIV afeta de forma desigual homens que fazem sexo com homens (HSH) em comparação com a população geral. O teste anti-HIV é uma estratégia importante de acompanhamento da saúde sexual desses homens e as recomendações indicam que este deve ser feito anualmente para aqueles com vida sexual ativa. Entretanto, há barreiras que podem dificultar o acesso à testagem e, no Brasil, ainda não há escalas para identificar e mensurar tais obstáculos. **Objetivo:** O objetivo principal desta tese foi realizar adaptação cultural e validação da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* para homens brasileiros que fazem sexo com outros homens. **Método:** Estudo metodológico para adaptação cultural e validação da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* para homens brasileiros que fazem sexo com outros homens. Essa escala possui 18 itens, três opções de respostas e quatro fatores e possibilita a identificação de diferentes barreiras à testagem anti-HIV. As seguintes etapas foram seguidas para o processo de adaptação cultural e validação: tradução; comitê de juízes; retrotradução (*back-translation*); análise semântica; pré-teste e avaliação das propriedades psicométricas. A escala foi pré-testada (53 pessoas) e, depois, aplicada a 1290 homens que fazem sexo com homens. O instrumento foi disponibilizado por via *online* em redes sociais e em sites de relacionamento, entre Abril e Maio de 2020. Foram realizadas análises de confiabilidade, análise fatorial exploratória, análise fatorial confirmatória, e testes de validade convergente e discriminante. Os dados foram analisados por meio do software SPSS versão 20.0, com apoio no pacote AMOS para realização da análise fatorial confirmatória. Os aspectos éticos foram contemplados. **Resultados:** A confiabilidade geral da escala pelo Alfa de Cronbach foi de 0,89. Foram extraídos quatro fatores na análise fatorial exploratória: F1 – Consequências pessoais; F2 – Barreiras estruturais; F3 – Confidencialidade e F4 – Consequências econômicas e preocupações individuais. A estrutura fatorial da escala foi confirmada e o modelo final obtido na análise fatorial confirmatória apresentou bons índices de ajuste: (χ^2)/GL (2,71); GFI (0,94); RMSEA (0,05); TLI (0,94); NFI (0,93); IFI (0,95); CFI (0,95). A validade convergente foi avaliada pela Confiabilidade Composta (CC) e os resultados foram maiores que 0,7 para os quatro fatores: Fator 1 (0,87); Fator 2 (0,75); Fator 3 (0,77) e Fator 4 (0,73). A validade discriminante foi verificada a partir do critério *Heterotrait-Monotrait Ratio of Correlations* (HTMT) e todos os resultados foram inferiores a 0,85. **Conclusão:** A versão adaptada da escala apresentou confiabilidade e validade satisfatórias para avaliar barreiras ao teste anti-HIV entre HSH e, deste modo, recomenda-se sua aplicação em pesquisas futuras, continuando a verificação de suas propriedades e dimensões, e em ambientes prestadores de serviços de saúde que forneçam testagem anti-HIV para verificações de barreiras a esta, conforme indicação de sua finalidade.

Palavras-chave: Estudo de Validação. Teste anti-HIV. Barreiras. Homens que fazem sexo com homens. Minorias sexuais e de gênero.

ABSTRACT

SOUSA, Laelson Rochelle Milanês de. Cultural Adaptation and Validation of The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version for Brazilian men who have sex with other men. 2021. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Introduction: HIV infection unevenly affects men who have sex with men (MSM) compared to the general population. The HIV test is an important strategy for monitoring these men's sexual health, and the recommendations indicate that it should be done annually for those with an active sex life. However, some barriers can hinder access to testing, and, in Brazil, there are still no scales to identify and measure such obstacles. **Objective:** This thesis's main objective was to perform cultural adaptation and validation of The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version for Brazilian men who have sex with other men. **Method:** Methodological study for cultural adaptation and validation of The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version for Brazilian men who have sex with other men. This scale has 18 items, three answer options, and four factors and allows identifying different barriers to HIV testing. The following steps were followed for the process of cultural adaptation and validation: translation; committee of judges; back-translation; semantic analysis; pre-test and evaluation of psychometric properties. The scale was pre-tested (53 people) and then applied to 1290 men who have sex with men. The instrument was made available online via social networks and social networking sites between April and May 2020. Reliability analyzes, exploratory factor analysis, confirmatory factor analysis, and convergent and discriminant validity tests were performed. The data were analyzed using SPSS software version 20.0, supported by the AMOS package to carry out confirmatory factor analysis. Ethical aspects were considered. **Results:** The general reliability of the scale by Cronbach's alpha was 0.89. Four factors were extracted in the exploratory factor analysis: F1 - Personal consequences; F2 - Structural barriers; F3 - Confidentiality and F4 - Economic consequences and individual concerns. The factorial structure of the scale was confirmed and the final model obtained in the confirmatory factor analysis showed good adjustment rates: (χ^2) / GL (2.71); GFI (0.94); RMSEA (0.05); TLI (0.94); NFI (0.93); IFI (0.95); CFI (0.95). Convergent validity was assessed by Composite Reliability (CC) and the results were greater than 0.7 for the four factors: Factor 1 (0.87); Factor 2 (0.75); Factor 3 (0.77) and Factor 4 (0.73). The discriminant validity was verified using the Heterotrait-Monotrait Ratio of Correlations (HTMT) criteria, and all results were less than 0.85. **Conclusion:** The adapted version of the scale showed satisfactory reliability and validity to assess barriers to anti-HIV testing among MSM and, therefore, its application in future research is recommended, continuing to verify its properties and dimensions, and in environments providing health services that provide anti-HIV testing to check for barriers to it, as indicated by its purpose.

Keywords: Validation Study. HIV testing. Barriers. Men who have sex with men. Sexual and gender minorities.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma de acessos e respostas ao questionário da pesquisa.	37
Figura 2	Fluxograma de acessos e respostas ao questionário da pesquisa na etapa de análise das propriedades psicométricas.....	43
Figura 3	Modelo inicial da Análise Fatorial Confirmatória.....	78
Figura 4	Modelo Final ajustado da Análise Fatorial Confirmatória.....	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Mudanças nos itens da <i>The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version</i> propostas pelos especialistas. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.....	51
Quadro 2	Manifestações de desejos e sugestões para alterações na versão adaptada da <i>The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version</i> . Ribeirão Preto, SP, 2020.....	56
Quadro 3	Manifestações para reformulação de itens da versão adaptada da <i>The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version</i> . Ribeirão Preto, SP, 2020.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfis no Instagram que compartilharam o link da pesquisa entre os meses de Abril e Maio de 2020. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.....	41
Tabela 2	Coeficiente de Validade de Conteúdo para cada Item (CVC-I) para a validação de face e conteúdo por especialistas da <i>The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version</i> . Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.....	53
Tabela 3	Caracterização dos 49 participantes da Análise Semântica. Ribeirão Preto, SP, 2020.....	54
Tabela 4	Distribuição das respostas dos 49 participantes sobre a avaliação geral da versão adaptada da <i>The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version</i> . Ribeirão Preto, SP, 2020.....	56
Tabela 5 -	Segunda Parte da Avaliação Semântica dos itens da <i>The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version</i> . Ribeirão Preto, SP, 2020.	57
Tabela 6	Distribuição das respostas dos HSH (n=53) atribuídas na etapa do pré-teste da <i>The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version</i> . Ribeirão Preto, SP, 2020.....	60
Tabela 7	Caracterização sociodemográfica dos participantes da etapa de AFE (n=649). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	61
Tabela 8	Caracterização do comportamento sexual dos participantes da etapa de AFE (n=649). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	63
Tabela 9	Histórico de testagem anti-HIV dos participantes da etapa de AFE (n=649). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	64
Tabela 10	Informações sobre testagem anti-HIV dos participantes da etapa de AFE (n=649). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	64
Tabela 11	Distribuição das respostas aos itens da versão da <i>The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version</i> em uma amostra de HSH (n=649). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	65
Tabela 12	Escore médios (M) da escala e desvio padrão (DP) para itens individuais, correlação item-total corrigida e consistência interna, se o item for excluído. (n=649) Ribeirão Preto, SP, 2020.....	66
Tabela 13	Testes de esfericidade de Bartlett e a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Ribeirão Preto, SP, 2020.	68
Tabela 14	Cargas Fatoriais e comunalidades (H ²) baseadas no método de extração de componentes principais e rotação oblimin (matriz	69

padrão) sobre os itens da Escala *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*. Ribeirão Preto, SP, 2020.....

Tabela 15	Estatísticas descritivas para a Escala <i>The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version</i> ; número de itens da escala, média, desvios padrões (DP); efeito <i>floor/ceiling</i> e Alfa de Conbrach (α). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	70
Tabela 16	Matriz de correlação entre as subescalas da Escala <i>The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version</i> . Ribeirão Preto, SP, 2020.	71
Tabela 17	Caracterização sociodemográfica dos participantes da etapa de AFC (n=641). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	71
Tabela 18	Caracterização do comportamento sexual dos participantes da etapa de AFC (n=641). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	73
Tabela 19	Histórico de testagem anti-HIV dos participantes da etapa de AFC (n=641). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	74
Tabela 20	Informações sobre testagem anti-HIV dos participantes da etapa de AFC (n=641). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	75
Tabela 21	Distribuição das respostas aos itens da versão da <i>The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version</i> em uma amostra de HSH (n=641). Ribeirão Preto, SP, 2020.....	76
Tabela 22	Análise da normalidade. Ribeirão Preto, SP, 2020.....	77
Tabela 23	Resultados das medidas de ajuste no modelo inicial. Ribeirão Preto, SP, 2020.....	78
Tabela 24	Resultados das medidas de ajuste no modelo final. Ribeirão Preto, SP, 2020.....	80
Tabela 25	Validade Convergente e Discriminante. Ribeirão Preto, SP, 2020.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC -	Análise Fatorial Confirmatória
AFE -	Análise Fatorial Exploratória
BBSS -	Pesquisa Nacional de Vigilância Biológica e Comportamental
CC -	Confiabilidade Composta
CDC -	Centros de Controle e Prevenção de Doenças
CEP -	Comitê de Ética e Pesquisa
CFI -	<i>Comparative Fit Index</i>
CTA -	Centros de Testagem e Aconselhamento
CVC -	Coeficiente de Validade de Conteúdo
CVC-E -	Coeficiente de Validade de Conteúdo para Escalas
CVC-I	Coeficiente de Validade de Conteúdo para cada Item
DP -	Desvio Padrão
EMIS -	<i>European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey</i>
GFI -	<i>Goodness of Fit Index</i>
GL -	Graus de Liberdade
HIV -	Vírus da Imunodeficiência Humana (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)
HSH -	Homens que fazem Sexo com Homens
HTMT -	<i>Heterotrait-Monotrait Ratio of Correlations</i>
IFI -	<i>Incremental Fit Index</i>
KMO -	Kaiser-Meyer-Olkin
MAS -	Medida de Adequação da Amostra
NFI -	<i>Normed Fit Index</i>
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PEP -	Profilaxia Pós-Exposição
PGFI -	<i>Parcimonious Goodness Fit Index</i>
PNFI	<i>Parcimonious Normed Fit Index</i>
PrEP -	Profilaxia Pré-Exposição
PVHA -	Pessoas que Vivem com o HIV/aids
PVHIV -	Pessoas que Vivem com HIV
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
SUS -	Sistema Único de Saúde
TASP -	Tratamento como Prevenção
TCLE-J -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Juízes
TCLEon -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Online
TLI -	<i>Tucker-Lewis Index</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Panorama mundial da infecção causada pelo HIV entre Homens que Fazem Sexo com Homens.....	15
1.2	O teste anti-HIV como estratégia de prevenção integrada aos cuidados de saúde sexual dos HSH.....	18
1.3	Barreiras enfrentadas por HSH para o Teste anti-HIV.....	20
1.4	Objetivos.....	22
1.4.1	Objetivo Geral.....	22
1.4.2	Objetivos Específicos.....	22
2	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	24
2.1	Processo de adaptação cultural de instrumentos de medida....	24
2.2	Propriedades psicométricas.....	26
2.3	Apresentação da <i>The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version</i>	28
3	MÉTODO.....	32
3.1	Tipo de Estudo.....	32
3.2	Procedimentos de adaptação cultural.....	32
3.2.1	Tradução.....	32
3.2.2	Avaliação por Comitê de Juízes.....	33
3.2.3	Retrotradução (<i>Back-translation</i>).....	34
3.2.4	Análise semântica dos itens.....	35
3.3	Pré-teste.....	36
3.4	Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento.....	38
3.4.1	Amostra do estudo.....	38
3.4.2	Coleta de dados.....	38
3.4.3	Análise dos dados.....	43
3.4.3.1	Caracterização dos participantes.....	43
3.4.3.2	Frequência das respostas aos itens da <i>The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version</i>	44
3.4.3.3	Confiabilidade.....	44
3.4.3.4	Validade de construto.....	45
3.4.3.5	Análise Fatorial Exploratória.....	45
3.4.3.6	Análise Fatorial Confirmatória.....	46
3.4.3.7	Validade Convergente e Discriminante.....	48
3.5	Aspectos éticos.....	49
4	RESULTADOS.....	51
4.1	Resultados referentes ao processo de Tradução e Adaptação Cultural da <i>The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version</i>	51
4.1.1	Avaliação do Comitê de Especialistas (Juízes).....	51
4.1.2	Comparação da Versão Inglês Final com a original e envio para a autora.....	53
4.1.3	Análise Semântica.....	54
4.2	Pré-teste.....	59
4.3	Resultados das Análises Psicométricas – Análise Fatorial Exploratória (AFE) (Amostra A).....	61
4.3.1	Resultados da caracterização sociodemográfica e clínica.....	61
4.3.2	Distribuição das respostas aos itens.....	65

4.3.3	Análise de Confiabilidade.....	66
4.3.4	Análise fatorial exploratória (AFE).....	67
4.3.5	Análise Fatorial Confirmatória (Amostra B).....	71
4.3.6	Resultados da caracterização sociodemográfica e clínica.....	71
4.3.7	Distribuição das respostas aos itens.....	75
4.3.8	Análise Fatorial Confirmatória.....	77
4.3.9	Validade Convergente e Discriminante.....	81
5	DISCUSSÃO.....	84
6	CONCLUSÃO.....	95
	REFERÊNCIAS.....	97
	APÊNDICES.....	109
	ANEXOS.....	105

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Panorama mundial da infecção causada pelo HIV entre Homens que Fazem Sexo com Homens

A infecção causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (*Human Immunodeficiency Virus* - HIV) continua um desafio para a saúde em âmbito mundial. Apesar dos avanços obtidos nas áreas de prevenção e tratamento, o número anual de novas infecções diminuiu de forma lenta e gradual. Para atingir a meta 90-90-90 são necessários esforços que superem as nuances que envolvem os casos de novas infecções e o diagnóstico precoce (UNAIDS, 2019).

Há aproximadamente 37,9 milhões [32,7 milhões ~ 44,0 milhões] de Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV) e estão distribuídas no mundo todo. Algumas regiões são atingidas de forma desproporcional, como os países pobres que compõem a região conhecida como África Subsaariana (países africanos localizados abaixo do Deserto do Saara) e os países do leste africano, juntos, estes países somam aproximadamente 55% de todas as pessoas que vivem com HIV no mundo, aproximadamente 21 milhões (UNAIDS, 2019). Conforme dados do Banco Mundial, além da pobreza vivenciada pelos países da região, ainda estão presentes conflitos políticos, falta de energia e problemas de segurança. Todas estas questões refletem na insuficiência de forças para enfrentamento da epidemia causada pela infecção do HIV.

Outras regiões do globo também enfrentam a epidemia, embora com menor intensidade quando comparadas aos países africanos. Há cerca de 1,9 milhões PVHIV na América Latina. Sua distribuição é majoritária em grandes centros urbanos e em populações-chave e vulneráveis. Estima-se que 100.000 pessoas adquiriram o HIV na região, um aumento de 7% comparado com 2010. Aproximadamente metade dos países latinoamericanos presenciou aumentos na incidência entre 2010 e 2018, com a maior taxa foi registrada no Brasil, de 21% (UNAIDS, 2019).

O Brasil possui destaque internacional no oferecimento gratuito do tratamento antirretroviral para PVHIV. Para isso, um dos passos importantes foi obtido em 2007 quando foi assinado o decreto para quebrar a patente do Efavirenz produzido por uma empresa norte-americana (Merck). Esta ação garantiu uma redução de 72% no

custo total do medicamento, viabilizando a continuidade do programa de tratamento do HIV/aids (RODRIGUES; SOLER, 2009).

O tratamento antirretroviral é fornecido de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para as PVHIV desde 1996. O Brasil é um dos países pioneiros dentre aqueles de baixa e média renda. Passados mais de trinta anos após o primeiro caso, a epidemia continua a se expandir. As taxas de novas infecções permaneceram persistentemente altas durante a última década com estimativa de 53.000 novas infecções pelo HIV por ano, mesmo com a cobertura do tratamento antirretroviral no SUS (UNAIDS, 2019).

Foram registrados de 1980 até a junho de 2020, 1.011.617 casos de aids no Brasil, dos quais 633.462 (65,6%) foram em homens e 332.505 (34,4%) em mulheres (BRASIL, 2019). A infecção pelo HIV está desproporcionalmente concentrada em populações-chave, com um impacto entre homens jovens que fazem sexo com homens (HSH) (BRASIL, 2019).

Desta forma, ainda é necessário avançar no enfrentamento da epidemia do HIV no país. Os esforços para o controle estão concentrados no diagnóstico precoce da infecção por meio do fornecimento de testes anti-HIV e programas de educação em saúde, no tratamento das Pessoas que Vivem com o HIV/aids (PVHA) e a combinação de abordagens que incluem: intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais (BRASIL, 2018).

Destaca-se que a epidemia de infecção pelo HIV no Brasil apresenta peculiaridades em termos de concentração em grupos populacionais específicos. A estimativa de prevalência da infecção na população geral é de 0,4% (BRASIL, 2016). Já entre os Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), a segunda Pesquisa Nacional de Vigilância Biológica e Comportamental (BBSS) realizada no Brasil identificou uma prevalência de 18,4% de HIV nesta população (KERR et al., 2018), um aumento superior às expectativas, quando comparada aos dados da primeira pesquisa realizada em 2009, em que se identificou prevalência de 12,1% (KERR et al., 2013).

A diferença exacerbada de casos da infecção entre HSH também é observada em outras regiões do mundo. No Togo, um país africano, foi identificada prevalência de 13,0%, utilizando o mesmo método de recrutamento da BBSS. Tal prevalência no

país africano mostrou-se cinco vezes maior quando comparada com a população geral do país (TECLESSOU et al., 2017).

Outros estudos também indicaram prevalências elevadas: 21,2% no sudoeste da China (YE; GIRI, 2018); 15,0% na Tailândia (SEEKAEW et al., 2018); 8,17% na Guatemala (GARCÍA et al., 2018); e a prevalência do HIV variando de 5,0% (3,3% - 6,8%) a 10,2% (7,8% -12,7%) em Pequim, entre os anos de 2008 e 2016 (CHEN et al., 2018). Apesar das investigações terem utilizado diferentes formas de recrutamento para estimar a prevalência, destaca-se a desproporcionalidade da infecção entre HSH quando comparados com a população geral.

Na Austrália, a epidemiologia do HIV entre HSH apresentou alterações significativas, observadas após a adoção de diretrizes para o tratamento e a implantação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Estes dois eventos ocorreram em 2015 e 2016, respectivamente (MEDLAND et al., 2018). Os advenços biomédicos de combate à infecção podem estar gerando resultados significativos em países de alta renda, ainda não captados pelos estudos. Como a rápida redução dos casos de infecção pelo HIV entre HSH no centro de Londres, na Inglaterra. A explicação parcial para esta redução foi o aumento dos testes anti-HIV entre os HSH, melhor aceitação ao Tratamento Antirretroviral e o incremento da PrEP (NWOKOLO; MCOWAN; POZNIAK, 2017).

Dessa maneira, reforça-se a relevância da adoção de diferentes estratégias combinadas para prevenção e controle do HIV entre os HSH. A prevenção combinada consiste na adoção de diferentes métodos para prevenir a transmissão do HIV, entre elas: o Tratamento como Prevenção (TASP) (RODGER et al, 2016); a PrEP (MCCORMACK et al., 2016); a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) (SCHECHTER et al., 2004); uso consistente de preservativo (THATO; DAENGSAARD; SUKRAK, 2018) e testes de HIV (MAKSUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015).

Os avanços obtidos, tanto na perspectiva preventiva quanto no tratamento do HIV, contribuirão para tornar o teste anti-HIV um elemento central nas estratégias de combate à infecção, pois com o conhecimento do status sorológico há a possibilidade de se estabelecer estratégias eficazes que contribuam para a redução da transmissão do vírus e para a manutenção do bom estado de saúde (CDC, 2018).

1.2 O teste anti-HIV como estratégia de prevenção integrada aos cuidados de saúde sexual dos HSH

A história da testagem anti-HIV passou por inúmeros momentos e a cada dia, com a evolução do tratamento e os novos adventos da prevenção combinada, ganha ressignificação. Quando se traça uma linha na história da infecção, no primeiro momento, em meados dos anos 1980, submeter-se a um teste desta natureza representava dois sentimentos extremos: o primeiro, em caso de resultado positivo, poderia significar uma sentença de morte; o segundo era o fardo de pertencer a grupos ditos de risco, o que agregava uma carga de estigma (REDOSCHI et al., 2017).

A indicação de testes anti-hiv no início da epidemia era prioritária para os antigos grupos de risco. Logo, aquelas pessoas que, repetidas vezes recorriam aos testes eram vistas por profissionais de saúde e pesquisadores como um grupo que necessitava de mais aconselhamento (FISHER et al., 2002).

Esse pensamento inicial foi construído embasado no foco que era dado à prevenção na época, quando eram aconselhadas a abstinência sexual e a fidelidade ao parceiro afetivo/sexual, dois comportamentos que eram considerados métodos prioritários da prevenção ao HIV. Logo, testar-se mais de uma vez em curto espaço de tempo representaria desvio das normas de prevenção estabelecidas (KIPPAX; RACE, 2003).

Nos primeiros anos da epidemia o teste anti-HIV era uma ferramenta diagnóstica e não se pensava como uma estratégia preventiva (PHILLIPS et al., 1995). Nesse sentido, diversos estudos apontaram que os HSH que repetiam o teste diversas vezes eram aqueles com maiores riscos de se infectarem (PHILLIPS et al., 1995; NORTON et al., 1997; LEAITY et al., 2000).

Um destes estudos foi realizado em Londres entre os anos 1995 e 1996 com 965 participantes. Os resultados indicaram associação entre repetir o teste anti-HIV e comportamento sexual de alto risco (NORTON et al., 1997). Nesta mesma linha, outro estudo realizado exclusivamente com HSH indicou que os homens que mais repetiam os testes eram aqueles com maiores riscos de adquirir a infecção (PHILLIPS et al., 1995).

Já nos anos seguintes, próximos ao ano 2000, outro estudo também realizado em Londres encontrou resultados semelhantes aos anteriores, mas traz uma indagação em seu título “*Repeat HIV testing: high-risk behaviour or risk reductions strategy?*” (“Repetindo o teste de HIV: comportamento de alto risco ou estratégia de redução de risco”, em tradução livre), o que amplia as perspectivas de interpretação da testagem, indicando-a como uma estratégia de redução de risco (LEAITY et al., 2000).

À medida que o tratamento ganhou força, melhorou a qualidade de vidas das pessoas vivendo com o vírus, o teste foi sendo incorporado pouco a pouco a uma nova abordagem de prevenção (REDOSCHI et al., 2017).

O teste anti-HIV deixou de ser adotado apenas para o diagnóstico da doença e se tornou fundamental na possibilidade de intervenções que irão interferir positivamente no estado geral de saúde. Com os diagnósticos indicados cada vez mais cedo, as chances de desenvolver a aids e outras doenças são reduzidas mediante a adesão precoce ao tratamento antirretroviral, conforme demonstrado em um ensaio clínico realizado com 4.685 participantes, sobre o início precoce do tratamento (LUNDGREN et al., 2015).

Com os benefícios do tratamento, a testagem se torna cada vez mais relevante na resposta à epidemia, uma vez que se abre a possibilidade de início precoce do tratamento. Considerando que no início do descobrimento da doença ter um diagnóstico positivo poderia causar repercussões de ordem social e psicológica, como o isolamento do convívio cotidiano no meio social, havia controvérsias em sua recomendação e tudo ocorria como um processo extremamente sigiloso (BAYER; EDINGTON, 2009). Mas, em compreensão recente, ter um histórico regular de testes anti-HIV é cada vez mais incentivado por profissionais da saúde, embasados nos benefícios do diagnóstico precoce (RIBEIRO; SACRAMENTO, 2014).

Com o entendimento dos benefícios para a saúde e combate ao HIV proporcionados pelo diagnóstico precoce, órgãos internacionais de saúde, como os CDC e a OMS, publicaram recomendações para a periodicidade de realização do teste anti-HIV. Para os HSH sexualmente ativos, os CDC recomendam que seja realizado uma vez ao ano (BRANSON et al., 2006). A OMS adota como recomendação a mesma periodicidade orientada pelos CDC (OMS, 2010).

Entretanto, para aqueles HSH com riscos aumentados de contrair a infecção, o recomendado é que o teste seja realizado a cada três ou seis meses (CDC, 2020).

Outro exemplo da relevância do teste anti-HIV é a Meta 90-90-90, em que se pretende ter o diagnóstico de 90% das pessoas infectadas, a fim de erradicar a epidemia até o ano de 2030 (UNAIDS, 2014). Assim, o diagnóstico das pessoas soropositivas ao HIV e que desconhecem seu status sorológico é o primeiro passo na cascata do cuidado para o alcance desta meta.

Neste sentido, o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e acesso rápido ao tratamento antirretroviral são ferramentas que contribuem para diminuir a progressão clínica da doença e a transmissão para parcerias afetivo/sexuais (MARKS et al., 2005; MAHONEY et al., 2009; INSIGHT START STUDY GROUP, 2015; RODGER et al., 2019). A identificação precoce dos indivíduos com HIV amplia as possibilidades de controle do vírus, pois a partir do diagnóstico positivo abre-se espaço para acolhimento, aconselhamento, adesão ao tratamento antirretroviral e captação de parcerias para os serviços de testagem e aconselhamento (GÖKENGİN et al., 2014).

1.3 Barreiras enfrentadas por HSH para o Teste anti-HIV

Apesar dos benefícios pautados nos avanços do tratamento, apontados anteriormente sobre o conhecimento do status sorológico, é necessário que se pontue questões que podem dificultar a adesão de HSH aos testes anti-HIV. Uma das questões, conforme Aggleton e Parker (2015) chamam atenção, é a dificuldade de definição de HSH, ressaltando que a crítica às terminologias, e destacam: “Agora, mais do que nunca, é importante perguntar se a linguagem e os conceitos que usamos para falar e pensar sobre o HIV estão à altura da tarefa” (AGGLETON, PARKER, 2015 p. 1554, tradução nossa).

Os autores (AGGLETON, PARKER, 2015) abrem esta discussão para enfatizar a necessidade de reconsideração, pois o termo HSH engloba uma ampla diversidade de experiências individuais, coletivas e culturais que devem ser consideradas ao se englobar um contingente de homens vulneráveis ao HIV, mas que podem apresentar necessidades de saúde distintas. Assim, para o enfrentamento da infecção causada pelo HIV precisam-se considerar as experiências pessoais do indivíduo, destacando que não existe um grupo fechado de

peessoas extremamente semelhantes em suas ações cotidianas (AGGLETON, PARKER, 2015).

Outra ênfase importante é a volatilidade das identidades, que não são engessadas e podem mudar com o tempo, conforme as pessoas vão construindo experiências distintas. Um exemplo é um homem que se reconhece como gay e, no seu passado, o reconhecimento de tal identidade não ocorria (PARKER, 2001). Desta maneira, não se pode ter um olhar acrítico para a terminologia HSH no contexto do HIV/aids, pois se “ignora a importância das diferenças na cultura sexual e na prática sexual, e se confunde identidades e práticas, bem como sexualidade e gênero” (AGGLETON, PARKER, 2015 p. 1554, tradução nossa). Com estas considerações, aqui são apontadas e discutidas as principais barreiras enfrentadas por HSH para a realização de teste anti-HIV.

As investigações sobre barreiras ao teste anti-HIV entre a parcela HSH da população têm mostrado que são necessários esforços para minimizar o desconforto destes em relação às diversas questões que se mostram como influenciadoras na adesão à testagem. A percepção de estigma praticado pela população geral ou por outros HSH se mostra como uma barreira relevante, conforme evidenciado em uma revisão sistemática (LORENC et al., 2011). Outra barreira identificada é a preocupação com confidencialidade da informação (resultado do teste) (XU; ZHENG; KAUFMAN, 2018). Um estudo qualitativo identificou como principal barreira a falta de conscientização ou conhecimento sobre testes entre HSH jovens (PHARR; LOUGH; EZEANOLUE, 2016). Outros estudos realizados com HSH mais jovens identificaram o medo da revelação da orientação sexual para os pais, associação da infecção com a morte, outras relacionadas à comunicação com os profissionais de saúde ou mesmo o próprio resultado do teste (SCHWARCZ et al., 2011; DOWSON et al., 2011; WEI et al., 2014; WONG et al., 2012; SONG et al., 2011).

Ressalta-se que as barreiras ao teste anti-HIV podem ser configuradas de acordo com a cultura em que os HSH estão inseridos, a exemplo, as principais barreiras identificadas na Ásia estão relacionadas à falta de direitos das minorias sexuais que acarretam reflexos mais profundos e podem afetar negativamente, inclusive, na adoção de práticas sexuais seguras (ANDERSON; KANTERS, 2015). No Brasil, avaliar as principais barreiras de acesso aos serviços de saúde enfrentados por HSH ainda é uma necessidade, pois elas são pouco estudadas.

Nesse sentido, instrumentos válidos e confiáveis para avaliar as barreiras ao teste de HIV vivenciadas por HSH brasileiros podem ser ferramentas de apoio. A identificação poderá nortear ações que melhorem o acesso aos serviços de saúde, com testagem e início oportuno do tratamento.

Escalas para esta mensuração são escassas em âmbito mundial. A *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* é uma escala desenvolvida por Wiklander et al. (2015) a partir de um instrumento pré-existente (AWAD et al., 2004) e permite identificar diferentes tipos de barreiras ao teste de HIV, apresentando-se como uma opção para adaptação cultural e validação para aplicação em realidade brasileira.

1.4 Objetivos:

1.4.1 Geral:

- Realizar adaptação cultural e validação da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* para homens brasileiros que fazem sexo com outros homens

1.4.2 Específicos:

- Traduzir e retrotraduzir a *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* para o Português do Brasil;
- Avaliar a validade de face e conteúdo da versão traduzida para o Português do Brasil da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* por meio de Comitê de Juízes;
- Descrever a confiabilidade quanto à estabilidade da versão para o Português do Brasil da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* pelo Coeficiente Alfa de Cronbach;
- Avaliar a validade de construto da versão para o Português do Brasil da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* por meio de análises fatoriais;
- Discutir a estrutura fatorial e dimensões da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*;

- Avaliar a validade convergente e discriminante da versão para o Português do Brasil da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*.

2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

2.1 Processo de adaptação cultural de instrumentos de medida

O aumento da internacionalização das pesquisas e a rápida disseminação da produção de conhecimento cresceram nos últimos anos. Com isso, a prática de replicação de estudos em diferentes países tem aumentado. Nesta perspectiva, Beaton et al. (2000) destacam que o uso de instrumentos de medida por pesquisadores em realidades culturais e idiomáticas distintas daquelas de origem do instrumento têm se tornado comum. Por estes instrumentos terem sido desenvolvidos em realidades distintas, frequentemente em língua inglesa, é necessário considerar que antes da sua replicação é necessário realizar uma série de procedimentos para adequá-los às realidades das populações que serão investigadas.

Especialmente em pesquisas na área da saúde, instrumentos usados de forma equivocada podem desencadear uma série de ações com consequências negativas, como na avaliação da saúde de uma determinada população, conduzindo à tomada de decisão inadequada. Neste sentido, quando se trata de instrumentos de medidas, Beaton et al. (2000) recomendam a adaptação transcultural como método para alcance da equivalência entre o original e o que será aplicado em outro país que não o de origem do instrumento. Os mesmos autores destacam que não basta uma tradução bem conduzida para a nova língua que o instrumento será usado, são necessárias modificações na redação dos itens, com atenção para as peculiaridades culturais. Este rigor na adaptação transcultural confere maior confiança e transparência na condução de uma pesquisa, conferindo maior credibilidade aos resultados encontrados.

A adaptação cultural é recomendada em diferentes casos, o mais claro e necessário é quando se tratam de países, línguas e culturas diferentes. Os itens devem ser traduzidos e adaptados para a nova realidade que se pretende investigar (BEATON et al., 2000). Beaton et al. (2000) publicaram diretrizes para o Processo de Adaptação Transcultural de instrumentos de medida. Essas diretrizes são passos metodológicos bem definidos e aceitos pela comunidade científica internacional e

têm sido usadas por pesquisadores da área da saúde nos últimos anos (OLIVEIRA et al., 2018).

Beaton et al. (2000) recomendam cinco etapas para o processo de adaptação transcultural: I – Tradução inicial; II - Síntese das traduções; III - *Back Translation*; IV – Comitê de especialistas e V – Pré-teste.

I - Tradução Inicial: o primeiro passo para a adaptação transcultural deve ser a tradução direta do instrumento para o idioma de destino, aquele que se pretende investigar. Para esta primeira etapa, uma série de recomendações surge como inerentes ao rigor do método. A primeira delas é que a tradução seja feita por dois tradutores distintos, pois será possível a obtenção de duas versões distintas, o que permite comparações. Possíveis discrepâncias nas versões traduzidas poderão ser solucionadas mediante reuniões para discussão de qual é a tradução mais apropriada para a realidade de destino do instrumento. Outra recomendação é que os tradutores possuam perfis diferentes e que pelo menos um deles não tenha conhecimento da natureza da pesquisa, pois sem essas informações é possível que ele identifique significados ambíguos (BEATON et al., 2000).

II - Síntese das traduções: O objetivo da síntese das traduções é chegar a uma versão consensual que condense aspectos conflituosos entre as duas traduções. O consenso é importante para não refletir pensamento único (BEATON et al., 2000).

III - *Back Translation*: Esta etapa propõe-se a traduzir o instrumento de volta para o idioma original. O objetivo principal da *Back Translation* é garantir a similaridade da versão traduzida com a versão original. Entretanto, os pesquisadores têm usado este recurso como ferramenta para evitar erros esdrúxulos de tradução. As recomendações são semelhantes com a tradução inicial: dois tradutores distintos e sem conhecimento dos objetivos da pesquisa para garantir maior rigor no processo (BEATON et al., 2000).

IV – Comitê de especialistas: Nesta etapa do processo de adaptação transcultural, o pesquisador deve estabelecer critérios para compor o comitê de especialistas. As recomendações são que a composição deve abranger especialistas na temática, metodologistas, tradutores e especialistas no idioma. Os especialistas devem discutir os itens do instrumento a fim de prepará-lo para o pré-teste. Questões relacionadas à adequação de termos à cultura devem ser

ênfatisados a fim de que se chegue a um consenso. O comitê de especialistas analisará as equivalências semânticas e idiomáticas (BEATON et al., 2000).

V – Pré-teste: Esta etapa representa o momento em que o instrumento será aplicado pela primeira vez à população de interesse, após suas modificações. Algumas questões são esperadas com o pré-teste: explorar o campo de pesquisa; testar a aceitabilidade do instrumento pelos participantes da população a ser investigada; analisar como os entrevistados interpretam cada item (BEATON et al., 2000).

A adaptação de instrumentos de medida decorre da criação de escalas em diversos países com culturas diferentes. Um instrumento válido pode ser usado em realidades culturais diversas, desde que seja submetido ao processo de adaptação cultural (ARAFAT, et al., 2016; BEATON et al., 2000). Dessa maneira, a necessidade da adaptação cultural dá-se em virtude das diferenças de expressões existentes nos problemas de saúde e na compreensão do próprio sistema de saúde, que pode variar conforme a cultura do local de pesquisa (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Para a mensuração de constructos, Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) apresentam duas possibilidades viáveis: a primeira consiste em desenvolver uma medida própria e a segunda seria usar uma medida previamente desenvolvida em outra língua. Neste sentido, a utilização de uma medida já existente mostra-se como a o caminho mais viável pela economia de tempo, uma vez que o desenvolvimento de uma nova medida acarreta grandes esforços e demanda mais tempo quando comparado com a utilização de uma medida já existente.

Entretanto, ressalta-se que apesar das facilidades de se usar uma medida já existente, é necessário que o instrumento proposto seja submetido a um rigoroso processo de tradução e adaptação cultural, para que seja válida sua aplicação na realidade cultural desejada, superando a simples tradução livre (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

2.2 Propriedades psicométricas

Para instrumentos submetidos a adaptação transcultural, também precisam ser consideradas as propriedades psicométricas, visto que é essencial a verificação

da equivalência entre o original e a versão adaptada, contribuindo para melhorar a interpretação dos resultados (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Pasquali (2009) ressalta que avaliar as propriedades psicométricas é um procedimento que deve seguir metodologia rígida. A qualidade de um instrumento é verificada mediante a validade e a confiabilidade (FAYERS; MACHIN, 2007)

A **confiabilidade** é uma qualidade atribuída ao teste e se refere à capacidade de medir sem erros. As terminologias variam e encontram-se usualmente os termos confiabilidade ou fidedignidade. Entretanto, não há consenso na literatura sobre o uso dos termos, mas é sabido de alguns deles se configuram de acordo com o que expressa para o teste (PASQUALI, 2009). A medida mais usada para avaliação da confiabilidade de uma escala é o coeficiente Alfa de Cronbach. O valor de limite inferior aceito para esta análise é 0,7 (HAIR et al., 2005).

A utilização do coeficiente Alfa de Cronbach para analisar a confiabilidade de uma escala deve ser ponderada em situações em que o número de itens é elevado, o que se explica pela relação positiva do coeficiente com o número de itens, quanto mais itens presentes em uma escala a tendência é que o Alfa de Cronbach aumente. Este impasse pode ser facilmente resolvido por meio da observação de outras medidas como a confiabilidade composta (HAIR et al., 2005).

Dessa maneira, estudiosos da psicometria apontam técnicas para validação de instrumentos e as resumem em três classes, o modelo trinitário, a saber: validade de construto, validade de conteúdo e validade de critério (PASQUALI, 2005). Em relação à **Validade** de um instrumento, destaca-se que esta pode ser compreendida como a capacidade que um teste tem em mensurar aquilo a que se propõe (PASQUALI, 2005). Partindo desta compreensão, são apresentadas as três classes de validade do modelo trinitário:

1 - Validade de Construto: caracterizada como a mais relevante qualidade psicométrica de uma escala de medida, pois é por meio dela que se pode ser feita a medida de um conceito subjetivo, ou seja, parte-se para a verificação do construto teórico mediante uma aplicação empírica. Pasquali (2009, p. 996) acrescenta: “ela constitui a maneira direta de verificar a hipótese da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes”.

Existem diversas medidas para a verificação da validade de construto, entre elas destacam-se as validades convergente e discriminante, bem como diversos

testes para avaliá-las (SARSTEDT; MOOI, 2014). Dentre as opções para a validade convergente, está a verificação dos valores da confiabilidade composta e, para a validade discriminante, autores publicaram recentemente um novo critério de avaliação: o *Heterotrait-Monotrait Ratio of Correlations* (HTMT) (HENSELER, RINGLE, SARSTEDT, 2015)

2 - Validade de Critério: neste tipo de validade, parte-se do teste para o campo empírico e sua aplicabilidade se ocupa em estipular previsões de comportamentos futuros dos participantes. Ou seja, é o quanto o teste prevê um comportamento futuro. “A validade de critério de um teste consiste no grau de eficácia que ele tem em predizer um desempenho específico de um sujeito” (PASQUALI, 2009, p. 996).

3 - Validade de Conteúdo: este tipo de validade consiste em verificar se um determinado teste abrange todo o conteúdo, “consiste em verificar se o teste constitui uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos (domínio)” (PASQUALI, 2009, p. 998).

2.3 Apresentação da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*

A *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* é uma escala de 18 itens desenvolvida por Wiklander et al. (2015) a partir de um instrumento pré-existente, que possuía 12 itens referentes aos testes anti-HIV (AWAD et al., 2004). A versão Karolinska permite identificar diferentes tipos de barreiras ao teste anti-HIV, com itens acrescentados a partir da experiência clínica dos autores, da realidade sueca e de uma profunda revisão da literatura (WIKLANDER et al. 2015).

O estudo para desenvolvimento da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* foi realizado com pacientes com diagnóstico positivo para o HIV em três grandes clínicas da Suécia. Esse diagnóstico tinha que ter ocorrido até seis meses antes do momento de aplicação da entrevista. Assim, foram incluídas pessoas vivendo com HIV recém diagnosticadas (WIKLANDER et al. 2015). Um total de 285 pessoas vivendo com HIV recém diagnosticadas completaram as respostas aos itens (pelo menos dois terços dos itens). A idade dos respondentes variou de 18 a 70 anos, com média de 40,5. Vale ressaltar que 77% dos participantes nasceram

fora do país em que a escala foi validada e 39% dos respondentes pertenciam ao gênero feminino (WIKLANDER et al. 2015).

A *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* é composta por quatro fatores e 18 itens. Os fatores são: consequências pessoais; barreiras estruturais; barreiras sociais e econômicas e confidencialidade. Os itens possuem três opções de respostas que variam de 0 a 2: não são importantes (0); pouco importantes (1) e muito importantes (2). Os autores destacam que formato simplificado de respostas foi uma escolha viável para englobar uma gama diversificada de respondentes, incluindo pessoas de vários níveis de instrução e até mesmo aqueles com deficiências na alfabetização (WIKLANDER et al. 2015). As características de cada fator identificado na escala são apresentadas a seguir:

Fator 1 – Consequências Pessoais: O Fator 1 é constituído por sete barreiras inerentes às consequências para a vida do próprio indivíduo. São barreiras de cunho pessoal apontadas como dificuldades próprias para realização do teste de HIV: medo de adoecer; medo de consequências negativas para a vida sexual; preocupação de sentir-se fracassado; medo de perder amigos e contatos sociais; medo de perder o parceiro; preocupações com consequências legais e não querer saber o resultado. Para o Fator 1, a consistência interna avaliada pelo α de Cronbach mostrou-se excelente (α 0,91) (WIKLANDER et al. 2015).

Uma pesquisa recente realizada na Suécia com pessoas recém diagnosticadas com HIV identificou que 51% dos participantes relataram barreiras pessoais (GEORGE-SVAHN et al., 2020). Estas barreiras parecem interferir no acesso à testagem anti-HIV entre pessoas residentes em contextos de alta renda e cultura diferente da brasileira.

Fator 2 - Barreiras Estruturais: O Fator 2 é constituído por seis barreiras que dizem respeito à estrutura dos serviços de saúde e à logística de deslocamento: não ter transporte para o local do teste; não saber o local de realização do teste; falta de tempo; morar longe do local do teste; não gostar das pessoas que trabalham no local de realização do teste e não se testar porque não existe cura. Para o Fator 2, a consistência interna avaliada pelo α de Cronbach mostrou-se boa (α 0,78) (WIKLANDER et al. 2015).

Uma revisão sistemática sobre barreiras ao teste de HIV na Europa identificou que a falta de conhecimento sobre o local de realização do teste, especialmente por

parte de imigrantes africanos, foi uma barreira de destaque nos estudos analisados (DEBLONDE et al., 2010). Ademais, 42% dos participantes de uma pesquisa na Suécia relataram barreiras estruturais (GEORGE-SVAHN et al., 2020).

Fator 3 – Segurança Social e Econômica: O Fator 3 é constituído por três barreiras de ordem social e econômica que dizem respeito ao emprego, à renda e à família: medo de perder o emprego; família e seguros de saúde. As barreiras identificadas nesse fator não dizem respeito apenas ao indivíduo que se submeterá ao teste, mas ao conjunto das relações familiares. Para o Fator 3, a consistência interna avaliada pelo α de Cronbach mostrou-se boa (α 0,81) (WIKLANDER et al. 2015).

É importante destacar que as barreiras presentes no fator 3 dependerão do contexto social e econômico em que os participantes estiverem inseridos. Na Suécia, por exemplo, foram as barreiras menos relatadas, conforme identificaram George-Svahn et al. (2020).

Fator 4 – Confidencialidade: O Fator 4 possui duas barreiras relacionadas à confidencialidade: preocupação com a confidencialidade e medo de ser reconhecido no local do teste. Para o Fator 4, a consistência interna avaliada pelo α de Cronbach mostrou-se boa (α 0,81) (WIKLANDER et al. 2015). Outros estudos apontaram a confidencialidade da informação como barreira ao teste de HIV (XU; ZHENG; KAUFMAN, 2018). De fato, o medo da revelação do diagnóstico por meio da violação da confidencialidade do paciente é frequentemente descritos na literatura (DEBLONDE et al., 2010). Ademais, entre suecos recém-diagnosticados com HIV pareceu ser uma barreira relevante (GEORGE-SVAHN et al., 2020).

Destaca-se, ainda, que no estudo primário para desenvolvimento da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*, os autores optaram por desenvolver duas versões da escala, uma em sueco e a outra em inglês, desenvolvidas simultaneamente. Os autores indicam a versão de 18 itens do instrumento para identificar as barreiras ao teste de HIV, com propriedades psicométricas adequadas (WIKLANDER et al. 2015).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

O estudo possui *design* metodológico, transversal, com a proposta que envolveu a tradução, adaptação cultural e validação da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* (ANEXO 1) (WIKLANDER et al. 2015) para o português do Brasil, com uma amostra de Homens que fazem Sexo com Homens usuários de redes sociais.

Os estudos que envolvem processos de construção, tradução, adaptação e validação de escalas que irão avaliar constructos subjetivos (LOBIONDO-WOOD; HABER, 1998) são considerados do tipo metodológico. Enfermeiros pesquisadores têm se apropriado deste tipo de estudo (com diferentes referenciais), especialmente em virtude da necessidade de construir e/ou adaptar instrumentos válidos para aplicação em sua prática profissional a fim de melhorar o cuidado direto ao paciente (OLIVEIRA et al., 2018).

Apesar de os estudos de adaptação cultural utilizarem diferentes percursos metodológicos, uma revisão (OLIVEIRA et al., 2018) sobre o tema na área de enfermagem apontou os mais usados, que são os de Beaton et al. (2007), Beaton et al. (2000) e Guillemin, Bombardier e Beaton (1993).

3.2 Procedimentos de adaptação cultural

Para a adaptação cultural da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* foram seguidas as seguintes etapas: tradução; avaliação por comitê de juízes; consenso da versão em português; retrotradução (*back-translation*); consenso da versão em português e comparação com a original; avaliação semântica; pré-teste e análise das propriedades psicométricas da escala.

3.2.1 Tradução

O processo de tradução foi realizado por dois tradutores distintos, juramentados e independentes, sem conhecimento prévio dos objetivos do estudo. Nenhum deles teve contato prévio com informação que identificasse o artigo original que validou a escala.

O contato com os tradutores ocorreu por meio eletrônico. Foi encaminhado um e-mail para cada tradutor solicitando orçamento de tradução e prazo de entrega, os dois concordaram em realizar a tradução. As duas versões traduzidas do inglês para o português do Brasil foram denominadas Versão Português 1 (Anexo 2) e Versão Português 2 (Anexo 3).

3.2.2 Avaliação por Comitê de Juízes

Realizou-se o comitê de juízes após obter as duas versões da escala traduzidas para o português do Brasil. O juiz necessitava atender a, pelo menos, um destes critérios para ser incluído: ter experiência clínica com pessoas vivendo com HIV, ser pesquisador da área; ter tese/dissertação defendida sobre a temática e ser participante da população de interesse.

Os participantes desta etapa foram contatados por via eletrônica, por meio de um e-mail contendo as informações sobre a tese, objetivos e tempo médio de duração da reunião. A data e horário foram definidos após os cinco juízes terem concordado em participar. Os cinco Juízes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Juízes (TCLE-J) (Apêndice 1) específico para esta etapa.

O Comitê de Juízes foi composto por cinco participantes, quatro especialistas na temática e um membro da população de HSH. Duas das especialistas eram docentes de cursos de graduação em enfermagem, ambas com doutorado e pesquisas desenvolvidas na temática da infecção pelo HIV, uma delas possui experiência clínica com pessoas vivendo com o vírus. Os outros dois eram pós-graduandos *stricto sensu*, uma aluna de doutorado e uma do curso de mestrado. Todos eram membros de grupos de pesquisa que investigam a infecção pelo HIV. Todos os Juízes eram proficientes em Inglês e Português.

O Comitê de Juízes foi realizado por meio de uma reunião presencial com participação do pesquisador principal e a orientadora da tese, em uma sala reservada e conduzido em forma de reunião com intervalos de discussão. Foram apresentadas as duas versões de tradução: Versão Português 1 e Versão Português 2.

Os juízes escolheram item a item entre as duas versões traduzidas, permanecendo aquele que mais se aproximava do contexto brasileiro e do conteúdo original da escala. Naqueles casos em que houve divergência entre os juízes, foram

sugeridas alterações na redação do texto do item, acrescentadas para a confecção da versão pós-comitê de juízes.

Além das discussões item a item, os juízes foram solicitados a analisarem a clareza e representatividade de cada item e da escala como um todo. Para isso, foi utilizado o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC). Os juízes foram convidados a responder uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos: (1) não claro; (2) pouco claro; (3) claro e (4) bastante claro/ (1) não representativo; (2) pouco representativo; (3) representativo e (4) bastante representativo. Ao final, utilizou-se o critério $CVC \geq 0,8$ (POLIT; BECK, 2004).

As análises foram realizadas no *Software Microsoft Office Excel 2007*. Primeiro montou-se o banco de dados, contendo as respostas de cada Juiz: Juiz 1; Juiz 2; Juiz 3; Juiz 4 e Juiz 5. Logo após, foram realizadas as análises. Todos os Juízes aceitaram o convite de participação do comitê e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Juízes (TCLE-J) elaborado para esta etapa da validação.

A reunião durou 65 minutos. Após o Comitê de Juízes, obteve-se a Versão Consensual Português 1 (Anexo 4).

3.2.3 Retrotradução (*Back-translation*)

Após a reunião com o Comitê de Juízes foi obtida uma Versão Consensual, denominada Versão Consensual Português 1 que foi traduzida novamente para a língua de origem da escala. Esta etapa objetivou analisar a qualidade entre a versão original e a versão traduzida.

A retrotradução foi realizada por dois tradutores independentes, juramentados e diferentes dos tradutores que realizaram as traduções 1 e 2. Assim, obtivemos duas versões: Versão Inglês 1 (Anexo 5) e Versão Inglês 2 (Anexo 6). Destaca-se que os tradutores não tiveram conhecimento dos objetivos desta tese ou tiveram contato com a versão original da escala.

Com as duas versões traduzidas em mãos, foi realizada uma reunião (pesquisador e orientadora) para se analisar as versões traduzidas para o inglês e obter uma versão consensual que foi denominada de Versão Inglês Final (Anexo 7).

Foi estabelecido um novo contato com a autora principal da escala, Maria Wiklander, para que ela analisasse a versão retrotraduzida. A autora aprovou a versão enviada.

3.2.4 Análise semântica dos itens

A realização desta etapa objetivou a verificação da compreensibilidade de todos os itens da escala por participantes que constituem a população do estudo.

Os HSH selecionados para a análise semântica foram abordados via *Instagram* e *Whatsapp*. Mensagens de texto foram enviadas a cada um, contendo um convite de participação. Caso aceitassem participar, era enviado o questionário Online, contendo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Online (TCLEon) (Apêndice 2). Eles foram selecionados por conveniência.

Foram enviados 51 convites e todos responderam às mensagens confirmando a aceitação em participar da pesquisa. Entretanto, duas pessoas não completaram as etapas para envio do questionário. Assim, a análise semântica foi realizada por 49 HSH. Todas as respostas foram obtidas em um intervalo de 20 horas, a contar a partir do envio da mensagem de convite.

O número exato de participantes para avaliação semântica de instrumentos é uma questão não consensual entre os estudiosos. Mas, os respondentes devem ser selecionados de forma que se englobem pessoas que representem níveis de habilidades altos e baixos para o construto utilizado (PASQUALI, 1998).

Dessa maneira, os participantes foram selecionados considerando seus níveis de escolaridade, mensurados conforme a quantidade de anos completos de estudo. Buscou-se enviar convites de participação para HSH que tivessem níveis educacionais diferentes.

Foram utilizados dois procedimentos para a coleta de dados desta etapa, que ocorreu no mês de Fevereiro de 2020: 1 – Envio do convite de participação e 2 – Envio do link do formulário online (Apêndice 3) (<https://forms.gle/bxX3ARRqBXxqi69m7>).

Foi elaborado um questionário online na plataforma do Google contendo quatro seções: 1 – TCLEon; 2 - Questões fechadas e abertas sobre a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes; 3 – Questões sobre a avaliação da escala de um modo geral e 4 – Análise semântica para cada item.

A análise semântica foi realizada em duas etapas: na primeira, os participantes responderam questões sobre a avaliação geral da versão adaptada da escala *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*, contendo cinco questões; na segunda parte, mais específica, realizaram-se avaliações individuais para cada item do instrumento. Foi questionado, após a redação de cada item: “Essa questão é importante para avaliação de barreiras para testes anti-HIV?” (opções de respostas: “Sim”, “Às vezes” e “não”) e “Teve alguma dificuldade de compreender essa questão?” (opções de respostas: “Sim” e “Não”). Além disso, na última parte, foi perguntado se o participante tinha o desejo de reescrever com suas próprias palavras algum dos itens. Os dois instrumentos usados para a análise semântica foram adaptados de outros estudos (CASTRO, 2007; STACKFLETH, 2017).

Após a coleta e análise dos dados desta etapa, foram acatadas as sugestões de mudanças nos itens e alterou-se a redação dos itens “8” e “18”. A palavra “havia” (item 8) foi substituída por “existia” e a nova redação ficou da seguinte forma: “Se não existia cura, então porque fazer o teste?”. Seguindo as sugestões obtidas nas duas etapas da análise semântica, a redação do item “18” foi alterada para: “Eu tinha medo de me sentir um derrotado”. A palavra fracasso foi substituída por “derrotado”, tornando assim o item mais compreensível para a população estudada. Após estas alterações, foi obtida uma Versão Consensual Português 2 (ANEXO 8).

3.3 Pré-teste

Após o processo de adaptação, a versão Consensual Português 2 da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* foi aplicada a uma amostra de HSH usuários de redes sociais com a finalidade de se avaliar o desempenho da coleta de dados em ambientes virtuais. Uma amostra de aproximadamente 40 participantes para contemplar esta etapa é considerada adequada (GUILLERMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON, et al., 2000). Assim, 53 HSH participaram do pré-teste.

Os HSH foram selecionados por meio de amostragem intencional, por meio da disponibilização do link (<https://pt.surveymonkey.com/r/W7F3LJ7>) do questionário (Apêndice 4) em uma rede social, o *Instagram*. O link foi postado no perfil pessoal do pesquisador e compartilhado por um seguidor. O questionário era dividido em quatro partes: a primeira continha o título da pesquisa, uma mensagem com um breve

convite de participação, os critérios de inclusão, o TCLE e as opções: “Li os termos e concordo participar da pesquisa” e “Li os termos e não concordo participar da pesquisa”. Ao clicar na primeira opção, o participante tinha acesso às questões, caso clicasse na segunda era direcionado para uma página contendo uma mensagem de agradecimento e forma que não visualizava as questões. Além disso, o questionário foi configurado para receber apenas um questionário por aparelho (Endereço de IP), evitando que os participantes respondessem o questionário mais de uma vez.

Em um intervalo de 20 horas, houve 71 acessos ao questionário e 53 completaram o preenchimento do formulário como um todo. A taxa de conclusão foi de 75%. Os participantes demoraram, em média, oito minutos para concluir a participação nesta etapa. A seguir, ilustra-se:

Figura 1 -Fluxograma de acessos e respostas ao questionário da pesquisa.

A primeira parte do questionário era composta por **questões sociodemográficas**: Identidade de gênero (homem cisgênero, homem transgênero, intergênero, outro); orientação sexual (homossexual, heterossexual, bissexual, pansexual, assexual, outro); Idade em anos completos; estado do Brasil; cor da pele (branca, preta, parda, amarela, não deseja declarar, outra), escolaridade (Sem instrução ou > 1 ano de estudo, Ensino fundamental incompleto, Ensino fund. completo, Ensino médio incompleto, Ensino médio completo, Ensino superior incompleto, Ensino superior completo, especialização, mestrado, doutorado); situação de trabalho (formal, informal, desempregado, aposentado/pensionista, estudante); renda familiar (menos que um salário mínimo, entre um a dois salários

mínimos, entre três a quatro salários mínimos, entre cinco a seis salários mínimos, sete ou mais salários mínimos, sem rendimentos); estado civil (solteiro, casado, união estável/vivejunta, divorciado, separado).

Além disso, **a segunda parte continha variáveis** relacionadas ao comportamento sexual: parceria fixa (sim/não); número de parceiros nos últimos três meses; prática sexual mais frequente (oral, anal receptiva, anal insertiva, gosta de observar, outra); Relação anal sem preservativo (12 meses) (sim, não); Uso consistente do preservativo (sim, não); Uso do preservativo na última relação sexual (sim, não); Uso de gel lubrificante durante a relação sexual (sim, não); Profissional do sexo (sim, não); história de IST (sim, não).

Os participantes responderam ainda questões relacionadas ao histórico de testagem anti-HIV: Já se testou para HIV pelo menos uma vez (sim, não); resultado do Teste (positivo; negativo); testou no último ano (sim, não); testou mais de uma vez nos últimos 6 meses (sim, não). Foi incluída uma pergunta sobre o uso de PrEP (sim, não).

Ademais, o questionário continha perguntas sobre a testagem anti-HIV: Conhece local de realização de testes (sim, não); Recebeu aconselhamento de profissional de saúde para realização do teste (sim, não); Recebeu aconselhamento de um amigo para realização do teste (sim, não); Recebeu gratuitamente preservativo masculino (sim, não); Leu informações na internet sobre prevenção do HIV (sim, não); Leu informações em material impresso sobre prevenção do HIV (sim, não).

3.4 Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento

3.4.1 Amostra do estudo

Os participantes foram selecionados por meio de amostragem por conveniência. Para estudos de validação, as recomendações de amostra centram-se, como regra geral, obter-se um mínimo de respostas por item da escala. Hair et al. (2005) enfatizam que o mais aceitável é ter no mínimo dez respostas por item.

3.4.2 Coleta de dados

A coleta dos dados para análise das propriedades psicométricas ocorreu entre os meses de Abril e Maio de 2020. Foi realizada exclusivamente via internet, por meio de um questionário online (Apêndice 5) construído na plataforma *SurveyMonkey*®.

Para participar desta etapa, o participante deveria atender aos seguintes critérios de inclusão: Ter idade igual ou superior a 18 anos; se identificar como homem; ter nacionalidade brasileira; ter acesso à internet; já ter se relacionado sexualmente com outro homem pelo menos uma vez na vida e ter diagnóstico de HIV negativo/desconhecido (já fez o teste e/ou nunca fez o teste de HIV na vida) ou recém diagnosticado para HIV (menos de seis meses). O critério de exclusão foi não completar as respostas ao questionário até a última página.

O questionário foi dividido em quatro partes: a primeira continha o título da pesquisa, uma mensagem com um breve convite de participação, os critérios de inclusão, o TCLE e as opções: “Li os termos e concordo em participar da pesquisa” e “Li os termos e não concordo em participar da pesquisa”. Ao clicar na primeira opção, o participante tinha acesso às questões e, caso clicasse na segunda, era direcionado para uma página contendo uma mensagem de agradecimento, de forma que não visualizava as questões e sua participação era encerrada.

Após sua criação, o link do questionário foi publicado em diferentes redes sociais: *Instagram*; *Twitter*; *Facebook* e *Grindr* (aplicativo para encontros afetivos/sexuais). As postagens no *Instagram* ocorreram a partir das configurações disponíveis na própria rede social, o link foi postado no recurso “*story*” de cada perfil e permanecia disponível em um intervalo de 24 horas em cada postagem. Ao ler o convite de participação, o internauta tinha a opção de clicar no link e ser direcionado para o questionário na plataforma *SurveyMonkey*.

O contato com os perfis que compartilharam o link da pesquisa ocorreu por meio do próprio *Instagram*, por meio do recurso “mensagem direta”. O pesquisador identificava o perfil, analisava os seguidores e as postagens, para verificar a adesão das publicações aos interesses da pesquisa, e decidia se enviaria a mensagem ou não. O critério de escolha dos perfis foi a publicação de conteúdo de interesse para HSH.

A mensagem enviada aos perfis que compartilharam a pesquisa continha as seguintes informações: apresentação pessoal do pesquisador; objetivos da pesquisa

e explicações sobre possíveis implicações a partir dos resultados obtidos. Caso a resposta fosse positiva, o texto contendo a mensagem de convite de participação e o *link* do questionário eram enviados. Após as 24 horas de publicação da mensagem, o pesquisador enviava uma mensagem de agradecimento pelo compartilhamento do *link*.

Além das publicações nos perfis do *Instagram*, o link da pesquisa foi publicado no *Twitter*, no perfil pessoal do pesquisador e em mais dois perfis, o primeiro perfil pertencia a um garoto de programa e o segundo dedicava-se a publicar conteúdos direcionados ao público LGBTQI+. As postagens no *facebook* ocorreram em um grupo que discute questões relacionadas ao público espectador de *Drag Queens*. O link foi compartilhado por 31 perfis do *Instagram*, todos com mais de 10 mil seguidores. A Tabela 1 mostra a caracterização dos perfis.

Tabela 1. Perfis no Instagram que compartilharam o link da pesquisa entre os meses de Abril e Maio de 2020. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.

Perfil N°	Principais assuntos abordados no perfil	Quantidade de seguidores observada no período de coleta	Quantidade de Vezes publicadas
1	Perfil pessoal que mostra o cotidiano de um casal homossexual	32,1 Mil	1
2	Fotos sensuais de homens. Política e assuntos LGBTQI+	15,6 Mil	1
3	Questões de gênero. Sexualidade, política.	12,1 Mil	1
4	Publicidade, política e questões LGBTQI+.	12 Mil	1
5	Perfil pessoal, cotidiano de um adolescente gay	15,6 Mil	1
6	Perfil pessoal aborda temas voltados para a comunidade LGBTQI+ e mostra o cotidiano com o namorado	12, Mil	1
7	Maquiagem para Drag Queens	17 Mil	1
8	Assuntos LGBTQI+	22,3 Mil	2
9	Assuntos LGBTQI+	29,1 Mil	1
10	Humor LGBTQI+	13,4 Mil	1
11	Perfil de uma casa de homens, assuntos relacionados a viagens e temas para casais homossexuais	29 Mil	1
12	Humor LGBTQI+	28,2 Mil	1
13	Assuntos sobre a diversidade LGBTQI+	50,3 Mil	3
14	Assuntos relacionados à práticas bissexuais	25,7 Mil	1
15	Assuntos LGBTQI+	55,2 Mil	1

16	Assuntos voltados para Drag, ciência e política	11 Mil	1
17	Perfil pessoal, postagens voltadas para o cotidiano com o namorado	43,9 Mil	1
18	Perfil pessoal, postagens voltadas para o cotidiano com o namorado	13,7 Mil	1
19	Humor LGBTQI+	23,5 Mil	1
20	Política nacional, questões de interesse da comunidade LGBTQI+	20,8 Mil	1
21	Literatura LGBTQI+	21,6 Mil	1
22	Perfil pessoal, postagens voltadas para o cotidiano com o namorado	25,5 Mil	1
23	Perfil pessoal que possui postagens direcionadas ao público transgênero	17,6 Mil	1
24	Coreógrafo e assistente de Drag Queen	80,5 Mil	1
25	Perfil pessoal, fotos sensuais	100 Mil	1
26	Perfil dedicado a vender roupas íntimas para homens da comunidade LGBTQI+	17,9 Mil	1
27	Perfil pessoal que aborda atividades corriqueiras e posta fotos sensuais.	12,6 Mil	1
28	Assuntos voltados para Política, LGBTQI+, Drag Queens e ciência.	383 Mil	1
29	Maquiagem para Drag Queens	2 Mil	1
30	Assuntos voltados para a orientação bissexual, como quebra de estigmas.	31,8 Mil	1
31	Assuntos voltados para o público de <i>Drag Queens</i>	26,7 Mil	1

Mil oitocentos e trinta (1830) pessoas acessaram o link do questionário. A taxa de conclusão foi de 70% e o tempo médio de respostas foi de sete minutos. A escala foi respondida por 1298 participantes e oito foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão pré-estabelecidos. A seguir, ilustra-se:

Figura 2 -Fluxograma de acessos e respostas ao questionário da pesquisa na etapa de análise das propriedades psicométricas.

3.4.3 Análise dos dados

Os dados foram analisados conforme:

3.4.3.1 Caracterização dos participantes:

Estatísticas descritivas (frequência) foram utilizadas para a análise das seguintes variáveis: caracterização sociodemográfica: Identidade de gênero (homem cisgênero, homem transgênero, intergênero, outro); orientação sexual (homossexual, heterossexual, bissexual, pansexual, assexual, outro); Idade em anos completos; Região do País (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste); cor da pele (branca, preta, parda, amarela, não deseja declarar, outra), escolaridade (Sem

instrução ou > 1 ano de estudo, Ensino fundamental incompleto, Ensino fundamental completo, Ensino médio incompleto, Ensino médio completo, Ensino superior incompleto, Ensino superior completo, especialização, mestrado, doutorado); situação de trabalho (formal, informal, desempregado, aposentado/pensionista, estudante); renda familiar (menos que um salário mínimo, entre um a dois salários mínimos, entre três a quatro salários mínimos, entre cinco a seis salários mínimos, sete ou mais salários mínimos, sem rendimentos); estado civil (solteiro, casado, união estável/vivejuntos, divorciado, separado).

Comportamento sexual: parceria fixa (sim/não); número de parceiros nos últimos três meses; prática sexual mais frequente (oral, anal receptiva, anal insertiva, gosta de observar, outra); Relação anal sem preservativo (12 meses) (sim, não); Uso consistente do preservativo (sim, não); Uso do preservativo na última relação sexual (sim, não); Uso de gel lubrificante durante a relação sexual (sim, não); Profissional do sexo (sim, não); história de IST (sim, não).

Histórico de testagem anti-HIV: Já se testou para HIV pelo menos uma vez (sim, não); resultado do Teste (positivo; negativo); testou no último ano (sim, não); testou mais de uma vez nos últimos 6 meses (sim, não). Foi incluída uma pergunta sobre o uso de PrEP (sim, não).

Testagem anti-HIV: Conhece local de realização de testes (sim, não); Recebeu aconselhamento de profissional de saúde para realização do teste (sim, não); Recebeu aconselhamento de um amigo para realização do teste (sim, não); Recebeu gratuitamente preservativo masculino (sim, não); Leu informações na internet sobre prevenção do HIV (sim, não); Leu informações em material impresso sobre prevenção do HIV (sim, não).

3.4.3.2 – Frequência das respostas aos itens da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*:

Estatísticas descritivas foram utilizadas para analisar a frequência das respostas aos itens da escala e as opções de respostas eram: Não importante; Pouco importante e Muito importante.

3.4.3.3 –Confiabilidade:

A confiabilidade da versão adaptada da escala foi avaliada por meio da análise da consistência interna, por meio do coeficiente Alfa de Cronbach. Conforme Hair et al. (2005), esta é uma medida com variação de 0 a 1. O limite inferior aceitável é de 0,6 a 0,7. Os valores de Alfa de Cronbach foram avaliados para a escala como um todo e se o item fosse excluído desta. Além disso, foram calculados os escores médios da escala, desvio padrão (DP) para itens individuais e correlação item-total corrigida.

3.4.3.4 – Validade de construto:

Divisão da amostra para as análises fatoriais

A amostra total (1290) foi dividida a partir de um recurso do *software* SPSS para divisão aleatória de casos. O processo resultou em uma amostra dividida em aproximadamente 50% para a Análise Fatorial Exploratória (AFE) (n=649), denominada amostra A e uma segunda amostra para a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (n=641), denominada amostra B. O procedimento metodológico de dividir uma amostra em duas amostras distintas, de forma aleatória, é recomendado quando se tem amostras grandes, conforme afirmam Hair et al. (2005) e este recurso já foi usado por outros autores (TODD et al., 2020).

3.4.3.5– Análise Fatorial Exploratória

A Análise Fatorial Exploratória foi realizada a fim de verificar o comportamento das variáveis e a estrutura fatorial da escala. Todos os pressupostos para este tipo de análise foram verificados. De início, observou-se a matriz de correlações entre as variáveis em que se esperava que as variáveis fossem correlacionadas, o que foi confirmado. Todas as correlações foram estatisticamente significantes. Outros dois testes foram realizados para observação da conveniência de aplicação do modelo fatorial: o teste de esfericidade de Bartlett e a medida de adequação da amostra (MSA) de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

Conforme Hair et al. (2005), a interpretação do KMO é de que quanto mais se aproxima de 1, mais se determina a perfeita previsão de cada variável pelas outras

variáveis. Valores inferiores a 0,50 indicam que os fatores encontrados não conseguem descrever satisfatoriamente as variações dos dados originais (CORRAR et al., 2007). Para o teste de esfericidade de Bartlett, deve observar-se o valor de p , significativo a $p < 0,001$ (Hair et al., 2005).

A extração dos fatores foi realizada por meio de componentes principais e rotação oblínua. A partir do critério Kaiser, foi definida quantidade de fatores (Hair et al., 2005). Foram observadas ainda as comunalidades de cada variável, conforme Hair et al. (2005), o nível de explicação aceitável deve ser superior à 0,5.

Os efeitos *floor* e *ceiling* também foram analisados. Efeito *floor* (porcentagem de participantes que pontuaram suas respostas em nível mais baixo) e o efeito *ceiling* (porcentagem de participantes que pontuaram suas respostas em nível mais alto) (BENNETT et al., 2002).

Não foi realizada nenhuma alteração após a AFE, desta maneira nomeou-se a versão final da escala: Versão em português da Escala de Barreiras para o teste de HIV (ANEXO 9).

3.4.3.6 – Análise Fatorial Confirmatória

Após extração dos fatores por meio da AFE e a verificação e discussão dos seus resultados, realizou-se a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) a fim de avaliar-se a estabilidade dos resultados do modelo fatorial e o grau de generalização dos resultados. Conforme Hair et al. (2005), a AFC é essencial, pois por meio dela é possível descrever se a estrutura dos dados é representativa.

A AFC deve respeitar o pressuposto da normalidade da distribuição dos dados da amostra, verificado por meio dos coeficientes de assimetria univariada (*skewness*) e do achatamento ou curtose univariado (*kurtosis*). Considerou-se que valores superiores a três para *skewness* e superiores a 10 para *kurtosis* violam tal pressuposto e indicam que a estimação do modelo é inadequada (KLINE, 2005).

Para esta análise, utilizou-se o método *Maximum Likelihood* – ML Máxima Verossimilhança. Foi considerado o total de quatro fatores estabelecido na fase de análise anterior e a estrutura fatorial indicada na AFE, não a apresentada inicialmente pelo trabalho de desenvolvimento da escala, apesar da quantidade de fatores ser coincidente. Foram consideradas medidas de ajustes para a estimação do modelo: medidas de ajuste absoluto; medidas de ajuste incremental e medidas

de ajuste parcimonioso. As várias medidas de ajuste, cada uma delas com suas respectivas particularidades e valores, devem ser avaliadas em conjunto para a aceitação de um modelo final. Análises de valores isolados não devem ser consideradas.

Medidas de ajuste absoluto:

Foram utilizadas as seguintes medidas de ajuste absoluto:

- Qui-quadrado (χ^2) – como pressuposto admite-se que o valor de χ^2 não deve ser significativo, espera-se que seja $p > 0,05$; Graus de Liberdade (GL). Uma solução para se calcular medidas de ajuste absoluto é dividir o valor de χ^2 pelos graus de liberdade, com a razão χ^2/GL . Os valores obtidos por meio dessa divisão são considerados aceitáveis quando são menores que três (Kline, 2005). Hair et al. (2005) admitem valores iguais ou menores que cinco. Nesta tese, foram seguidos os parâmetros estabelecidos por Kline (2005) que consideram aceitáveis valores menores que três.
- GFI (*Goodness of Fit Index*): Para esta medida de ajuste os valores variam de 0 (zero) a 1 (um), zero representando o pior valor e um representando ajuste ideal. Admite-se que valores que superem 0,90 indicam bom ajustamento do modelo (LISBOA et al., 2012).
- RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*): É uma medida de ajuste que compensa possíveis tendências do (χ^2). Para esta medida, admite-se que valores menores que 0,08 são aceitáveis (Hair et al., 2005).

Medidas de ajuste incremental:

Para este tipo de ajuste, foram utilizadas as seguintes medidas, que são as mais usuais:

- TLI (*Tucker-Lewis Index*): São aceitáveis valores iguais ou superiores a 0,90 (Hair et al., 2005).
- NFI (*Normed Fit Index*): São aceitáveis valores iguais ou superiores a 0,90 (Hair et al., 2005).

- CFI (*Comparative Fit Index*): São aceitáveis valores iguais ou superiores a 0,90 (Hair et al., 2005).
- IFI (*Incremental Fit Index*): São aceitáveis valores próximos a 0,95 (HU; BENTLER, 1999).

Medidas de ajuste parcimonioso:

As medidas de ajuste parcimonioso verificam se o modelo foi superajustado (HAIR et al., 2005). Foram utilizadas as seguintes medidas:

- PNFI (*Parcimonious Normed Fit Index*): Para esta medida são aceitos valores entre 0,06 e 0,09.
- PGFI (*Parcimonious Goodness Fit Index*): A indicação de um bom ajuste de modelo é confirmada quando essa medida atinge valores próximos a 0,5 (MULAİK et al., 1989).

Os dados foram analisados por meio do *Software* SPSS, versão 20.0, com apoio do pacote AMOS 26 para realizar a AFC.

3.4.3.7 – Validade Convergente e Discriminante

A validade da escala foi avaliada como etapa final de análise de qualidade do instrumento. Destaca-se que a validade de uma escala pode ser entendida como a capacidade de medir com precisão o conceito de interesse que se propõe medir.

Utilizou-se a Confiabilidade Composta (CC) para verificar a validade convergente. Para esta análise, considera-se que valores maiores que 0,7 são satisfatórios ($CC > 0,7$) (COSTA, 2010; HAIR et al., 2009). A validade discriminante foi verificada a partir do critério *Heterotrait-Monotrait Ratio of Correlations* (HTMT) (HENSELER, RINGLE, SARSTEDT, 2015), uma opção mais recente e robusta aos critérios Fornell-Larcker (A raiz quadrada de variância média extraída deve ser maior do que a correlação do construto com todos os outros construtos) e ao critério de Cross-Loadings (cargas cruzadas – verificação de variáveis que possuem cargas fatoriais altas em mais de um fator). Desta forma, o parâmetro é que o resultado da verificação HTMT seja inferior a 0,85, se tomada como uma medida rigorosa, ou inferior a 0,9, se tomada como medida mais liberal (HENSELER, RINGLE, SARSTEDT, 2015).

3.5 Aspectos éticos

Foi realizado um contato inicial com a autora principal da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*, Wiklander M, solicitando autorização para utilização da escala no Brasil. A autora autorizou a tradução e adaptação do instrumento para o Brasil (ANEXO 10).

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e obteve aprovação sob parecer nº 3.172.445 e CAAE nº 06609319.0.0000.5393(ANEXO 11). Ressalta-se que a pesquisa atendeu aos pré-requisitos das Resoluções 466/2012 e 510/2016 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012/2016). A pesquisa respeitou os preceitos éticos destas resoluções, em especial da Resolução 510/2016 que trata de normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

Todos os participantes concederam seu consentimento livre e esclarecido, online por meio da opção “concordo”, após esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos mediante leitura do TCLEon. O anonimato dos participantes foi garantido.

4 Resultados

Um total de 1392 HSH das cinco regiões do Brasil participou do estudo. Dentre estes, 49 participaram da fase de análise semântica, 53 do pré-teste, 649 da etapa de AFE e 641 da etapa de AFC.

4.1 Resultados referentes ao processo de Tradução e Adaptação Cultural da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*

4.1.1 Avaliação do Comitê de Especialistas (Juízes)

Os resultados obtidos no comitê de especialistas são apresentados no Quadro 1 e na Tabela 1. Mudanças na redação de nove dos dezoito itens da escala foram sugeridas. Estas sugestões estão demonstradas no Quadro 1. Considerou-se a clareza/compreensão e/ou a representatividade dos itens avaliados de forma individual.

Quadro 1: Mudanças nos itens da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* propostas pelos especialistas. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.

Origem da Versão Português Consensual 01			
Itens	Itens Traduzidos	Sugestão para Modificação	Versão Consensual do Item
1	Eu não tinha um transporte a um local do teste	Retirar: “a um”. Acrescentar: “para ir ao”.	Eu não tinha um transporte para ir ao local do teste
2	Eu não sabia onde ir fazer o teste	-	Eu não sabia onde ir fazer o teste
3	Eu não tinha tempo para ir fazer o teste	Acrescentar: “suficiente”	Eu não tinha tempo suficiente para ir fazer o teste
4	O local onde faziam testes era muito distante	-	O local onde faziam testes era muito distante
5	Eu não gostava das pessoas do local do teste	-	Eu não gostava das pessoas do local do teste
6	Eu me preocupava com a confidencialidade	Retirar: “confidencialidade”. Acrescentar: “sigilo”	Eu me preocupava com o

			sigilo
7	Eu poderia ser reconhecido no local do teste	-	Eu poderia ser reconhecido no local do teste
8	Se não havia cura, então porque fazer o teste?	-	Se não havia cura, então porque fazer o teste?
9	Eu não queria saber o resultado	Acrescentar: “do teste”	Eu não queria saber o resultado do teste
10	Eu me preocupava com meu seguro de vida	Retirar: “seguro de vida. Acrescentar: “plano de saúde”.	Eu me preocupava com meu plano de saúde
11	Eu receava perder meu emprego	Retirar: “receava”. Acrescentar: “tinha medo de”	Eu tinha medo de perder meu emprego
12	Eu tinha medo de perder meu (minha) parceiro (a)	-	Eu tinha medo de perder meu (minha) parceiro (a)
13	Eu tinha receio de perder minha família	Retirar: “receio”. Acrescentar: “medo”.	Eu tinha medo de perder minha família
14	Eu receava perder meus amigos e contatos sociais	Retirar: “receava”. Acrescentar: “tinha medo de”	Eu tinha medo de perder meus amigos e contatos sociais
15	Eu tinha receio de que afetasse minha vida sexual	Retirar: “receio”. Acrescentar: “medo”.	Eu tinha medo de que afetasse minha vida sexual
16	Eu tinha medo de ficar doente	-	Eu tinha medo de ficar doente
17	Eu estava preocupado com as conseqüências legais	-	Eu estava preocupado com as conseqüências legais
18	Eu tinha medo de me sentir um fracasso	-	Eu tinha medo de me sentir um fracasso

Os juízes sugeriram pequenas alterações na redação dos itens para facilitar a compreensão dos participantes potenciais. Optou-se por substituir a palavra “confidencialidade” por “sigilo”, pois “sigilo” é mais facilmente relacionado aos resultados de testes anti-HIV.

No item 10, a sugestão foi retirar “seguro de vida” e acrescentar “plano de saúde”, por ser mais usual no Brasil como instrumento de acesso aos sistemas privados de saúde. Nos itens subsequentes, “receio” foi substituído por “medo”.

Pelo menos um especialista atribuiu o escore2 (pouco representativo/pouco claro) a quatro itens (10, 12, 14 e 18) e os cinco especialistas foram unânimes na atribuição de 2 ao item 10. Desta forma, 14 itens receberam pontuação 3 ou 4 (representativo ou muito representativo/ claro ou muito claro).

Após a discussão entre os especialistas para se obter uma versão consensual traduzida para o português, eles foram convidados a responder perguntas sobre a clareza e representatividade de cada item e da escala como um todo. Utilizou-se o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) para a análise do resultado deste questionamento.

As pontuações do Coeficiente de Validade de Conteúdo para cada Item (CVC-I) variaram de 0,5 a 1. O Coeficiente de Validade de Conteúdo para Escalas (CVC-E) é o cálculo da média das pontuações dos CVC-I em relação ao número total de itens do instrumento (18), e foi igual a 0,88, valor considerado alto, conforme é observado na Tabela 2.

Tabela 2 – Coeficiente de Validade de Conteúdo para cada Item (CVC-I) para a validação de face e conteúdo por especialistas da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.

Item	CVC-I*		Item	CVC-I	
	Clareza	Representatividade		Clareza	Representatividade
Item 01	0,75	0,95	Item 10	0,6	0,5
Item 02	0,9	1	Item 11	0,95	0,95
Item 03	1	1	Item 12	0,85	0,95
Item 04	0,85	0,95	Item 13	1	1
Item 05	0,85	0,9	Item 14	0,9	0,95
Item 06	0,8	1	Item 15	0,8	0,95
Item 07	0,9	0,9	Item 16	0,85	0,95
Item 08	0,85	0,85	Item 17	0,75	0,65
Item 09	0,95	0,95	Item 18	0,85	0,9

* Coeficiente de Validade de Conteúdo para cada Item

Após as alterações sugeridas pelos Juízes, obteve-se a Versão Consensual Português 1.

4.1.2 Comparação da Versão Inglês Final com a original e envio para a autora

Em seguida à reunião com o comitê de juízes foi obtida uma Versão Consensual Português 1, apresentada, que foi traduzida para a língua de origem da escala, originando a Versão Inglês 1 e Versão Inglês 2 (*backtranslation*). As versões foram objeto de discussão entre os pesquisadores deste trabalho. Uma Versão Inglês Final foi proposta e enviada para a autora da escala, que a aprovou. Não houve alterações ou sugestões de mudanças. Compararam-se, assim, as duas versões e foram escolhidos os itens traduzidos que mais se aproximavam da versão original.

4.1.3 Análise Semântica

Quarenta e nove (49) HSH participaram da etapa de análise semântica da Versão Português Consensual 1 da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*. A caracterização dos participantes encontra-se disposta na Tabela 2. A média de idade foi de 26,43 anos (DP 4,316), variando de 18 aos 38 anos, 48 (98,0%) eram Homens Cisgênero, 43 (87,8%) homossexuais, 41 (83,7%) naturais do estado do Piauí e 42 (85,7%) solteiros.

Quanto à história de testagem anti-HIV, 45 (93,75%) participantes já haviam se testado pelo menos uma vez na vida e os resultados foram negativos 45 (100,0%). 12 (30,8%) se testaram mais de uma vez nos últimos seis meses, conforme é observado na Tabela 3.

Tabela 3 -Caracterização dos 49 participantes da Análise Semântica. Ribeirão Preto, SP, 2020.

Variável	n (%)
Faixa etária	
≤30	43 (87,8)
≥31	6 (12,2)
Gênero	
Homem Cis	48 (98,0)
Não Binário	1 (2,0)
Orientação Sexual	
Homossexual	43 (87,8)
Bissexual	5 (10,8)
Pansexual	1 (2,0)
Estado da Federação	
Piauí	41 (83,7)

Maranhão	2 (4,1)
Ceará	3 (6,1)
Pernambuco	1 (2,0)
São Paulo	2 (4,1)
Cor	
Preta	8 (16,3)
Branca	19 (38,8)
Parda	22 (44,9)
Estado Civil	
Solteiro	42 (85,7)
Casado/União estável	7 (14,3)
Trabalho remunerado	
Ativo	25 (51,0)
Inativo	24 (49,0)
Renda*	
Até 2 Salários mínimos	15 (30,6)
Mais de dois Salários	34 (69,4)
História de Teste anti-HIV	
Já se testou alguma vez	
Sim	45 (93,75)
Não	4 (6,25)
Resultado do teste	
Positivo	-
Negativo	45 (100,0)
Testou no Último ano	
Sim	36 (80,0)
Não	9 (20,0)
Mais de um teste no último ano	
Sim	19 (43,2)
Não	25 (56,8)
Mais de um teste nos últimos seis meses	
Sim	12 (30,8)
Não	27 (69,2)

*Salário mínimo no Brasil (2020): R\$ 1.035,00.

A análise semântica foi dividida em duas partes: a primeira contendo perguntas sobre a impressão geral da escala e a segunda, mais específica, com avaliações individuais para cada item do instrumento. Os resultados da avaliação geral encontram-se na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das respostas dos 49 participantes sobre a avaliação geral da versão adaptada da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*. Ribeirão Preto, SP, 2020.

Avaliação Geral	Categoria	n (%)
O que você achou, de um modo geral, da nossa escala?	Boa	45 (91,8)
	Regular	3 (6,1)
	Ruim	1 (2,0)
As questões são compreensíveis?	Fáceis	46 (93,9)
	Regular	2 (4,1)
	Difíceis	1 (2,0)
Você teve alguma dificuldade em responder a escala de resposta?	Sim	1 (2,0)
	Mais ou Menos	2 (4,1)
	Não	46 (93,9)
Você considera essas questões importantes barreiras para a realização de testes anti-HIV?	Sim	49 (100,0)

Quanto à avaliação geral, 45 (91,8%) participantes avaliaram a versão adaptada da escala como boa e 46 (93,9%) acharam que as questões são de fácil compreensão. Quanto às dificuldades para responder a escala, 46 (93,9%) informaram não ter tido dificuldades e todos consideraram que as questões presentes na escala são itens contendo importantes barreiras para a realização de testes anti-HIV.

Além disso, foi perguntado aos participantes, com a opção de respostas “abertas”, sobre o desejo de mudar algum dos itens da escala. As respostas estão do organizadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Manifestações de desejos e sugestões para alterações na versão adaptada da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*. Ribeirão Preto, SP, 2020.

Questão	Respostas
Você gostaria de mudar alguma coisa na escala?	1 - Acrescentar questões como: eu sabia que o teste era feito gratuitamente? Eu sabia onde se fazia o teste?
	2 - Mudaria a redação do item 8, tornando-o mais formal/impessoal.
	3 - Perto da perfeição, não mudaria nada. Fiquei somente pensando sobre a parte das consequências legais, se realmente as pessoas vão entender que se refere às leis e tudo mais, pode abrir parênteses e colocar exemplo ou é

	muita viagem minha?
--	---------------------

Sobre o primeiro questionamento, não foi acrescentado nenhum item novo na escala adaptada em virtude da proposta do estudo e do referencial teórico-metodológico adotado nesta tese. O item 8 foi alterado após a segunda etapa da análise semântica.

Na segunda etapa da validação semântica foram analisados os itens quanto a sua importância para a avaliação de barreiras e se o participante teve dificuldades em respondê-lo. Os resultados da avaliação específica encontram-se na Tabela 5.

Tabela 5 -Segunda Parte da Avaliação Semântica dos itens da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*. Ribeirão Preto, SP, 2020.

Itens da escala*	Essa questão é importante para avaliação de barreiras para testes anti-HIV?		Teve alguma dificuldade de compreender essa questão?	
	Categoria	n (%)	Categoria	n (%)
1. Eu não tinha um transporte para ir ao local do teste	Sim	22 (44,9)	Sim	1 (2,0)
	Às vezes	11 (22,4)	Não	48 (98,0)
	Não	16 (32,7)		
2. Eu não sabia onde ir fazer o teste	Sim	32 (65,3)	Sim	-
	Às vezes	9 (18,4)	Não	49 (100,0)
	Não	8 (16,3)		
3. Eu não tinha tempo suficiente para ir fazer o teste	Sim	23 (46,9)	Sim	1 (2,0)
	Às vezes	10 (20,4)	Não	48 (98,0)
	Não	16 (32,7)		
4. O local onde faziam testes era muito distante	Sim	28 (57,1)	Sim	1 (2,0)
	Às vezes	6 (12,2)	Não	48 (98,0)
	Não	15 (30,6)		
5. Eu não gostava das pessoas do local do teste	Sim	22 (35,5)	Sim	1 (2,0)
	Às vezes	8 (12,9)	Não	48 (98,0)
	Não	19 (30,6)		
6. Eu me preocupava com o sigilo	Sim	40 (81,6)	Sim	-
	Às vezes	6 (12,2)	Não	49 (100,0)
	Não	3 (6,1%)		
7. Eu poderia ser reconhecido no local do teste	Sim	31 (63,3)	Sim	2 (4,1)
	Às vezes	12 (24,5)	Não	47 (95,9)
	Não	6 (12,2)		

8. Se não havia cura, então porque fazer o teste?	Sim Às vezes Não	32 (65,3) 4 (8,2) 13 (26,5)	Sim Não	5 (10,2) 44 (89,8)
9. Eu não queria saber o resultado do teste	Sim Às vezes Não	36 (73,5) 3 (6,1) 10 (20,4)	Sim Não	1 (2,0) 48 (98,0)
10. Eu me preocupava com meu plano de saúde	Sim Às vezes Não	23 (46,9) 13 (26,5) 13 (26,5)	Sim Não	2 (4,1) 47 (95,9)
11. Eu tinha medo de perder meu emprego	Sim Às vezes Não	33 (67,3) 1 (2,0) 15 (30,6)	Sim Não	2 (4,1) 47 (95,9)
13. Eu tinha medo de perder minha família	Sim Às vezes Não	32 (65,3) 8 (16,3) 9 (18,4)	Sim Não	- 49 (100,0)
12. Eu tinha medo de perder meu (minha) parceiro (a)	Sim Às vezes Não	32 (65,3) 4 (8,2) 13 (26,5)	Sim Não	1 (2,0) 48 (98,0)
14. Eu tinha medo de perder meus amigos e contatos sociais	Sim Às vezes Não	36 (73,5) 5 (10,2) 8 (16,3)	Sim Não	- 49 (100,0)
15. Eu tinha medo de que afetasse minha vida sexual	Sim Às vezes Não	39 (79,6) 6 (12,2) 4 (8,2)	Sim Não	1 (2,0) 48 (98,0)
16. Eu tinha medo de ficar doente	Sim Às vezes Não	40 (81,6) 2 (4,1) 7 (14,3)	Sim Não	1 (2,0) 48 (98,0)
17. Eu estava preocupado com as consequências legais	Sim Às vezes Não	29 (59,2) 9 (18,4) 11 (22,4)	Sim Não	3 (6,1) 46 (93,9)
18. Eu tinha medo de me sentir um fracasso	Sim Às vezes Não	37 (75,5) 2 (4,1) 10 (20,4)	Sim Não	1 (2,0) 48 (98,0)

*Versão Consensual após Comitê de Juízes

Na avaliação individual, todos os participantes indicaram que não tiveram nenhuma dificuldade de compreensão dos itens “2” (49, 100,0%), “6” (49, 100,0%), “12” (49, 100,0%) e “14” (49, 100,0%). Quanto aos demais, 5 (10,2%) tiveram

alguma dificuldade em compreender a redação do item “8”. Quando questionados sobre a relevância do item para avaliar barreiras de acesso a testes anti-HIV, os itens “6” (40; 81,6%), “15” (39, 79,6%) e “16” (40, 81,6%) tiveram as maiores pontuações.

Além das duas perguntas contidas na Tabela 03, após leitura da escala foi apresentado o seguinte questionamento: “Você gostaria de reformular algum dos itens colocando ele em suas palavras? Caso sim, por favor, reformule”. As respostas estão dispostas do Quadro 3.

Quadro 3 - Manifestações para reformulação de itens da versão adaptada da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*. Ribeirão Preto, SP, 2020.

Questionamento	Respostas
Gostaria de Reformular algum dos itens colocando ele em suas palavras?	Trocaria a questão 1 por "tive dificuldades para me deslocar até o local do teste"
	Sugiro trocar a palavra fracasso por alguma outra mais popular.
	Mudar o item 8.

Seguindo as sugestões obtidas nas duas etapas da análise semântica, a redação do item “18” foi alterada para: “Eu tinha medo de me sentir um derrotado”. A palavra fracasso foi substituída por “derrotado”, tornando assim o item mais compreensível para a população estudada. Outra sugestão acatada foi mudar a redação do item “8”. A palavra “havia” foi substituída por “existia” e a nova redação ficou da seguinte forma: “Se não existia cura, então porque fazer o teste?”. Após estas alteração foi obtida uma Versão Consensual Português 2. A redação do item “1” permaneceu sem alterações conforme a Versão Consensual Português 1.

4.2 Pré-teste

Cinquenta e três (53) HSH participaram dessa etapa. A maioria se identificou como homem cisgênero 48 (90,6%), homossexual 47 (88,7%), do Piauí 42 (79,2%), de cor da pele parda 25 (44,6%), com ensino superior incompleto 21 (39,6%), com trabalho formal 22 (41,5%), solteiros 45 (84,9%), sem parceiro fixo 31 (58,5%), usavam álcool 43 (81,1%), não usavam tabaco 46 (86,8%), tiveram um parceiro sexual nos últimos três meses 22 (41,5%), a posição anal receptivo (passivo) foi a prática sexual mais frequente 21 (39,6%).

Os participantes responderam questões relacionadas ao uso do preservativo. Um total de 40 (75,5%) recebeu preservativo masculino de forma gratuita, 34 (64,2%) tiveram uma relação anal sem preservativo nos últimos doze meses, 44 (83%) não usam preservativo masculino em todas as relações sexuais, 33 (58,9%) usaram preservativo masculino na última relação sexual e 49 (92,5%) usaram gel lubrificante durante as relações sexuais.

Quanto ao histórico de testes anti-HIV, 46 (86,8%) já se testaram alguma vez e 2 (3,8%) obtiveram resultado positivo. Quanto à testagem regular, 38 (71,7%) havia se testado no último ano e 12 (22,6%) realizaram o teste mais de uma vez nos últimos seis meses.

Os participantes foram indagados sobre aconselhamentos para realização de teste anti-HIV. 28 (52,8%) receberam conselhos por profissionais de saúde para realização do teste, 33 (62,3%) foram aconselhados por amigos. 45 (84,9%) leram informações de prevenção do HIV na internet e 27 (50,9%) leram materiais impressos nos últimos doze meses.

Ao todo, 53 HSH responderam a todos os itens da escala, não havendo perda de respostas em nenhum dos itens. As frequências das respostas são apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição das respostas dos HSH (n=53) atribuídas na etapa do pré-teste da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*. Ribeirão Preto, SP, 2020.

Item	Não importante	Pouco importante	Muito importante
	n (%)	n (%)	n (%)
Item 1	27 (50,9%)	18 (34,0%)	8 (15,1%)
Item 2	21 (39,6%)	11 (20,8%)	21 (39,6%)
Item 3	16 (30,2%)	27 (50,9%)	10 (18,9%)
Item 4	27 (50,9%)	18 (34,%)	8 (15,1%)
Item 5	27 (50,9%)	17 (32,1%)	9 (17,0%)
Item 6	6 (11,3%)	17 (32,1%)	30 (56,6%)
Item 7	12 (22,6%)	21 (39,6%)	20 (37,7%)
Item 8	32 (60,4%)	8 (15,1%)	13 (25,5%)
Item 9	20 (37,7%)	9 (17,0%)	24 (45,3%)
Item 10	29 (54,7%)	10 (18,9%)	14 (26,4%)
Item 11	27 (50,9%)	13 (24,5%)	13 (24,5%)
Item 12	16 (30,2%)	14 (26,4%)	23 (43,4%)
Item 13	23 (43,4%)	8 (15,1%)	22 (41,5%)
Item 14	12 (22,6%)	18 (34%)	23 (43,4%)
Item 15	10 (18,9%)	12 (22,6%)	31 (58,5%)
Item 16	8 (15,1%)	9 (17%)	36 (67,9%)

Item 17	16 (30,2%)	21 (39,6%)	16 (30,2%)
Item 18	11 (20,8%)	9 (17%)	33 (62,3%)

4.3 Resultados das Análises Psicométricas – Análise Fatorial Exploratória (AFE) (Amostra A)

4.3.1 Resultados da caracterização sociodemográfica e clínica

Um conjunto de 649 HSH participou da etapa de AFE. Quanto à caracterização sociodemográfica, 584 (90%) eram homens cisgênero, 547 (84,3%) homossexuais, 448 (69%) com idade de 18 a 29 anos, 317 (48,8%) brancos, 194 (29,9%) com ensino superior incompleto, 312 (48,1%) inseridos no mercado de trabalho formal, 224 (34,5%) com renda familiar de até dois salários mínimos e 550 (84,7%) solteiros, conforme a Tabela 7.

Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica dos participantes da etapa de AFE (n=649). Ribeirão Preto, SP, 2020.

Variáveis	Nº	%
Identidade de gênero		
Homem cisgênero	584	90,0
Homem transgênero	8	1,2
Intergênero	8	1,2
Outro	49	7,6
Orientação sexual		
Homossexual	547	84,3
Heterossexual	6	0,9
Bissexual	71	10,9
Pansexual	16	2,5
Assexual	2	0,3
Outro	7	1,1
Idade (anos completos)		
18 a 29	448	69,0
30 a 39	159	24,5
40 a 49	29	4,5
50 a 59	13	2
60 anos e mais	-	-
Região do país		
Nordeste	291	44,83
Sudeste	221	34,05
Sul	75	11,55
Centro-Oeste	46	7,08
Norte	16	2,46
Cor da pele		

Branca	317	48,8
Preta	75	11,6
Parda	241	37,1
Amarela	9	1,4
Não declarado	6	0,9
Outra	1	0,2
Escolaridade		
Sem instrução ou > 1 ano de estudo	-	-
Ensino fund. incompleto	4	0,6
Ensino fund. completo	6	0,9
Ensino médio incompleto	21	3,2
Ensino médio completo	91	14,0
Ensino superior incompleto	194	29,9
Ensino superior completo	173	26,7
Especialização	109	16,8
Mestrado	36	5,5
Doutorado	15	2,3
Trabalho		
Trabalho formal	312	48,1
Trabalho informal	85	13,1
Desempregado	84	12,9
Aposentado/pensionista	3	0,5
Estudante	165	25,4
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	67	10,3
Entre 1 e 2 salários mínimos	224	34,5
Entre 3 a 4 salários mínimos	171	26,3
Entre 5 a 6 salários mínimos	76	11,7
7 ou mais salários mínimos	96	14,8
Sem rendimentos	15	2,3
Estado civil		
Solteiro	550	84,7
Casado	25	3,9
União estável	70	10,8
Divorciado	2	0,3
Viúvo	2	0,3

*Salário mínimo no Brasil no momento da coleta: R\$ 1.035,00.

Quanto ao comportamento sexual, 404 (62,2%) não possuíam parceria (afetivo-sexual) fixa, 317 (48,8%) se relacionaram com até um parceiro nos últimos três meses, 224 (34,5%) relataram a prática sexual anal receptiva (passivo) como a mais frequente, 549 (86,4%) não usavam o preservativo de forma consistente, 332 (51,2%) usaram preservativo na última relação sexual, 528 (81,4%) usaram gel lubrificante durante as relações sexuais e 409 (63%) nunca tiveram alguma IST, conforme Tabela 8.

Tabela 8 - Caracterização do comportamento sexual dos participantes da etapa de AFE (n=649). Ribeirão Preto, SP, 2020.

Variáveis	Nº	%
Parceria Fixa		
Sim	245	37,8
Não	404	62,2
Número de parceiros (últimos 3 meses)		
Até 1	317	48,8
2 a 5	260	40,1
6 a 10	51	7,9
Mais de 11	21	3,2
Prática sexual		
Oral	166	26,6
Anal receptiva	224	34,5
Anal insertiva	211	32,5
Observador	5	0,8
Outra	43	6,6
Relação anal sem preservativo (12 meses)		
Sim	464	71,5
Não	185	28,5
Uso consistente do preservativo		
Sim	100	15,4
Não	549	84,6
Uso do preservativo na última relação sexual		
Sim	332	51,2
Não	317	48,8
Uso de gel lubrificante		
Sim	528	81,4
Não	121	18,6
Profissional do sexo		
Sim	10	1,5
Não	639	98,7
Já teve IST		
Sim	240	37,0
Não	409	63,0

Quanto ao histórico de testagem anti-HIV entre os participantes, 521 (80,3%) realizaram o teste pelo menos uma vez na vida, 68 (12,7%) receberam diagnóstico positivo e 371 (69,2%) se testaram no último ano, conforme Tabela 9.

Tabela 9 - Histórico de testagem anti-HIV dos participantes da etapa de AFE (n=649). Ribeirão Preto, SP, 2020.

Variáveis	N%	%
Já se testou para HIV pelo menos uma vez (n=649)		
Sim	521	80,3
Não	128	19,7
Resultado do Teste (n=536)		
Negativo	468	77,3
Positivo	68	12,7
Testou no último ano (n=536)		
Sim	371	69,2
Não	165	30,8
Testou mais de uma vez nos últimos 6 meses (n=499)		
Sim	179	35,9
Não	320	64,1
Uso de PrEP (n=649)		
Sim	41	6,3
Não	608	93,7

Quanto às informações sobre o teste anti-HIV, 473 (72,9%) conheciam um local que realizasse testes, 337 (51,9%) receberam aconselhamento de profissional de saúde para realização do teste, 538 (82,9%) leram informações na internet sobre prevenção da transmissão do HIV e 351(54,1%) leram essas informações em material impresso, conforme Tabela 10.

Tabela 10 - Informações sobre testagem anti-HIV dos participantes da etapa de AFE (n=649). Ribeirão Preto, SP, 2020.

Variáveis	N%	%
Conhece local de realização de testes		
Sim	473	72,9
Não	176	27,1
Recebeu aconselhamento de profissional de saúde para realização do teste		
Sim	337	51,9
Não	312	48,1

Recebeu aconselhamento de um amigo para realização do teste		
Sim	318	49,0
Não	331	51,0
Recebeu gratuitamente preservativo masculino		
Sim	404	62,2
Não	245	73,8
Leu informações na internet sobre prevenção do HIV		
Sim	538	82,9
Não	111	17,1
Leu informações em material impresso sobre prevenção do HIV		
Sim	351	54,1
Não	298	45,9

4.3.2 Distribuição das respostas aos itens

Os 649 HSH responderam aos 18 itens da escala, escolhendo uma das três opções: “não importante”, “pouco importante” e “muito importante”. Os participantes responderam a todos os itens e não houve perdas nesta etapa. Neste sentido, as respostas a alguns itens merecem destaque pelo percentual de escolha.

Com relação ao item 6, “Eu me preocupava com o sigilo”, 364 (56,1%) responderam que é uma barreira “muito importante”. Quanto ao item 16, “Eu tinha medo de ficar doente”, 443 (68,3%) consideram uma barreira “muito importante” para a realização de testes anti-HIV.

Ademais, outras barreiras contidas nos itens da escala receberam pontuações de destaque. 398 (61,3%) consideraram como “não importante” o item 5, “Eu não gostava das pessoas do local do teste”. Da mesma forma, o item 8 e 11 foram considerados como “não importante” por 408 (62,9%) participantes, conforme Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição das respostas aos itens da versão da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* em uma amostra de HSH (n=649). Ribeirão Preto, SP, 2020.

Item	Não importante	Pouco importante	Muito importante
	n (%)	n (%)	n (%)
Item 1	363 (55,9)	176 (27,1)	110 (16,9)
Item 2	206 (31,7)	118 (18,2)	325 (50,1)

Item 3	237 (36,5)	213 (32,8)	199 (30,7)
Item 4	267 (41,1)	181 (27,9)	201 (31,0)
Item 5	398 (61,3)	138 (21,3)	113 (17,4)
Item 6	150 (23,1)	135 (20,8)	364 (56,1)
Item 7	223 (34,4)	161 (24,8)	265 (40,8)
Item 8	408 (62,9)	57 (8,8)	184 (28,4)
Item 9	323 (49,8)	114 (17,6)	212 (32,7)
Item 10	376 (57,9)	123 (19)	150 (23,1)
Item 11	408 (62,9)	91 (14)	150 (23,1)
Item 12	316 (48,7)	112 (17,3)	221 (34,1)
Item 13	290 (44,7)	104 (16,0)	225 (39,3)
Item 14	285 (43,9)	137 (21,1)	227 (35,0)
Item 15	165 (25,4)	150 (23,1)	334 (51,5)
Item 16	127 (19,6)	79 (12,2)	443 (68,3)
Item 17	294 (45,3)	134 (20,6)	221 (34,1)
Item 18	181 (27,9)	127 (19,6)	341 (52,5)

4.3.3 Análise de Confiabilidade

A confiabilidade da versão adaptada da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* foi avaliada por meio da análise da consistência interna, por meio do coeficiente Alfa de Cronbach. Desta forma, na confiabilidade geral da escala o Alfa de Cronbach foi de 0,89. Os valores para cada item da escala estão demonstrados na Tabela 12.

Tabela 12 - Escores médios (M) da escala e desvio padrão (DP) para itens individuais, correlação item-total corrigida e consistência interna, se o item for excluído. (n=649) Ribeirão Preto, SP, 2020.

Item	M*	DP†	Coeficiente correlação item-total	Alfa de Cronbach se o item for excluído
1. Eu não tinha um transporte para ir ao local do teste	0,61	0,76	0,437	0,892
2. Eu não sabia onde ir fazer o teste	1,18	0,88	0,465	0,891
3. Eu não tinha tempo suficiente para ir fazer o teste	0,94	0,81	0,315	0,896
4. O local onde faziam testes era muito distante	0,89	0,84	0,447	0,892
5. Eu não gostava das pessoas do local do teste	0,56	0,77	0,417	0,892
6. Eu me preocupava com o sigilo	1,32	0,82	0,519	0,889
7. Eu poderia ser reconhecido no local do	1,06	0,86	0,477	0,891

teste				
8. Se não existia cura, então porque fazer o teste?	0,65	0,89	0,478	0,891
9. Eu não queria saber o resultado do teste	0,82	0,89	0,475	0,891
10. Eu me preocupava com meu plano de saúde	0,65	0,83	0,520	0,889
11. Eu tinha medo de perder meu emprego	0,60	0,83	0,665	0,885
12. Eu tinha medo de perder meu (minha) parceiro (a)	0,85	0,89	0,650	0,885
13. Eu tinha medo de perder minha família	0,94	0,91	0,695	0,883
14. Eu tinha medo de perder meus amigos e contatos sociais	0,91	0,88	0,689	0,884
15. Eu tinha medo de que afetasse minha vida sexual	1,26	0,83	0,593	0,887
16. Eu tinha medo de ficar doente	1,48	0,80	0,528	0,889
17. Eu estava preocupado com as consequências legais	0,88	0,88	0,645	0,885
18. Eu tinha medo de me sentir um derrotado	1,24	0,86	0,575	0,888

*Média. †Desvio-padrão

Os escores médios da escala variaram de 1,48, para o item 16 “Eu tinha medo de ficar doente”, para 0,56 para o item 5 “Eu não gostava das pessoas do local do teste”.

O desvio padrão (DP) para itens individuais variaram de 0,76, para o item 1 “Eu não tinha um transporte para ir ao local do teste”, para 0,91 para o item 13 “Eu tinha medo de perder minha família”. Os coeficientes de correlação de item-total corrigida variaram de 0,315, para o item 3 “Eu não tinha tempo suficiente para ir fazer o teste”, para 0,695 para o item 13 “Eu tinha medo de perder minha família”. Ainda de acordo com a Tabela 6, o Alfa de Cronbach se o item for excluído variou de 0,883 a 0,896.

4.3.4 Análise fatorial exploratória (AFE)

Para que a análise fatorial exploratória (AFE) fosse desenvolvida, como um primeiro passo, foi observada a matriz de correlações entre as variáveis. Como pressuposto, as variáveis devem ser correlacionadas. O exame visual da matriz permitiu a verificação de que todas são correlacionadas e com relações estatisticamente significantes. Ainda na verificação da conveniência de aplicação do

modelo fatorial, foram feitos os testes de esfericidade de Bartlett e a medida de adequação da amostra (MSA) de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), conforme Tabela 13. Os resultados são apresentados a seguir.

Tabela 13 - Testes de esfericidade de Bartlett e a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Ribeirão Preto, SP, 2020.

Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin		0,896
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado	5105,426
	aproximado	
	Gl	153
	Sig. (p)	0,000

gl: grau de liberdade

Sig.: significância ou p-valor.

Além da matriz de correlação, primeiro pressuposto verificado, o KMO, que indica o grau de explicação dos dados a partir dos fatores encontrados na análise fatorial, apresentou resultados satisfatórios. O parâmetro para a interpretação do valor do KMO foi a variação de 0 a 1, quando o alcance de 1 determina a perfeita previsão de cada variável pelas outras variáveis (HAIR et al., 2005). Além disso, valores abaixo de 0,50 indicam que os fatores encontrados não conseguem descrever satisfatoriamente as variações dos dados originais (CORRAR et al., 2007). Assim, o valor encontrado é considerado alto e um dos indicativos de que a AFE é possível de ser realizada. Outra suposição para o desenvolvimento da AFE é baseada nos resultados do teste de esfericidade de Bartlett, que indica presença de correlações entre as variáveis pressupondo uma relação suficiente (HAIR et al., 2005). Para a análise do resultado do teste, observa-se o valor de p, significativo a $p < 0,001$, alcançado na avaliação.

Observando o critério do autovalor para a determinação do número de fatores, apenas as soluções de fatores com autovalores acima de 1 são consideradas. Esta solução é baseada no critério *Kaiser (Kaiser test)* ou critério da raiz latente (CORRAR et al., 2007). Assim, conforme visualização gráfica, este critério justifica a escolha de uma solução com quatro fatores, número também definido no trabalho original de desenvolvimento da escala (WIKLANDER et al., 2015).

A matriz Antiimagem, que indica o poder de explicação da solução de fatores em cada uma das variáveis observadas, também foi verificada. O MSA das

variáveis, nesta verificação, variou de 0,805 para 0,938. Como parâmetro, valores inferiores a 0,50 são considerados não suficientes e indicam variáveis que devem ser excluídas (CORRAR et al., 2007). Todos os valores encontrados estão acima do indicador.

Tabela 14– Cargas Fatoriais e comunalidades (H^2) baseadas no método de extração de componentes principais e rotação oblímín (matriz padrão) sobre os itens da Escala *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*. Ribeirão Preto, SP, 2020.

Item	F1	F2	F3	F4	H ²
Item 16	0,833				0,604
Item 15	0,800				0,631
Item 14	0,759				0,710
Item 18	0,717				0,558
Item 12	0,661				0,586
Item 13	0,618				0,639
Item 17	0,563				0,592
Item 4		0,824			0,695
Item 1		0,746			0,634
Item 2		0,745			0,605
Item 3		0,692			0,480
Item 7			0,877		0,790
Item 6			0,812		0,739
Item 5			0,699		0,567
Item 8				0,823	0,661
Item 9				0,732	0,553
Item 10				0,694	0,569
Item 11				0,407	0,564

Nota - Nome dos fatores:

F1 – Consequências pessoais

F2 – Barreiras estruturais

F3 – Confidencialidade

F4 – Consequências econômicas e preocupações individuais

Itens atribuídos ao fator a partir da maior carga (em negrito)

A validade de constructo da escala foi avaliada a partir da AFE. O método de extração de componentes principais e a rotação oblímín possibilitaram diferentes soluções fatoriais. A partir do critério *Kaiser*, como já mencionado, a solução definida foi a de quatro fatores. A escala original apresentou percentual de 58,6% de explicação da variância comum pela solução fatorial, enquanto neste trabalho o valor encontrado foi de 62,09%, superior ao primeiro. Nenhum item obteve cargas fatoriais altas em mais de um fator, considerando o parâmetro indicado por Hair et al. (2005),

de que cargas $>0,4$ são consideradas mais importantes que aquelas $>0,3$, valor indicado como nível mínimo.

Outros itens de observação importante na Tabela 8 são as comunalidades de cada variável, que correspondem à variância explicada pela solução fatorial para cada uma das variáveis (HAIR et al., 2005). À exceção do item 3, todas as comunalidades apresentam valores superiores à 0,5, indicador que Hair et al. (2005) apontam como nível de explicação aceitável. Apesar do item 3 apesar comunalidade menor (0,480), o valor é próximo do parâmetro e o item apresenta carga fatorial elevada (0,692), indicando alto grau de correspondência da variável ao fator, sendo representativa deste.

A partir da solução fatorial, os fatores foram nomeados de acordo com a denominação recebida na escala original, à exceção do último, observando-se a mudança na ordem de agrupamento: F1 – Consequências pessoais; F2 – Barreiras estruturais; F3 – Confidencialidade; e F4 – Consequências econômicas e preocupações individuais. O primeiro fator é responsável por 36,66% da variância, com um autovalor de 6,599. Este fator é consistente com a interpretação das consequências pessoais, incorporando o item 13 “Eu tinha medo de perder minha família”, originalmente alocado em outro fator. O segundo fator é responsável por 11,01% da variância, com um autovalor de 1,982 e compreende as barreiras estruturais. O terceiro fator é responsável por 7,76% da variância, com um autovalor de 1,398. O fator é consistente à interpretação da confidencialidade, incorporando o item 5 “Eu não gostava das pessoas do local do teste”. O quarto fator é responsável por 6,66% da variância, com um autovalor de 1,199. O fator é compreende consequências econômicas, como “plano de saúde” (item 10) e “emprego” (item 11) e preocupações individuais, como “o resultado do teste” (item 9) e a “inexistência de cura” (item 8).

Tabela 15– Estatísticas descritivas para a Escala *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*; número de itens da escala, média, desvios padrões (DP); efeito *floor/ceiling* e Alfa de Conbrach (α). Ribeirão Preto, SP, 2020.

Escala*	Número de itens	Média	DP	Efeito <i>floor/ceiling</i> (%) [†]	α
Consequências pessoais	7	1,085	0,63	36,49/44,95	0,886
Barreiras estruturais	4	0,908	0,57	41,33/32,16	0,767
Confidencialidade	3	0,985	0,76	39,60/38,11	0,756

Consequências econômicas e preocupações sociais	4	0,685	0,22	58,36/26,81	0,746
---	---	-------	------	-------------	-------

*Faixa possível para todas as escalas: 0-2, com níveis mais altos indicando mais barreiras

†Percentual de classificações na pontuação mais baixa/mais alta possível.

Médias, desvios padrões e efeitos *floor* e *ceiling* são apresentados na Tabela 15. Os efeitos *floor* e *ceiling* apresentam resultados moderados. A consistência interna de todas as escalas apresentou níveis excelentes, com todos os Alfas de Cronbach maiores que 0,7.

Tabela 16 – Matriz de correlação entre as subescalas da Escala *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*. Ribeirão Preto, SP, 2020.

Subescala	1	2	3	4
1-Consequências pessoais	1	0,245	0,382	0,394
2-Barreiras estruturais		1	0,244	0,345
3-Confidencialidade			1	0,288
4-Consequências econômicas e preocupações sociais				1

As correlações bivariadas entre as escalas são apresentadas na Tabela 16. Correlações positivas e moderadas, variando de 0,244 para 0,394, foram encontradas entre todas as subescalas. Os resultados dispostos na Tabela 10 indicam que os quatro fatores não são independentes apresentando correlações próximas ou superiores a 0,3, justificando o uso da rotação oblíqua.

4.3.5 Análise Fatorial Confirmatória (Amostra B)

4.3.6 Resultados da caracterização sociodemográfica e clínica

Um total de 641 HSH participou da etapa de AFC. Quanto à caracterização sociodemográfica, 578 (90,2%) eram homens cisgênero, 539 (84,1%) homossexuais, 438 (68,3%) com idade de 18 a 29 anos, 284 (44,3%) brancos, 198 (30,9%) com ensino superior incompleto, 309 (48,2%) inseridos no mercado de trabalho formal, 193 (30,1%) com renda familiar de até dois salários mínimos e 524 (81,7%) solteiros, conforme a Tabela 17.

Tabela 17 - Caracterização sociodemográfica dos participantes da etapa de AFC (n=641). Ribeirão Preto, SP, 2020.

Variáveis	N%	%
-----------	----	---

Identidade de gênero		
Homem cisgênero	578	90,2
Homem transgênero	5	0,8
Intergênero	3	0,5
Outro	55	8,6
Orientação sexual		
Homossexual	539	84,1
Heterossexual	7	1,1
Bissexual	72	11,2
Pansexual	17	2,7
Assexual	2	0,3
Outro	4	0,6
Idade (anos completos)		
18 a 29	438	68,3
30 a 39	167	26,1
40 a 49	27	4,2
50 a 59	7	1,1
60 anos e mais	2	0,3
Região do país		
Nordeste	268	41,80
Sudeste	233	36,34
Sul	61	9,51
Centro-Oeste	56	8,7%
Norte	23	3,58
Cor da pele		
Branca	284	44,3
Preta	76	11,9
Parda	265	41,3
Amarela	4	0,6
Não declarado	9	1,4
Outra	3	0,5
Escolaridade		
Sem instrução ou > 1 ano de estudo	1	0,2
Ensino fund. incompleto	2	0,3
Ensino fund. completo	5	0,8
Ensino médio incompleto	17	2,7
Ensino médio completo	87	13,6
Ensino superior incompleto	198	30,9
Ensino superior completo	160	25,0
Especialização	112	17,5
Mestrado	51	8,0
Doutorado	8	1,2
Trabalho		
Trabalho formal	309	48,2
Trabalho informal	92	14,4
Desempregado	97	15,1

Estudante	143	22,3
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	67	10,5
Entre 1 e 2 salários mínimos	193	30,1
Entre 3 a 4 salários mínimos	151	23,6
Entre 5 a 6 salários mínimos	89	13,9
7 ou mais salários mínimos	112	17,5
Sem rendimentos	29	4,5
Estado civil		
Solteiro	524	81,7
Casado	28	4,4
União estável	84	13,1
Divorciado	5	0,8

*Salário mínimo no Brasil no momento da coleta: R\$ 1.035,00.

Quanto ao comportamento sexual, 380 (59,3%) não possuíam parceria (afetivo-sexual) fixa, 313 (48,8%) se relacionaram com até um parceiro nos últimos três meses, 221 (34,5%) relataram a prática sexual anal receptiva (passivo) como a mais frequente, 565 (88,1%) não usavam o preservativo de forma consistente, 332 (51,8) usaram preservativo na última relação sexual, 532 (83%) usaram gel lubrificante durante as relações sexuais e 409 (63,8%) nunca tiveram alguma IST, conforme Tabela 18.

Tabela 18 - Caracterização do comportamento sexual dos participantes da etapa de AFC (n=641). Ribeirão Preto, SP, 2020.

Variáveis	N%	%
Parceria Fixa		
Sim	261	40,7
Não	380	59,3
Número de parceiros (últimos 3 meses)		
Até 1	313	48,8
2 a 5	248	38,7
6 a 10	53	8,3
Mais de 11	27	4,2
Prática sexual		
Oral	170	26,5
Anal receptiva	221	34,5
Anal insertiva	219	34,2
Observador	3	0,5

Outra	28	4,4
Relação anal sem preservativo (12 meses)		
Sim	446	69,6
Não	195	30,4
Uso consistente do preservativo		
Sim	76	11,9
Não	565	88,1
Uso do preservativo na última relação sexual		
Sim	309	48,2
Não	332	51,8
Uso de gel lubrificante		
Sim	532	83,0
Não	109	17,0
Profissional do sexo		
Sim	9	1,4
Não	632	98,6
Já teve IST		
Sim	232	36,2
Não	409	63,8

Quanto ao histórico de testagem anti-HIV entre os participantes, 531 (82,8%) realizaram o teste pelo menos uma vez na vida, 67 (10,5%) receberam diagnóstico positivo e 377 (68,8%) se testaram no último ano, conforme Tabela 19.

Tabela 19 - Histórico de testagem anti-HIV dos participantes da etapa de AFC (n=641). Ribeirão Preto, SP, 2020.

Variáveis	N%	%
Já se testou para HIV pelo menos uma vez (n=641)		
Sim	531	82,8
Não	110	17,2
Resultado do Teste (n=543)		
Negativo	476	74,3
Positivo	67	10,5
Testou no último ano (n=542)		
Sim	377	58,8
Não	165	27,5
Testou mais de uma vez nos últimos 6 meses (n=488)		
Sim	185	28,9
Não	303	47,3
Uso de PrEP (n=641)		
Sim	32	5,0
Não	609	95,0

Quanto a informações sobre o teste anti-HIV, 478 (74,6%) conheciam um local que realizasse testes, 313 (48,8%) receberam aconselhamento de profissional de saúde para realização do teste, 544 (84,9%) leram informações na internet sobre prevenção da transmissão do HIV e 308 (48,0%) leram essas informações em material impresso, conforme Tabela 20.

Tabela 20 - Informações sobre testagem anti-HIV dos participantes da etapa de AFC (n=641). Ribeirão Preto, SP, 2020.

Variáveis	N%	%
Conhece local de realização de testes		
Sim	478	74,6
Não	163	25,4
Recebeu aconselhamento de profissional de saúde para realização do teste		
Sim	313	48,8
Não	328	51,2
Recebeu aconselhamento de um amigo para realização do teste		
Sim	302	47,1
Não	339	52,9
Recebeu gratuitamente preservativo masculino		
Sim	391	61,0
Não	250	39,0
Leu informações na internet sobre prevenção do HIV		
Sim	544	84,9
Não	97	15,1
Leu informações em material impresso sobre prevenção do HIV		
Sim	308	48,0
Não	333	52,0

4.3.7 Distribuição das respostas aos itens

Os 641 HSH responderam aos 18 itens da escala, escolhendo uma das três opções: “não importante”, “pouco importante” e “muito importante”. Os participantes responderam a todos os itens e não houve perdas nesta etapa. Neste sentido, as respostas a alguns itens merecem destaque.

Com relação ao item 6, “Eu me preocupava com o sigilo”, 348 (54,3%) responderam que é uma barreira “muito importante”. Quanto ao item 16, “Eu tinha medo de ficar doente”, 423 (66,0%) consideram uma barreira “muito importante” para a realização de testes anti-HIV.

Ademais, outras barreiras contidas nos itens da escala receberam pontuações de destaque. 400 (62,4%) consideraram como “não importante” o item 5, “Eu não gostava das pessoas do local do teste”. Da mesma forma, o item 8 e 11 foram considerados como “não importante” por 424 (66,1%) e 407 (63,5%) participantes respectivamente, conforme Tabela 21.

Tabela 21 - Distribuição das respostas aos itens da versão da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* em uma amostra de HSH (n=641). Ribeirão Preto, SP, 2020.

Item	Não importante	Pouco importante	Muito importante
	n (%)	n (%)	n (%)
Item 1	392 (61,2)	147 (22,9)	102 (15,9)
Item 2	222 (34,6)	128 (20,0)	291 (45,4)
Item 3	235 (36,7)	230 (35,9)	176 (27,5)
Item 4	259 (40,4)	205 (32,0)	177 (27,6)
Item 5	400 (62,4)	143 (22,3)	98 (15,3)
Item 6	154 (24,0)	139 (21,7)	348 (54,3)
Item 7	226 (35,3)	169 (26,4)	246 (38,4)
Item 8	424 (66,1)	65 (10,1)	152 (23,7)
Item 9	350 (54,6)	118 (18,4)	173 (27,0)
Item 10	384 (59,9)	112 (17,5)	145 (22,6)
Item 11	407 (63,5)	108 (16,8)	126 (19,7)
Item 12	293 (45,7)	130 (20,3)	218 (34,0)
Item 13	316 (49,3)	136 (21,2)	189 (29,5)
Item 14	290 (45,2)	131 (20,4)	220 (34,3)
Item 15	175 (27,3)	157 (24,5)	309 (48,2)
Item 16	126 (19,7)	92 (19,7)	423 (66,0)
Item 17	309 (48,2)	151 (23,6)	181 (28,2)
Item 18	190 (29,6)	123 (19,2)	328 (51,2)

4.3.8 - Análise Fatorial Confirmatória

Para proceder a realização da AFC, antes analisou-se o pressuposto da normalidade da distribuição dos dados da amostra a partir dos coeficientes de assimetria univariada (*skewness*) e do achatamento ou curtose univariado (*kurtosis*). Para esta análise, considera-se que valores superiores a três para *skewness* e

superiores a 10 para *kurtosis* violam tal pressuposto e indicam que a estimação do modelo é inadequada (KLINE, 2005).

Deste modo, de acordo com os dados da análise de normalidade, observou-se que os valores absolutos para *skewness* variaram entre -1,027 e 1,011. Do mesmo modo, os valores de *Kurtosis* foram todos inferiores a 10. Estes dados indicam que o pressuposto da normalidade foi atendido, conforme Tabela 22.

Tabela 22 -Análise da normalidade. Ribeirão Preto, SP, 2020.

Variável	Mínimo	Máximo	Skew	c.r.	Kurtosis	c.r
E11	0	2,000	0,952	9,840	-0,772	-3,989
E10	0	2,000	0,786	8,120	-1,090	-5,632
E9	0	2,000	0,562	5,811	-1,416	-7,317
E8	0	2,000	0,931	9,618	-0,963	-4,975
E7	0	2,000	-0,060	-0,617	-1,638	-8,463
E6	0	2,000	-0,614	-6,344	-1,281	-6,621
E5	0	2,000	1,011	10,446	-0,480	-2,483
E1	0	2,000	0,959	9,913	-0,588	-3,038
E2	0	2,000	-0,212	-2,188	-1,699	-8,782
E3	0	2,000	0,166	1,714	-1,402	-7,246
E4	0	2,000	0,238	2,464	-1,455	-7,521
E12	0	2,000	0,393	4,063	-1,551	-8,018
E13	0	2,000	0,230	2,379	-1,685	-8,707
E14	0	2,000	0,215	2,218	-1,690	-8,735
E15	0	2,000	-0,410	-4,242	-1,473	-7,615
E16	0	2,000	-1,027	-10,619	-0,663	-3,425
E17	0	2,000	0,393	4,061	-1,508	-7,796
E18	0	2,000	-0,431	-4,457	-1,551	-8,014

Para a AFC, considerou-se o número de quatro fatores extraídos nas etapas anteriores e a organização das variáveis nestes. Desta forma, foram examinados os índices de ajuste. A razão Qui-quadrado por Graus de liberdade foi de 5,269. Os valores de GFI e RMSEA foram respectivamente 0,885 e 0,082, conforme Tabela 23.

Figura 3 - Modelo inicial da Análise Fatorial Confirmatória.

Tabela 23 – Resultados das medidas de ajuste no modelo inicial. Ribeirão Preto, SP, 2020.

Medidas de ajuste	Resultado
Absoluto	
Qui-quadrado (χ^2):	679,755
Graus de Liberdade (GL)	129
(χ^2)/GL	5,269
Nível de significância estatística (p value)	0,000
GFI	0,885
RMSEA	0,082
Incremental	
TLI	0,862
NFI	0,861
IFI	0,884
CFI	0,883
Parcimoniosos	
PNFI	0,726

PGFI0,745

Após obtenção do modelo inicial e análise das medidas de ajuste, os resultados não foram satisfatórios para os parâmetros estabelecidos. Desta forma, procedeu-se com a reespecificação, por meio das covariâncias dos erros residuais (BYRNE, 2010). Este procedimento melhora o ajuste do modelo (BENTLER, 2001). Foi observada covariância significativa entre 13 pares de erros de um mesmo construto: e8-e9, e14-e12, e14-e13, e15-e13, e16-13, e16-14, e16-e15, e17-e14, e17-e15, e18-e12, e18-e13, e18-e15, e18-e16, conforme se observa na Figura 4.

Figura 4 -Modelo Final ajustado da Análise Fatorial Confirmatória.

Após os procedimentos de ajuste, por meio da reespecificação das covariâncias dos erros residuais, as medidas de ajuste e os indicadores melhoraram: (χ^2)/GL (2,71); GFI (0,94); RMSEA (0,05); TLI (0,94); NFI (0,93); IFI (0,95); CFI (0,95), conforme Tabela 24.

Tabela 24 – Resultados das medidas de ajuste no modelo final. Ribeirão Preto, SP, 2020.

Medidas de ajuste	Resultado
-------------------	-----------

Absoluto	
Qui-quadrado (χ^2):	314,331
Graus de Liberdade (GL)	116
(χ^2)/GL	2,710
Nível de significância estatística (p value)	0,000
GFI	0,948
RMSEA	0,052
Incremental	
TLI	0,945
NFI	0,936
IFI	0,958
CFI	0,958
Parcimoniosos	
PNFI	0,709
PGFI	0,726

4.3.9 - Validade Convergente e Discriminante

As validades convergente ediscriminante foram analisadas como etapa final de verificação da qualidade da versão adaptada da escala. Conforme os resultados apresentados na Tabela 25, os valores da Confiabilidade Composta (CC) foram maiores que 0,7 para os quatro fatores: Fator 1 (0,87); Fator 2 (0,75); Fator 3 (0,77) e Fator 4 (0,73), parâmetro utilizado para avaliar a validade convergente ($CC > 0,7$) (COSTA, 2010; HAIR et al., 2009). A validade discriminante foi verificada a partir do critério *Heterotrait-Monotrait Ratio of Correlations* (HTMT) (HENSELER, RINGLE, SARSTEDT, 2015), uma opção mais recente e robusta aos critérios Fornell-Larcker (A raiz quadrada de variância média extraída deve ser maior do que a correlação do construto com todos os outros construtos) e ao critério de Cross-Loadings (cargas cruzadas – verificação de variáveis que possuem cargas fatoriais altas em mais de um fator). Desta forma, o parâmetro é que o resultado da verificação HTMT seja inferior a 0,85, se tomada como uma medida rigorosa, ou inferior a 0,9, se tomada como medida mais liberal (HENSELER, RINGLE, SARSTEDT, 2015). Os resultados atendem aos parâmetros e o modelo apresenta evidências satisfatórias de sua validade convergente e discriminante.

Tabela 25 –Validade Convergente e Discriminante. Ribeirão Preto, SP, 2020.

Validade Convergente	Validade Discriminante (HTMT)
----------------------	-------------------------------

	CC	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Fator 1	0,877				
Fator 2	0,750	0,448			
Fator 3	0,779	0,616	0,432		
Fator 4	0,735	0,748	0,525	0,540	

5 DISCUSSÃO

Aplicada a 1290 homens que fazem sexo com homens residentes nas regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste do Brasil, a *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* foi explicada por quatro fatores, responsáveis por 62,09% da variância total e a confiabilidade geral foi 0,89, conforme o Coeficiente Alfa de Cronbach. O modelo derivado da análise fatorial exploratória mostrou-se satisfatório na análise confirmatória, após a reespecificação das covariâncias dos erros residuais, obtendo-se um modelo final com boas medidas de ajuste absoluto, incremental e parcimonioso. Além disso, a escala apresentou validade convergente e discriminante.

Quanto à caracterização dos participantes, o perfil identificado nesta pesquisa é semelhante ao de um grande estudo europeu com HSH, o *European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey* (EMIS 2010), que recrutou homens em 38 países com uma amostra final de 174.209 entrevistados. No geral, eram homens com menos de 29 anos de idade, com ensino superior completo e homossexuais (KRAMER et al., 2015). Apesar do EMIS 2010 ter sido realizado em países com renda e cultura distintas do Brasil, existe semelhança entre as amostras, o que pode estar relacionado ao perfil de HSH que se interessam por redes sociais e sites de relacionamentos. Outras pesquisas que recrutaram HSH pela internet apresentaram amostras com características semelhantes (FIELDS et al., 2020; DELANEY et al., 2014).

Quanto ao comportamento sexual, a maioria não tinha parceiro fixo, praticavam sexo anal sem preservativo e, quando o preservativo estava presente, o uso era inconsistente. Uma pesquisa realizada no Peru identificou que 76,9% dos HSH relataram sexo anal sem preservativo e o comportamento foi associado a diferentes fatores de risco, como o uso de substâncias psicoativas (PASSARO et al., 2019). Resultados semelhantes foram identificados em um estudo Chinês (IBRAGIMOV et al., 2017).

Quanto ao histórico de testagem anti-HIV, a maioria já havia se testado. Entretanto, nas amostras A (19,7%) e B (17,2%), quase um quinto dos participantes não tinha se testado nenhuma vez na vida. Estes dados são importantes, pois HSH jovens e com vida sexual ativa deveriam estar inseridos em programas de

prevenção do HIV e a testagem deveria fazer parte do plano de prevenção, conforme recomendam os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC, 2020). A não realização de teste anti-HIV em nenhum momento da vida pode estar relacionado a diferentes barreiras culturais, estruturais e econômicas, entre outras. Em nível de exemplo, HSH norte-americanos que tiveram relações sexuais com mulheres tinham mais chances de nunca terem se testado (CLARK et al., 2019). Estes dados podem estar relacionados à própria cultura em que o indivíduo está inserido e ao estigma relacionado ao sexo entre homens.

Apesar de as recomendações de testagem apontarem para triagem anual, existem vantagens adicionais em um acompanhamento mais próximo para HSH por ser um grupo de maior risco a adquirir a infecção causada pelo HIV, pois o teste anti-HIV é o primeiro passo de conscientização e abre espaço para os seguintes como, em caso de diagnóstico positivo, a adesão à terapia antirretroviral (DINENNO et al., 2017).

O objetivo principal desta tese foi realizar adaptação cultural e validação da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* para homens brasileiros que fazem sexo com outros homens. Os resultados encontrados na tradução contribuíram para a obtenção de uma versão consensual em português do Brasil. Com a realização do Comitê de Juízes foi possível escolher item a item, entre as duas versões traduzidas, e construir a versão consensual. Ademais, os juízes que compuseram o comitê fizeram considerações substanciais para o aperfeiçoamento da tradução/redação dos itens e cada um deles foi avaliado quanto à clareza, compreensão e representatividade. Desta maneira, a versão consensual aproximou-se mais do contexto cultural brasileiro e serviu de base para a realização das etapas seguintes do processo de validação.

As alterações sugeridas e realizadas nesta etapa estavam voltadas para atender as necessidades de compreensão dos futuros participantes. Elas ocorreram, em especial, pois os critérios de inclusão do estudo não distinguiram pessoas de diferentes níveis de instrução, mas foram incluídos com qualquer nível de escolaridade. Ademais, os resultados obtidos na análise do Coeficiente de Validade de Conteúdo, para cada item e para a escala como um todo, demonstraram que os itens eram claros e representativos da realidade que se pretendia investigar. Apenas

os itens 10 e 17 não apresentaram resultado superior ao ponto de corte adotado, o que indicou que os níveis de clareza e representatividade foram satisfatórios. Destaca-se que os juízes sugeriram mudanças na redação do item 10, “seguro de vida” foi substituído por “plano de saúde”, pois representava melhor a realidade da brasileira de forma que o item ficou mais compreensível e adequado para o que objetivava avaliar. O item 17 permaneceu sem alterações, apesar de ter sido foco de discussão entre os Juízes. Os achados demonstraram que os itens e a escala como um todo eram satisfatórios para avaliar barreiras para o teste anti-HIV enfrentadas por homens que fazem sexo com homens.

Na análise semântica dos itens da escala os participantes da população de interesse foram convidados a verificar a compreensibilidade de todos os itens. Os resultados indicaram que a escala é boa de um modo geral, as questões são compreensíveis, os participantes não tiveram dificuldades em responder os itens e todos os respondentes consideraram que todos os itens apresentavam importantes barreiras para a realização de testes anti-HIV. Deste modo, os participantes da população de interesse apresentaram uma avaliação positiva da escala, dando indicativos que o instrumento estava apto a ser pré-testado no campo de pesquisa.

Após a validação semântica, obtiveram-se os resultados do pré-teste, que objetivou analisar aspectos relacionados ao campo de pesquisa como o retorno de respostas dos participantes e taxas de desistência/conclusão dos questionários. Esta etapa foi relevante, pois pré testou-se a escala em ambiente virtual.

Quanto à confiabilidade, os resultados indicaram que a escala é confiável, conforme o coeficiente Alfa de Cronbach. A confiabilidade da escala original também apresentou resultados satisfatórios e variou de aceitável (0,78) à excelente (0,91), indicando consistência interna entre os fatores (WIKLANDER et al., 2015). O coeficiente usado para esta análise indica o quanto o grupo de itens contribui para a obtenção do escore total.

Como esta não é uma medida isolada, pois avalia o comportamento de todos os itens na mensuração do construto, também devem ser analisados item-total e se o item for excluído, gerando diferentes resultados para o Alfa de Cronbach (HAIR et al., 2005). É imperativo verificar se a confiabilidade permaneceu na versão adaptada (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017). Nesta pesquisa, todas essas questões foram analisadas e apresentam resultados satisfatórios.

Entretanto, a literatura indica outras medidas para se analisar a confiabilidade de uma escala. Entre elas, destaca-se a confiabilidade composta (HAIR et al., 2005). A confiabilidade composta também apresentou resultados satisfatórios. Importante destacar ainda que, por não ser uma medida fixa, a confiabilidade pode sofrer alterações conforme muda a população investigada. Por essa razão, é recomendado que seja avaliada sempre que mudar o público-alvo do instrumento, devendo o pesquisador fazer uma análise crítica da necessidade de avaliação ou não. A similaridade entre as populações deve ser ponderada, de forma que em populações muito distintas novas análises deverão ser feitas para se verificar se o instrumento manteve sua confiabilidade (POLIT; YANG, 2016).

A análise de confiabilidade foi essencial, pois confirmou o rigor do processo de adaptação e a qualidade escala, foi verificado que o instrumento preservou as propriedades de confiabilidade após sua tradução para o português do Brasil e adaptação para homens que fazem sexo com homens. Desta maneira, a versão adaptada da versão Karolinska indicou bons resultados e encorajaram os passos seguintes de validação, que foi analisar a estrutura fatorial.

Os resultados da análise fatorial exploratória indicaram que as pontuações da versão adaptada da escala foram reduzidas para quatro fatores, com um total de 18 itens. Em comparação com a versão original da escala, observou-se que o número de fatores extraídos permaneceu o mesmo (WIKLANDER et al., 2015). Entretanto, a alocação dos itens nos respectivos fatores foi diferente, observando-se que existe um grau limitado de similaridade.

Quanto à confirmação da estrutura fatorial da versão adaptada da escala por meio da análise fatorial confirmatória, foi observado que alguns índices de ajuste tiveram bons resultados e outros não. Após inserir as covariâncias de erros dos itens, os índices de ajuste melhoraram os resultados e se chegou a um modelo aceitável que se encaixava nos dados, corroborando a estrutura fatorial encontrada na análise fatorial exploratória. Desta forma, constatou-se que o modelo apresentado era plausível.

Quanto aos fatores, apesar do acréscimo de um item ao fator um, que foi denominado de forma coincidente à versão original, consequências pessoais, ele continua se referindo a barreiras inerentes a consequências para vida do próprio indivíduo. As barreiras, nomeadas como pessoais, traduzem as dificuldades

enfrentadas para realização do teste anti-HIV como o medo do adoecimento, medo de consequências negativas para a vida sexual e social, preocupações com consequências legais e medo de perder a família, conforme descrito no trabalho de Wiklander et al. (2015).

Entre as barreiras, em comparação com outros estudos, o medo de ficar doente também estava presente entre HSH hispânicos e latino-americanos residentes nos Estados Unidos. Os autores que identificaram esta dificuldade recomendaram que estratégias que incluam a elaboração de mensagem com abordagem do medo podem trazer benefícios para redução de obstáculos à testagem (JOSEPH et al., 2014). Ademais, a promoção de intervenções em nível individual que sejam capazes de promover mudanças, pode agregar resultados positivos na captação de candidatos ao teste, pois um dos pilares do controle da epidemia de HIV é a autovigilância do estado sorológico (MORA; BRIGEIRO; MONTEIRO, 2018).

Barreiras pessoais também estavam presentes entre HSH malásios e a rejeição da família foi identificada como importante barreira à testagem anti-HIV (LIM et al., 2019). Corroborando esta discussão, pesquisa recente sobre barreiras ao teste anti-HIV, usando a *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*, identificou que as barreiras pessoais foram as mais relatadas pelos participantes (GEORGE-SVAHN et al., 2020). O medo de consequências negativas para a vida sexual e social, elemento presente no fator um, apresenta aproximação com o estigma e a percepção deste tem se mostrado uma barreira relevante entre os HSH na adesão ao teste anti-HIV (LORENC et al., 2011; ANDRINOPOULOS et al., 2015). Apesar do tratamento e prevenção da infecção causada pelo HIV terem evoluído positivamente e de forma considerável, o estigma relacionado à condição de saúde e às pessoas que buscam a testagem anti-HIV com regularidade parece permanecer como uma influência. Uma pesquisa realizada na Região Norte do Piauí, Brasil, concluiu que as pessoas que vivem com HIV ainda enfrentam situações estigmatizantes (FONSECA et al., 2020). As barreiras contempladas no fator um aparecem na literatura internacional como dificuldades relevantes e que interferem na adesão ao teste.

O fator dois foi denominado barreiras estruturais, em coincidência à versão original da escala. Entretanto, o número de itens que o compuseram foi diferente.

Para a escala adaptada, o fator dois foi representado por quatro itens sobre dificuldades para deslocamento até o local do teste, desconhecimento sobre locais de realização do teste, tempo para realizar o teste e distância do local para realização do teste. Desta forma, os quatro itens traduzem barreiras estruturais que dificultam a realização do teste.

Existem evidências que barreiras estruturais interferem na adesão ao teste anti-HIV. Uma pesquisa norte-americana mostrou que um quarto dos participantes, entre aqueles que nunca tinham se testado, relatou não saber onde fazer o teste (MARGOLIS et al., 2012) e a incerteza sobre o local de testagem foi identificada em uma revisão sistemática sobre barreiras ao teste anti-HIV na Europa (DEBLONDE et al., 2010). No Brasil, o SUS possui uma rede organizada de testagem, os chamados Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) como parte do Programa Nacional de DST e aids. O objetivo desses centros é a promoção de prevenção, testagem e tratamento de HIV e outras IST (BRASIL, 2008). Contudo, apesar de ser um serviço organizado e com distribuição nacional, existem relatos de barreiras de acesso aos serviços, como o número limitado de testes (ARAÚJO et al., 2010) e o atraso nas entregas dos resultados (SOARES; BRANDÃO, 2013). Entretanto, é importante salientar que a representatividade de cada barreira presente no fator dois pode depender de aspectos relacionados à própria caracterização social e demográfica dos participantes. Por exemplo, a falta de conhecimento sobre o local de realização do teste pode ser mais relevante para imigrantes (DEBLONDE et al., 2010).

Alternativas viáveis para promoção de testagem entre HSH estão disponíveis na literatura. Aguisa de exemplo, uma proposta de fornecimento de testes e recrutamento dos participantes por meio de aplicativos de encontro e organizações baseadas na comunidade (REN et al., 2020). A aproximação entre pacientes e serviço de saúde parece gerar resultados positivos ao reduzir barreiras geográficas, aproximando as pessoas dos serviços. Com isso, autores destacam que serviços de testagem com fácil acesso devem estar disponíveis para HSH (PERSSON et al., 2016).

O fator três foi denominado “confidencialidade” e diz respeito às barreiras relacionadas ao sigilo do teste e relação com as pessoas do local do teste. A confidencialidade para realização do teste anti-HIV parece ser uma questão central no que diz respeito às relações entre sigilo e privacidade, que podem ser reflexos do

estigma. No Brasil, quando se trata de diagnóstico, o sigilo é garantido por Lei nos seguintes âmbitos: serviços de saúde; estabelecimentos de ensino; locais de trabalho; administração pública; segurança pública; processos judiciais; mídia escrita e audiovisual (BRASIL, 2014PL+7658/2014). Já o sigilo em relação ao procedimento de testagem e à ética profissional devem prevalecer de forma que se promova segurança no usuário. É necessário que os HSH sejam acolhidos com um atendimento humanizado e os profissionais de saúde devem criar vínculo para que os laços de confiança aumentem. Pesquisadores enfatizaram que o ato de acolher o usuário facilita o acesso e o vínculo entre o binômio profissional/paciente, aproxima e promove confiança (CAMPOS, 1997).

Em adição, pesquisadores suecos destacaram que, além de garantir a confidencialidade, os serviços de saúde devem agregar profissionais que sejam capazes de contemplar as especificidades de saúde sexual dos HSH (PERSSON et al., 2016). Evidências internacionais indicam que a confidencialidade do teste é uma barreira importante que prejudica a adesão de HSH (HOYOS et al., 2013; JOSEPH et al., 2014). Em uma pesquisa com 285 pessoas recém-diagnosticadas com HIV, 39% delas reportaram barreiras relacionadas à confidencialidade (GEORGE-SVAHN et al., 2020).

Barreiras de confidencialidade exercem influência na decisão de adesão ao teste anti-HIV, pois o receio de ser reconhecido no local do teste pode gerar insegurança quanto ao sigilo do procedimento. Uma alternativa para superação dessas barreiras é o fornecimento de autoteste, de forma que o paciente possa realizá-lo em sua própria residência. HSH britânicos demonstraram interesse em aderir ao autoteste anti-HIV pela conveniência e confidencialidade (WITZEL et al., 2016).

No Brasil, existem diversas alternativas para a sua realização. O SUS passou a disponibilizar autoteste anti-HIV após a realização de um teste piloto em 14 cidades brasileiras. Atualmente o foco de distribuição é voltado para populações que apresentam diversas dificuldades de acessarem os serviços de saúde, em especial para as mais vulneráveis ao HIV (BRASIL, 2020). Outras opções estão disponíveis em farmácias e grupos de pesquisa que objetivam testar a aceitabilidade do autoteste entre populações-chave. Em realidades sociais e culturais distintas, a

ferramenta parece ser uma opção viável para superação de barreiras como a confidencialidade.

O fator quatro foi denominado “Consequências econômicas e preocupações individuais”, composto por quatro itens. A construção do fator quatro envolve duas barreiras que agregam prejuízos a um futuro tratamento, em caso de resultado positivo. A primeira delas trata sobre a não existência de necessidade de realização do teste uma vez que não existe cura e a segunda é sobre não querer saber o resultado. Essas barreiras refletem tanto dificuldades futuras na adesão ao tratamento quanto na prevenção combinada e redução de riscos.

Em adição, a testagem é um tipo de intervenção comportamental que compõe a estratégia de prevenção combinada, uso de diferentes abordagens para responder à epidemia de HIV/aids, e é um dos passos importantes na composição de um plano maior de prevenção. Nesse caso, a adesão à testagem significa maior percepção de risco e pode contribuir para mudança de comportamento (BRASIL, 2020). Estratégias em diferentes países para aumentar a testagem anti-HIV entre HSH obtiveram resultados positivos: Uso de mídias sociais na China (WANG et al., 2019); Programa de autoteste baseado na Internet para brasileiros (BONI et al., 2019). Apesar de serem realidades diferentes, os HSH dos dois países aceitaram melhor as estratégias baseadas em internet para fornecimento do teste com respectivo aumento nas taxas de testagem.

Apesar das diferentes barreiras presentes no cotidiano de HSH, uma revisão sistemática mostrou que a testagem anti-HIV entre o grupo aumentou nos últimos anos em residentes de países africanos (STANNAH et al., 2019). Entretanto, são necessários mais esforços e estratégias distintas para que se chegue a taxas de testagem que contemplem a meta 90-90-90. Uma das opções para ampliar a testagem na população em questão é a implementação de estratégias capazes de provocar mudanças comportamentais. Neste sentido, uma revisão sistemática indicou que intervenções de e-Saúde podem gerar mudanças comportamentais entre HSH (NGUYEN et al., 2019). Diferentes estratégias que englobem recrutamento pela internet, fornecimento de autoteste e conscientização sobre percepção de risco parecem ser viáveis para o alcance dos objetivos comuns para prevenção e controle da infecção causada pelo HIV entre HSH.

Quanto às consequências econômicas contempladas no fator quatro, são abordadas barreiras relacionadas a perda de emprego e problemas com plano de saúde. Neste contexto, a divulgação do diagnóstico em ambientes de trabalho foi uma dificuldade encontrada por pessoas vivendo com HIV em Moçambique, as preocupações concentravam-se no medo de perder o emprego em decorrência da sorologia (STEENBERG, 2020). Assim, acredita-se que barreiras relacionadas às consequências econômicas podem exercer um papel importante nas taxas de diagnóstico tardio entre HSH. No Brasil, o sigilo do diagnóstico em ambiente de trabalho é assegurado por lei (BRASIL, 2014PL+7658/2014).

Quanto ao efeito *floor*, as pontuações para os quatro fatores foram superiores a 15%, o que pode ser devido às poucas opções de resposta da escala Likert, que possuía três pontos e à atribuição de menor ou maior importância às barreiras ao teste anti-HIV apresentadas na escala. Destaca-se que no fator 1 os resultados foram superiores a 40%. Neste contexto, os efeitos *floor* e *ceiling*, quando ultrapassam os 15% são considerados problemáticos, pois interferem na responsividade da escala, que é a capacidade de identificar mudanças (MCHORNEY; TARLOV, 1995). Entretanto, para a presente pesquisa, as pontuações podem refletir a relevância das barreiras apresentadas na escala para a população investigada, com resultados similares no estudo original de desenvolvimento do instrumento (WIKLANDER et al., 2015).

Wiklander et al., (2015) destacam que existem duas interpretações possíveis para as pontuações acumuladas no efeito *floor*: a primeira é que o grupo investigado considera que as barreiras não são importantes no cotidiano e a segunda é que o grupo pode ter baixa percepção de risco. Esta segunda interpretação, caso confirmada, merece destaque, pois a baixa percepção de risco de infecção pelo HIV traz consequências negativas tanto em relação a testagem quanto na adesão a métodos de prevenção (BRASIL, 2007). Em uma pesquisa com HSH norte-americanos, aqueles com maior percepção de risco eram mais propensos a ter se testado para HIV no último ano (KAHLE et al., 2018). Assim, entende-se que resultados concentrados nas pontuações mínimas podem conter indícios de baixa percepção de risco e serve de alerta para profissionais de saúde sobre a conscientização do risco de exposição ao HIV para HSH.

Quanto ao efeito *Ceiling*, semelhante ao efeito *floor*, as pontuações para os quatro fatores foram superiores a 15%, com destaque para o fator 4 que apresentou resultados superiores a 58%. A partir de tais evidências, pode-se compreender que os participantes relataram altas percepções de relevância às barreiras relacionadas às consequências econômicas e preocupações individuais. Consequências econômicas negativas relacionadas ao resultado do teste anti-HIV foram relatadas em pesquisa de país africano (STEENBERG, 2020). Barreiras relacionadas à perda de emprego possuem ligação próxima com o estigma presente na infecção causada pelo HIV (UNAIDS, 2014).

Quanto à confirmação da estrutura fatorial da versão adaptada da escala por meio da análise fatorial confirmatória, foi observado que alguns índices de ajuste tiveram bons resultados e outros não. Após inserir as covariâncias de erros dos itens, os índices de ajuste melhoraram os resultados e se chegou a um modelo aceitável que se encaixava nos dados, corroborando a estrutura fatorial encontrada na análise fatorial exploratória. Desta forma, constatou-se que o modelo apresentado é plausível.

Os resultados indicaram ainda que a escala apresentou validade convergente e discriminante. No caso da presente pesquisa, depreende-se que a versão final da escala, Versão para o Português do Brasil, é uma ferramenta válida para avaliar barreiras de acesso ao teste anti-HIV entre homens brasileiros que fazem sexo com homens e há indícios de validade suficientes para encorajar seu uso tanto por pesquisadores quanto por profissionais de saúde inseridos em serviços de testagem.

Limitações do Estudo

As limitações do estudo concentram-se na natureza do recrutamento dos participantes, pois a pesquisa foi promovida em perfis do Instagram que produziam conteúdos voltados para o público LGBTQI+ em geral, o que representa em excesso aqueles homens que se identificaram como homossexuais de forma que a amostra poderá ter superestimado um determinado grupo que apresenta características muito semelhantes. Prah et al. (2016) compararam métodos de amostragem e constataram que em recrutamentos online de HSH é possível que se os HSH sejam super-representados e relatem maior envolvimento em comportamentos de risco. Entretanto, apesar destes aspectos, a amostra foi composta por homens de todas as regiões do país.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

O processo metodológico a que foi submetido a escala *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* resultou em uma versão em português do Brasil adaptada culturalmente para homens brasileiros que fazem sexo com outros homens com respectivas equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre as duas versões.

A versão adaptada da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* apresentou confiabilidade e validade satisfatórias para avaliar barreiras ao teste anti-HIV entre HSH e, deste modo, recomenda-se sua aplicação em pesquisas futuras e em ambientes prestadores de serviços de saúde que forneçam testagem anti-HIV para verificações conforme indicação de sua finalidade, após autorização do autor.

Assim, os resultados evidenciados nesta pesquisa indicam que a versão adaptada da escala possui propriedades psicométricas confiáveis para mensurar barreiras ao teste anti-HIV na população estudada. Entretanto, este é o primeiro estudo que realizou a adaptação cultural e validação da *Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*, recomendando-se que suas propriedades psicométricas sejam testadas em outros grupos e em diferentes contextos culturais para que mais evidências sobre sua validade e estabilidade sejam reportadas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AGGLETON, P.; PARKER, R. Moving beyond biomedicalization in the HIV response: implications for community involvement and community leadership among men who have sex with men and transgender people. **Am J Public Health**, United States, v. 105, n. 8, p. 1552-1558, ago. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4504295/pdf/AJPH.2015.302614.pdf>. Acesso em: 22 out. 2019.
- ANDERSON, J. E.; KANTERS, S. Lack of Sexual Minorities' Rights as a Barrier to HIV Prevention Among Men Who Have Sex with Men and Transgender Women in Asia: A Systematic Review. **LGBT health**, United States, v. 2, n. 1, p. 16-26, mar. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26790014/>. Acesso em: 22 out. 2019.
- ANDRINOPOULOS, K. *et al.* Evidence of the negative effect of sexual minority stigma on HIV testing among MSM and transgender women in San Salvador, El Salvador. **AIDS Behav**, United States, v. 19, n. 1, p. 60-71, jan. 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10461-014-0813-0>. Acesso em: 22 abr. 2019.
- ARAFAT, S. Y. *et al.* Cross cultural adaptation & psychometric validation of research instruments: A methodological review. **J Behav Health Serv Res**, United States, v. 5, n. 3, p. 129-136, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/304454493_Cross_Cultural_Adaptation_and_Psychometric_Validation_of_Research_Instruments_a_Methodological_Review. Acesso em: 11 dez. 2018.
- ARAÚJO, C. L. F. *et al.* Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Município do Rio de Janeiro e o Acesso ao Diagnóstico do HIV entre a População Negra: uma análise qualitativa. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, p. 85-95, nov./dez. 2010. Supl. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/09.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2019.
- AWAD, G. H. *et al.* Development of a measure of barriers to HIV testing among individuals at high risk. **AIDS Educ.**, United States, v. 16, n. 2, p. 115-125, abr. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15134120/>. Acesso em: 22 out. 2017.
- BAYER, R.; EDINGTON, C. HIV testing, human rights, and global AIDS policy: exceptionalism and its discontents. **J Health Polit Policy Law**, United States, v. 34, n. 3, p. 301-323, jun. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730828/pdf/nihms129471.pdf>. Acesso em: 23 out. 2019.
- BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, United States, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, dez. 2000. Disponível em: https://journals.lww.com/spinejournal/Citation/2000/12150/Guidelines_for_the_Process_of_Cross_Cultural.14.aspx. Acesso em: 17 maio 2018.
- BEATON D. *et al.* **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures**. Institute for Work & Health. 2007.

BENNETT, S. J. *et al.* Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. **Qual Life Res**, Netherlands, v. 11, n.4, p. 349-59, jun. 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12086120/>. Acesso em: 19 nov. 2020.

BENTLER, P. Structural Equations Modeling: improving model fit by correlating errors. *Journal of Consumer Psychology*, v. 10, n. 2, p. 83-100, 2001.

BONI, R. B. *et al.* An internet-based HIV self-testing program to increase HIV testing uptake among men who have sex with men in Brazil: descriptive cross-sectional analysis. **J Med Internet Res**, Canada, v. 21, n. 8, e14145, ago. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6694730/>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRANSON, B. M. *et al.* E. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. **Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports**, United States, v. 55, n. 14, p. 1-17, set. 2006. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5514a1.htm>. Acesso em: 8 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil. Desafios para a equidade e o acesso**. Brasília, Distrito Federal, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_testagem aconselhamento_brasil.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei 7658/2014**. Brasília, Distrito Federal, 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/618055>. Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças de condições crônicas e Infecções sexualmente transmissíveis. O autoteste de HIV no SUS**. Brasília, Distrito Federal, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/autoteste/o-autoteste-de-hiv-no-sus>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BYRNE, B. M. **Structural Equation Modeling with AMOS: basic concepts, applications and programming**. 2. ed. New York: Taylor & Francis Group, 2010.

CASTRO, M.M. **Adaptação transcultural e validação do instrumento genérico de mensuração de qualidade de vida relacionada à saúde, DISABKIDS 37, para crianças e adolescentes mexicanos com doenças crônicas e seus pais ou cuidadores: fase I**. 2007. 186 p. (Doutorado em Ciências), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas**. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. 2. Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. 58 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **HIV/aids Testing**. Division of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. U.S. Department of Health & Human Services. 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **HIV test**. Guidelines. 2020.

CHEN, Q. *et al.* Trends of HIV incidence and prevalence among men who have sex with men in Beijing, China: Nine consecutive cross-sectional surveys, 2008-2016. **PloSone**, United States, v. 13, n. 8, e0201953, ago. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6084969/pdf/pone.0201953.pdf>. Acesso em: 13 set. 2019.

CLARK, H. A. *et al.* Men who have sex with men (MSM) who have not previously tested for HIV: results from the MSM Testing Initiative, United States (2012–2015). **AIDS Behav**, New York, v. 23, n. 2, p. 359-365, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6986464/pdf/nihms-1066173.pdf>. Acesso em: 8 maio 2020.

CORRAR, L. J.; PAULO, E.; DIAS FILHO, J. M. **Análise Multivariada**: para os cursos de Administração, Ciências Contábeis e Economia. 1. Ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2007.

DEBLONDE, J. *et al.* Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. **Eur. J. Public Health**, England, v. 20, n. 4, p. 422-432, fev. 2010. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article/20/4/422/636579>. Acesso em: 17 maio 2018.

DELANEY, K. P. *et al.* Using a geolocation social networking application to calculate the population density of sex-seeking gay men for research and prevention services. **J Med Internet Res**, Canada, v. 16, n. 11, e249, nov. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4260063/>. Acesso em: 22 nov. 2020.

DINENNO, E. A. *et al.* Recommendations for HIV screening of gay, bisexual, and other men who have sex with men—United States, 2017. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, United States, v. 66, n. 31, p. 830, ago. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5687782/pdf/mm6631a3.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2018.

DOWSON, L. *et al.* Why some MSM present late for HIV testing: A qualitative analysis. **AIDS Care**, England, v. 24, n. 2, p. 204-220, jul. 2011. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540121.2011.597711?journalCode=cac20>. Acesso em: 22 set. 2019.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; GONÇALVES, N.; ROMANOSKI, P. J. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação-parte I. **Texto contexto enfer**, Santa Catarina, v. 26, n. 4, e1600017, jan. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e1600017.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2020.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Scores and measurements: validity, reliability, sensitivity**. Quality of Life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes: 2007. 108 p.

FIELDS, E. L. *et al.* There's an app for that: Using geosocial networking apps to access young Black gay, bisexual, and other MSM at risk for HIV. **Am J Health Promot**, United States, v. 34, n. 1, p. 42-51, jan. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31359764/>. Acesso em: 22 set. 2020.

FISHER, J. *et al.* The dynamics of repeat HIV testing, and interventions for repeat HIV testers. **AIDS Behav**, United States, v. 6, p. 183-191, jun. 2002. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1015405416826>. Acesso em: 22 out. 20120.

FONSECA, L. K. D. S. *et al.* Análise da estigmatização no contexto do HIV/AIDS: Concepções de Pessoas que Vivem com HIV/AIDS. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Minas Gerais, v. 13, n. 2, p. 1-15, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v13n2/07.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2020.

GARCÍA, J. I. *et al.* The UALE project: a cross-sectional approach for trends in HIV/STI prevalence among key populations attending STI clinics in Guatemala. **BMJ open**, v. 8, n. 9, p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/9/e022632.full.pdf>. Acesso em: 22 out. 2019.

GEORGE-SVAHN, L. *et al.* Barriers to HIV testing as reported by individuals newly diagnosed with HIV infection in Sweden. **AIDS care**, United States, v.24, p. 1-10, nov. 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540121.2020.1844862>. Acesso em: 2 jan. 2021.

GÖKENGİN, D. *et al.* European guideline on HIV testing. **Int J STD AIDS**, England, v. 25, n. 10, p. 695-704, abr. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24759563/>. Acesso em: 22 out. 2019.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J. Clin Epidemiol**, New York, v. 46, n. 12, p. 1417-32, dez.1993. Disponível em: [https://www.jclinepi.com/article/0895-4356\(93\)90142-N/pdf](https://www.jclinepi.com/article/0895-4356(93)90142-N/pdf). Acesso em: 23 maio 2018.

HAIR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. Tradução: AS SANT'ANNA; A. CLOVES NETO, 5. KLINE, R. B. 2. ed. New York: The Guilford Press, 2005.

HAIR, J. F. *et al.* **Análise Multivariada de Dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HENSELER, J.; RINGLE, C. M.; SARSTEDT, M. A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. **J Acad Mark Sci**, New York, v. 43, n. 1, p. 115-135, ago. 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11747-014-0403-8>. Acesso em: 12 nov. 2019.

HOYOS, J. *et al.* Never tested for HIV in Latin-American migrants and Spaniards: prevalence and perceived barriers. **J. Int. AIDS Soc.**, Switzerland, v. 16, n. 1, p. 18560, maio 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3651516/pdf/JIAS-16-18560.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2019.

HU, L. T.; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. **Struct. Equ. Model.**, v. 6, n. 1, p. 1-55, 1999. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10705519909540118>. Acesso em: 22 jun. 2020.

IBRAGIMOV, U. *et al.* Estimating self-reported sex practices, drug use, depression, and intimate partner violence among MSM in China: a comparison of three recruitment methods. **AIDS care**, United States, v. 29, n. 1, p. 125-131, jan. 2017. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540121.2016.1201191?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 22 dez. 2020.

INSIGHT START STUDY GROUP. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. **N Engl J Med**, United States, v. 373, n. 9, p. 795-807, 2015.

JOSEPH, H. A. *et al.* HIV testing among sexually active Hispanic/Latino MSM in Miami-Dade County and New York City: opportunities for increasing acceptance and frequency of testing. **Health Promot. Pract.**, United States, v. 15, n. 6, p. 867-880, jun. 2014. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1524839914537493>. Acesso em: 17 abr. 2019.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **90-90-90**: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. Global AIDS Update 2016. Geneva; UNAIDS; 2019.

KAHLE, E. M. *et al.* HIV prioritization and risk perception among an online sample of men who have sex with men in the United States. **Am J Mens Health**, United States, v. 12, n. 4, p. 676-687, maio 2018. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6131427/pdf/10.1177_1557988318776581.pdf. Acesso em: 19 dez. 2020.

KERR, L. R. *et al.* HIV among MSM in a large middle-income country. **AIDS**, England, v. 27, n. 3, 427-435, jan. 2013. Disponível em:

https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2013/01280/HIV_among_MSM_in_a_large_middle_income_country.13.aspx. Acesso em: 18 jan. 2019.

KERR, L. *et al.* HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. **Medicine**, United States, v. 97, p. 9-15, maio 2018. Supl. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5991534/pdf/medi-97-s09.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2019.

KIPPAX, S.; RACE, K. Sustaining safe practice: twenty years on. **Soc Sci Med**, England, v. 57, n. 1, p. 1-12, jul. 2003. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953602003039?via%3Diuhub>. Acesso em: 22 out. 2020.

KRAMER, S. C. *et al.* Factors associated with unprotected anal sex with multiple non-steady partners in the past 12 months: results from the European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS 2010). **BMC Public Health**, England, v. 16, n. 1, p. 1-12, jan. 2015. Disponível em:

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-2691-z>. Acesso em 11 out. 2020.

- LEAITY, S. *et al.* Repeat HIV testing: high-risk behaviour or risk reduction strategy? **AIDS**, England, v. 14, n. 14, p. 547-552, mar. 2000. Disponível em: https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2000/03310/Repeat_HIV_testing__high_risk_behaviour_or_risk.10.aspx. Acesso em: 11 set. 2019.
- LIM, S. H. *et al.* A Qualitative Study of HIV “Test-and-Treat” Experience Among Men Who Have Sex With Men in Malaysia. **AIDS Educ. Prev.** New York, v. 31, n. 3, p. 193-205, jun. 2019. Disponível em: <https://guilfordjournals.com/doi/pdf/10.1521/aeap.2019.31.3.193>. Acesso em: 8 jan. 2020.
- LISBOA, J. V.; AUGUSTO, M. G.; FERREIRA, P. L. **Estatística aplicada à gestão**. Porto: Vida Económica, 2012.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing Research: Methods**. Critical appraisal and Utilization. St Louis: Mosby, 1998.
- LORENC, T. *et al.* HIV testing among men who have sex with men (MSM): systematic review of qualitative evidence. **Health Educ Res**, England, v. 26, n. 5, p. 834-846, out. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21873612/>. Acesso em: 18 ago. 2019.
- LUNDGREN, J. D. *et al.* Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. **N Engl J Med**, United States, v. 373, n. 9, p. 795-807, ago. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4569751/pdf/nihms-719564.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2018.
- MAKSUD, I.; FERNANDES, N. M.; FILGUEIRAS, S. L. Technologies for HIV prevention and care: challenges for health services. **Revbrasepidemiol**, São Paulo, v. 18, p. 104-119, set. 2015. Supl. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s1/pt_1415-790X-rbepid-18-s1-00104.pdf. Acesso em: 22 ago. 2019.
- MARKS, G. *et al.* Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. **J Acquir Immune Defic Syndr**, United States, v. 39, n. 4, p. 446-453, ago. 2005. Disponível em: https://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2005/08010/Meta_Analysis_of_High_Risk_Sexual_Behavior_in.13.aspx. Acesso em: 23 ago. 2019.
- MARGOLIS, A. D. *et al.* ‘Never testing for HIV’ among men who have sex with men recruited from a sexual networking website, United States. **AIDS Behav**, New York, v. 16, n. 1, p. 23-29, jan. 2012. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10461-011-9883-4>. Acesso em: 17 nov. 2019.
- MCCORMACK, S. *et al.* Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. **The Lancet**, United Kingdom, v. 387, n. 10013, p. 53-60, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4700047/>. Acesso em: 11 ago. 2019.
- MCHORNEY, C. A.; TARLOV, A. R. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate?. **Qual. Life Res.**, Netherlands, v. 4, n.

4, p. 293-307, ago. 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7550178/>. Acesso em: 15 abr. 2019.

MEDLAND, N. A. *et al.* Incident HIV infection has fallen rapidly in men who have sex with men in Melbourne, Australia (2013–2017) but not in the newly-arrived Asian-born. **BMC Infect. Dis.**, England, v. 18, n. 1, p. 1-10, ago. 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6102820/pdf/12879_2018_Article_3325.pdf. Acesso em: 17 nov. 2019.

MORA, C.; BRIGEIRO, M.; MONTEIRO, S. HIV testing among “MSM”: prevention technologies, sexual moralities and serologic self-surveillance. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, e280204, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v28n2/0103-7331-physis-28-02-e280204.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2019.

MULAİK, S. A. *et al.* Dean. Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. **Psychological Bulletin**, United States, v. 105, n. 3, p. 430-445, maio 1989. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1989-28179-001>. Acesso em: 28 maio 2020.

NORTON J. *et al.* Repeat HIV testers at a London same-day testing clinic. **AIDS**, England, v. 11, n. 6, p. 773-781, abr. 1997. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/9143610>. Acesso em: 11 dez. 2020.

NGUYEN, L. H. *et al.* A systematic review of eHealth interventions addressing HIV/STI prevention among men who have sex with men. **AIDS Behav**, United States, v. 23, n. 9, p. 2253-2272, set. 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6766471/pdf/10461_2019_Article_2626.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020.

NWOKOLO, N. *et al.* Rapidly declining HIV infection in MSM in central London. **The Lancet**, United Kingdom, v. 4, n. 11, p. 482-483, nov. 2017. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2352-3018%2817%2930181-9>. Acesso em: 18 jul. 2019.

OLIVEIRA, F. D. *et al.* Aspectos teóricos e metodológicos para adaptação cultural e validação de instrumentos na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Santa Catarina, v. 27, n. 2, p. 1-13, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e4900016.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2018.

PARKER, R. Sexuality, culture and power in HIV/AIDS research. **Annu Rev Anthropol.**, v. 30, p. 163-179, 2001. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.anthro.30.1.163>. Acesso em: 8 maio 2019.

PASSARO, R. C. *et al.* Contextualizing condoms: a cross-sectional study mapping intersections of locations of sexual contact, partner type, and substance use as contexts for sexual risk behavior among MSM in Peru. **BMC InfectDis**, England, v. 19, n. 1, p. 958, nov. 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6849170/pdf/12879_2019_Article_4517.pdf. Acesso em: 22 dez. 2020.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Disponível em:

<http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>. Acesso em: 28 maio 2019.

PASQUALI, L. **Análise fatorial para pesquisadores**. LabPAM, 2005.

PASQUALI L. Psicometria. **Rev Esc Enferm, São Paulo**, v. 43, p. 992-9, 2009. Supl. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>. Acesso em: 18 maio 2018.

PERSSON, K. I. *et al.* Motivators and barriers for HIV testing among men who have sex with men in Sweden. **J CLIN NURS**, Boston, v. 25, n. 23-24, p. 3605-3618, maio 2016. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.13293>. Acesso em: 12 maio 2019.

PHARR, J. R.; LOUGH, N. L.; EZEANOLUE, E. E. Barriers to HIV testing among young men who have sex with men (MSM): experiences from Clark County, Nevada. **Glob J Health Sci**, Canada, v. 8, n. 7, 9-17, jul. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4965686/pdf/GJHS-8-9.pdf>. Acesso em 17 abr. 2019.

PHILLIPS, K. *et al.* Predictors of repeat HIV testing among gay and bisexual men. **AIDS**, England, v. 9, n. 7, p. 769-775, jul. 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7546423/>. Acesso em: 22 out. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Nursing research: Principles and methods**. Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

POLIT, D. F.; YANG, F. M. **Measurement and the measurement of change**. China: Wolters Kluwer, 2016.

PRAH, P. *et al.* Men who have sex with men in Great Britain: comparing methods and estimates from probability and convenience sample surveys. **Sex Transm Infect**, England, v. 92, n. 6, p. 455-463, set. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5013102/pdf/sextrans-2015-052389.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

REDOSCHI, B. R. L. *et al.* Uso rotineiro do teste anti-HIV entre homens que fazem sexo com homens: do risco à prevenção. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, e00014716, maio 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n4/1678-4464-csp-33-04-e00014716.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2020.

REN, C. *et al.* Digital crowdsourced intervention to promote HIV testing among MSM in China: study protocol for a cluster randomized controlled trial. **Trials**, v. 21, n. 1, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-020-04860-8>. Acesso em: 11 out. 2020.

RIBEIRO, F. B.; SACRAMENTO, O. A despistagem do VIH/sida: saúde pública e motivações dos utentes do teste rápido no Nordeste de Portugal. **Saude soc**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 510-522, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0510.pdf>. Acesso em 18 ago. 2019.

RODRIGUES, W. C.; SOLER, O. Licença compulsória do efavirenz no Brasil em 2007: contextualização. *Revista Panamericana de Salud Pública, United States*, v. 26, n. 6, p. 553-559, 2009. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n6/553-559/pt>. Acesso em: 22 out. 2019.

RODGER, A. J. *et al.* Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA, United States*, v. 316, n. 2, p. 171-181, jul. 2016. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2533066>. Acesso em: 25 out. 2019.

RODGER, A. J. *et al.* Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet, United Kingdom*, v. 393, n. 10189, p. 2428-2438, jun. 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673619304180>. Acesso em: 03 fev. 2021.

SARSTEDT, M.; MOOI, E. A. **A concise guide to market research. The process, data, and methods using IBM SPSS Statistics.** Berlin:Springer, 2014.

SCHECHTER, M.; *et al.* H. Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr, United States*, v. 35, n. 5, p. 519-525, apr. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15021317/>. Acesso em: 22 out. 2019.

SCHWARCZ, S. *et al.* Identifying barriers to HIV testing: Personal and contextual factors associated with late HIV testing. *AIDS Care, United States*, v. 23, n. 7, p. 892-900, jul. 2011. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540121.2010.534436?journalCode=cac20>. Acesso em: 18 out. 2019.

SEEKAEW, P.; *et al.* Characteristics and HIV epidemiologic profiles of men who have sex with men and transgender women in key population-led test and treat cohorts in Thailand. *PloSone, United States*, v. 13, n. 8, e0203294, ago. 2018. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0203294>. Acesso em: 18 out. 2019.

SOARES, P. D. S.; BRANDÃO, E. R. Não retorno de usuários a um centro de testagem e aconselhamento do estado do Rio de Janeiro: fatores estruturais e subjetivos. *Physis, Rio de Janeiro – RJ*, v. 23, n. 3, p. 703-721, set./out. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v23n3/03.pdf>. Acesso em: 12 maio 2019.

SONG, Y. *et al.* HIV-testing behavior among young migrant men who have sex with men (MSM) in beijing, china. *AIDS Care, United States*, v. 23, n. 2, p. 179-186, fev. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3076143/pdf/nihms257542.pdf>. Acesso em: set. 2019.

STACKFLETH, R. **Adaptação e validação da versão em português da escala Partners in Health (PIH) para a população brasileira com doenças crônicas.**

2017. 145 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

STANNAH, J. *et al.* HIV testing and engagement with the HIV treatment cascade among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, United Kingdom, v. 6, n. 11, e769-e787, out. 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(19\)30239-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(19)30239-5/fulltext). Acesso em: 10 out. 2020.

STEENBERG, B. HIV-positive Mozambican migrants in South Africa: loneliness, secrecy and disclosure. **Cult Health Sex**, United Kingdom, v. 22, n. 1, p. 48-63, fev. 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691058.2019.1571230?journalCode=tchs20>. Acesso em: 13 nov. 2020.

TECLESSOU, J. N. *et al.* Evolution of HIV prevalence and behavioral factors among MSM in Togo between 2011 and 2015. **Pan Afr Med J**, Uganda, v. 28, n. 1, p. 1-10, nov. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5873283/pdf/PAMJ-28-191.pdf>. Acesso em: maio 2019.

THATO, R.; DAENGSAARD, E.; SUKRAK, N. The effect of a Brief HIV Prevention Program on Risk Reduction Behaviors among Thai Men Diagnosed with Sexually Transmitted Infections. **Asian Nurs Res**, Korea (South), v. 17, S1976-1317(18)30200-7, out. 2018. Disponível em: <https://www.asian-nursingresearch.com/action/showPdf?pii=S1976-1317%2818%2930200-7>. Acesso em: 19 set. 2019.

TODD, J. *et al.* Translation and validation of a Bahasa Malaysia (Malay) version of the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). **Plos one**, United States, v. 15, n. 4, e0231048, 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231048>. Acesso em: 19 abr. 2020.

WANG, L. *et al.* Using Social Media To Increase HIV Testing Among Men Who Have Sex with Men—Beijing, China, 2013–2017. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, United States, v. 68, n. 21, p. 478-482, maio 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6821a3.htm>. Acesso em: 10 nov. 2020.

WEI, C. *et al.* Accessing HIV testing and treatment among men who have sex with men in china: A qualitative study. **AIDS Care**, United States, v. 26, n. 3, p. 372-378, ago. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4053186/pdf/nihms511060.pdf>. Acesso em: 8 maio 2019.

WIKLANDER, M. *et al.* Development and psychometric testing of a barriers to HIV testing scale among individuals with HIV infection in Sweden; The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version. **Health Qual Life Outcomes**, England, v. 13, n. 1, p. 1-7, nov. 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4653894/pdf/12955_2015_Article_381.pdf. Acesso em: out. 2017.

WITZEL, T. C. *et al.* HIV self-testing among men who have sex with men (MSM) in the UK: a qualitative study of barriers and facilitators, intervention preferences and

perceived impacts. **PLoS one**, United States, v. 11, n. 9, e0162713, set. 2016.

Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0162713>. Acesso em: 19 nov. 2020.

WONG, F. Y. *et al.* HIV testing and management: Findings from a national sample of Asian/Pacific islander men who have sex with men. **Public Health Rep**, United States, v. 127, n. 2, p. 186-194, abr. 2012. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3268803/pdf/phr127000186.pdf>.

Acesso em: 18 set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults**. Geneva: World Health Organization; 2010.

XU, W.; ZHENG, Y.; KAUFMAN, M. R. Predictors of Recent HIV Testing Among Chinese Men Who Have Sex with Men: A Barrier Perspective. **AIDS patient care STDs**, United States, v. 32, n. 10, p. 408-417, out. 2018. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6909725/pdf/apc.2018.0061.pdf>.

Acesso em: jun. 2019.

YE, M.; GIRI, M. Prevalence and correlates of HIV infection among men who have sex with men: a multi-provincial cross-sectional study in the southwest of China.

HIV/AIDS (Auckl), New Zealand, v. 10, p. 167-175, out. 2018. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6178892/pdf/hiv-10-167.pdf>. Acesso

em: 28 maio 2019.

Apêndices

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Juízes

1/2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹ Para os Juízes

O(a) Senhor(a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Adaptação Cultural e Validação do *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* para homens brasileiros que fazem sexo com outros homens”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), orientada pela Professora Doutora Renata Karina Reis, cujo propósito é validar o instrumento.

Tipo de Participação: Caso concorde, solicitamos sua participação na validação de face e de conteúdo visando analisar as equivalências (semântica, idiomática, conceitual e experimental). Destaca-se que a reunião para a validação durará aproximadamente duas horas. Esclarecemos que após a validação de face e conteúdo, a versão final do instrumento será aplicada em homens que fazem sexo com homens usuários de redes sociais, para análise das propriedades psicométricas. Suas respostas serão respeitosamente usadas em eventos científicos.

Riscos: O(a) Senhor(a) poderá se sentir desconfortável fisicamente pelo tempo de duração da reunião para validação, mas ressaltamos que, dependendo do curso da reunião, poderão ser realizados intervalos para minimizar o desconforto e cansaço.

Benefícios: Apesar de o(a) senhor(a) não ser beneficiado de forma direta, sua participação contribuirá para a validação de um instrumento de medida que avaliará barreiras de acesso ao teste de HIV. Além disso, estará contribuindo para a validação de um instrumento que possibilitará profissionais de gestores de saúde a elaborar estratégias de redução de barreiras ao teste de HIV ampliando o acesso e contribuindo para a redução de diagnósticos tardios.

Sigilo e Privacidade: Sua privacidade será respeitada de modo que suas informações serão sigilosas e nenhuma delas poderá identificá-lo. Seu nome não será mencionado, nem qualquer outra informação capaz de identificá-lo.

Autonomia: O(a) Senhor(a) poderá se recusar a participar do estudo a qualquer momento e se retirar dele sem que lhe cause nenhum prejuízo.

Ressarcimento e Indenização: Caso se sinta prejudicado por ter participado da pesquisa, deverá buscar indenização fundamentado na lei vigente no Brasil, conforme destacado na Resolução 510/2016 art. 9º.

Caso você tenha alguma dúvida, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), pelo telefone (16) 3315-9197 (de segunda a sexta-feira, em dias úteis,

¹ VERSÃO 002_TCLE_02/2019

Laelson Rochelle Milanês Sousa
Pesquisado responsável

Renata Karina Reis
Orientadora

Participante

2/2

das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas) ou com o pesquisador responsável e/ou com a orientadora do trabalho. **Pesquisador Responsável:** Laelson Rochelle Milanês Sousa **E-mail:** laelson@usp.br. Telefone: (86) 98161-5992.

Endereço institucional: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, situada na Avenida Bandeirantes, nº3900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902.

Você estará participando do estudo por livre e espontânea vontade e, caso queira interromper sua participação neste estudo, não haverá qualquer prejuízo para você.

Consentimento de Participação:

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: “Adaptação Cultural e Validação do *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* para homens brasileiros que fazem sexo com outros homens”.

Assinatura

Data: ____/____/____

Laelson Rochelle Milanês Sousa
Pesquisado responsável

Renata Karina Reis
Orientadora

Participante

Apêndice 2 –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido online

1/2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A COLETA ONLINE (TCLE Online)¹

O Senhor está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Adaptação Cultural e Validação do *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version* para homens brasileiros que fazem sexo com outros homens”, orientada pela Professora Doutora Renata Karina Reis. O objetivo da pesquisa é realizar adaptação cultural e validação do instrumento para a cultura brasileira. Esse instrumento auxiliará profissionais de gestores de saúde a identificar as principais barreiras ao teste de HIV enfrentadas por homens que fazem sexo com homens. Com isso, estratégias de redução de barreiras poderão ser elaboradas para ampliar o acesso ao teste de HIV.

Tipo de Participação: O Senhor precisará de acesso à internet para responder as questões da pesquisa *online*. A pesquisa conta com vinte e nove (29) questões sobre o senhor, por exemplo: qual sua idade, qual estado brasileiro o senhor pertence, qual sua orientação sexual, etc., e com dezoito (18) perguntas sobre a versão brasileira do *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*, com perguntas sobre barreiras ao teste de HIV. O tempo de preenchimento será de aproximadamente 20 minutos.

Riscos: Ressaltamos que o Senhor poderá se sentir constrangido ou desconfortável ao responder as perguntas contidas na pesquisa, pois tratam de questões pessoais. Além disso, recordações de situações difíceis de sua vida poderão ser recordadas. Caso isso ocorra, o senhor poderá interromper sua participação imediatamente e retornar a responder depois ou mesmo simplesmente não participar mais, tudo dependerá de sua vontade.

Benefícios: O senhor poderá se beneficiar mediante o acesso a informações sobre as principais barreiras de acesso ao teste de HIV. Além disso, estará contribuindo para a validação de um instrumento que possibilitará profissionais de gestores de saúde a elaborar estratégias de redução de barreiras ao teste de HIV ampliando seu acesso e contribuindo para a redução de diagnósticos tardios.

Sigilo e Privacidade: Sua privacidade será respeitada de modo que suas informações serão sigilosas e nenhuma delas poderá identificá-lo. Seu nome não será mencionado, nem qualquer outra informação capaz de identificá-lo. Os dados serão armazenados em arquivo digital pelo pesquisador e pela orientadora por um período de cinco anos após o término da pesquisa, conforme a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados do estudo serão publicados em eventos e revistas científicas internacionais, mas o sigilo de sua participação será mantida.

¹ VERSÃO 02_TCLE_02/2019

2/2

Autonomia: Será garantido ao senhor o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo e suas consequências, podendo ser requerida a qualquer momento, antes, durante ou depois de sua participação. O senhor poderá se recusar a participar do estudo a qualquer momento e se retirar dele sem que lhe cause nenhum prejuízo.

Ressarcimento e Indenização: O senhor não terá nenhum tipo de remuneração financeira pela participação na pesquisa. Da mesma forma, não perderá nenhum de seus direitos. Ressaltamos que o senhor tem direito à indenização por parte dos pesquisadores e da instituição envolvida por eventuais danos decorrentes de sua participação, conforme a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Segunda Via do TCLE Online: O senhor poderá guardar a segunda via deste documento, que é sua por direito. Basta clicar [aqui](#) e realizar o *download* do documento.

Caso você tenha alguma dúvida, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), pelo telefone (16) 3315-9197 (de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas) ou com o pesquisador responsável e/ou com a orientadora do trabalho.

Pesquisador Responsável: Laelson Rochelle Milanês Sousa **E-mail:** laelson@usp.br.
Telefone: (86) 98161-5992.

Endereço institucional: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, situada na Avenida Bandeirantes, nº3900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902.

Você estará participando do estudo por livre e espontânea vontade e, caso queira interromper sua participação neste estudo, não haverá qualquer prejuízo para você.

☐ “Li e concordo” participar da presente pesquisa

☐ “Li e não concordo” participar da presente pesquisa

RUBRICAS: Participante /Responsável

Pesquisador

Testemunha

Apêndice 3 – Questionário para análise semântica

Pesquisa sobre Barreiras para Realização de Testes de HIV enfrentadas por Homens que Fazem Sexo com Homens – Etapa de Validação Semântica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Adaptação Cultural e Validação do The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version para homens brasileiros que fazem sexo com outros homens”, orientada pela Professora Doutora Renata Karina Reis. O objetivo da pesquisa é realizar adaptação cultural e validação do instrumento para a cultura brasileira. Esse instrumento auxiliará profissionais de gestores de saúde a identificar as principais barreiras ao teste de HIV enfrentadas por homens que fazem sexo com homens. Com isso, estratégias de redução de barreiras poderão ser elaboradas para ampliar o acesso ao teste de HIV.

Tipo de Participação: O Senhor precisará de acesso à internet para responder as questões da pesquisa online. A pesquisa conta com vinte e nove (29) questões sobre o senhor, por exemplo: qual sua idade, qual estado brasileiro o senhor pertence, qual sua orientações sexual, etc., e com dezoito (18) perguntas sobre a versão brasileira do The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version, com perguntas sobre barreiras ao teste de HIV. O tempo de preenchimento será de aproximadamente 20 minutos.

Riscos: Ressaltamos que o Senhor poderá se sentir constrangido ou desconfortável ao responder as perguntas contidas na pesquisa, pois tratam de questões pessoais. Além disso, recordações de situações difíceis de sua vida poderão ser recordadas. Caso isso ocorra, o senhor poderá interromper sua participação imediatamente e retornar a responder depois ou mesmo simplesmente não participar mais, tudo dependerá de sua vontade.

Benefícios: O senhor poderá se beneficiar mediante o acesso a informações sobre as principais barreiras de acesso ao teste de HIV. Além disso, estará contribuindo para a validação de um instrumento que possibilitará profissionais de gestores de saúde a elaborar estratégias de redução de barreiras ao teste de HIV ampliando seu acesso e contribuindo para a redução de diagnósticos tardios.

Sigilo e Privacidade: Sua privacidade será respeitada de modo que suas informações serão sigilosas e nenhuma delas poderá identificá-lo. Seu nome não será mencionado, nem qualquer outra informação capaz de identificá-lo. Os dados serão armazenados pelo pesquisador e pela orientadora até o término da pesquisa. No final da pesquisa, serão eliminados respeitando a Lei Brasileira nº 12.965/2014 bem como a política de privacidade do Survey Monkey. Os dados do estudo serão publicados em eventos e revistas científicas internacionais, mas o sigilo de sua participação será mantida.

Autonomia: Será garantido ao senhor o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo e suas consequências, podendo ser requerida a qualquer momento, antes, durante ou depois de sua participação. O senhor poderá se recusar a participar do estudo a qualquer momento e se retirar dele sem que lhe cause nenhum prejuízo.

Ressarcimento e Indenização: O senhor não terá nenhum tipo de remuneração financeira pela participação na pesquisa. Da mesma forma, não perderá nenhum de seus direitos. Ressaltamos que o senhor tem direito à indenização por parte dos pesquisadores e da instituição envolvida por eventuais danos decorrentes de sua participação, conforme a

instituição envolvida por eventuais danos decorrentes de sua participação, conforme a Resolução 466/2012 e 510/2016.

Segunda Via do TCLE Online: O senhor poderá guardar a segunda via deste documento, que é sua por direito. Basta clicar aqui e realizar o download do documento.

Caso você tenha alguma dúvida, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), pelo telefone (16) 3315-9197 (de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas) ou com o pesquisador responsável e/ou com a orientadora do trabalho.

Pesquisador Responsável: Laelson Rochelle Milanês Sousa E-mail: laelson@usp.br. Telefone: (86) 98161-5992.

Endereço institucional: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, situada na Avenida Bandeirantes, nº3900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902.

Você estará participando do estudo por livre e espontânea vontade e, caso queira interromper sua participação neste estudo, não haverá qualquer prejuízo para você.

(_) "Li e concordo" participar da presente pesquisa

(_) "Li e não concordo" participar da presente pesquisa

CASO CONCORDE, CLIQUE EM "PRÓXIMA" PARA CONTINUAR

***Obrigatório**

Seção sem título

1. 1. Qual sua identidade de gênero? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ a) Homem cis
- ☐ b) Homem trans
- ☐ c) Intergênero
- ☐ d) Outro (Especificar)

2. 1.a. Caso tenha respondido a opção "outro", digite qual é o seu gênero.

3. 2. Qual sua orientação sexual? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ a – Homossexual
☐ b – Heterossexual
☐ c – Bissexual
☐ d – Panssexual
☐ e – Assexual

4. 3. Qual sua idade? (Informe em anos completos) *

5. 4. Você é de qual estado do Brasil? *

6. 5. Qual a cor da sua pele? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ a) Branca
☐ b) Preta
☐ c) Parda
☐ d) Amarela
☐ Outro: _____

7. 6. Quantos anos de estudo você tem? (Anos completos de estudo) *

8. 7. Qual sua atual Situação de trabalho? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ a) Não se Aplica
- ☐ b) Carteira assinada
- ☐ c) Aposentado
- ☐ d) Benefício
- ☐ e) Desempregado
- ☐ f) Autônomo
- ☐ g) Trabalho informal
- ☐ h) profissional do sexo
- ☐ i) Funcionário Público
- ☐ j) Estudante

9. 8. Qual sua Renda Mensal familiar (Informar valor em reais) *

10. 9. Qual seu Estado Civil atual? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado/Vive junto/União consensual/Amasiado
- ☐ Divorciado/Separado
- ☐ Viúvo

11. 10. Você tem parceiro fixo? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

12. 11. Caso você tenha parceiro fixo, vocês moram juntos?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

13. 12. Você Faz uso de álcool (Bebida alcoólica)? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

14. 13. Caso sim, com que frequência:

Marcar apenas uma oval.

☐ Diariamente

☐ Semanalmente

☐ Mensalmente

☐ Esporadicamente

15. 14. Você faz uso de tabaco (Cigarro de papel ou de palha)? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

16. 15. Você faz uso de outras drogas? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

17. 16. Caso sim, que tipo?

18. 17. Você tem vida sexual ativa? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

19. 18. Se sim, qual o número de parceiros você se relacionou sexualmente nos últimos 3 meses?

20. 19. E nos últimos 12 meses, qual o número de parceiros?

21. 20. Qual sua prática sexual mais frequente? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Oral

☐ Anal receptiva (passivo)

☐ Anal insertiva (ativo)

☐ Gosta de observar

22. 21. Você Usa Preservativo Masculino em todas as relações sexuais? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

23. 22. Usou preservativo masculino na última relação sexual? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

24. 23. Motivo para não usar o preservativo masculino?

25. 24. Usa gel lubrificante durante as relações sexuais? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

26. 25. Você já se testou para o HIV alguma vez? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

27. 26. Caso já tenha se testado, qual foi o resultado do teste?

Marcar apenas uma oval.

☐ Positivo

☐ Negativo

28. 27. Caso tenha se testado, este teste foi realizado no último ano?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

29. 28. Caso sim, você se testou mais de uma vez no intervalo de um ano?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

30. 29. Caso sim, você se testou mais de uma vez nos últimos seis meses?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

31. 30. Caso tenha se testado mais de uma vez nos últimos seis meses, qual foi o motivo?

Avaliação da Escala de Barreiras para Testes de HIV

Você deverá observar o instrumento e responder as questões sobre a impressão geral que você teve da escala

Escala de Barreiras para Testes de HIV

BARREIRAS PARA O TESTE DE HIV*Para ser respondido pelo paciente*

Existem difentes barreiras para o teste de HIV – que importância as seguintes barreiras tiveram para você? Por favor, marque um X para cada afirmativa.

	Não importante	Pouco importante	Muito importante
1. Eu não tinha um transporte para ir ao local do teste	☐	☐	☐
2. Eu não sabia onde ir fazer o teste	☐	☐	☐
3. Eu não tinha tempo suficiente para ir fazer o teste	☐	☐	☐
4. O local onde faziam testes era muito distante	☐	☐	☐
5. Eu não gostava das pessoas do local do teste	☐	☐	☐
6. Eu me preocupava com o sigilo	☐	☐	☐
7. Eu poderia ser reconhecido no local do teste	☐	☐	☐
8. Se não havia cura, então porque fazer o teste?	☐	☐	☐
9. Eu não queria saber o resultado do teste	☐	☐	☐
10. Eu me preocupava com meu plano de saúde	☐	☐	☐
11. Eu tinha medo de perder meu emprego	☐	☐	☐
12. Eu tinha medo de perder minha família	☐	☐	☐
13. Eu tinha medo de perder meu (minha) parceiro (a)	☐	☐	☐
14. Eu tinha medo de perder meus amigos e contatos sociais	☐	☐	☐
15. Eu tinha medo de que afetasse minha vida sexual	☐	☐	☐
16. Eu tinha medo de ficar doente	☐	☐	☐
17. Eu estava preocupado com as conseqüências legais	☐	☐	☐
18. Eu tinha medo de me sentir um fracasso	☐	☐	☐

32. O que você achou, de um modo geral, da nossa escala? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Boa
☐ Regular
☐ Ruim

33. As questões são compreensíveis? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Fáceis
☐ Regular
☐ Difíceis

34. Sobre a escala de resposta, você teve alguma dificuldade em respondê-las? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Mais ou menos
☐ Não

35. Você considera essas questões importantes para testes de HIV? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Mais ou menos
☐ Não

36. Você gostaria de mudar alguma coisa na escala?

**Avaliação Semântica dos
itens da Escala**

Você deverá avaliar cada item da escala respondendo as
perguntas a seguir

37. 1. Eu não tinha um transporte para ir ao local do teste *

Sobre a afirmação 1: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ As vezes
- ☐ Não

38. Teve alguma dificuldade de compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

39. 2. Eu não sabia onde ir fazer o teste *

Sobre a afirmação 2: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ As vezes
- ☐ Não

40. Teve alguma dificuldade de compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

41. 3. Eu não tinha tempo suficiente para ir fazer o teste *

Sobre a afirmação 3: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ As vezes

☐ Não

42. Teve alguma dificuldade de compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

43. 4. O local onde faziam testes era muito distante *

Sobre a afirmação 4: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ As vezes

☐ Não

44. Teve alguma dificuldade de compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

45. 5. Eu não gostava das pessoas do local do teste *

Sobre a afirmação 5: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ As vezes

☐ Não

46. Teve alguma dificuldade de compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

47. 6. Eu me preocupava com o sigilo *

Sobre a afirmação 6: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Às vezes

☐ Não

48. Teve alguma dificuldade de compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

49. 7. Eu poderia ser reconhecido no local do teste *

Sobre a afirmação 7: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Às vezes

☐ Não

50. Teve alguma dificuldade em compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

51. 8. Se não havia cura, então porque fazer o teste? *

Sobre a afirmação 8: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Às vezes

☐ Não

52. Teve alguma dificuldade de compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

53. 9. Eu não queria saber o resultado do teste *

Sobre a afirmação 9: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Às vezes

☐ Não

54. Teve alguma dificuldade de compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

55. 10. Eu me preocupava com meu plano de saúde *

Sobre a afirmação 10: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Às vezes

☐ Não

56. Teve alguma dificuldade de compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

57. 11. Eu tinha medo de perder meu emprego *

Sobre a afirmação 11: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Às vezes

☐ Não

58. Teve alguma dificuldade de compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

59. 12. Eu tinha medo de perder minha família *

Sobre a afirmação 12: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Às vezes

☐ Não

60. Teve alguma dificuldade de compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

61. 13. Eu tinha medo de perder meu (minha) parceiro (a) *

Sobre a afirmação 13: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Às vezes

☐ Não

62. Teve alguma dificuldade de compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

63. 14. Eu tinha medo de perder meus amigos e contatos sociais *

Sobre a afirmação 14: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Às vezes

☐ Não

64. Teve alguma dificuldade de compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

65. 15. Eu tinha medo de que afetasse minha vida sexual *

Sobre a afirmação 15: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Às vezes

☐ Não

66. Teve alguma dificuldade de compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

67. 16. Eu tinha medo de ficar doente *

Sobre a afirmação 16: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Às vezes

☐ Não

68. Teve alguma dificuldade de compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

69. 17. Eu estava preocupado com as consequências legais *

Sobre a afirmação 17: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Às vezes

☐ Não

70. Teve alguma dificuldade de compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

71. 18. Eu tinha medo de me sentir um fracasso *

Sobre a afirmação 18: Essa questão é importante para avaliar barreiras para realização de teste de HIV?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Às vezes

☐ Não

72. Teve alguma dificuldade de compreender essa questão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

73. Gostaria de Reformular algum dos itens colocando ele em suas palavras?

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

Apêndice 4 – Formulário online para o Pré-teste

1. Bem-vindo à pesquisa.

Esta pesquisa tem finalidade acadêmica e é desenvolvida por pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP.

* 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: https://www.dropbox.com/s/swfncjbrdalwbu9/TCLE_2.pdf?dl=0

☐ Li os termos e concordo em participar da pesquisa

2.

* 2. Qual sua identidade de gênero?

- ☐ Homem Cisgênero
- ☐ Homem Transgênero
- ☐ Intergênero
- ☐ Outro

3. Caso tenha respondido a opção "outro", digite qual é o seu gênero.

* 4. Qual sua orientação sexual?

- ☐ Homossexual
- ☐ Heterossexual
- ☐ Bissexual
- ☐ Pansexual
- ☐ Assexual
- ☐ Outro

* 5. Qual sua idade (anos completos)?

* 6. Você é de qual estado do Brasil?

* 7. Qual a cor da sua pele?

- ☐ Branca
- ☐ Preta
- ☐ Parda
- ☐ Amarela
- ☐ Não desejo declarar
- ☐ Outra

* 8. Qual sua escolaridade? (Tempo de estudo)

* 9. Qual sua atual situação de trabalho?

- ☐ Trabalho formal
- ☐ Trabalho informal
- ☐ Desempregado
- ☐ Aposentado/pensionista
- ☐ Estudante

* 10. Qual sua renda familiar mensal (Informar valor em reais)?

* 11. Qual seu estado civil atual?

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado
- ☐ União estável/vive junto/amasiado
- ☐ Divorciado/separado
- ☐ Viúvo

* 12. Você tem parceiro fixo?

- ☐ Sim
- ☐ Não

13. Caso você tenha parceiro fixo, vocês moram juntos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

* 14. Você faz uso de álcool (Consome Bebida alcoólica)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

15. Caso sim, qual a quantidade?

- ☐ Baixo (Menos de 1 dose por dia ou até 7 doses por semana)
- ☐ Moderado (de 1 a 3 doses por dia ou de 7 a 21 doses por semana)
- ☐ Alto (mais de 3 doses por dia ou mais de 21 doses por semana)

* 16. Você faz uso de tabaco (Cigarro de papel ou de palha)?

- ☐ Sim
☐ Não

* 17. Você faz uso de outras drogas (Ilícitas)?

- ☐ Sim
☐ Não

18. Caso sim, qual tipo?

* 19. Você tem vida sexual ativa?

- ☐ Sim
☐ Não

20. Caso tenha vida sexual ativa, qual o número de parceiros você se relacionou sexualmente nos últimos 3 meses?

21. E nos últimos 12 meses, qual o número de parceiros você se relacionou sexualmente?

* 22. Qual sua prática sexual MAIS frequente?

- ☐ Oral
☐ Anal receptiva (passivo)
☐ Anal insertivo (ativo)
☐ Gosto de observar
☐ Outra

* 23. Você teve alguma relação anal sem preservativo nos últimos 12 meses? (Ativo ou passivo sem camisinha)

- ☐ Sim
☐ Não

* 24. Você usa preservativo masculino em todas as relações sexuais? (OBS: Considere sexo oral como uma relação sexual)

- ☐ Sim
☐ Não

* 25. Você usou preservativo masculino na última relação sexual?

- ☐ Sim
☐ Não

* 26. Você usa gel lubrificante durante as relações sexuais?

- ☐ Sim
☐ Não

* 27. Você já se testou para o HIV alguma vez?

- ☐ Sim
☐ Não

28. Caso já tenha se testado, qual foi o resultado do teste?

- ☐ Positivo
☐ Negativo

29. Caso tenha se testado, este teste foi realizado no último ano?

- ☐ Sim
☐ Não

30. Caso sim, você se testou mais de uma vez nos últimos seis meses?

- ☐ Sim
☐ Não

* 31. Você conhece algum local onde possa fazer um teste rápido de HIV?

- ☐ Sim
☐ Não

* 32. Você conversou (em qualquer momento) com algum profissional de saúde que lhe aconselhou sobre a realização de teste de HIV?

- ☐ Sim
☐ Não

* 33. Você conversou com algum amigo que lhe aconselhou sobre a realização de teste de HIV?

- ☐ Sim
☐ Não

* 34. Você recebeu gratuitamente preservativo masculino nos últimos 12 meses?

- ☐ Sim
☐ Não

* 35. Você leu informações na internet sobre prevenção do HIV nos últimos 12

- ☐ Sim
☐ Não

* 36. Você leu informações em material impresso sobre prevenção nos últimos 12 meses? (Jornais, cartazes, folders etc.)

- ☐ Sim
☐ Não

* 37. Com qual idade você iniciou sua vida sexual (Sexo com outros homens)?

* 38. Você já teve alguma Infecção Sexualmente Transmissível?

- ☐ Sim
☐ Não

* 39. Você conhece alguma pessoa que vive com HIV?

- ☐ Sim
☐ Não

* 40. Você é profissional do sexo?

- ☐ Sim
☐ Não

* 41. Você está usando Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)?

- ☐ Sim
☐ Não

4.

* 43. Existem difentes barreiras para o teste de HIV. Que importância as seguintes barreiras tiveram/têm para você? Por favor, marque uma opção para cada afirmativa.

	Não importante	Pouco importante	Muito importante
1. Eu não tinha um transporte para ir ao local do teste	☐	☐	☐
2. Eu não sabia onde ir fazer o teste	☐	☐	☐
3. Eu não tinha tempo suficiente para ir fazer o teste	☐	☐	☐
4. O local onde faziam testes era muito distante	☐	☐	☐
5. Eu não gostava das pessoas do local do teste	☐	☐	☐
6. Eu me preocupava com o sigilo	☐	☐	☐
7. Eu poderia ser reconhecido no local do teste	☐	☐	☐
8. Se não existia cura, então porque fazer o teste?	☐	☐	☐
9. Eu não queria saber o resultado do teste	☐	☐	☐
10. Eu me preocupava com meu plano de saúde	☐	☐	☐
11. Eu tinha medo de perder meu emprego	☐	☐	☐
12. Eu tinha medo de perder minha família	☐	☐	☐
13. Eu tinha medo de perder meu (minha) parceiro (a)	☐	☐	☐
14. Eu tinha medo de perder meus amigos e contatos sociais	☐	☐	☐
15. Eu tinha medo de que afetasse minha vida sexual	☐	☐	☐

	Não importante	Pouco importante	Muito importante
16. Eu tinha medo de ficar doente	☐	☐	☐
17. Eu estava preocupado com as consequências legais	☐	☐	☐
18. Eu tinha medo de me sentir um derrotado	☐	☐	☐

Apêndice 5 – Formulário online para análise das propriedades psicométricas

1. Bem-vindo à pesquisa.

Esta pesquisa tem finalidade acadêmica e é desenvolvida por pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP.

* 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: https://www.dropbox.com/s/swfncjbrdalwbu9/TCLE_2.pdf?dl=0

☐ Li os termos e concordo em participar da pesquisa

2.

* 2. Qual sua identidade de gênero?

- ☐ Homem Cisgênero
☐ Homem Transgênero
☐ Intergênero
☐ Outro

3. Caso tenha respondido a opção "outro", digite qual é o seu gênero.

* 4. Qual sua orientação sexual?

- ☐ Homossexual
- ☐ Heterossexual
- ☐ Bissexual
- ☐ Pansexual
- ☐ Assexual
- ☐ Outro

* 5. Qual sua idade (anos completos)?

* 6. Você é de qual estado do Brasil?

* 7. Qual a cor da sua pele?

- ☐ Branca
- ☐ Preta
- ☐ Parda
- ☐ Amarela
- ☐ Não desejo declarar
- ☐ Outra

* 8. Qual sua escolaridade? (Tempo de estudo)

* 9. Qual sua atual situação de trabalho?

- ☐ Trabalho formal
- ☐ Trabalho informal
- ☐ Desempregado
- ☐ Aposentado/pensionista
- ☐ Estudante

* 10. Qual sua renda familiar mensal? OBS: O valor do salário mínimo no Brasil é R\$ 1.045,00

- ☐ Menos que 1 salário mínimo
- ☐ Entre 1 a 2 salários mínimos
- ☐ Entre 3 a 4 salários mínimos
- ☐ Entre 5 a 6 salários mínimos
- ☐ 7 ou mais salários mínimos
- ☐ Sem rendimentos

* 11. Qual seu estado civil atual?

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado
- ☐ União estável/vive junto/amasiado
- ☐ Divorciado/separado
- ☐ Viúvo

* 12. Você tem parceiro fixo?

- ☐ Sim
- ☐ Não

13. Caso você tenha parceiro fixo, vocês moram juntos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

* 14. Você faz uso de álcool (Consome Bebida alcoólica)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

15. Caso sim, qual a quantidade?

- ☐ Baixo (Menos de 1 dose por dia ou até 7 doses por semana)
- ☐ Moderado (de 1 a 3 doses por dia ou de 7 a 21 doses por semana)
- ☐ Alto (mais de 3 doses por dia ou mais de 21 doses por semana)

* 16. Você faz uso de tabaco (Cigarro de papel ou de palha)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

* 17. Você faz uso de outras drogas (Ilícitas)?

- ☐ Sim
☐ Não

18. Caso sim, qual tipo?

- ☐ Maconha
☐ Cocaína
☐ Crack
☐ Éxtase
☐ Anfetamina
☐ Loló

* 19. Você tem vida sexual ativa?

- ☐ Sim
☐ Não

* 20. Qual o número de parceiros você se relacionou sexualmente nos últimos 3 meses?

* 21. E nos últimos 12 meses, qual o número de parceiros você se relacionou sexualmente?

* 22. Qual sua prática sexual MAIS frequente?

- ☐ Oral
☐ Anal receptiva (passivo)
☐ Anal insertivo (ativo)
☐ Gosto de observar
☐ Outra

* 23. Você teve alguma relação anal sem preservativo nos últimos 12 meses? (Ativo ou passivo sem camisinha)

- ☐ Sim
☐ Não

* 24. Você usa preservativo masculino em todas as relações sexuais? (OBS: Considere sexo oral como uma relação sexual)

- ☐ Sim
☐ Não

* 25. Você usou preservativo masculino na última relação sexual?

- ☐ Sim
☐ Não

* 26. Você usa gel lubrificante durante as relações sexuais?

- ☐ Sim
☐ Não

* 27. Você já se testou para o HIV alguma vez?

- ☐ Sim
☐ Não

28. Caso já tenha se testado, qual foi o resultado do teste?

- ☐ Positivo
☐ Negativo

29. Caso tenha se testado, este teste foi realizado no último ano?

- ☐ Sim
☐ Não

30. Caso sim, você se testou mais de uma vez nos últimos seis meses?

- ☐ Sim
☐ Não

* 31. Você conhece algum local onde possa fazer um teste rápido de HIV?

- ☐ Sim
☐ Não

* 32. Você conversou (em qualquer momento) com algum profissional de saúde que lhe aconselhou sobre a realização de teste de HIV?

- ☐ Sim
☐ Não

* 33. Você conversou com algum amigo que lhe aconselhou sobre a realização de teste de HIV?

- ☐ Sim
☐ Não

* 34. Você recebeu gratuitamente preservativo masculino nos últimos 12 meses?

- ☐ Sim
☐ Não

* 35. Você leu informações na internet sobre prevenção do HIV nos últimos 12

- ☐ Sim
☐ Não

* 36. Você leu informações em material impresso sobre prevenção nos últimos 12 meses? (Jornais, cartazes, folders etc.)

- ☐ Sim
☐ Não

* 37. Com qual idade você iniciou sua vida sexual (Sexo com outros homens)?

* 38. Você já teve alguma Infecção Sexualmente Transmissível?

- ☐ Sim
☐ Não

* 39. Você conhece alguma pessoa que vive com HIV?

- ☐ Sim
☐ Não

* 40. Você é profissional do sexo?

- ☐ Sim
☐ Não

* 41. Você está usando Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)?

- ☐ Sim
☐ Não

3.

* 42. Existem difentes barreiras para o teste de HIV. Que importância as seguintes barreiras tiveram/têm para você? Por favor, marque uma opção para cada afirmativa.

	Não importante	Pouco importante	Muito importante
1. Eu não tinha um transporte para ir ao local do teste	☐	☐	☐
2. Eu não sabia onde ir fazer o teste	☐	☐	☐
3. Eu não tinha tempo suficiente para ir fazer o teste	☐	☐	☐
4. O local onde faziam testes era muito distante	☐	☐	☐
5. Eu não gostava das pessoas do local do teste	☐	☐	☐
6. Eu me preocupava com o sigilo	☐	☐	☐
7. Eu poderia ser reconhecido no local do teste	☐	☐	☐
8. Se não existia cura, então porque fazer o teste?	☐	☐	☐
9. Eu não queria saber o resultado do teste	☐	☐	☐
10. Eu me preocupava com meu plano de saúde	☐	☐	☐
11. Eu tinha medo de perder meu emprego	☐	☐	☐
12. Eu tinha medo de perder minha família	☐	☐	☐

	Não importante	Pouco importante	Muito importante
13. Eu tinha medo de perder meu (minha) parceiro (a)	☐	☐	☐
14. Eu tinha medo de perder meus amigos e contatos sociais	☐	☐	☐
15. Eu tinha medo de que afetasse minha vida sexual	☐	☐	☐
16. Eu tinha medo de ficar doente	☐	☐	☐
17. Eu estava preocupado com as consequências legais	☐	☐	☐
18. Eu tinha medo de me sentir um derrotado	☐	☐	☐

Anexos

Anexo 1 – Versão original da escala em inglês

InfCare Id: _____

BARRIERS TO HIV TESTING

To be answered by the patient

There are different barriers to HIV testing – what importance did the following have for you?
Please mark one X for each statement.

	not important	somewhat important	very important
1. I did not have transportation to a testing site	☐	☐	☐
2. I did not know where to go for testing	☐	☐	☐
3. I did not have enough time	☐	☐	☐
4. The testing site was too far away	☐	☐	☐
5. I did not like people at testing site	☐	☐	☐
6. I was worried about confidentiality	☐	☐	☐
7. People might recognize me at testing site	☐	☐	☐
8. There was no cure so why get tested	☐	☐	☐
9. I did not want to know the results	☐	☐	☐
10. I was worried about my insurance/insurances	☐	☐	☐
11. I was afraid of losing my job	☐	☐	☐
12. I was afraid of losing my partner	☐	☐	☐
13. I was afraid of losing my family	☐	☐	☐
14. I was afraid of losing my friends and other social contacts	☐	☐	☐
15. I was afraid that my sex life would be negatively affected	☐	☐	☐
16. I was afraid of becoming sick	☐	☐	☐
17. I was worried about the legal consequences	☐	☐	☐
18. I was worried about feeling like a failure	☐	☐	☐

Anexo 2 – Versão Português 1

Maria Luíza de Góes Gabarra

Tradutora Pública e Intérprete Comercial

Idioma Inglês

Matriculada na Junta Comercial do Estado de São Paulo, sob o nº1347, portaria nº 68/ 2000, de 12 de junho de 2000.

RG 3.948.766; CPF 743.910.628-87; CCM 981.303-01; INSS 10.617.631.538.

Rua Argeu Fuliotto 25, CEP 14096-520 Ribeirão Preto, SP.

Telefone (16) 624-9155, Fax: (16) 621-4138. E-mail: mlgabarra@ig.com.br

Tradução nº: 1924

livro: 010

fls 097

Certifico e dou fé, para os devidos fins, que nesta data me foi apresentado um documento no idioma Inglês, com a seguinte identificação: "Barriers to HIV Testing", o qual traduzo do Inglês para o vernáculo em 1 página, no seguinte teor:

BARREIRAS PARA O TESTE DE HIV

Para ser respondido pelo paciente

Identificação de InfCare: _____

Existem diferentes barreiras ao teste de HIV – Qual a importância que as seguintes barreiras têm para você? Por favor, marque um X para cada afirmativa.

(código: *A* = não é importante / *B* = um pouco importante / *C* = muito importante)

	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
1- Eu não tinha transporte a um local de teste			
2- Eu não sabia onde ir fazer o teste			
3- Eu não tinha tempo para ir fazer o teste			
4- O local onde faziam testes era muito distante			
5- Eu não gostava das pessoas do local do teste			
6- Eu me preocupava com confidencialidade			
7- Eu poderia ser reconhecido no local do teste			
8- Se não havia cura, então porque fazer o teste?			
9- Eu não queria saber o resultado			
10- Eu me preocupava com meu seguro de vida			
11- Eu receava perder meu emprego			
12- Eu tinha receio de perder minha família			
13- Eu tinha medo de perder meu/minha parceiro/a			
14- Eu receava perder meus amigos e contatos sociais			
15- Eu tinha receio de que afetasse minha vida sexual			
16- Eu tinha medo de ficar doente			
17- Eu estava preocupado com as consequências legais			
18- Eu tinha medo de me sentir um fracassado			

Nada mais consta do documento acima que devolvo com esta tradução datilografada em 1 folha, a qual conferi, achei conforme, e assino. **DOU FÉ.**

Emolumentos: R\$105,00 Rec. nº 1044

Ribeirão Preto, 14 de março de 2019.

Maria Luíza de Góes Gabarra
Tradutora Pública

Anexo 3 – Versão português 2

PAULO ROBERTO DE MOURA LOPES
TRADUTOR PÚBLICO E INTÉRPRETE COMERCIAL

Matriculado na Junta Comercial do Estado de São Paulo sob nº 285

Idioma: Inglês CPF: 293.212.128-68

R. Heitor Chiarello, 935 - Fone: (016) 3623-3577 - CEP 14020-520 - Ribeirão Preto - SP

Tradução nº: 13967 E-mail: contato@tradutec.com.br

Livro: 128 página: 261

*Certifico e dou fé, para os devidos fins, que nesta data me foi apresentado um documento em idioma inglês com a seguinte identificação – **BARRIERS TO HIV TESTING** – o qual traduzo para o vernáculo no seguinte teor:*

Id. InfCare: _____

DIFICULDADES PARA O TESTE DE HIV

Para ser respondido pelo paciente

Existem diferentes dificuldades para o teste de HIV – que importância as seguintes tiveram para você? Por favor, marque um X para cada declaração.

	não importante	pouco importante	muito importante
1. Eu não tinha transporte para um local de teste	☐	☐	☐
2. Eu não sabia onde ir para fazer o teste	☐	☐	☐
3. Eu não tinha tempo suficiente	☐	☐	☐
4. O local de teste era muito longe	☐	☐	☐
5. Eu não gostava das pessoas do local de teste	☐	☐	☐
6. Eu estava preocupado(a) com a confidencialidade	☐	☐	☐
7. As pessoas podem me reconhecer no local de teste	☐	☐	☐
8. Não havia cura, então por que fazer o teste	☐	☐	☐
9. Eu não queria saber os resultados	☐	☐	☐
10. Eu estava preocupado(a) com meu(s) seguro(s)	☐	☐	☐
11. Eu tinha medo de perder meu emprego	☐	☐	☐
12. Eu tinha medo de perder meu(minha) companheiro(a)	☐	☐	☐
13. Eu tinha medo de perder minha família	☐	☐	☐
14. Eu tinha medo de perder meus amigos e outros contatos sociais	☐	☐	☐
15. Eu tinha medo de que minha vida sexual seria afetada negativamente	☐	☐	☐
16. Eu tinha medo de ficar doente	☐	☐	☐
17. Eu tinha preocupação com as consequências legais	☐	☐	☐
18. Eu tinha preocupação de me sentir um fracasso	☐	☐	☐

LEE eng v.09-09-24

NADA MAIS CONSTAVA do referido documento, que devolvo com esta tradução, a qual conferi, achei conforme e assino.

Emolumentos: R\$ 105,00

17 de março de 2019 Rec. nº 13108

Anexo 4 – Versão consensual português 1

BARREIRAS PARA O TESTE DE HIV

Para ser respondido pelo paciente

Existem difentes barreiras para o teste de HIV – que importância as seguintes barreiras tiveram para você? Por favor, marque um X para cada afirmativa.

	Não importante	Pouco importante	Muito importante
1. Eu não tinha um transporte para ir ao local do teste	☐	☐	☐
2. Eu não sabia onde ir fazer o teste	☐	☐	☐
3. Eu não tinha tempo suficiente para ir fazer o teste	☐	☐	☐
4. O local onde faziam testes era muito distante	☐	☐	☐
5. Eu não gostava das pessoas do local do teste	☐	☐	☐
6. Eu me preocupava com o sigilo	☐	☐	☐
7. Eu poderia ser reconhecido no local do teste	☐	☐	☐
8. Se não havia cura, então porque fazer o teste?	☐	☐	☐
9. Eu não queria saber o resultado do teste	☐	☐	☐
10. Eu me preocupava com meu plano de saúde	☐	☐	☐
11. Eu tinha medo de perder meu emprego	☐	☐	☐
12. Eu tinha medo de perder minha família	☐	☐	☐
13. Eu tinha medo de perder meu (minha) parceiro (a)	☐	☐	☐
14. Eu tinha medo de perder meus amigos e contatos sociais	☐	☐	☐
15. Eu tinha medo de que afetasse minha vida sexual	☐	☐	☐
16. Eu tinha medo de ficar doente	☐	☐	☐
17. Eu estava preocupado com as conseqüências legais	☐	☐	☐
18. Eu tinha medo de me sentir um fracasso	☐	☐	☐

Anexo 5 – Versão inglês 1

FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL
ESTADO DE PERNAMBUCO/STATE OF PERNAMBUCO
ANTONIO DARI ANTUNES ZHBANOVA

TRADUTOR PÚBLICO E INTÉRPRETE COMERCIAL - CERTIFIED PUBLIC TRANSLATOR
Idiomal/Language: Inglês - Português/English - Portuguese

Matrícula Jucepe nº 406 - CPF 756.770.758-68

Rua Princesa Isabel nº 206 - Aloisio Pinto - Garanhuns (PE) CEP: 55.292-210
Telefone/Phone/What's app +55 11 98784 1006/55 87 92000 9554 - e-mail: dari.zhbanova@gmail.com (skype: antonio.dari)

TRADUÇÃO Nº 6191 LIVRO Nº 61 FOLHA Nº 1
TRANSLATION No. BOOK No. PAGE No.

THE UNDERSIGNED, CERTIFIED PUBLIC TRANSLATOR, DULY SWORN AND REGISTERED WITH THE BOARD OF TRADE OF THE STATE OF PERNAMBUCO UNDER NO. 406 HEREBY CERTIFIES THAT A DOCUMENT, WRITTEN IN PORTUGUESE WAS PRESENTED FOR TRANSLATION INTO ENGLISH, WHICH HAS BEEN DONE TO THE BEST OF HIS KNOWLEDGE AS FOLLOWS:

DIFFICULTIES TO REALIZE THE HIV TEST

To be answered by the patient

There are different difficulties for the HIV test – what importance the following barriers had to you? Please, put an X for each affirmative blank.

[-]	Not important	A little bit important	Very Important
1. I didn't have a transportation to go to the test location	[Blank]	[Blank]	[Blank]
2. I didn't know where to do the test	[Blank]	[Blank]	[Blank]
3. I didn't have enough time to do the test	[Blank]	[Blank]	[Blank]
4. The test locations were too far	[Blank]	[Blank]	[Blank]
5. I didn't like the people on the test location	[Blank]	[Blank]	[Blank]
6. I was worried about the secrecy	[Blank]	[Blank]	[Blank]
7. I could be recognized in the test location	[Blank]	[Blank]	[Blank]
8. If there was no cure, why do the test?	[Blank]	[Blank]	[Blank]
9. I didn't want to know the test result	[Blank]	[Blank]	[Blank]
10. I was worried with my insurance plan	[Blank]	[Blank]	[Blank]
11. I was afraid to lose my job	[Blank]	[Blank]	[Blank]
12. I was afraid to lose my family	[Blank]	[Blank]	[Blank]
13. I was afraid to lose my partner	[Blank]	[Blank]	[Blank]
14. I was afraid to lose my friends and social contacts	[Blank]	[Blank]	[Blank]
15. I was afraid that it could affect my sex life	[Blank]	[Blank]	[Blank]
16. I was afraid to get sick	[Blank]	[Blank]	[Blank]
17. I was worried about the legal consequences	[Blank]	[Blank]	[Blank]
18. I was afraid to feel like a failure	[Blank]	[Blank]	[Blank]

LEE eng v.09-09-24

IN WITNESS THEREOF, I SET MY HAND IN THE CITY OF SÃO PAULO, STATE OF SÃO PAULO, FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL.

São Paulo, January 28, 2020.

Antonio Dari Antunes Zhanova
Tradutor Público/Public Translator

Anexo 6 – Versão inglês 2

FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL
 State of Parana – Judicial District of Curitiba
 Secretary of Industry, Commerce and Mercosul Affairs
Cesar Eurico Balbino Tavares
 Sworn Public Translator and Interpreter
 Enrollment No. 12.181-T, Board of Corporations of Parana
 Accredited by the American Translators Association

Translation n#: 0238/2020

CERTIFICATE OF SWORN TRANSLATION

I certify that I received the document in attachment named: **Barriers for HIV Test** (Barreiras para o Teste de HIV), originally in the Portuguese language to be translated into English, which I completed to the best of my knowledge, ability and belief.

Curitiba, January 20, 2020.

This translation does not imply any judgment as to the form, authenticity and/or content of the translated document. Nothing further was included in the document which I translated, checked, found to be correct and I so certified.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

2º TABELIONATO DE NOTAS DE CURITIBA
 Rua Marechal Deodoro, 847 - CEP 80060-010 - Centro - Curitiba-PR
 Fone: (41) 3222-6977 E-mail: 2tabelionatocuritiba@gmail.com

Bel. Ricardo Luis de Melo Souza
 Tabelião Designado
 Bel. Adriana Joaquim Fadel
 Substituta

Reconheço por **SEMELHANÇA** as firmas de:
 [2010a1p0]-CESAR EURICO BALBINO TAVARES.....
 Em testemunho da verdade
 Curitiba, 21 de Janeiro de 2020
 VIVIANE CARLA DA SILVA - ESCRIVENTE
 SEL0 DIGITAL: ocQ57 5CDaQ Ue3h9 - DWq6r . suvz
 Consulte esse selo em "http://funarpen.com.br"

Cesar Eurico Balbino Tavares
 Tradutor Público Juramentado
 Matrícula JUCEPAR nº 12/181-T

Cesar E. B. Tavares
 Sworn Public Translator
 Certified by the American Translator Association

BARRIERS FOR HIV TEST

To be answered by the patient

There are different barriers to HIV testing - how important were the following barriers for you?
Please mark an X for each statement.

	Not important	A Little important	Very important
1. I didn't have transportation to go to the test site	☐	☐	☐
2. I didn't know where to go for the test	☐	☐	☐
3. I didn't have enough time to go to the test	☐	☐	☐
4. The place where they performed the tests was very distant	☐	☐	☐
5. I didn't like the people at the test location	☐	☐	☐
6. I worried about confidentiality	☐	☐	☐
7. I could be seen at the test site	☐	☐	☐
8. If there was no cure, then why take the test?	☐	☐	☐
9. I didn't want to know the test result	☐	☐	☐
10. I <u>was</u> worried about my health plan	☐	☐	☐
11. I was afraid of losing my job	☐	☐	☐
12. I was afraid of losing my family	☐	☐	☐
13. I was afraid of losing my partner	☐	☐	☐
14. I was afraid of losing my friends and social contacts	☐	☐	☐
15. I was afraid it would affect my sex life	☐	☐	☐
16. I was afraid of getting sick	☐	☐	☐
17. I was concerned about the legal consequences	☐	☐	☐
18. I was afraid of feeling like a failure	☐	☐	☐

Anexo 7 – Versão inglês final

InfCare Id: _____

BARRIERS TO HIV TESTING

To be answered by the patient

There are different barriers to HIV testing – what importance did the following have for you?
Please mark one X for each statement.

	not important	somewhat important	very important
1. I didn't have transportation to go to the test site	☐	☐	☐
2. I didn't know where to go for the test	☐	☐	☐
3. I didn't have enough time to do the test	☐	☐	☐
4. The test locations were too far	☐	☐	☐
5. I didn't like the people at the test location	☐	☐	☐
6. I worried about confidentiality	☐	☐	☐
7. I could be recognized in the test location	☐	☐	☐
8. If there was no cure, then why take the test?	☐	☐	☐
9. I didn't want to know the result	☐	☐	☐
10. I was worried with my insurance plan	☐	☐	☐
11. I was afraid to lose my job	☐	☐	☐
12. I was afraid to lose my partner	☐	☐	☐
13. I was afraid to lose my family	☐	☐	☐
14. I was afraid to lose my friends and social Contacts	☐	☐	☐
15. I was afraid that it could affect my sex life	☐	☐	☐
16. I was afraid of becoming sick	☐	☐	☐
17. I was concerned about the legal consequences	☐	☐	☐
18. I was afraid of feeling like a failure	☐	☐	☐

Anexo 8 – Versão Consensual Português 2

BARREIRAS PARA O TESTE DE HIV

Para ser respondido pelo paciente

Existem difentes barreiras para o teste de HIV – que importância as seguintes barreiras tiveram para você? Por favor, marque um X para cada afirmativa.

	Não importante	Pouco importante	Muito importante
1. Eu não tinha um transporte para ir ao local do teste	☐	☐	☐
2. Eu não sabia onde ir fazer o teste	☐	☐	☐
3. Eu não tinha tempo suficiente para ir fazer o teste	☐	☐	☐
4. O local onde faziam testes era muito distante	☐	☐	☐
5. Eu não gostava das pessoas do local do teste	☐	☐	☐
6. Eu me preocupava com o sigilo	☐	☐	☐
7. Eu poderia ser reconhecido no local do teste	☐	☐	☐
8. Se não existia cura, então porque fazer o teste?	☐	☐	☐
9. Eu não queria saber o resultado do teste	☐	☐	☐
10. Eu me preocupava com meu plano de saúde	☐	☐	☐
11. Eu tinha medo de perder meu emprego	☐	☐	☐
12. Eu tinha medo de perder meu (minha) parceiro (a)	☐	☐	☐
13. Eu tinha medo de perder minha família	☐	☐	☐
14. Eu tinha medo de perder meus amigos e contatos sociais	☐	☐	☐
15. Eu tinha medo de que afetasse minha vida sexual	☐	☐	☐
16. Eu tinha medo de ficar doente	☐	☐	☐
17. Eu estava preocupado com as consequências legais	☐	☐	☐
18. Eu tinha medo de me sentir um derrotado	☐	☐	☐

Anexo 9 – Versão para o Português do Brasil da *The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version*

BARREIRAS PARA O TESTE DE HIV

Para ser respondido pelo paciente

Existem diferentes barreiras para o teste de HIV – que importância as seguintes barreiras tiveram para você? Por favor, marque um X para cada afirmativa.

	Não importante	Pouco importante	Muito importante
1. Eu não tinha um transporte para ir ao local do teste	☐	☐	☐
2. Eu não sabia onde ir fazer o teste	☐	☐	☐
3. Eu não tinha tempo suficiente para ir fazer o teste	☐	☐	☐
4. O local onde faziam testes era muito distante	☐	☐	☐
5. Eu não gostava das pessoas do local do teste	☐	☐	☐
6. Eu me preocupava com o sigilo	☐	☐	☐
7. Eu poderia ser reconhecido no local do teste	☐	☐	☐
8. Se não existia cura, então porque fazer o teste?	☐	☐	☐
9. Eu não queria saber o resultado do teste	☐	☐	☐
10. Eu me preocupava com meu plano de saúde	☐	☐	☐
11. Eu tinha medo de perder meu emprego	☐	☐	☐
12. Eu tinha medo de perder meu (minha) parceiro (a)	☐	☐	☐
13. Eu tinha medo de perder minha família	☐	☐	☐
14. Eu tinha medo de perder meus amigos e contatos sociais	☐	☐	☐
15. Eu tinha medo de que afetasse minha vida sexual	☐	☐	☐
16. Eu tinha medo de ficar doente	☐	☐	☐
17. Eu estava preocupado com as consequências legais	☐	☐	☐
18. Eu tinha medo de me sentir um derrotado	☐	☐	☐

Anexo 10 – Autorização da autora original para tradução e adaptação da escala

13/11/2018

E-mail de Universidade de São Paulo - ContactandRequest

Laelson Rochelle Milanês Sousa <laelson@usp.br>**ContactandRequest****MariaWiklander**<Maria.Wiklander@ki.se>

1

8deabrilde201806:48 Para: Laelson Rochelle Milanês
Sousa<laelson@usp.br>

DearLaelsonSousaandDr.RenataReis,ThankyouforcontactingusregardingtheBarri
erstoHIV-testingscale!
WearehappytohearthatyouinvestigatethisimportantsubjectinBrazilandyoucan
usethescaleandadaptit
furthertosuittheBrazilianpopulation.Wedevelopedthescalefromaprevious12-
itemscalebyAwad,solthink
itisimportanttoalsofertotheirstudy.Iwishyougoodluckwiththeprojectandhopet
hatyouwouldalso
contactusagainifyouhaveanythoughtsoncollaborationinthefuture.

Yours sincerely,

Maria Wiklander | PhD, Psychologist, Lecturer

DivisionofNursing,DepartmentofNeurobiology,CareSciencesandSo
ciety|KarolinskaInstitutet

Visitingaddress:AlfredNobelsAllé23,C4(sectionC,floor4)|14183

Huddinge

Postal address: Division of Nursing, Karolinska Institutet 23 300, SE-141 83
Huddinge, Sweden

+ 46 (8) 524 839 01 | + 46 (70) 727 10 13

maria.wiklander@ki.se | ki.se

Från: Laelson Rochelle Milanês Sousa [mailto:laelson@usp.br]

Skickat: den 14 april 2018 22:52

Till: Maria Wiklander. **Ämne:** ContactandRequest

Anexo 11 – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

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

Título da Pesquisa: Adaptação Cultural e Validação do The Barriers to HIV testing scale-Karolinska version para homens brasileiros que fazem sexo com outros homens

Pesquisador: LAELSON ROCHELLE MILANS SOUSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06609319.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.172.445

Apresentação do Projeto:

Trata-se de respostas a pendências apontadas por este CEP, em parecer 3.140.141, de 11/02/2019.

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Solicita-se informar ao participante o tempo que será dispensado para a realização das atividades de validação.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

Continuação do Parecer: 3.172.445

RESPOSTA DO PESQUISADOR:

- Foi informado ao participante o tempo que será dispensado para a realização das atividades de validação.

PARECER DO RELATOR: Pendência atendida

No arquivo "TCLE_2_Participantes.pdf"

- Na página 1 de 1, tópico "Sigilo e Privacidade", o pesquisador informa que "Os dados serão armazenados pelo pesquisador e pela orientadora até o término da pesquisa. No final da pesquisa, serão eliminados respeitando a Lei Brasileira nº 12.965/2014 bem como a política de privacidade do Survey Monkey." A Resolução CNS 466/2012, XI.2, determina que cabe ao pesquisador: "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." Neste sentido, solicita-se adequação.

RESPOSTA DO PESQUISADOR:

- Na página 1 de 1, tópico "Sigilo e Privacidade", foram realizadas as adequações solicitadas.

PARECER DO RELATOR: Pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1273710.pdf	22/02/2019 18:12:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	22/02/2019 18:12:07	LAELSON ROCHELLE MILANS SOUSA	Aceito
Outros	OFICIO_DE_RESPOSTAs.pdf	22/02/2019 18:11:47	LAELSON ROCHELLE MILANS	Aceito
Outros	Resumo.pdf	22/02/2019 18:11:27	LAELSON ROCHELLE MILANS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_2_Participantes_VERSAO02.pdf	22/02/2019 18:11:08	LAELSON ROCHELLE MILANS	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

**USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP**

Continuação do Parecer: 3.172.445

Justificativa de Ausência	TCLE_2_Participantes_VERSAO02.pdf	22/02/2019 18:11:08	LAELSON ROCHELLE MILANS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1_Juizes_VERSAO02.pdf	22/02/2019 18:10:56	LAELSON ROCHELLE MILANS SOUSA	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	28/01/2019 12:22:49	LAELSON ROCHELLE MILANS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	28/01/2019 12:22:17	LAELSON ROCHELLE MILANS	Aceito
Outros	Oficio.pdf	28/01/2019 12:21:39	LAELSON ROCHELLE MILANS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	28/01/2019 12:10:38	LAELSON ROCHELLE MILANS	Aceito
Outros	Apendice_A_Questionario.pdf	28/01/2019 11:49:08	LAELSON ROCHELLE MILANS	Aceito
Outros	AceiteAutora.pdf	28/01/2019 11:48:06	LAELSON ROCHELLE MILANS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	28/01/2019 11:44:18	LAELSON ROCHELLE MILANS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 26 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br